



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - CAMPUS I**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**SILMARA MATIAS AUGUSTO**

**CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DAS URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS**

CAMPINA GRANDE

2016

SILMARA MATIAS AUGUSTO

**CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE  
ACERCA DAS URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, Campus I, Campina Grande.

Orientador (a): Prof. Dra. Katia Simone Alves dos Santos.

CAMPINA GRANDE

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A923c Augusto, Silmara Matias.

Conhecimento e práticas de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família no município de Campina Grande acerca das urgências endodônticas [manuscrito] / Silmara Matias Augusto. - 2016.

70 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Kátia Simone Alves dos Santos, Departamento de Odontologia".

1. Saúde da Família. 2. Atuação profissional. 3. Endodontia.  
I. Título.

21. ed. CDD 616.634 2

SILMARA MATIAS AUGUSTO

**CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE  
ACERCA DAS URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, Campus I, Campina Grande.

Aprovada em: 17/10/2016.

**BANCA EXAMINADORA**

Katia Simone Alves dos Santos

Profa. Dra. Katia Simone Alves dos Santos (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba

Renata de S. Coelho Soares

Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares (Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba

Lorena Mendes Temóteo Brandt

Profa. Me. Lorena Mendes Temóteo Brandt (Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba

*A **Deus** meu eterno protetor, por minha vida e pelo meu ânimo renovado a cada dia. Aos meus pais **Socorro, Nininha e Zeca**, pelo o amor incondicional. Ao meu marido **Euber**, pela coragem extraída se sua essência, por me ensinar a ter destemor diante do novo. Ao meu filho **Lucas**, por me impulsionar a lutar pelos meus objetivos.*

*DEDICO*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus meu eterno protetor, dedico minha vida e meu ânimo renovado a cada dia.

A minha família peça chave que representa equilíbrio e exemplo, serei eternamente grata, em especial a minha mãe, Socorro Matias pelo seu amor incondicional, a senhora é o meu maior orgulho; e aos meus segundos pais (avós), Nininha e Zeca, pelo exemplo de sabedoria e simplicidade, vocês foram fundamentais na minha formação. Aos meus irmãos Jimmy, Jordan e José Júnior por terem acreditado que eu chegaria ao fim, a minha irmã Joyce (In memoriam), pois mesmo não estando aqui, sinto sua presença me encorajando em cada dificuldade. Sei que onde estiver, está colocando seus anjos para me proteger e me livrar de todo mal. Agradeço aos meus sobrinhos Rian e Camila, pois é por vocês que venci. No intuito de poder oferecer-lhes um futuro melhor. A todos meus tios e tias pelo orgulho de me ter como sobrinha.

Ao grande amor da minha vida Euber Macedo (marido), exemplo de inteligência e determinação, dedico à coragem extraída de sua essência, obrigada por me ensinar a ter destemor diante do novo. Obrigada por ter me incentivado e ter me dado a oportunidade de realizar meu sonho quando eu já nem acreditava que seria possível. Se não fosse você, nada disso seria possível. Você me deu a oportunidade de crescermos juntos. Eu serei eternamente grata. Te amo!

Ao meu filho Lucas Matias Tavares de Macedo, pois mesmo antes de engravidar, já era por ele que eu queria vencer e crescer. Obrigada por me impulsionar a lutar por meus objetivos. Hoje, ao ver o teu sorriso tenho a certeza de que tudo foi válido. Amo-te mais que tudo!

As famílias Tavares e Macedo que cuidaram de mim como filha e me proporcionaram muitos momentos de alegria. Em especial a minha sogra Maria Verônica por me incentivar nos momentos difíceis e por me fazer acreditar que seria possível; as tias postiças Jailma, Verinha, Lili, Vanessa e Sheila e seus respectivos maridos, por sentirem tamanha felicidade a cada etapa vencida. Ao meu cunhado Euler e sua esposa Ingrid por estarem sempre dispostos a me ajudar e estarem presentes quando precisei.

A Professora Dra. Kátia Simone Alves dos Santos, por ter me acolhido como orientanda e me encorajado a fazer o meu melhor. Agradeço por nunca fazer distinção de professor e aluno, por estar sempre a disposição para me ajudar, por ter se tornado também minha amiga e dividir comigo momentos tão especiais.

Aos amigos que a odontologia me deu (grupo das Lindinhas) Tamires, Cleice, Vitória, Carol, Luana, Jussara e Elisa se não fosse a presença delas em minha vida, tudo teria sido muito mais difícil. Obrigada por dividirem comigo seus momentos de alegria e de tristeza, pelo incentivo, por me fazer ser uma pessoa melhor, pelos conselhos e ensinamentos. Agradeço a Deus cada dia por ter selecionados as melhores para serem minhas amigas. Agradeço a todas por me deixar ser um pouco mãe de cada uma, em especial a Tamires, Vitória e Cleice por serem pessoas tão especiais. Vocês foram fundamentais.

A minha dupla de atendimento e amiga preciosa Cleice Bezerra pela cumplicidade, afeto, compreensão. Por me entender pelo olhar, por me ajudar nos momentos difíceis e me incentivar a lutar cada vez mais pelos meus objetivos. Por me ajudar a não desistir dos meus sonhos.

As peças fundamentais para que essa pesquisa desse certo, Waleska Ohana e Elisa Diniz. Sem vocês nada disso teria sido possível.

Aos amigos Murilo, Bruno e Jéssica, por terem continuado ao meu lado mesmo estando distante. Agradeço especialmente a Murilo Áquila pela frase que me incentivou e me fez tornar possível finalizar esse trabalho. “Você é batalhadora, e consegue tudo que quer, isso aí é fichinha.” Eu consegui amigo, suas palavras repercutiram na minha cabeça e me fizeram voltar a acreditar que quando eu quero, eu consigo.

Agradeço aos velhos amigos, Cris, Denise, Dany, Katy, Edna e Gracinha e seus respectivos maridos, por compreenderem os meus dias de ausência, e mesmo assim continuarem sempre pertinho mesmo que distantes. Obrigada por terem continuado comigo até o fim.

Agradeço aos amigos Cristina (amiga-irmã), Samuel e Júlio por me acolher sempre que precisei, por me atender mesmo estando sempre muito ocupada, por me incentivar desde o cursinho. A você Cris, eu tenho tamanha gratidão, que aqui não caberia. Obrigada por cada mãozinha, cada empurrãozinho, cada conversa, cada conselho. Te amo muito!

Aos amigos do laboratório de prótese, por tornar meus dias mais leves. Em especial a Christopher, Sr. Alessandro, Sílvio, Sr. Ildemir e Felipe. Que, fosse com um “bom dia”, um sorriso ou palavras de incentivo, deram sua contribuição para que esse sonho se tornasse realidade.

A minha irmãzinha que Deus me presenteou Valeska Moreira, que desde o cursinho abriu mão do seu tempo para me ensinar o que eu precisava. Obrigada por estar sempre aqui. Obrigada por me ajudar e me incentivar a realizar todos os meus sonhos, Agradeço também a

Ismael Moreira, por sempre estar disposto a me ajudar e por estar sempre presente em todos os momentos. Obrigada pela atenção e cuidado que vocês sempre tem comigo e com minha família. Amo muito vocês!

A Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares e a Profa. Me. Lorena Mendes Temóteo Brandt que muito prontamente e com grande entusiasmo aceitaram fazer parte desse momento tão importante em minha vida. Agradeço em especial a Professora Renata por ter me ajudado tanto durante a graduação. Obrigada pelas conversas, conselhos, carinho e pelo cuidado durante a minha gestação. Sei que tive comigo além de professora uma amiga.

A todos os professores do Departamento de Odontologia da UEPB, por todos esses anos de transmissão segura e paciente de conhecimento. Agradeço enfaticamente aos professores: Francineide, Belinha, Alcione, Silvio, Marcão, Raquel, Daliana, Poliana e Tony, dentre tantos outros, por serem além de professores maravilhosos, serem tão humanos e cheios de luz.

A todos os funcionários da UEPB, por ter me ajudado diretamente ou indiretamente. Desde ao Sr. Toinho e Thiago da esterilização, a Rejane e Clécia da recepção e as meninas da limpeza.

Agradeço em especial a Alexandre Cordeiro da coordenação pela paciência, auxílio e cuidado durante toda a graduação. Por fazer além do seu trabalho para nos ajudar.

A Universidade Estadual da Paraíba, que como instituição, permitiu-me realizar um sonho. A partir disso, poder oferecer um futuro melhor aos meus e meu papel na sociedade.

*“Não fui Eu que lhe ordenei? Seja forte, corajoso. Não se apavore, nem se desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará contigo aonde quer que vá.” Josué 1,9.*

## RESUMO

As principais causas que levam os pacientes à procura de tratamento de urgência são as doenças provenientes da polpa e do periápice, sendo a dor o sintoma mais predominante. Logo, dentre as atribuições do cirurgião-dentista, uma das mais importantes se refere a proporcionar o alívio da dor do paciente. Por conseguinte, o Cirurgião Dentista deve estar apto a estabelecer o diagnóstico correto das patologias odontogênicas, já que este é fundamental para o alívio da sintomatologia. Este estudo objetivou avaliar o nível de conhecimento e práticas dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Campina Grande, Paraíba, acerca das condutas corretas que devem ser tomadas em relação às urgências em Endodontia. Caracteriza-se como um estudo transversal, observacional, apresentando caráter descritivo. Utilizou-se um questionário semiestruturado já aplicado com 38 Cirurgiões-Dentistas que trabalham nas UBSFs. Os dados foram tabulados utilizando o editor de planilhas eletrônicas *Microsoft Excel*© versão 2013 e analisados no *Statistical Package for Social Sciences*© versão 20.0 com intervalo de confiança de 95%. O estudo mostrou que a maioria dos profissionais (78,93%), é do sexo feminino com idade média de 44,55 anos, 73,1% se formaram na UEPB. Todos os cirurgiões-dentistas (100%) afirmaram ser muito importante saber a conduta mais correta que deve ser adotada frente às urgências endodônticas. No entanto, 52,6% desses profissionais alegaram que não se sentem preparados para atendê-las. Em relação às suas competências na Atenção Primária à Saúde, a maioria deles (80,6%) demonstraram conhecimento. Já quando perguntados quais os procedimentos endodônticos devem ser realizados na unidade, 52,6% responderam de maneira concordante ao estabelecido pelo Ministério da Saúde. Quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a conduta frente às urgências endodônticas, grande parte dos cirurgiões-dentistas acertaram a questão sobre avulsão dental (63,1%), ao afirmarem que não se deve reimplantar o dente decíduo avulsionado em hipótese alguma. Por outro lado, verificou-se que a maioria foram discordantes com o que afirma a literatura nas questões referentes a medicação intracanal de urgência (94,4%), pulpite aguda irreversível (63,2%) e abscesso dentoalveolar agudo (81,6%). Quase todos (78,9%), afirmaram já ter atendido alguma urgência endodôntica nas unidades básicas de saúde, sendo a pulpite aguda irreversível indicada como tipo de urgência mais prevalente (44,7%). Portanto, os resultados do presente estudo demonstraram um conhecimento limitado dos Cirurgiões-Dentistas das Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande-PB sobre as Urgências Endodônticas, apontando que a implantação de programas de educação continuada sobre as abordagens de atendimento de urgência é uma alternativa para consolidar o conhecimento dos CDs e para viabilizar a melhoria na qualidade do atendimento odontológico da população no município.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Socorro de Urgência. Endodontia.

## ABSTRACT

The main causes that lead patients to the emergency treatment are diseases from the dental pulp and periapex, and the is pain the most predominant symptom. Thus, among the dentist attributions, one of the most important is to provide the relief of the patient's pain. Therefore, the dentist should be able to establish the correct diagnosis of odontogenic pathologies, as this is essential for the relief of the symptoms. This study aimed to evaluate the level of knowledge of dentists that work at the *Unidades Básicas de Saúde da Família* (UBSFs) of Campina Grande city, Paraíba, about the correct procedures that must be adopted in relation to the endodontics emergency situations. This study is a cross-sectional and observational one, with descriptive and analytical perspective, that was performed using a semi-structured questionnaire, which was attended by 38 Dentists working in the UBSFs. The collected data were tabulated using the 2013 Microsoft© Excel spreadsheet editor and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences© versão 20.0 with 95% confidence interval. It was verified in the study that most of the professionals (78.93%) were female with an average age of 44,55, from which 73,1% have graduated from UEPB. 100% of the dentists indicated that it is very important to know the most appropriate procedure to be adopted in endodontic emergencies. However, 52,6% of the professionals said they do not feel prepared to solve them. In relation to their skills in primary health care, most of them (80,6%) know how to answer. But when asked what endodontic procedures must be performed in the health care unit, only 52,6% chose the correct option, according to the *Ministério da Saúde*. In relation to clinical cases, the majority of the dentists answered correctly the question regarding dental avulsion (63,1%) in stating that the avulsed primary teeth should not be redeployed the in any circumstances. On the other hand, it was found that most were discordant with what the literature states about the right emergency intracanal medication (94.4 %%), acute irreversible pulpitis (63.2%) and acute dentoalveolar abscess (81, 6%). Almost all (78.9%) said they had attended some endodontic emergency in basic health units, and irreversible acute pulpitis was indicated as the most prevalent emergency type (44.7%). Therefore, the results of this study demonstrated a limited knowledge of dental professionals of *Unidades Básicas de Saúde da Família* of Campina Grande-PB on endodontic emergencies, noting that the establishment of continuing education programs about urgent care approach is an alternative to consolidate the knowledge of the dentists and to enable the improvement in the quality of dental care of the population in the city.

