



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

DOUGLAS PEREIRA DE SOUSA

**CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA SOBRE URGÊNCIAS
ENDODÔNTICAS**

CAMPINA GRANDE

2016

DOUGLAS PEREIRA DE SOUSA

**CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA SOBRE 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.

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.

S725c Sousa, Douglas Pereira de.
Conhecimentos dos estudantes de odontologia sobre urgências endodônticas [manuscrito] / Douglas Pereira de Sousa. - 2016.
63 p. : il. color.

Digitado.

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

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

1. Endodontia. 2. Urgências endodônticas. 3. Odontalgia. 4. Doenças da polpa dentária. I. Título.

21. ed. CDD 617.634 2

DOUGLAS PEREIRA DE SOUSA

**CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA SOBRE 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.

Área de concentração: Odontologia

Aprovada em: 16/05/2016.

BANCA EXAMINADORA

Katia Simone Alves dos Santos

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

Universidade Estadual da Paraíba

Ana Flávia Granville Garcia

Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia (Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba

Lorena Mendes Temóteo Brandt

Profa. Me. Lorena Mendes Temóteo Brandt (Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba

*Dedico este trabalho a Deus, meu devotado patrono, aos meus pais **Marizete** e **Antonio**, meus dois maiores exemplos, ao meu padrinho **Gabriel** que nunca estimou esforços para me ajudar, a minha madrinha **Dirce** (in memoriam) que sempre acreditou em mim e a toda minha **família** que me ajudou chegar até aqui.*

AGRADECIMENTOS

A Deus agradeço por todas as coisas que me aconteceram. Cada uma delas ao seu feitio me fizeram ser quem eu sou. Agradeço também pelas pessoas que ele colocou no meu caminho durante a minha vida, as quais me inspiram, me ajudam, me desafiam e me encorajam a ser alguém melhor. Senhor, mantenha-me determinado, perspicaz e obstinado em sempre alçar voos cada vez mais altos.

Aos meus pais, que sempre fizeram de tudo pela minha formação, me apoiando, me incentivando e acreditando no meu potencial. Não existem palavras que possam agradecerlos neste momento tão único e especial. Se família é um processo artesanal, a obra-prima que vocês dois utilizaram já reluz em mim como a peça mais valiosa de todo o arsenal.

Ao meu padrinho Gabriel, que também foi um dos responsáveis por este momento. Confiou e investiu em mim nos sentidos mais importantes dessas palavras, e se hoje estou finalizando esta etapa devo grande parte a ele.

Aos meus familiares, que não pouparam esforços para essa vitória. Apostaram em mim de uma maneira tão especial que jamais esquecerei, e pode ter certeza que quando eu puder vou saber recompensar cada um que me ajudou a vencer.

A Érika Felix e a Anna Tavares, grandes amigas de almas nobres que a Odontologia me concedeu. Deus não colocou vocês à toa na minha vida, duas personalidades totalmente diferentes, e é por isso mesmo que as admiro tanto e fazem de vocês tão especiais. Sinceramente, não sei o que teria sido de mim se não fossem vocês comigo nestes últimos anos. Fico muito feliz por ter tido a oportunidade de dividir essa história com vocês e podem contar comigo sempre que estarei de prontidão para ajudá-las. Ambas são profissionais de mão cheia e não tenho dúvidas de que terão carreiras grandiosas.

A Prof.^a Dr.^a. Katia Simone Alves dos Santos, por ter me acolhido como orientando e me encorajado a fazer sempre o melhor. Agradeço também pelos ensinamentos durante o curso e principalmente pela vivência na monitoria que foi de extrema valia para minha formação.

Aos professores da UEPB, a Prof.^a Dr.^a. Ana Flávia Granville-Garcia e a Prof.^a Me. Lorena Mendes Temóteo Brandt por terem aceitado participar da minha banca examinadora, assim como a **Prof.^a Dr.^a. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão** por aceitar constituir a banca suplente. Agradeço enfaticamente ao professor Alessandro Leite Cavalcanti, pois ele foi um dos primeiros professores a me ceder a oportunidade de fazer parte de um grupo de pesquisa científica nesta instituição. Agradeço também à professora Lorena pela confiança creditada em mim durante a monitoria e o aprofundamento, à professora Maria Helena pelo ensejo de participar de alguns de seus projetos que foram muito importantes durante a graduação, e também à professora Ana Flávia pelo traquejo da Odontopediatria, ramo da Odontologia encarregado de fazer do atendimento clínico a experiência mais sensacional de toda a vida da criança, e que para o estudante, este atendimento torna-se muitas vezes um verdadeiro desafio.