**Key-Words:** Family Health. Urgency Care. Endodontic.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Variáveis distribuídas quanto à forma de mensuração.....	31
----------	--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde. Campina Grande, Paraíba de acordo com o sexo, idade, tempo de formado, instituição que se graduou, se tem especialização, qual a área da especialização, e o tempo de trabalho na UBSF.....	35
Tabela 2	Distribuição dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde quanto a sua percepção. Se a graduação forneceu a base necessária para a atuação na Estratégia Saúde da Família e qual Nível de importância tem para o Cirurgião-Dentista, saber qual a conduta mais correta que deve ser tomada frente às urgências endodônticas .....	36
Tabela 3	Distribuição dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde sobre os conhecimentos de suas competências nas UBSF e as condutas realizadas diante das urgências endodônticas.....	37
Tabela 4	Distribuição cirurgiões-dentistas diante do conhecimentos sobre as condutas adotadas no tratamento das urgências endodônticas.....	39
Tabela 5	Respostas dos cirurgiões-dentistas sobre as experiências vividas nas UBSF.....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PAB	Piso da Atenção Básica
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
PIA	Programa Inversão da Atenção
BS	Brasil Sorridente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ASB	Auxiliar em saúde bucal
TSB	técnico em saúde bucal
UOM	Unidade Odontológica Móvel
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PMCC	Paramonoclorofenol canforado
NaOCL	Hipoclorito de sódio
MIC	Medicação Intracanal
CD	Cirurgião-Dentista
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
HPG	Hidróxido de cálcio, paramonoclorofenol canforado e glicerina
PNE	Pacientes com necessidades especiais
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>2.1 Pulpite Aguda Irreversível</b> .....	21
<b>2.2 Abscesso dentoalveolar agudo</b> .....	21
<b>2.3 Flare-up</b> .....	22
<b>2.4 Fratura coronária com exposição pulpar</b> .....	23
<b>2.5 Luxação intrusiva</b> .....	24
<b>2.6 Luxação extrusiva</b> .....	25
<b>2.7 Luxação lateral</b> .....	26
<b>2.8 Avulsão</b> .....	26
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	28
<b>3.1 Objetivos geral</b> .....	28
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	28
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	29
<b>4.1 Tipo de Pesquisa</b> .....	29
<b>4.2 Localização do estudo</b> .....	29
<b>4.3 População e amostra</b> .....	29
<b>4.4 Critério de inclusão</b> .....	29
<b>4.5 Critério de exclusão</b> .....	30
<b>4.6 Variáveis</b> .....	31
<b>4.7 Coleta de dados</b> .....	32
<b>4.8 Instrumento de Pesquisa</b> .....	32
<b>4.9 Estudo piloto</b> .....	32
<b>5.0 Aspectos Éticos</b> .....	33
<b>5.1 Análise estatística</b> .....	33
<b>5 RESULTADOS</b> .....	34
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	41
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	47
<b>APÊNDICE A – Questionário</b> .....	55
<b>APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	60
<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	61
<b>ANEXO B – Termo de Autorização Institucional</b> .....	62
<b>ANEXO C – Unidades Básica De Saúde Da Família</b> .....	63
<b>ANEXO D - Equipe De Saúde Bucal Integrada À Estratégia</b> .....	67

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa saúde da família foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 com o intuito de atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, modificando o modelo de saúde centrado nos hospitais passando a focar a família em seu ambiente físico e social (BRASIL-E, 2012). As equipes de Saúde Bucal foram inseridas no PSF em 28 de dezembro de 2000, através da Portaria nº 1.444, ao estabelecer o incentivo financeiro para reorientação da atenção a Saúde Bucal prestada aos municípios (BRASIL-I, 2004; BRASIL-L, 2000).

As Equipes de Saúde Bucal só receberam um maior incentivo no Programa Saúde da Família a partir da criação do “Programa Brasil Sorridente” em 2004, através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). E desta forma, conseguiu-se ampliar a capacidade e a qualidade dos serviços, permitindo um maior acesso da população aos serviços (BRASIL, 2005; CHAVES, 2010). Contudo, apesar dos notórios avanços alcançados nos últimos anos, observa-se que ainda existe uma grande demanda por parte da população pela assistência odontológica, mantendo o desafio diante do acesso e da integralidade, ainda mais se levado em consideração que nem mesmo a atenção básica em saúde bucal é uma realidade completa para a população. É exatamente nesta lacuna da atenção primária que ocorrem as chamadas urgências (SANCHEZ; DRUMOND, 2011).

De modo geral, emergência é definida como uma ocorrência imprevista com risco potencial a vida, necessitando de cuidados imediatos (ROMANI *et al.*, 2009; HANNA *et al.*, 2014). No intuito de garantir a integridade das funções vitais básicas; já a urgência, trata-se de agravos à saúde com risco iminente e real a vida, sendo necessária uma intervenção rápida e efetiva para minimizar as complicações e o sofrimento do paciente, e recuperar as funções vitais acometidas (ROMANI *et al.*, 2009; HANNA *et al.*, 2014). Logo, diante deste princípio, chega-se à conclusão que as ocorrências relacionadas à prática odontológica devem ser classificadas de urgências, uma vez que é raro resultar no comprometimento da vida do paciente (SANCHEZ; DRUMOND, 2011).

As principais causas que levam os pacientes à procura de tratamento de urgência são as doenças provenientes da polpa e do periápice, sendo a dor o sintoma mais predominante (MUNERATO; FIAMINGHI; PETRY, 2005; MARTINS *et al.*, 2014), e o principal fator para avaliar a necessidade de um tratamento endodôntico de urgência (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015). A dor de origem dental interfere na qualidade de vida dos pacientes, pois causa sofrimento, impacto psicossocial e restringe atividades cotidianas como o sono, o

trabalho, o lazer e os relacionamentos interpessoais (LACERDA, TRAEBERT e ZAMBENEDETTI, 2008; PINTO *et al.*, 2012).

Urgência endodôntica caracteriza-se como dor e/ou tumefação originada por diversos estágios de inflamação ou infecção dos tecidos pulpare e/ou do periápice (COHEN; HARGREAVES, 2011; TRAEBERT; CLAUDINO, 2012). Diante disso, a abordagem clínica varia de acordo do estado pulpar ou periapical, da intensidade e duração da dor, e da presença de edema, seja ele conciso ou flutuante. Os quadros clínicos vistos como urgências endodônticas são: a pulpíte aguda irreversível, a periodontite apical aguda, o abscesso dentoalveolar agudo com edema flutuante ou conciso, localizado ou difuso, o *flare-up*<sup>1</sup> e o traumatismo dentário com envolvimento ou comprometimento pulpar (COHEN; HARGREAVES, 2011; TRAEBERT; CLAUDINO, 2012). A pulpíte irreversível sintomática é considerada por alguns autores como a urgência endodôntica mais comum (DOURADO; CALDAS JR; ALBUQUERQUE, 2005).

Diante disso, o profissional deve estar apto para realizar um exame clínico criterioso, no intuito de permitir o estabelecimento do diagnóstico correto das patologias odontogênicas, devendo este ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes.

Portanto, visto que as urgências odontológicas constituem uma realidade vivida no cotidiano do atendimento odontológico, é necessário que o Cirurgião Dentista, especialmente os do nível primário da assistência, esteja capacitado para saber identificar as principais causas que levam o paciente a procurar os serviços de urgência, analisando qual o melhor procedimento a ser realizado, e desta forma proporcionar a recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e reintegrar o indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional (BRASIL, 2004-A; CASSAL, CARDOZO e BAVARESCO, 2011).

Sendo assim, é necessário que os profissionais que integram estas equipes estejam capacitados a sanar com rapidez e eficiência os quadros de urgências que aparecerem nos consultórios. Até o momento, não existem na literatura estudos que avaliem o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas integrantes das equipes quanto a urgências endodônticas. Dessa forma, torna-se importante avaliar o nível de conhecimento desses

---

<sup>1</sup> Continuação ou exacerbação da dor durante ou após o tratamento endodôntico.

profissionais e, assim, servir como auxílio para a secretaria de saúde avaliar se é ou não necessária uma capacitação desses profissionais nesse assunto de fundamental importância.

Partindo dessa premissa, este estudo objetiva avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da Família da cidade de Campina Grande - Paraíba, acerca das condutas corretas a serem tomadas frente às urgências em endodontia.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A inclusão dos serviços de saúde bucal na Equipe de Saúde da Família (ESF) se deu na década de 50, através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) iniciando à programação para assistência odontológica que priorizava apenas os escolares do sistema público de primeiro grau com idade predominante entre 6-14 anos. O enfoque dos cuidados oferecidos era curativo-reparador e abrangia áreas estratégicas do ponto de vista econômico. Este período ficou conhecido como Odontologia Sanitária e Sistema Incremental (BRASIL, 2006-B).

Já no final dos anos 70, foi Instituído a Odontologia Simplificada e Odontologia Integral, onde foi enfatizada a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram à promoção e a prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; a abordagem e a participação comunitária; a simplificação e a racionalização da prática odontológica e a desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL, 2006-B).

Posteriormente foi criado o Programa Inversão da Atenção – PIA, que tinha como base intervir antes e controlar depois. Este serviço tentou adaptar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), porém, sem preocupação com a participação comunitária. Deste modo, foi estabelecido um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio, que eram baseados em ações de controle epidemiológico da doença cárie, o uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), a mudança da “cura” para “controle” e a ênfase no autocontrole, em ações de caráter preventivo e promocional (BRASIL, 2006-B).

Logo, como demonstrado anteriormente, é possível observar que durante anos, as ações de saúde bucal no SUS do Brasil, eram oferecidas de forma paralela e afastadas do processo de organização dos demais serviços de saúde. Desta forma, os resultados eram de baixo poder de resolubilidade, de maneira que se tornaram incapazes de equacionar os principais problemas da população (BRASIL, 2010-C).

Atualmente, essa resposta negativa está sendo revertida, devido ao esforço em promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde geral, a partir da conjugação dos saberes e das práticas que apontam para a promoção e a vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2006-B).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente”, que teve como embasamento epidemiológico a conclusão do “Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira”. Esta política inseriu a saúde bucal de forma integral com a inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e na criação de uma rede de serviços de atenção à saúde bucal no SUS, resgatando assim, a cidadania da população brasileira (BRASIL, 2010-C).

O Brasil Sorridente (BS) tem modificado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil, através da implementação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, com a finalidade de ampliar o acesso gratuito ao tratamento odontológico, através do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012-D).

As principais linhas de ação do programa BS são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e a ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e Assistência Hospitalar.

Deste modo, a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na estratégia Saúde da Família (ESF) permite a formação de um espaço de práticas e relações a serem construídas visando à reorientação do processo de trabalho e à própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Este grupo de profissionais atualmente participam da gestão dos serviços e no fornecimento de respostas às demandas da população, ampliando o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, através de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de um vínculo territorial.

O processo de trabalho das ESB se fundamenta nos princípios: universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (BRASIL, 2012-E).

Dessa forma, no intuito de levar os cuidados à saúde bucal para todos, os profissionais de saúde bucal que compõem as Equipes Saúde da Família podem se organizar em duas modalidades:

Na modalidade um a equipe é composta por Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); ou na modalidade dois com a equipe composta por Cirurgião dentista generalista ou

especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB).

No entanto, tanto os profissionais da modalidade I quanto os profissionais da modalidade II, podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel (UOM) (BRASIL, 2012-F).

No que alude às competências específicas dos cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária na ESF, a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 cita as seguintes atribuições:

Realizar o diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo o atendimento das urgências e das pequenas cirurgias ambulatoriais; Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade; Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; Coordenar e participar das ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção das doenças bucais; Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF; Realizar supervisão técnica do THD e ACD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006-B).

Logo, é possível observar que é na atenção primária que o paciente receberá os primeiros cuidados, sendo nesta fase onde será realizado o diagnóstico, e desta forma será instituído o tratamento, que pode ser feito na própria unidade básica de saúde ou, se este for mais complexo, deverá ser encaminhado para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O Manual de Especialidades em Saúde Bucal publicado em 2008 pelo Ministério da Saúde cita as principais especialidades odontológicas necessárias para desenvolver um serviço de qualidade para a população. Sendo elas a Estomatologia, a periodontia, a Cirurgia e a Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, a Endodontia, a Prótese Dentária, a Ortodontia, a Ortopedia, e a Implantodontia. Este manual apresenta um conjunto de princípios e

recomendações elaboradas para facilitar a tomada de decisão apropriada na atenção aos pacientes, em situações específicas, dotando cada serviço de um método ordenado nas diferentes especialidades (BRASIL, 2008-G).

No que se refere à especialidade endodontia, o manual de Regulação das Especialidades clínicas expõe que os motivos mais frequentes de encaminhamento dos pacientes para as Unidades Básicas de Saúde são: a Biopulpectomia, a Necrose pulpar e o Retratamento de canal. Lembrando que é responsabilidade da Atenção Primária acolher o paciente, fazer o diagnóstico correto da patologia, além de resolver a situação de urgência que ele se encontra e monitorá-lo (medicação e troca de curativos) enquanto o mesmo espera atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO. No entanto, o tratamento endodôntico também poderá ser realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) desde que haja disponibilidade técnica do profissional e equipamento adequado na unidade (BRASIL, 2008-G).

O usuário é avaliado quanto à origem da dor na atenção primária, previamente ao encaminhamento e se estabelece o diagnóstico diferencial entre as demais dores odontogênicas. O dentista da UBS deverá também, verificar o potencial de reversão do processo patológico, a necessidade de realização das terapias pulpares conservadoras (proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia), e aguardar o período para avaliar a vitalidade pulpar. Lembrando que os usuários com necessidade de pulpotomias não devem ser encaminhados ao CEO, pois devem ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, inclusive nos casos de rizogênese incompleta com vitalidade pulpar (BRASIL, 2008-G).

O tratamento endodôntico pode ser considerado um dos procedimentos odontológicos mais difíceis na prática clínica. Devido à expectativa do aumento de vida da população e do desejo dos indivíduos de preservar os dentes naturais, ocorre uma crescente demanda por este tipo de tratamento, e isso vai provavelmente, aumentar ainda mais nos próximos anos. Espera-se que a graduação proporcione aos profissionais as habilidades necessárias para realizar um diagnóstico correto, a implementação de um plano de tratamento e a realização de um tratamento qualificado e seguro (TANALP; GUVEN; OKTAY, 2013). Estudos mostram que os números de sucesso vêm aumentando com uma taxa percentual que varia de 60 a 90%. Isso se deve ao progresso das técnicas e materiais utilizados, como também ao aumento do número de profissionais especializados que fazem esses tratamentos (OCCHI *et al.*, 2011; MARGARIT; ANDREI; MERCUT, 2012).

As urgências endodônticas são estados relacionados com casos de dor, que requerem diagnóstico e tratamento imediato. Sendo na maior parte das situações, a intervenção endodôntica imprescindível para o alívio dos sintomas (DE DEUS, 2010). A dor de origem pulpar ou perirradicular corresponde a cerca de 90% dos casos causada pelos vários estágios da inflamação (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015). Por isso, é necessário que o CD saiba designar o método mais eficaz do tratamento, sendo esta, uma questão desafiadora em endodontia. E para isso, os profissionais devem realizar cursos de atualização na área para assim, melhorar a sua competência na gestão dessas urgências.

As principais patologias endodônticas e periapicais consideradas como urgências são:

### 1. Pulpite Aguda Irreversível

A Pulpite Aguda Irreversível é caracterizada pela sintomatologia dolorosa, que pode ser prolongada por estímulo térmico ou pela presença de dor espontânea (GUTMANN; LOVDAHL, 2012). Esta condição inflamatória persistente do tecido pulpar pode ser sintomática ou assintomática, sendo resultantes de estímulos nocivos (GARG; GARG, 2010), como cáries extensas, restaurações com infiltrações, restaurações recém-realizadas ou retração gengival (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

Estudos mostram que a maior parte dos pacientes que relatam queixas álgicas de dor e buscam atendimento odontológico de urgência, referem sintomatologia compatível com quadro de pulpite irreversível sintomática (ESTRELA *et al.*, 2011).

O diagnóstico é realizado com base em achados subjetivos e objetivos, resultantes da polpa inflamada vital, sendo esta, incapaz de se recuperar e retornar à sua hígidez após a remoção dos fatores que levaram a esta condição inflamatória. Portanto, é indicado o tratamento endodôntico não conservador - biopulpectomia (LEONARDI; GEOVANINI; ALMEIDA, 2011; LOPES; SIQUEIRA JR, 2015). Sabendo que, uma vez a polpa evolua para a fase irreversível, não haverá respostas positivas ao tratamento medicamentoso com analgésicos e/ou antibióticos (MENEZES, 2002).

### 2. Abscesso dentoalveolar agudo

O abscesso dentoalveolar agudo consiste na formação de uma coleção purulenta localizado numa cavidade centrada ao redor do dente (SOARES; GOLDBERG; 2011; LOPES;

SIQUEIRA JR, 2015). Sua etiologia pode ser em decorrência de agentes físicos, químicos ou microbianos e caracteriza-se por ter evolução rápida, resultando em dor intensa (DE DEUS, 1976).

Esta é a forma mais comum de abscesso dentário que, geralmente, é localizado intraoral, mas também pode se difundir pelo organismo e induzir complicações sistêmicas que pode resultar em morte (LEWIS; MACFARLANE; MCGOWAN, 1990; LOPES; SIQUEIRA JR, 2015). A gravidade da infecção, além do ápice dentário, está relacionada com o número e a virulência dos microrganismos, resistência do hospedeiro e estruturas anatômicas associadas (KHEMALEELAKUL; BAUMGARTNER; PRUKSAKOR, 2002). O paciente com esta patologia, frequentemente, apresentará dor, que pode variar de branda a severa, e edema. Como também pode ter manifestações sistêmicas, como estado febril, linfadenopatia (nódulos linfáticos cervicais e submandibulares vão apresentar sensibilidade à palpação), cefaleia e náuseas (COHEN; HARGREAVES, 2011; MATTEWS; SUTHERLAND; BASRANI, 2003; LOPES; SIQUEIRA JR, 2015)

Esta condição requer um tratamento de urgência local que consiste na drenagem da coleção purulenta, resultando no alívio da dor do paciente. Para isto, BAUMANN (2010) tem como protocolo o acesso à câmara coronária e a sua ampliação, com o objetivo de eliminar grande parte de tecido necrótico e drenagem da secreção purulenta via canal. Lopes e Siqueira JR (2015) afirma que se deve aguardar de 15 a 30 minutos para que todo o exsudato se esvaia. Após a finalização da drenagem, a câmara pulpar deve ser seca e nela colocada uma bolinha de algodão estéril contendo solução antisséptica (tricresol formalina ou paramonoclorofenol canforado) (SOARES; GOLDBERG, 2011). A prescrição de antibióticos utilizados no tratamento de abscessos perirradiculares agudos deve ser cautelosa, pois a terapia medicamentosa é indicada apenas como complemento da terapia endodôntica convencional e em algumas situações específicas (ALFENAS *et al.*, 2014). Além dos antimicrobianos, anti-inflamatórios e analgésicos também são indicados na terapêutica medicamentosa (VIER-PELISSER *et al.*, 2008).

### 3. *Flare-up*

Esta alteração é definida como a permanência da dor e/ ou aumento de volume durante ou posteriormente ao tratamento endodôntico, que vai afetar a rotina do paciente.

(SATHORN; PARASHOS; MESSER, 2009; ELMUBARAK; BAKR; IBRAHIM, 2010; RIGO; PETRINI; LODI, 2012). Para Morse, “flare up” é uma alteração que precisa ter edema e dor combinados ou apenas um edema que necessite de sessões de emergência não planejadas. (Morse,1987).

A etiologia desta condição pode ser devido ao não cumprimento dos princípios assépticos durante o tratamento endodôntico, falta de higiene oral pelo paciente, presença de tecido cariado ou de restaurações antigas não herméticas, presença de infecção secundária dentro do canal radicular e a não utilização de dique de borracha (SIPAVICIUTE; MANELIENE, 2014). Sendo este ultimo, o principal motivo para se evitar os episódios de “flare-up” (AKBAR, 2015).

O tratamento utilizado para os casos de *flare-up* depende da circunstância em que ocorreu a sintomatologia dolorosa. Se aconteceu entre as sessões, depois da obturação ou posterior à reabilitação do elemento dentário, é necessário que se prossiga com a remoção do curativo, irrigação abundante do canal com hipoclorito de sódio (NaOCL) a 2,5%, verificação da patência do forame apical, revisão da instrumentação e aplicação de MIC com pasta de hidróxido de cálcio, paramonoclorofenol canforado e glicerina (HPG) salvo se o preparo químico-mecânico tenha sido finalizado na sessão anterior. Posteriormente, se faz o selamento coronário e prescrição medicamentosa (analgésico/anti-inflamatório). Só é necessário prescrever antibioticoterapia se houver comprometimento sistêmico do paciente (GOMES *et al.*, 2003; LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

#### 4. Fratura coronária com exposição pulpar

Os traumatismos alvéolo dentários são considerados um problema de saúde pública (GLENDOR, 2008), causando preocupações não somente pela alta frequência de ocorrências, mas também devido aos custos elevados do tratamento (ISHIDA *et al.*, 2014). O traumatismo dental é uma urgência odontológica que requer intervenções imediatas, no intuito de aumentar as chances de conservação das estruturas em longo prazo. Acomete grande parte da população, especialmente crianças e jovens. Sendo um dos mais sérios problemas de saúde bucal (OZAKI; CORRÊA; CASTILHO; 2009).

Os principais agentes etiológicos são os impactos, cuja força agressora supera a resistência dos tecidos ósseo, muscular e dentário. Afetam principalmente a dentição decídua e a dentadura mista (ZALECKIENE *et al.*, 2014). Acometendo em maior proporção a região

maxilofacial, e tem como maior incidência a região dos dentes anteriores (Incisivos centrais superiores – 80% dos casos), resultando em fraturas e reabsorções dentárias. A perda de parte ou de toda estrutura dental pode resultar em alterações estéticas, efeitos desfavoráveis na função e sintomatologia dolorosa, que podem resultar em impacto social e psicológico nos indivíduos, repercutindo negativamente em sua qualidade de vida (MOTA *et al.*, 2011; BATISTA, 2013; FIRMINO *et al.*, 2014).

Ocorre uma relação em forma crescente de complexidade nos traumatismos envolvendo ou não a fratura do elemento dentário. Nos casos onde há fratura, esta pode abranger somente esmalte (fratura não complicada da coroa), esmalte e dentina (fratura não complicada da coroa), fratura coronária e exposição pulpar (fratura complicada da coroa), fraturas corono-radiculares e fratura da tábua óssea. Existem ainda os casos onde não ocorre a fratura, como na concussão, subluxação, luxação extrusiva, luxação lateral e avulsão dentária (MALMGREN *et al.*, 2012; ANDREASEN; ANDREASEN; ANDERSSON, 2007; ATABEK *et al.*, 2014)

Os tratamentos mais utilizados nos casos de fratura com exposição pulpar são a pulpotomia ou a pulpectomia. Isto vai depender do estágio de desenvolvimento radicular do elemento dentário acometido. Quando se refere a dente imaturo, é indicada a pulpotomia, sendo esta, a melhor maneira para preservar a polpa e permitir que a raiz continue se desenvolvendo adequadamente. Se a extensão da fratura exigir restauração indireta ou uma coroa total, o tratamento endodôntico deve ser realizado (TORABINEJAD; WALTON, 2010).

## 5. Luxação intrusiva

A intrusão dentária ou luxação intrusiva pode ser definida como o deslocamento do dente em direção axial para o interior do alvéolo devido a um impacto. Causa danos severos ao dente afetado, ocasionando problemas graves ao tecido pulpar e considerável injúria às estruturas de sustentação. Por isso, este tipo de luxação, são as que apresentam os piores prognósticos. A necrose, as reabsorções e a fratura do osso alveolar (pela compressão apical e cervical dos tecidos na área do dente), são as principais sequelas associadas a essas modalidades de trauma dental. (HEITHERSAY, 2004; FREITAS, 2013). Estudo realizado por Wriedt *et al.*, (2010) mostra que a luxação intrusiva é a mais rara, representando apenas 0,3% a 1,9% de todas as lesões traumáticas.

Clinicamente, a coroa se apresenta mais curta e existe sangramento gengival (SANABE *et al.*, 2009). Considera-se grau I (suave), quando mais de 50% da coroa fica visível, grau II (moderada), quando menos de 50% da coroa pode ser vista e grau III (severa) quando há intrusão total da coroa (LOSSO *et al.*, 2011).

O tratamento da intrusão depende do estágio de desenvolvimento radicular. Se houver rizogênese incompleta, pode-se esperar a reerupção. Contudo, se não for iniciada em 10 dias, deve-se anestésiar o dente e luxá-lo levemente com um fórceps. A reerupção espontânea pode demorar alguns meses, devendo ser monitorada radiograficamente. Quando se desenvolve uma radiolucidez periapical ou uma reabsorção radicular inflamatória, deve ser realizado o tratamento endodôntico, preenchendo o canal com pasta de hidróxido de cálcio (MARZOLA, 2005).

Nos casos de formação radicular completa, se a intrusão for inferior a 3mm, deve-se permitir a erupção sem intervenção. Caso não seja observado nenhum movimento após o período de 2 a 4 semanas, é indicado o reposicionamento cirúrgico ou ortodôntico, para evitar que ocorra a anquilose. Quando o dente é intruído mais que 7mm é necessário o reposicionamento cirúrgico (ANTHONY *et al.*, 2012). Como a necrose pulpar ocorre em quase 100% dos casos de intrusão, a terapia endodôntica profilática é indicada. A preservação clínica e radiográfica é importante por um período de 3 a 5 anos. (MARZOLA, 2005)

## 6. Luxação extrusiva

Nesse tipo de luxação o dente se desloca parcialmente, na direção axial para fora do seu alvéolo apresentando muita mobilidade. São rompidos o ligamento periodontal e o suprimento neurovascular da polpa e somente as fibras gengivais palatais impedem a avulsão do dente. (PIVA *et al.*, 2013). Clinicamente o dente parece estar alongado em relação ao seu homólogo, apresentando hemorragia local e elevado grau de mobilidade (LOSSO *et al.*, 2011). Durante o exame radiográfico, verifica-se um aumento do espaço periodontal apical (espaço entre a raiz e parede óssea alveolar (LOSSO *et al.*, 2011; PIVA *et al.*, 2013).

O tratamento da extrusão dentária para primeira dentição depende do grau de deslocamento, do desenvolvimento da raiz e da relação com o seu sucessor permanente. Com tratamento imediato pode-se tentar o reposicionamento. Se o atendimento for tardio, ocorre a diminuição da mobilidade e formação do coágulo. Logo, a melhor opção é deixá-los nessa nova posição. Em graus de mobilidade excessiva e extrusões severas (geralmente mais que 3

mm) a exodontia é recomendada (LOSSO *et al.*, 2011). O ideal é realizar o controle clínico e radiográfico do paciente em 15, 30, 60 e 120 dias (KUMAR *et al.*, 2011).

O prognóstico é desfavorável, uma vez que parece ser o tipo de lesão que mais leva à perda de peças dentárias. Como em outros deslocamentos dentários, o risco de necrose pulpar é elevada, sendo o acompanhamento clínico para detectar estas situações precocemente imprescindível (LOSSO *et al.*, 2011).

## 7. Luxação Lateral

A luxação lateral é definida como um deslocamento do dente na direção mesial, distal, vestibular ou lingual (palatina) com fragmentação ou fratura do osso alveolar. Esse tipo de luxação é considerado mais grave que as lesões extrusivas, pois se associam a fraturas ou fragmentações do osso alveolar (GUTMANN; LOVDAHL, 2012).

O exame clínico visual mostra: deslocamento dentário, presença ou não de mobilidade, sangramento e laceração gengival. O exame radiográfico evidencia o deslocamento dentário, apresentando aumento do espaço do ligamento periodontal. É muito importante avaliar a relação do dente decíduo afetado com o gérmen do seu permanente sucessor, e comparar a posição deste gérmen com o seu homólogo, uma vez que também o gérmen pode ter sido deslocado (LOSSO *et al.*, 2011).

## 8. Avulsão dentária

A avulsão dentária é a completa retirada do dente do alvéolo de origem. Histologicamente as estruturas que podem ser afetadas em uma avulsão são: polpa, ligamento periodontal, cemento e osso alveolar (SIQUEIRA; GONÇALVES, 2012). Quando acomete os dentes permanentes se torna a mais séria de todas as injúrias dentais e representa de cinco décimos a três por cento (0,5 a 3%) das injúrias dentárias. O prognóstico depende das medidas tomadas no ato do acidente ou imediatamente após sua ocorrência e o reimplante é o tratamento de escolha (ANDERSSON *et al.*, 2012).

O fator mais importante para o sucesso do tratamento é o tempo decorrido fora do alvéolo. Quando não for possível, deve-se acondicioná-lo em meio apropriado, no intuito de prevenir o ressecamento, que causa perda do metabolismo fisiológico normal e da morfologia

das células do ligamento periodontal, impedindo uma resposta inflamatória por toda a raiz e favorecendo uma maior chance de reparo (MAIA, *et al.* 2005).

Vários meios de armazenagem são recomendados para a conservação dos dentes avulsionados e favorecem a cura pulpar e periodontal, solução salina fisiológica, sangue, meios de cultura de tecido, leite e saliva. A hidratação do ligamento periodontal é um cuidado que acarreta benefício após a reimplantação, pois viabiliza suas células. Porém, se as células do ligamento periodontal remanescentes ficam expostas a um longo tempo de desidratação, uma severa resposta inflamatória se desenvolverá. Por isso os meios secos de armazenamento onde a raiz é tocada, com lenço de papel ou de pano, gaze, algodão são desfavoráveis à vitalidade e a viabilidade do tecido conjuntivo aderido à superfície radicular, comprometendo o prognóstico do reimplante (FRUJERI, 2006).

O reimplante de dentes decíduos avulsionados diante de um trauma é contra-indicado em virtude de possíveis sequelas ao germe permanente da dentição subsequente (MAIA *et al.*, 2005).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar o conhecimento e as práticas dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da Família da cidade de Campina Grande, Paraíba, acerca das condutas corretas que devem ser tomadas frente às urgências em endodontia.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Verificar se os Cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde se sentem preparados para realizar o atendimento das urgências endodônticas;
- Demonstrar que nível de importância tem para os Cirurgiões-Dentistas o conhecimento correto das condutas que devem ser tomadas frente às urgências endodônticas;
- Analisar o conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas sobre as medicações intracanaís eleitas para os diferentes tipos de urgências endodônticas, levando em consideração o diagnóstico e/ou as condições pulpares e perirradiculares;
- Avaliar a capacidade de os Cirurgiões-Dentistas solucionarem corretamente as patologias pulpares e periapicais de urgência;
- Verificar se os Cirurgiões-Dentistas já tiveram a oportunidade de atender alguma urgência endodôntica na Unidade Básica de Saúde;
- Avaliar o conhecimento dos CD sobre suas condutas e competências nas UBSF;
- Avaliar se os Cirurgiões-Dentistas estão aptos para atender urgências em Endodontia;
- Avaliar a necessidade da implantação de programas de educação continuada sobre abordagens de atendimento de urgência na UBSF.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Este trabalho caracterizou-se como um estudo transversal, observacional, apresentando caráter descritivo, baseados no livro de Santos, (2015).

### **4.2 Localização do estudo**

O estudo foi realizado na cidade de Campina Grande – Paraíba, cujos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) mostra que é composta por 385.213 mil habitantes, com estimativa de 407.754 habitantes em 2016.

### **4.3 População e amostra**

Realizou-se um censo com os Cirurgiões-Dentistas lotados nas Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família do município de Campina Grande – PB. Onde a população ou universo da pesquisa envolveu 58 Cirurgiões-Dentistas, ficando a amostra final composta por 38 CDs.

Documento fornecido pela Secretaria de Saúde de Campina Grande-PB (ANEXO C) mostrou que no município existem 82 unidades básicas que desenvolvem atividades integradas à Estratégia Saúde da Família. No entanto, em apenas 58 delas possui equipe de saúde bucal integrada à estratégia. Sendo que destas, 38 Cirurgiões-Dentistas aceitaram participar da pesquisa.

### **4.4 Critério de inclusão**

Cirurgiões Dentistas que estivessem cadastrados na Estratégia Saúde da Família da Cidade de Campina Grande – Paraíba e que quiseram participar.

#### **4.5 Critérios de exclusão**

Cirurgiões Dentistas não cadastrados na Equipe Saúde da Família ou que estivessem em férias ou licença por qualquer motivo.

## 4.6 Variáveis

**Quadro 1.** Variáveis distribuídas quanto à forma de mensuração.

Variável	Forma de mensuração
Sexo	Feminino; Masculino
Faixa etária	20-30; 31-40; 41-50; 51-60; 61-70
Tempo de formado	Em anos
Qual instituição se formou	UEPB; UFCG; UFPB; FIP
Fez alguma especialização	Sim; Não
Qual a especialização	Dentística; Dentística e Gestão; Odontologia legal; Ortodontia; Ortodontia e Saúde coletiva e da família; Prótese dentária e Odontologia legal; Nenhuma; Dentística e Saúde coletiva e da família; Dentística e Pacientes com necessidades especiais (PNE); Dentística e Pacientes com necessidades especiais (PNE); Dentística e Pacientes com necessidades especiais (PNE); Endodontia e Ortodontia; Implantodontia; Implantodontia e Periodontia; Saúde coletiva e da família
Tempo de trabalho na ESF	Em anos
Percepção dos CDs, se a graduação forneceu a base necessária para a atuação na Estratégia Saúde da Família	Sim; Não
Conhecimento das competências atribuídas ao CD na Atenção Básica	Atendimento de urgência e pequenas cirurgias; Gerenciamento de insumos; Ações coletivas de promoção de saúde; Supervisão dos técnicos THD e do ACD; Todas as alternativas
Conhecimento dos CD sobre os procedimentos endodônticos realizados na Unidade Básica de Saúde	Biopulpectomia, colocação de medicação intracanal; Encaminhar as patologias pulpares e do periápice para o CEO, sem avaliar o potencial de reversão da patologia; Proteção pulpar direta ou indireta e pulpotomias; Biopulpectomias e necropulpectomias; Nenhuma das alternativas
Nível de importância que os Cirurgiões-Dentistas atribuíram às urgências endodônticas	Muito importante; Pouco importante; Irrelevante; Não sei responder
Aptidão julgada pelos Cirurgiões-Dentistas para atender urgências endodônticas	Sim; Não
Questão 9 (MIC)	Certo; Errado
Questão 10 ( <i>Flare-up</i> )	Certo; Errado
Questão 11 (Pulpite aguda irreversível)	Certo; Errado
Questão 12 (Abscesso dentoalveolar agudo)	Certo; Errado
Questão 13 (Avulsão)	Certo; Errado
Atendimento de urgência endodôntica na Unidade Básica de Saúde da Família	Sim; Não
Tipo de urgência atendida na Unidade Básica de Saúde da Família	Pulpite aguda irreversível; Flare-up; Abscesso dentoalveolar agudo; Fratura coronária com exposição pulpar; Luxação intrusiva; Avulsão dentária; Não sei respondeu; Todas

#### **4.7 Coleta de dados**

O pesquisador foi pessoalmente às UBSF que possuíam Equipe de Saúde Bucal (ESB) integrada ao atendimento, ficando responsável por distribuir e recolher os questionários. Cada CD recebeu um envelope contendo o questionário, o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e uma etiqueta colante para lacre do envelope após resposta.

A coleta foi realizada por um pesquisador, que se dirigia à UBSF, início ou no final da manhã ou tarde, para evitar transtornos durante o atendimento da população pelo CD. Após a entrega do instrumento, aguardava-se a devolução do questionário respondido, não permitindo que o profissional ficasse com o instrumento de pesquisa.

#### **4.8 Instrumento de Pesquisa**

Para a realização deste estudo, utilizou-se como instrumento de pesquisa um questionário (APÊNDICE A), caracterizado como semiestruturado combinando questões fechadas e uma questão aberta, composto por perguntas que se propunham a avaliar o conhecimento teórico e as práticas dos Cirurgiões-Dentistas sobre as patologias pulpares e periapicais, assim como o diagnóstico e a conduta correta frente às mesmas. Esse instrumento foi preparado e adaptado para este trabalho utilizando fontes da literatura endodôntica e questões já aplicadas em outros estudos. Sua base teórica cumpriu LOPES e SIQUEIRA JR (2015), BRASIL (2006-B), LENZI *et al.* (2010) e CANEPPELE *et al.* (2011) com adaptações para a população deste estudo.

#### **4.9 Estudo Piloto**

O estudo piloto foi realizado a fim de treinar os pesquisadores quanto à aplicação do instrumento de pesquisa, ora elaborado junto a 10% do total da amostra (n=58) na cidade de Pilar-PB, junto aos Cirurgiões-Dentistas que possuíam experiência no trabalho em UBSF, no

intuito de testar o instrumento e verificar se há necessidade de fazer alguns pequenos ajustes em relação à forma das questões (CANHOTA, 2008).

Durante o estudo piloto, observou-se que o instrumento de pesquisa ficou extenso. Diante disso, foram removidas algumas questões, sem prejuízo aos objetivos do estudo, e o questionário foi reorganizado, para assim, ser iniciada a coleta.

## **5.0 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa recebeu a anuência da Secretaria Municipal de Saúde conforme o Termo de Autorização Institucional (TAI – ANEXO B). E, posteriormente, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) através do parecer CAEE de nº 45227215.4.0000.5187(ANEXO A), sob todos os requisitos e normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil.

Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para tornarem-se sujeitos da pesquisa.

## **5.1 Análise Estatística**

Após a coleta dos dados, procedeu-se à análise descritiva dos mesmos através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences*© (SPSS), versão 20.0.

## 5 RESULTADOS

Esse estudo obteve uma taxa de resposta de 65,5% (n=38). Conforme mostra a Tabela 1, os participantes possuem idade média de 44,55 anos, sendo 78,93% pertencentes ao sexo feminino, com 20,20 anos, em média, de formados.

A maioria dos profissionais se formaram na Universidade Estadual da Paraíba- UEPB (73,1%), e apresentavam alguma pós-graduação (89,5%), sendo a Saúde Coletiva a especialização mais prevalente (37,1%). O tempo de serviço na unidade de saúde da família variou de menos de um ano a trinta anos, com média de 10,91 ( $\pm$  6,53) anos.

**Tabela 1.** Caracterização dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde. Campina Grande, Paraíba, 2016.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	30	78,9
Masculino	8	31,1
<b>Idade</b>		
20-30 anos	4	10,5
31-40 anos	10	26,3
41-50 anos	10	26,3
51-60 anos	13	34,2
61-70 anos	1	2,6
<b>Tempo de Formado</b>		
0-10 anos	9	23,7
11- 20 anos	13	34,2
21-30 anos	6	15,8
31-40 anos	10	26,3
<b>Instituição da graduação</b>		
UEPB	28	73,1
UFPB	8	21,1
UFCEG	1	2,6
FIP	1	2,6
<b>Apresenta especialização</b>		
Sim	34	89,5
Não	4	10,5
<b>Área da especialização</b>		
Saúde Coletiva	17	37,1
Dentística	5	11,1
Ortodontia	8	17,0
Prótese dentária	2	5,3
PNE	2	5,3
Endodontia	1	2,2
Implantodontia	2	5,3
Periodontia	1	2,2
Gestão	1	2,2
Odontologia legal	2	5,3
Nenhuma	4	7,0
<b>Tempo de trabalho na USB</b>		
0-10 anos	20	52,6
11-20 anos	16	42,1
21-30 anos	2	5,3

De acordo com a Tabela 2, 24 (63,2%) CDs afirmaram que a graduação forneceu a base necessária para atuar na ESF, sendo que apenas 20 (52,6%) demonstrou estar preparado para atender qualquer tipo de urgência endodôntica. Todos os CDs afirmaram ser muito importante saber a conduta correta que deve ser aplicada frente às urgências endodônticas (n=38; 100,0%).

**Tabela 2.** Percepção dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde. Campina Grande, Paraíba, 2016.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Você acha que a sua graduação forneceu a base necessária para a atuação na Estratégia Saúde da Família?</b>		
Sim	24	63,2
Não	14	36,8
<b>Sente-se preparado para atender qualquer tipo de urgência endodôntica?</b>		
Sim	20	52,6
Não	15	39,5
Não sei responder	3	7,9
<b>Nível de importância tem para o Cirurgião-Dentista, saber qual a conduta mais correta que deve ser tomada frente às urgências endodônticas</b>		
Muito importante	38	100,0

De acordo com a Tabela 3, a maioria dos profissionais (80,6%) apresentou conhecimento sobre suas competências na Atenção Básica de Saúde da Família. Já quando questionados quais são os procedimentos endodônticos que deveriam ser realizados na UBSF esse número envolveu 20 (52,6%) entrevistados.

**Tabela 3.** Conhecimentos dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde sobre suas competências e condutas realizadas. Campina Grande, Paraíba, 2016.

Variável	N	%
<b>Assinale a alternativa referente às competências atribuídas ao cirurgião-dentista na Atenção Básica de Saúde da Família:</b>		
Acertaram (Todas as alternativas)	29	80,6
Erraram	9	19,4
<b>O Cirurgião-Dentista da Unidade Básica de Saúde da Família pode realizar os seguintes procedimentos endodônticos.</b>		
Acertaram (Proteção pulpar direta ou indireta e pulpotomias)	20	52,6
Erraram	18	47,4

De acordo com a Tabela 4, a maioria dos CDs acertaram como proceder diante de um caso de avulsão dental (n=24; 63,1%). Quanto à medicação intracanal de escolha frente aos casos de urgência (pulpite aguda irreversível, abscesso dentoalveolar agudo, *Flare-up*, respectivamente), observou-se que apenas dois (5,6%) dos CD acertaram a mais indicada. Pouco mais de um terço dos CD (n=14; 36,8%) acertaram a conduta correta frente à pulpite aguda irreversível, e apenas 7 (18,4%) responderam corretamente como proceder diante do caso referente ao abscesso dentoalveolar agudo. Na questão referente a *flare-up*, metade dos profissionais acertaram qual a conduta é a mais indicada. É importante justificar que na questão 13, referente à avulsão dental, mesmo com a aplicação do estudo piloto, os questionários foram aplicados havendo duas alternativas corretas e, por conseguinte, ambas foram consideradas como assertivas corretas na análise estatística deste estudo.

**Tabela 4.** Conhecimentos dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde sobre as condutas adotadas no tratamento das urgências endodônticas. Campina Grande, Paraíba, 2016.

Variável	N	%
<b>Qual o diagnóstico e a medicação de urgência estão corretos? (MIC*)</b>		
Acertaram (Todas as linhas estão corretas)	2	5,6
Erraram	36	<b>94,4</b>
<b>Conduta de urgência deve ser tomada se o paciente sente dor aguda e edema, após o acesso e medicação intracanal de uma periodontite apical aguda. (Flare-up)</b>		
Acertaram (Realiza uma nova intervenção endodôntica e prescreve anti-inflamatório não esteroidal e antibiótico)	19	50,0
Erraram	19	50,0
<b>Conduta diante de um paciente adulto com dor intensa, pulsátil, contínua e espontânea no dente 25, que piora ao baixar a cabeça e não alivia com analgésico? (Pulpite aguda irreversível)</b>		
Acertaram (Anestesia, acesso, remoção do tecido pulpar, hemostasia, colocação de medicação intracanal (corticosteróide), selamento e prescrição de anti-inflamatório)	14	36,8
Erraram	24	63,2
<b>Diagnóstico e a sua conduta de urgência do caso relatado. (Abscesso dentoalveolar agudo)</b>		
Acertaram (Abscesso dentoalveolar agudo. Acesso, med. intracanal, drenagem intraoral e trat. endodôntico após a fase aguda)	7	18,4
Erraram	31	81,6
<b>Frente a uma avulsão dentária traumática em dente decíduo e permanente. (Avulsão dental)</b>		
Acertaram (Não reimplanta em hipótese alguma o primeiro)	24	63,1
Erraram	14	36,9

\*MIC – Medicação Intracanal

A maior parte dos profissionais apontou que no decorrer da vida profissional já havia atendido situações de urgência endodôntica (n=30; 78,9%). Entre os que afirmaram ter atendido alguma situação de urgência, a pulpíte aguda irreversível foi indicada como o tipo de urgência mais prevalente (n=17; 44,7%), seguida pelo abscesso dentoalveolar agudo (n=7; 18,4%). (Tabela 5) Os casos de *flare-up*, fratura coronária com exposição pulpar e luxação intrusiva ou avulsão dentária, não foram citados por nenhum dos entrevistados.

**Tabela 5.** Experiência dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde com urgências endodônticas. Campina Grande, Paraíba, 2016.

Variável	N	%
<b>Você já atendeu alguma urgência endodôntica?</b>		
Sim	30	78,9
Não	8	21,1
<b>Qual o tipo de urgência?</b>		
Pulpíte aguda irreversível	17	44,7
Abscesso dentoalveolar	7	18,4
Não sei responder	12	31,6
Todas as urgências	2	5,3

## 6 DISCUSSÃO

Neste estudo, grande parte dos participantes relataram que a graduação forneceu a base necessária para atuar na Estratégia Saúde da Família. No que se refere ao atendimento das urgências endodônticas, o percentual de profissionais que se sentem preparados para o atendimento foi de um pouco mais da metade dos participantes. Já quando perguntados quanto a importância em saber a conduta mais correta que deve ser adotada frente às urgências endodônticas, todos os CDs assinalam ser muito importante, corroborando com a proposição de Bezerra et al. (2015), que reforçaram a necessidade dos CDs estarem preparados para determinados tipos de urgências odontológicas, pois em um atendimento como este, é importante que o profissional saiba como agir no intuito de escolher a melhor intervenção possível, de modo a aliviar a sintomatologia apresentada pelo paciente e encaminhá-lo para as futuras etapas subsequentes do tratamento.

Logo, torna-se necessário que o CD tenha preparo profissional para saber identificar as principais causas que levam o paciente a apresentar um quadro de urgência, analisando qual melhor conduta proceder (CASSAL, CARDOZO e BAVARESCO, 2011). Dentre as especialidades apresentadas pelos CDs que trabalham nas UBSF, poucos escolheram a endodontia, podendo este resultado justificar o alto número de atitudes negativas frente ao tratamento das urgências endodônticas. Vale salientar que o cirurgião-dentista deve obter o conhecimento necessário para solucionar as patologias da polpa e do periápice ainda na graduação, visto que são conceitos básicos e relacionados à prática do profissional inserido na estratégia saúde da família.

O presente estudo mostrou que a maior parte dos CDs que trabalha nas UBSF detém conhecimento acerca das atribuições da sua profissão nesse tipo de serviço. Quando perguntados quais eram os procedimentos endodônticos que esses profissionais deveriam realizar na atenção primária, pouco mais da metade acertaram. Essas duas questões foram de grande importância para avaliar o grau de conhecimento que os próprios profissionais possuem sobre o sistema em que atuam. Segundo os autores Sousa, Bezerra e Marques, (2003) e Silveira, (2004), observou-se que alguns profissionais não se preocupam em estudar como funcionam os serviços de saúde, o que resulta em um perfil inadequado para trabalhar nesta área, mostrando apenas o interesse do profissional de complementar sua renda o que resulta em um serviço de pouca qualidade e dedicação mínima para a população.

É necessário que o Cirurgião-Dentista possua base conceitual e filosófica para que, com a prestação de um atendimento integral e de qualidade à população, defenda e lute por ele (SOUSA, BEZERRA E MARQUES, 2003). Aerts, Abegg e Cesa (2004) relataram que no campo da Odontologia, há uma necessidade de readequação dos cursos de graduação para a formação de profissionais mais capacitados para exercerem atividades que atendam o SUS, e também, a contínua capacitação dos já graduados que atuam ou que pretendem atuar no sistema. Martins *et al.* (2009) observaram a necessidade da promoção de cursos a respeito da base conceitual do SUS, além de mudanças na grade curricular das instituições, para formar profissionais mais voltados para as reais necessidades de saúde da população.

Vale destacar que os cirurgiões dentistas não devem negligenciar o atendimento de pacientes em casos de urgência, pois constitui infração ética no Código de Ética Odontológica: (*Resolução CFO-118/2013*).

*Capítulo V - Do Relacionamento, Seção I - Com o Paciente, Art. 7º - Constitui infração ética: VII - deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro Cirurgião Dentista em condições de fazê-lo. (Resolução CFO-118/2013.*

Em relação à experiência dos CDs que trabalham nas UBSF diante das urgências endodônticas, a maior parte dos profissionais já havia atendido algum tipo de urgência endodôntica, sendo a pulpite aguda irreversível a alteração mais predominante. Figueiredo e Aguiar (2007) relataram que é fundamental que o profissional tenha conhecimento a respeito das principais urgências mais recorrentes, visto que essas situações podem ocorrer diariamente. Fato este não observado no presente estudo, já que apenas pouco mais de 1/3 dos CDs demonstrou ter conhecimento necessário para proceder diante de uma pulpite aguda irreversível.

Por sua vez, Hanna *et al* (2014), realizaram um estudo para averiguar o conhecimento dos CDs em episódios de urgência e emergência, em um município em Belém do Pará, e os resultados comprovaram que dos 125 cirurgiões dentistas entrevistados (33.8%), já experimentaram situações de urgência/emergência. Caputo *et al.* (2010), identificou que além de conhecimento técnico-científico, o CD deve estar preparado psicologicamente, saber atuar e ter segurança dos atos que irá praticar para atuar nessas intercorrências. Estes resultados

ênfatisam a necessidade do profissional estar capacitado para solucionar os quadros de urgência nos serviços públicos de saúde, visto que esta situação ocorre diariamente.

O presente estudo demonstrou que os Cirurgiões-Dentistas apresentaram pouco conhecimento sobre o correto emprego da medicação intracanal nos casos de urgência na Endodontia, levando em consideração o diagnóstico pulpar e perirradicular. Este quesito revelou o pior índice de conhecimento dos profissionais. É importante salientar que as urgências endodônticas são situações vivenciadas no dia-a-dia dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família, e que, necessariamente deveriam ter conhecimento técnico-científico suficiente em relação à aplicabilidade dessas medicações. Rosa *et al.* (2011), relataram a importância da medicação intracanal para o sucesso da terapia endodôntica, estando elas intimamente relacionadas

Para Lopes e Siqueira Jr, (2015) essa etapa não pode substituir qualquer outra relacionada à terapia endodôntica e sua utilização assume um papel auxiliar bastante importante em determinadas condições clínicas e patológicas. Ainda segundo Rosa *et al.* (2011) é importante que, ainda na formação acadêmica, os futuros profissionais tomem conhecimento dos recursos medicamentosos utilizados, podendo ter mais opções de escolha de produtos intracanal empregados em endodontia.

Nesse estudo houve baixa prevalência de conhecimento sobre como proceder diante de um caso de pulpite aguda irreversível. Em um estudo anterior avaliando o conhecimento de alunos de Odontologia frente à correta interpretação dos recursos semiotécnicos utilizados no diagnóstico endodôntico, Santos *et al.* (2011) relataram que o maior número de erros de diagnósticos ocorreu em relação à pulpite. E ao comparar o índice de concordância diagnóstica entre os alunos e os pesquisadores, este se apresentou relativamente alto, demonstrando que o conhecimento teórico em associação com a experiência clínica é bastante salutar para a obtenção do correto diagnóstico das patologias endodônticas.

Diante de um caso de abscesso dentoalveolar agudo, a grande maioria dos CDs não demonstrou saber a conduta clínica correta a ser realizada e também, não demonstrou necessidade de prescrição de medicação sistêmica para o caso relatado. Este resultado corrobora com o estudo de Azoubel, Cunha e Azoubel (2012) que ao avaliarem o conhecimento dos CDs de Ipiaú – BA sobre abscesso periodontal, e 73% dos profissionais que realizaram tratamento para esta patologia, não sabiam qual era a etiologia. E ainda dos 26 profissionais que trataram os pacientes com abscesso, 76,9% utilizaram alguma terapia medicamentosa e 95% destes incluíram antibióticos na sua prescrição. Ainda no estudo de

Azoubel, Cunha e Azoubel (2012), dos CDs que prescreveram antibióticos, 90% relataram que o fármaco poderia ser utilizado em todo tipo de abscesso periodontal, mesmo em situações que não ocorra envolvimento sistêmico. Logo, a maioria dos profissionais entrevistados não sabiam as causas do abscesso periodontal e quase todos os CDs que prescreveram antibiótico, consideraram que tal conduta farmacoterápica deve ser empregada em todos os casos de abscesso.

Alfenas *et al.* (2014) relataram em seu estudo que o CD deve estar consciente da necessidade de intervenção local e da prescrição de uma medicação sistêmica quando houver a necessidade de uso. Mesmo não havendo a exigência de uma padronização do protocolo para o atendimento de urgência, é importante que o profissional reflita sobre estas condutas por meio da investigação de diversos autores. A antibioticoterapia deve ser cautelosamente prescrita, já que é indicada apenas como complemento da terapia endodôntica convencional. Além disso, a prescrição deverá ser correta na escolha, dosagem e duração adequadas do antibiótico para evitar o desenvolvimento de cepas bacterianas resistentes.

Em relação à conduta realizada frente à uma avulsão dentária observou-se que a maioria dos CDs acertaram a resposta, ao responder que não se deve reimplantar o dente decíduo avulsionado em hipótese alguma. O mesmo é indicado no estudo realizado por Losso *et al.* (2011) onde os autores relataram que diferentemente do que ocorre na dentição permanente, o reimplante não está indicado na dentição decídua por ser um procedimento que envolve condições muito específicas para o seu sucesso e pela possibilidade de lesão do germe do permanente, pois é possível que o coágulo seja forçado para o interior da região do folículo. A melhor opção é a reabilitação protética, que pode ser complicada em crianças de baixa idade, mas importante por questões estéticas e funcionais.

O estudo realizado por Granville-Garcia *et al.* (2009), também avaliou o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre avulsão dental no Programa de Saúde da Família do município de Campina Grande na Paraíba, e os resultados corroboraram com os achados no presente estudo ao relatarem altos percentuais de profissionais que não reimplantariam dentes decíduos avulsionados. Estando estes de acordo com a Academia Americana de Odontopediatria (2014), os quais contraindicam a realização do reimplante dentário, no intuito de evitar consequências negativas ao sucessor permanente.

Torna-se necessário esclarecer que nas bases de dados pesquisadas, não foram encontrados nenhum estudo que analisasse especificamente o conhecimento dos Cirurgiões-

Dentistas sobre as urgências endodônticas, tornando-se o principal desafio deste estudo, e ao mesmo tempo a justificativa prevalecente para a realização do mesmo.

Portanto, reforça-se a necessidade de mais estudos nessa linha de pesquisa sobre o conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas que trabalham em Unidades Básicas de Saúde em relação às urgências endodônticas, buscando observar se o baixo conhecimento sobre as condutas clínicas frente a esses casos é um fato generalizado ou não, visto os resultados críticos deste estudo e destacando que as urgências são condições de saúde que requerem atendimento especial de forma a não agravar o estado de saúde do paciente. Esses estudos são necessários para que haja uma avaliação e elaboração de estratégias no sentido de melhorar a qualificação dos profissionais e suas condições de trabalho.

Logo, os resultados do presente estudo revelam o baixo conhecimento dos CDs acerca das urgências endodônticas, e a necessidade de um programa de educação continuada para profissionais da rede pública com a finalidade de proporcionar uma constante atualização profissional, viabilizando tratamentos adequados e cientificamente embasados para a população. Os CDs que atuam nas UBSF devem estar preparados para uma abordagem de caráter urgente, pois não são raros os casos de pacientes que buscam esse tipo de atendimento.

## 7 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo demonstram que:

- Os Cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde se sentem preparados para realizar o atendimento das urgências endodônticas;
- Todos os CDs julgam muito importantes o conhecimento das condutas corretas que devem ser tomadas frente às urgências endodônticas;
- O conhecimento dos CDs sobre as medicações intracanaís eleitas para os diferentes tipos de urgência endodôntica, levando em consideração o diagnóstico e/ou as condições pulpares e perirradiculares são insuficientes;
- Poucos CDs entrevistados são capazes de solucionar corretamente as patologias pulpares e periapicais de urgência;
- A maioria dos CDs oportunamente já atendeu alguma urgência endodôntica no dia-a-dia de atendimento na UBSF;
- Os CDs são informados quanto às suas competências nas UBSF, no entanto, torna-se necessário melhor informar acerca dos procedimentos endodônticos que devem ser realizados nas unidades básicas;
- Os CDs apresentam habilidades limitadas para atender urgências em Endodontia;
- Há conhecimento limitado dos Cirurgiões-Dentistas das Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande-PB sobre as Urgências Endodônticas e, sugere-se a implantação de programas de educação continuada sobre abordagens de atendimento de urgência para viabilizar a melhoria na qualidade do atendimento odontológico a população.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.

AKBAR, I. (2015). Efficacy of Prophylactic use of Antibiotics to Avoid Flare up During Root Canal Treatment of Nonvital Teeth: A Randomized Clinical Trial, **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, 9(3), pp. 8-11.

ALFENAS, C. F. *et al.* Antibioticos no tratamento de abscesso perirradiculares agudos. **Revista brasileira de odontologia**, v. 7, n. 2, p. 120-123, 2014.

ANDERSSON, L. *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. **Dental Traumatology**, v. 28, n. 2, p. 88-96, 2012.

ANTHONY ET AL., J. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. **Dental Traumatology**, v. 28, p. 2-12, 2012.

AZOUBEL, M. C. F.; CUNHA, A. T.; AZOUBEL, E. Avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas de Ipiaú/BA sobre abscesso periodontal. **Perionews**, v. 6, n. 5, p. 515-520, 2012.

BATISTA, R. S. C. Estudo Sobre o Traumatismo Dentário: Uma Revisão Crítica da Literatura. **Monografia**, João Pessoa. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba , 2013.

BAUMANN, M. A.; BEER, R. **Atlas Colorido de Odontologia - Endodontia**. 2. ed. [S.l.]: Artmed, 2010.

BEZERRA, P. A. D. S. A. M. et al. Principais Patologias Orofaciais Recorrentes em Serviços de Urgências Odontológicas: Uma Revisão da Literatura. **Id on line Revista de Psicologia**, v. 9, n. 27, p. 167-177, 2015.

BRASIL-A. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2004. Disponível em:  
<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>>. Acesso em: 01 março 2015.

BRASIL-B. Saúde Bucal: Caderno de Atenção Básica, nº 17, Série A - Normas e Manuais Técnicos. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 10 Fevereiro 2015.

BRASIL-C. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal-resultados principais. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/>>. Acesso em: 01 Março 2015.

BRASIL-D. Brasil Sorridente. **Portal da Saúde - SUS**, 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php)>. Acesso em: 05 Fevereiro 2015.

BRASIL-E. Portal da Saúde - SUS. **Estratégia Saúde da Família – Equipe de Saúde Bucal**, 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php?conteudo=equipes](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes)>. Acesso em: 06 Fevereiro 2015.

BRASIL-F. PORTARIA Nº 3.012, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2012. **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3012\\_26\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3012_26_12_2012.html)>. Acesso em: 10 Fevereiro 2015.

BRASIL-G. Manual de especialidades em saúde bucal. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_especialidades\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 01 Março 2015.

BRASIL-I. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf). Acesso em: 10 Fev 2016.

BRASIL-J. **Ministério da Saúde**. Brasil sorridente: a saúde bucal levada a sério. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf). Acesso em: 05 jan. 2016.

BRASIL-K. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **http://**[cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400](http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400), 2010. Acesso em: 11 Fev 2016.

BRASIL-L. Portaria n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União 28 de Dez de 2000**, 2000. [http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444\\_28\\_12\\_00.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf). Acesso em: 10 Fev 2016.

CANEPPELE, T. M. F.; YAMAMOTO, E. C.; SOUZA, A. C. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de pacientes especiais, hipertensos, diabéticos e gestantes. **Journal of Bi dentistry and Diomaterials**, v. 1, n. 1, p. 31-41, 2011.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: SILVA, E. E. (Org.). **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, p. 69-72, 2008.

CAPUTO, I. G. C. et al. Vidas em Risco: Emergências Médicas em Consultório Odontológico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 10, n. 3, p. 51-58, 2010.

CASSAL, J. B.; CARDOZO, D. D.; BAVARESCO, C. S. J. B. Perfil dos Usuários de Urgência Odontológica Em uma unidade. **Revista de APS**, p. 85-91, 2011.

CFO: Conselho Federal de Odontologia (Código de Ética Odontológica). Disponível em: <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo\\_etica.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2016.

CHAVES, S. C. E. A. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010.

COHEN, S.; HARGREAVES, K. **Caminhos da polpa**. 10. ed. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2011.

DE DEUS, Q.D. (2010). **Endodontia**. 5ªEdição. Rio de Janeiro, Medsi.

DEUS, Q. D. D. **Endodontia**. 4ª. ed. [S.l.]: MEDSI, 1976.

DOURADO, A. T.; CALDASJR, A. F.; D. S. ALBUQUERQUE, V. M. S. Estudo Epidemiológico de Urgências Odontológicas. **Journal Brazil Clinical Odontology International**, v. 48, n. 9, p. 60-64, 2005.

ELMUBARAK, A.; BAKR, N. A.; IBRAHIM, Y. Postoperative Pain in Multiple visit and single visit Root Canal Treatment. **Journal of Endodontics**, v. 36, p. 36-39, 2010.

ESTRELA C. *et al.* (2011). Diagnostic and clinical factors associated with pulpal and periapical pain. **Brazilian Dental Journal**, 22(4), pp. 306-311.

FIGUEIREDO, I. M. B.; AGUIAR, A. S. W. **Situações Emergências no Consultório Odontológico**. [S.l.]: Santos, 2007.

FIRMINO, R. T. *et al.* Prediction factors for failure to seek treatment following traumatic dental injuries to primary teeth. **Brazil Oral Res**, v. 28, n. 1, p. 1-7, 2014.

FREITAS, A. F. P. M. Intrusão dentária: Revisão de literatura. 2013. 25f. **Monografia** - Faculdade de Odontologia de Piracicaba /UNICAMP, São Paulo, 2013.

FRUJERI, M. L. V. Avulsão dentária: efeito da informação na mudança de comportamento frente a diferentes grupos profissionais. 2006. 179f. **Dissertação de mestrado** – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

GARG, N. e GARG, A. (2010). Textbook of **Endodontics**. New Delhi, Jaypee Brothers Medical Publishers.

GOMES, A. C. A. *et al.* Conduta terapêutica em dentes com lesão refratária ao tratamento endodôntico convencional e cirúrgico: caso clínico. **Revista de cirurgia e traumatologia buco-maxilo facial**, v. 3, n. 1, p. 23-29, 2003.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. *et al.* Conhecimento do cirurgião-dentista sobre avulsão dental no Programa de Saúde da Família de Campina Grande, PB, Brasil. **Revista Odontologia**, v. 17, n. 33, jan/jun. 2009.

GUTMANN, J. L.; LOVDAHL, P. E. **Soluções em endodontia: prevenção, identificação e procedimentos**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 496p.

HANNA, L. M. O. *et al.* Conhecimento dos Cirurgiões Dentistas Diante Urgência e Emergência. **Revista Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 14, n. 1, p. 79-86, 2014.

HEITHERSAY, G. S. **Invasive cervical resorption. Endodontic Topics**. 1. ed. [S.l.]: John Wiley & Sons Ltd, v. 7, 2004.

ISHIDA, A. L. *et al.* Avulsão dentária e fatores relacionados ao prognóstico: estudo retrospectivo de 13 anos. **Arquivos do MUDI**, v. 18, n. 3, p. 17-28, 2014.

KHEMALEELAKUL, S.; BAUMGARTNER, J. C.; PRUKSAKOR, S. Identification of bacteria in acute endodontic infections and their antimicrobial susceptibility. The online version of **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology** at ScienceDirect.com., v. 94, p. 746-755, 2002.

KUMAR, A. *et al.* Prevalence of traumatic dental injuries among 12-to 15-year-old schoolchildren in Ambala District, Haryana, India. **Oral Health & Preventive Dentistry**, vol. 9, n. 3, p. 301-305, 2011.

LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J.; ZAMBENEDETTI, M. L. Dor orofacial e absenteísmo em trabalhadores da indústria metalúrgica e mecânica. **Saúde Sociedade**, v. 17, n. 4, p. 182-191, 2008.

LENZI, T. L. *et al.* Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. **Journal Health Sciences Institute**, v. 28, n. 2, p. 121-124, 2010.

LEWIS, M. A.; MACFARLANE, T. W.; MCGOWAN, D. A. A microbiological and clinical review of the acute dentoalveolar abscess. **Journal Oral Maxillofac Surgery**, v. 28, n. 1, p. 359-366, 1990.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JUNIOR, J. F. **Endodontia: Biologia e técnica**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 848p.

LOSSO, E. M. *et al.* Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 1, p. 1-20, 2011.

MAIA, S. M. A. S. *et al.* Conduta clínica do cirurgião-dentista ante a avulsão dental: Revisão de literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Odontologia**, v. 3, n. 1, p. 41-47, 2006.

MARGARIT, R.; ANDREI, O. C.; MERCUT, V. Anatomical variation of mandibular second molar and its implications in endodontic treatment. **Rom Journal Morphology Embryology**. v. 53, n. 2, p. 413-416, 2012.

MARTINS, R. J. *et al.* Percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas do Serviço Público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 75-82, 2009.

MARZOLA, C. **Fundamentos de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial**. Independente. ed. Baurú: CDR, 2005.

MATTEWS, D. C.; SUTHERLAND, S.; BASRANI, B. Emergency Management of acute apical abscess in permanent dentition: a systematic review of the literature. **Journal Canadian Association**, v. 69, n. 10, p. 660-660i, 2003.

MORSE, D. R. (1987). One-visit endodontics. **Hawaii Dental Journal**, v. 18, n. 11, pp. 12- 14.

MOTA, L. Q. *et al.* Estudo do Traumatismo Dentário em Escolares do Município de João Pessoa, PB, Brasil. **Pesquisa Brasileira de Clínica Integrada**, v. 2, n. 11, p. 217-222, 2011.

MUNERATO, M. C.; FIAMINGHI, D. L.; PETRY, P. C. Urgências em Odontologia: Um estudo retrospectivo. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 46, n. 1, p. 90-95, 2005.

OCCHI, I.G.P.; SOUZA, A.A.; RODRIGUES, V.; TOMAZINHO, L.F. Avaliação de sucesso e insucesso dos tratamentos endodônticos realizados na clínica odontológica da unipar. **Uningá Review**. v. 8, n. 2, p. 39-46. 2011.

OZAKI, A. M.; CORRÊA, T. O.; CASTILHO, M. C. Trauma com luxação intrusiva e extrusiva: aspectos clínicos e tratamentos. **Anais do 13º Encontro Latino Americano de Iniciação Científica; IX Encontro Latino Americano de PósGraduação-Universidade do Vale do Paraíba**, São José dos Campos, 2009.

PINTO, E. C. *et al.* Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais. **Arquivos em Odontologia**, v. 48, n. 3, p. 166-174, 2012.

PIVA, F. *et al.* Atendimento de urgência frente ao traumatismo alvéolo dentário - relato de caso clínico. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, vol. 67, n. 3, p. 224-228, 2013.

RIGO, L.; PETRINI, I.; LODI, L. Dor pós operatória em tratamento endodôntico realizado em sessão única e múltipla. **International Journal of Dentistry**, v. 11, n. 1, p. 29-37, 2012.

ROMANI et al., H. M. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

ROSA, G. P. *et al.* Medicação Intracanal Utilizada nas Clínicas de Endodontia dos Cursos de Graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra e na Faculdade de Odontologia de Valença. **Revista Pró-univerSUS**, v. 2, n. 2, p. 41-52, 2011.

SANABE *et al.*, M. Dental traumatism urgencies: classification, signs and procedures. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 4, p. 447-451, 2009.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M. Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolatividade. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 79-86, 2011.

SANTOS, I. E. D. **Manual de Métodos e Técnicas de Pesquisa Científica**. 11. ed. [S.l.]: Impetus, 2015.

SANTOS, K. S. A. D. et al. Concordância diagnóstica em Endodontia em clínicas odontológicas. **Rev Gaúcha Odontol**, v. 59, n. 3, p. 365-371, 2011.

SATHORN, C.; PARASHOS, P.; MESSER, H. Australian endodontists' perceptions of single and multiple visit root canal treatment. **International Endodontic Journal**, v. 42, p. 811-818, 2009.

SILVEIRA, J. L. G. C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 4, n. 2, p. 151-156, 2004.

SIPAVICIUTE, E.; MANELIENE, R. Pain and flare up after endodontic treatment procedures. **Stomatologija Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, v. 16, n. 1, p. 25-30, 2014.

SIQUEIRA, A. C.; GONÇALVES, P. E. Avulsão dentária traumática acidental: cuidados odontológicos para o reimplante. **Faculdade de odontologia de Lins/Unimep**, v. 22, n. 1, p. 47-53, 2012.

SOARES, I. J.; GOLDBERG, F. **Endodontia Técnica e Fundamentos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SOUSA, I. M. C.; BEZERRA, A. F. B.; MARQUES, A. P. O. Trabalho em saúde: quem implementa o sistema Único de Saúde no hospital universitário conhece sua filosofia? **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 302-309, 2003.

TANALP, J.; GÜVEN, E. P.; OKTAY, I. Evaluation of dental students' perception and self-confidence levels regarding endodontic treatment. **European Journal of Dentistry**, vol. 7, n. 2, apr./jun., 2013.

TORABINEJAD, M.; WALTON, R. E. **Endodontia: Princípios e Prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

TRAEBERT, J.; CLAUDINO, D. Epidemiologia do traumatismo dentário em crianças: a produção científica brasileira. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 2, p. 263-272, 2012.

VIER-PELISSER, F. V. *et al.* Medicação intracanal e sistêmica e preconizada nas faculdades de Odontologia brasileira para o tratamento de urgência do abscesso apical agudo. **Revista odontologia e ciência**, v. 23, n. 4, p. 278-282, 2008.

WRIEDT *et al.*, Long-term Effects of Traumatic Injuries to Incisors and Periodontal Tissues during Childhood. A Retrospective Study. **Journal of Orofacial Orthopedics**, v. 71, p. 318-329, 2010.

ZALECKIENE, V. *et al.* Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. **Stomatologija**, v. 16, p. 7-14, 2014.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO



**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**  
**QUESTIONÁRIO – URGÊNCIAS EM ENDODONTIA**

(LOPES, HP e SIQUEIRA Jr., JF, 2010; BRASIL, 2006-B; LENZI *et al.*, 2010 e CANEPPELE *et al.*, 2011 modificados)

**Este questionário visa elucidar o atendimento correto ou aceitável frente às urgências em Endodontia. Todas as questões devem ser respondidas respeitando o enunciado de cada uma. Por favor, NÃO DEIXE QUESTÕES EM BRANCO, suas respostas ajudarão no alcance dos objetivos deste intento. Para responder, marque apenas UMA alternativa em cada questão. O sigilo das suas respostas será garantido.**

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

( ) PROFISSIONAL ( ) ESTUDANTE

**ATENÇÃO:** Se você marcou a opção PROFISSIONAL, por favor, responda TODAS AS QUESTÕES. Se você marcou a opção ESTUDANTE, inicie o questionário a partir da QUESTÃO 7 (sete).

1. Quanto tempo de formado você possui? \_\_\_\_\_
2. Em qual instituição você se formou? \_\_\_\_\_. Fez alguma especialização? Se sim, em que área? \_\_\_\_\_
3. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia Saúde da Família (ESF)? \_\_\_\_\_

4. Você acha que a sua graduação forneceu a base necessária para a atuação na Estratégia Saúde da Família? ( ) Sim ( ) Não

5. Assinale a alternativa referente às competências atribuídas ao cirurgião-dentista na Atenção Básica de Saúde da Família:

(A) atendimentos de urgência e pequenas cirurgias

(B) Gerenciamento de insumos

(C) Ações coletivas de promoção de saúde

(D) Supervisão dos técnicos THD e do ACD

(E) Todas as alternativas

6. Cabe ao cirurgião-dentista da Unidade Básica de Saúde da Família realizar os seguintes procedimentos endodônticos:

(A) Biopulpectomia, colocação de medicação intracanal

(B) Encaminhar as patologias pulpares e do periápice para o CEO, sem avaliar o potencial de reversão da patologia.

(C) Proteção pulpar direta ou indireta e pulpotomias

(D) Biopulpectomias e necropulpectomias

(E) Nenhuma das alternativas

-----  
7. Você se sente preparado para atender qualquer tipo de situação de urgência em endodontia?

( ) Não ( ) Sim ( ) Não sei responder

8. Que nível de importância tem para o estudante de odontologia saber a conduta mais correta que deve ser tomada frente às urgências em Endodontia?

(A) Muito importante

(B) Pouco importante

(C) Irrelevante

(D) Não sei responder

9. Analise a tabela abaixo e marque a alternativa correta.

	DIAGNÓSTICO	MEDICAÇÃO DE URGÊNCIA
I	Pulpite aguda irreversível	Otosporin
II	Abscesso dentoalveolar agudo em fase inicial	Tricresol formalina
III	Periodontite apical aguda de origem traumática	Sem necessidade de medicação
IV	Abscesso dentoalveolar agudo em fase evoluída	Tricresol formalina

- (A) Todas as linhas estão corretas
- (B) Somente a linha I está incorreta
- (C) As linhas II e IV estão incorretas
- (D) Somente a linha III está incorreta
- (E) Todas as linhas estão incorretas

10. Você iniciou o tratamento endodôntico um dia atrás (acesso e medicação intracanal) de um paciente adulto diagnosticado com periodontite apical aguda de origem bacteriana. No entanto, o mesmo o procurou hoje, pois sentia dor aguda e edema no dente em tratamento. Qual a sua conduta de urgência diante do caso? \*durante a anamnese o paciente não relatou alergia medicamentosa

- (A) Prescreve analgésicos, bochechos com água morna e compressas quentes
- (B) A prescrição de analgésicos e compressas frias na região do edema é suficiente para estagnar o caso, pois uma nova instrumentação poderia levar a uma exacerbação do mesmo
- (C) Troca a medicação intracanal, prescreve anti-inflamatório não esteroide, antibiótico e bochechos com água fria
- (D) Realiza uma nova intervenção endodôntica e prescreve anti-inflamatório não esteroide e antibiótico, apenas
- (E) Não sei como prosseguir e encaminho o paciente para outro profissional da área

11. Paciente adulto apresenta dor intensa, pulsátil, contínua e espontânea no dente 25 e que quando abaixa a cabeça ou deita piora. Utilizou analgésico, mas não surtiu efeito. Qual a sua conduta de urgência?

- (A) Anestesia, acesso, colocação de medicação intracanal (PMCC), selamento e prescrição de anti-inflamatório
- (B) Anestesia, acesso, colocação de medicação intracanal (tricresol formalina), selamento e prescrição de anti-inflamatório
- (C) Anestesia, acesso, remoção do tecido pulpar, hemostasia, colocação de medicação intracanal (corticosteróide), selamento e prescrição de anti-inflamatório e antibiótico
- (D) Anestesia, acesso, remoção do tecido pulpar, hemostasia, colocação de medicação intracanal (corticosteróide), selamento e prescrição de anti-inflamatório
- (E) Não sei como prosseguir e encaminho o paciente para outro profissional

**12.** Paciente adulto relata dor intensa, pulsátil, espontânea, contínua e que piora durante a mastigação na região do 14, o qual encontra-se com a coroa parcialmente comprometida pela atividade de cárie. Os testes de sensibilidade deram negativos, os de percussão e palpação positivos, há a presença de edema intraoral considerável e não consistente (flutuante) na região do dente, mas não há mobilidade e, radiograficamente o periápice não apresenta alterações significativas. Qual o seu diagnóstico e a sua conduta de urgência diante do caso?

- (A) Abscesso dentoalveolar agudo. Acesso endodôntico e medicação intracanal. Drenagem intraoral (incisionada) e tratamento endodôntico após a fase aguda
- (B) Abscesso dentoalveolar agudo. Acesso endodôntico e medicação intracanal. Drenagem intraoral (incisionada), medicação sistêmica (anti-inflamatório e antibiótico)
- (C) Abscesso dentoalveolar agudo. Drenagem intraoral (incisionada), medicação sistêmica (anti-inflamatório) e tratamento endodôntico após a fase aguda se o quadro algíco persistir
- (D) Abscesso dentoalveolar agudo. Drenagem extraoral (incisionada), crioterapia, medicação sistêmica (anti-inflamatório e antibiótico) e tratamento endodôntico após a fase aguda
- (E) Não sei como prosseguir e encaminho o paciente para outro profissional

**13.** Frente a uma avulsão dentária traumática em dente decíduo e permanente você:

- (A) Não reimplanta em hipótese alguma o primeiro, pois é contraindicado pelo risco de prejudicar o germe permanente e reimplanta o segundo levando em consideração o tempo do trauma, o acondicionamento correto do elemento e o estado do alvéolo

(B) Não reimplanta o primeiro, pois é contraindicado pelo risco de prejudicar o germe permanente e só reimplanta o segundo, quando o elemento avulsionado vier bem acondicionado, isto é, transportado ao consultório somente na boca em região de vestíbulo

(C) Condutas A e B estão corretas

(D) Somente a conduta B está correta

(E) Somente a conduta A está correta

**14.** No decorrer do curso ou da vida profissional você já atendeu alguma situação de urgência endodôntica na clínica odontológica?

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, qual o tipo de urgência endodôntica e qual a conduta que foi tomada?

## APÊNDICE B — Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pesquisa com Cirurgiões Dentistas

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

(OBS: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e que não estejam inseridas nas hipóteses de vulnerabilidade que impossibilitam o livre discernimento com autonomia para o exercício dos atos da vida civil).

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE ACERCA DAS URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE ACERCA DAS URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS terá como objetivo geral Avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da Família da cidade de campina Grande, Paraíba, acerca das condutas corretas que devem ser tomadas em relação às urgências em endodontia.

Al voluntário só caberá a autorização para aplicação do questionário e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 33013326 com Katia Simone Alves dos Santos.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, como pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

*Katia Simone Alves dos Santos*

Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa

(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
PROREITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER DO RELATOR 23**

**Número do Protocolo: 45227215.4.0000.5187**

**Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 26/05/2015**

**Pesquisador(a) Responsável: Katia Simone Alves dos Santos**

**Situação do parecer: Aprovado**

**Apresentação do Projeto:** O projeto é intitulado: CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE ACERCA DAS URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS. Este trabalho objetiva avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Campina Grande, Paraíba, acerca das condutas corretas que devem ser tomadas em relação às urgências em endodontia.

**Objetivo da Pesquisa:** Enquanto Objetivo Geral: Avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da Família da cidade de Campina Grande, Paraíba, acerca das condutas corretas que devem ser tomadas em relação às urgências em endodontia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** O presente estudo importa baixo risco e poderá gerar enquanto benefícios uma maior contribuição no aperfeiçoamento das políticas públicas e das práticas de saúde adotadas para a adesão ao tratamento e o controle da tuberculose no Sistema Único de Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** O estudo apresenta uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual da Paraíba, mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador:** Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo.

**Recomendações:** Não há o que se recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

**Situação do parecer: Aprovado**

**ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – TAI**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da realização do projeto intitulado “Conhecimento dos cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família no município de Campina Grande acerca das urgências endodônticas”, desenvolvido pela aluna: **Silmara Matias Augusto**, do Curso de **Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB**. Tendo como cenário da pesquisa as Unidades Básicas de Saúde da Família que possuem Saúde Bucal, sob a orientação da docente: **Katia Simone Alves dos Santos**, e que só poderá ser realizado após a aprovação do Comitê de Ética e de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

**Campina Grande, 11 de Maio de 2015.**

Atenciosamente,

  
Raquel Brito de F. Melo Lula  
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO  
NA SAÚDE

**Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula**  
**(Coordenadora de Educação na Saúde)**

CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595, Avenida Dinâmica (ao lado do INSS).  
Telefone: (83)3335-7254.

**ANEXO C – DOCUMENTO FORNECIDO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DE  
CAMPINA GRANDE-PB – UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

<b>RELAÇÃO DOS ENDEREÇOS E TELEFONES DAS UNIDADES</b>	
<b>Distrito Sanitário I</b>	
<b>Gerente Distrital:</b> Maria do Socorro Florindo	
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>
Centro de Saúde Francisco Pinto	R. Venâncio Neiva, S/N - Centro
UBS Jardim Tavares	R. Manoel Tavares, S/N - Alto Branco
UBS Jardim América I	R. Izabel Alexandre Bernadino- Nova Brasília
UBS Jardim América II	R. Moisés Quirino Pereira, 542 - Glória
UBS Wesley Cariri Targino	R. Juiz Orlando Tejo, 30 - Nova Brasília
UBS Monte Castelo (Equipes. I e II)	R. Abdedon Licarião, S/N – M. Castelo
UBS Antonio Mesquita de Almeida	R. Professor Hortêncio Ribeiro, 478 – M Castelo.
UBS Plínio Lemos (Equipes. I e II)	R. Severino de Branco, S/N - José Pinheiro
UBS Antonio Arruda	R. Josino Agra, S/N - José Pinheiro.
UBSF Francisco Brasileiro (Equipes. I e II)	R. Srg. Edson Sales, S/N - José Pinheiro.
UBS Campos Sales	R. Campos Sales, S/N - José Pinheiro
UBS Tota Agra	R. José Adelino da Melo, S/N – J.Pinheiro
<b>Distrito Sanitário II</b>	
<b>Gerente Distrital:</b> Pollyanna Lacerda	
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>
C. de Saúde da Bela Vista 01 PACS	R. Pedro II, S/N - Bela Vista
UBS Adalberto César (Equipes. I e II)	R. Nilton Paiva Fernandes S/N - Pedregal
UBS Raimundo Carneiro (Equipes. I e II)	R. Reginaldo Cavalcante S/N - Pedregal
UBS João Rique (Equipes. I e II)	R. Cantor Paulo Sergio S/N - Bodocongó
UBS Nely Maia	R. Santa Terezinha, S/N - Bodocongó
UBS Bodocongó I	R. Florípedes Coutinho S/N – Bodocongó
UBS Eduardo Ramos (Centenário)	R. Ladislau Rodrigues de Souza, 428 - Centenário
UBS Mutirão I E II	R. Praça Caixa D'água S/N - Mutirão
UBS São Januário II	Sítio São Januário
<b>Distrito Sanitário III</b>	
<b>Gerente Distrital:</b> Lidiane Nascimento Cassimiro	
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>
Centro de Saúde da Palmeira	R. Ana Azevedo, 508 - Palmeira

01 PACS	
UBS Inácio Mayer (Equipes. I e II)	R. Antonio Soares da Silva S/N - Jeremias
UBS Bonald Filho (Equipes. I e II)	R. Antonio Cavalcante S/N - Monte Santo
UBS Jocel Fechine	R. Bruxelas S/N - Cuités
UBS Rosa Mística	R. Franklin Araújo S/N - Alto Branco
UBS Conceição	R. Antonio P. Soares nº. 55 - Conceição
UBS Jardim Continental	R. Antonio A. de Lima, 297 -J. Continental
UBS Jeremias II (Equipes. I e II)	R. São Benedito, S/N - Jeremias
UBS Araxá	R. Prof. Euripedes Gomes da Cruz, S/N - Jeremias
UBS Palmeira	R. Sinhazinha de Oliveira, 222- Palmeira
UBS Monte Santo (Equipes. I e II)	R. Agripino Diniz, 58 - Jeremias
<b>Distrito Sanitário IV</b>	
<b>Gerente Distrital:</b> Flávia Mendes Suassuna	
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>
Centro de Saúde do Catolé 01 PACS	R. Eutécia Vital Ribeiro, S/N - Catolé
UBS Tambor I	R. do Juá, S/N - Tambor
UBS Tambor II	R. Maurício Travassos de Moura, 127 - Tambor
UBS Nossa Sra Aparecida	R. João Albuquerque Santiago, 280 - Catolé
UBS Wilson Furtado	R. Maria Araújo S/N - Vila Cabral
(Ancora Itararé)	R. Antônio Matias de Figueiredo
UBS José Aurino Barros Filho	R. João Benoni de Andrade - Catolé
(Equipes. I e II)	
UBS Porteira de Pedra	Trav. João Galdino, 2388 - S. Terezinha
UBS Estação Velha	R. Prudente de Moraes, 164 Estação Velha
<b>Distrito Sanitário V</b>	
<b>Gerente Distrital:</b> Maria do Socorro Sousa Andrade	
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>
C. de Saúde da Liberdade	R. Manoel L. Gomes, S/N - Liberdade
02 PACS	
UBS Benjamim B. da Silva (Equipes. I e II)	R. Manoel Batista , S/N - Catingueira
UBS Catolé de Zé Ferreira	R. Dulce Amorim 360 - C. Zé Ferreira
UBS Bairro das Cidades I	R. São João Del Rei, 22B - B. das Cidades
UBS Bairro das Cidades II	R. Mariana, 39 - Bairro das Cidades
UBS Serra da Borborema	R. André Dias Pereira, 102 Ligeiro.
UBS Velame (Equipes. I e II)	R. Coração de Jesus, 63 - Velame
UBS Acácio de Figueiredo	R. Olímpio E. da Silva, S/N - A. Figueiredo
UBS Argemiro de Figueiredo	R. José Gonçalves Lucena S/N Rosa Cruz

UBS Ressurreição	R. Iara Cordeiro da Costa, Ressurreição
UBS Romualdo Brito de Figueiredo (Equipes. I e II)	R. Praça Florino da S. Colaço, S/N-J. Paulistano
UBS Novo Cruzeiro	R. Hamilton Souza Neves, S/N - N. Cruzeiro
UBS Novo Horizonte	Av. João Valig, 2677-A
UBS Liberdade III	R. Minas Gerais, 156- Liberdade
UBS Raiff Ramalho (Equipes. I e II)	R. Fco. L. de Almeida, S/N - Santa Cruz
<b>Distrito Sanitário VI</b>	
<b>Gerente Distrital: Maria Núbia de Oliveira</b>	
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>
UBS Ramadinha I	R. Arquelau da Costa. Guimarães, 72- Ramadinha
UBS Hindenburgo Nunes de Figueiredo (Equipes. I e II)	R. Joaquim Amorim Júnior- Bodocongó
UBS Jardim Verdejante	R. Raul Pereira dos Santos, 80 A -Três Irmãs
UBS Antonio Aurélio Ventura	R. Maria Eva de Moura, S/N Três Irmãs
UBS Ana Amélia Vilar Cantalice (Equipes. I e II) (Rocha)	R. Fernando Noronha, S/N – R. Cavalcante
UBS Juremas (Equipes. I e II)	R. Juremas, 68 – Malvinas I
UBS Umburanas	Rua das Umburanas (Malvinas II)
UBS Malvinas III (Equipes. I e II)	R. Lídia Batista Marques, 203 - Malvinas
UBS Malvinas IV (Eq. 8)	Av. Floriano Peixoto, S/N – Á. Gaudêncio
UBS Ricardo Amorim Guedes (Eq.6 e 7)	R. Pinta Marinha Santiago S/n
UBS Malvinas V (Eq. I E II)	R. José Zacarias da Costa, 504 - Malvinas
UBS Estreito	Distrito de Catolé de Boa Vista
UBS Djalma Barbosa	Sítio Catolé de Boa Vista
UBS Paus Brancos	Sítio Paus Brancos
UBS Adriana Bezerra Carvalho (Equipes. I e II)	Rua do Sol, S/N Santa Rosa
UBS Jardim Quarenta / Quarenta	
UBS Dinamérica	
<b>Distrito Sanitário VII</b>	
<b>Gerente Distrital: Virginia Alves</b>	
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>
C. de S. Severino Bezerra Cabral	R. José Francisco de Farias S/N-S J Mata
UBS Colibri – (zona urbana I)	R. Arnaldo L. de Melo, 154 - S. J. Mata
UBS Sabiá – (zona urbana II)	R. Antonio T. Sobrinho, S/N - S. J.Mata
UBS Beija Flor – (zona rural I)	Sítio Tambor - S. J. Mata
UBS Bem-te-vi – (zona rural II)	Sítio Bosque - S. J. Mata
UBS Pardal– (zona rural III)	Sítio Capim Grande - S. J. Mata
<b>Distrito Sanitário VIII</b>	

<b>Gerente Distrital: Daniele Menezes</b>	
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>
UBS Galante I	Jose Correia de Menezes, 159
UBS Galante II	Jose Correia de Menezes, 159
UBS Galante III	Rua chã, S/N
Unidade Mista de Galante	R. Antonio Pimentel, S/N

**ANEXO D – DOCUMENTO FORNECIDO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DE  
CAMPINA GRANDE-PB - EQUIPE DE SAÚDE BUCAL INTEGRADA À  
ESTRATÉGIA**

<b>RELAÇÃO DOS ENDEREÇOS E TELEFONES DA UNIDADES</b>		
<b>Distrito Sanitário I</b>		
<b>Gerente Distrital: Maria do Socorro Florindo</b>		
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>
01 Centro de Saúde Francisco Pinto	R. Venâncio Neiva, S/N - Centro	3322-2291
02 UBS Jardim Tavares	R. Manoel Tavares, S/N - Alto Branco	3310-6355
03 UBS Wesley Cariri Targino	R. Juiz Orlando Tejo, 30 - Nova Brasília	3310- 6353
04 UBS Monte Castelo (Equipes. I e II)	R. Abdedon Licarião, S/N – M. Castelo	3310-6350
05 UBS Antonio Mesquita de Almeida	R. Professor Hortêncio Ribeiro, 478 – M Castelo.	3310-6098
06 UBS Plínio Lemos (Equipes. I e II)	R. Severino de Branco, S/N - José Pinheiro	3310-6859
07 UBS Antonio Arruda	R. Josino Agra, S/N - José Pinheiro.	33227072
08 UBSF Francisco Brasileiro (Equipes. I e II)	R. Srg. Edson Sales, S/N - José Pinheiro.	3310-6219
09 UBS Tota Agra	R. José Adelino da Melo, S/N – J.Pinheiro	3310-6351
<b>Distrito Sanitário II</b>		
<b>Gerente Distrital: Pollyanna Lacerda</b>		
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>
10 C. de Saúde da Bela Vista	R. Pedro II, S/N - Bela Vista	3310-6347
11 C. de S. Severino Bezerra Cabral	R. José Francisco de Farias S/N-S J Mata	3314-1042
12 UBS Adalberto César (Equipes. I e II)	R. Nilton Paiva Fernandes S/N - Pedregal	3310-7046
13 UBS Raimundo Carneiro (Equipes. I e II)	R. Reginaldo Cavalcante S/N - Pedregal	3310-7047
14 UBS João Rique (Equipes. I e II)	R. Cantor Paulo Sergio S/N - Bodocongó	3310-7045

II)		
15 UBS Nely Maia	R. Santa Terezinha, S/N - Bodocongó	3310-7043
16 UBS Bodocongó I	R. Florípedes Coutinho S/N – Bodocongó	3310-7013
17 UBS Mutirão I E II	R. Praça Caixa D'água S/N - Mutirão	3334-9213
18 UBS São Januário II	Sítio São Januário	3334-8188
<b>Distrito Sanitário III</b>		
<b>Gerente Distrital: Lidiane Nascimento Cassimiro</b>		
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>
19 Centro de Saúde da Palmeira	R. Ana Azevedo, 508 - Palmeira	3310-6342
20 UBS Inácio Mayer (Equipes. I e II)	R. Antonio Soares da Silva S/N - Jeremias	3310-6069
21 UBS Bonald Filho (Equipes. I e II)	R. Antonio Cavalcante S/N - Monte Santo	3310-6343
22 UBS Jocel Fechine	R. Bruxelas S/N - Cuités	3310-6346
23 UBS Rosa Mística	R. Franklin Araújo S/N - Alto Branco	3310-6349
24 UBS Conceição	R. Antonio P. Soares nº. 55 - Conceição	3321-6684
25 UBS Jardim Continental	R. Antonio A. de Lima, 297 -J. Continental	3310-6344
26 UBS Jeremias II (Equipes. I e II)	R. São Benedito, S/N - Jeremias	3322-7485
27 UBS Araxá	R. Prof. Euripedes Gomes, S/N - Jeremias	3310-6049
<b>Distrito Sanitário IV</b>		
<b>Gerente Distrital: Flávia Mendes Suassuna</b>		
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>
28 Centro de Saúde do Catolé	R. Eutécia Vital Ribeiro, S/N - Catolé	3310-7068
29 UBS Tambor I	R. do Juá, S/N - Tambor	3315-5161
30 UBS Tambor II	R. Maurício T. de Moura, 127 - Tambor	3315-5162
31 UBS Nossa Sra Aparecida	R. João A. Santiago, 280 - Tambor	3315-5160
32 UBS Wilson Furtado (Ancora Itararé)	R. Maria Araújo S/N - Vila Cabral R. Antônio Matias de Figueiredo	3310-7071 3331-3008
33 UBS José Aurino Barros Filho (Equipes. I e II)	R. João Benoni de Andrade - Catolé	3310-7085
34 UBS Galante III	Rua chã, S/N	3317-1292
<b>Distrito Sanitário V</b>		
<b>Gerente Distrital: Maria do Socorro Sousa Andrade</b>		

<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>
35 C. de Saúde da Liberdade	R. Manoel L. Gomes, S/N - Liberdade	3310-6354
36 UBS Benjamim B. da Silva (Equipes. I e II) Catingueira	R. Manoel Batista , S/N - Catingueira	3310-6336
38 UBS Catolé de Zé Ferreira	R. Dulce Amorim 360 - C. Zé Ferreira	3310-6234
39 UBS Bairro das Cidades I	R. São João Del Rei, 22B - B. das Cidades	3310-6133
40 UBS Velame (Equipes. I e II)	R. Coração de Jesus, 63 - Velame	3310-6166
41 UBS Acácio de Figueiredo	R. Olímpio E. da Silva, S/N - A. Figueiredo	3310-6180
42 UBS Argemiro de Figueiredo	R. José Gonçalves Lucena S/N Rosa Cruz	3310-6175
43 UBS Ressurreição	R. Iara Cordeiro da Costa, Ressurreição	3335-7468
44 UBS Romualdo Brito de Figueiredo (Equipes. I e II)	R. Praça Florino da S. Colaço, S/N-J. Paulistano	3331-9467
45 UBS Novo Cruzeiro	R. Hamilton S. Neves, S/N - N. Cruzeiro	3335-9752
46 UBS Raiff Ramalho (Equipes. I e II)	R. Fco. L. de Almeida, S/N - Santa Cruz	3310-6004
<b>Distrito Sanitário VI</b> <b>Gerente Distrital: Maria Núbia de Oliveira</b>		
<b>Unidade</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>
47 UBS Ramadinha I	R. Arquelau da Costa. Guimarães, 72-	3310-7044
48 UBS Hindenburgo Nunes de Figueiredo (Equipes. I e II)	R. Joaquim Amorim Júnior	3310-7040
49 UBS Jardim Verdejante	R. Raul P. dos Santos, 80ª - Verdejante	3310-7073
50 UBS Antonio Aurélio Ventura (cinza)	R. Maria Eva de Moura, S/N Cinza	3310-7072
51 UBS Ana Amélia Vilar Cantalice (Equipes. I e II) (Rocha)	R. Fernando Noronha, S/N – R. Cavalcante	3339-6317
52 UBS Juremas (Equipes. I e II)	R. Juremas, 68 – Malvinas I	3310-7145
53 UBS Umburanas	Rua das Umburanas (Malvinas II	3310-7042
54 UBS Malvinas III (Equipes. I e II)	R. Lídia Batista Marques, 203 - Malvinas	3310-7164
55 UBS Malvinas IV(Eq. 8)	Av. Floriano Peixoto, S/N – Á. Gaudêncio	3310-7042

56 UBS Ricardo Amorim Guedes (Eq.6 e 7)	R. Pinta Marinha Santiago S/n	3310-7194
57 UBS Malvinas V (Eq. 9 E 10)	R. José Zacarias da Costa, 504 - Malvinas	3310-7075
58 UBS Adriana Bezerra Carvalho (Equipes I e II)	R. do Sol, S/N _ Santa Rosa	3310-6359
59 UBS Estreito	Distrito de Catolé de Boa Vista	3338-3037