Aos meus amigos de turma, que estiveram comigo durante aproximadamente cinco anos e meio da minha vida, dividindo histórias, medos, momentos, frustrações e alegrias. Desejo um futuro brilhante para cada um de vocês, especialmente para Danielle Gomes, Danielly Guedes, Irwin Gibson e Mariana Leite.

Aos funcionários da UEPB, que estiveram presentes durante este meu período de formação. Obrigado pelos ensinamentos e também pela vivência.

“Nós somos o que fazemos repetidamente, a excelência não é um feito, e sim, um hábito. ”

Aristóteles

RESUMO

A abordagem clínica das urgências endodônticas pode variar dependendo do estado da polpa ou do periápice, da intensidade e duração da dor e também da presença de um edema conciso ou flutuante. Por conseguinte, um bom diagnóstico é fundamental para o alívio da dor de origem endodôntica nas intervenções de urgência. Este estudo objetivou identificar o nível de conhecimento dos estudantes de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba quanto às condutas corretas que devem ser adotadas frente às urgências endodônticas. Caracterizou-se como um estudo transversal, observacional, apresentando caráter descritivo e analítico, realizado por meio de um questionário semiestruturado, no qual participaram 90 estudantes do 7º ao 10º período do curso em questão da referida instituição. 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, utilizando os testes de Kruskal-Wallis, de Kolmogorov-Smirnov e de Levene. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Em sua unanimidade (100,0%) a amostra assinalou que é muito importante para o estudante de Odontologia saber a conduta correta que deve ser adotada frente às urgências em Endodontia. No entanto, 74,4% dos alunos afirmaram que não se sentem preparados para atendê-las. Em relação aos casos clínicos, grande parte dos estudantes acertou a questão sobre avulsão dental (71,1%). Por outro lado, verificou-se que a maioria errou as questões sobre medicação intracanal de urgência (81,1%), *flare-up* (75,6%), pulpite aguda irreversível (66,7%) e abscesso dentoalveolar agudo (86,7%). Um grande número, apontou que no decorrer do curso não atendeu situações de urgência endodôntica na clínica escola da instituição (83,3%). E dos que já haviam atendido alguma condição de urgência (16,7%), 33,3% responderam que a pulpite aguda irreversível prevaleceu, sendo que para esta, 13,3% utilizaram o tricresol formalina como medicação intracanal de urgência e somente 6,7% fizeram o uso do hidróxido de cálcio para esta circunstância. Em relação à distribuição de acertos em função de cada período, apurou-se que os alunos do 7º e 10º períodos apresentaram um maior conhecimento. No entanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p=0,293$). Os estudantes apresentaram habilidade limitada para atender urgências em Endodontia, tendo em vista que a capacidade de os mesmos solucionarem corretamente as patologias pulpares e/ou perirradiculares de urgência endodôntica foi considerada inexpressiva.

Palavras-chave: Atendimento de Urgência. Doenças da Polpa Dentária. Odontalgia.

ABSTRACT

The clinical management of emergency endodontic may vary depending on the state of the pulp or periapex, intensity and duration of the pain and the presence of a concise or floating edema. Therefore, a proper diagnosis is essential to pain relief of endodontic origin in emergency interventions. This study aimed to identify the level of knowledge of dental students at the State University of Paraiba for correct behavior to be adopted in the face of endodontic emergencies. It was characterized as a cross-sectional, observational study, with descriptive and analytical character, performed by a semi-structured questionnaire, which was attended by 90 students from the 7th to the 10th period of the current issue of the institution. Data were tabulated using Microsoft Excel© editor spreadsheet version 2013 and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences© version 20.0 using the Kruskal-Wallis test, Kolmogorov-Smirnov and Levene. The level of significance was set at $p < 0.05$. In its unanimous (100,0%) the sample indicated that it is very important for the dental student know the correct behavior to be adopted in the face of emergency in endodontics. However, 74,4% of students said they did not feel prepared to meet them. Regarding clinical cases, most of the students hit the question of dental avulsion (71,1%). Moreover, it was found that most missed questions of emergency intracanal medication (81,1%), flare-up (75,6%), acute irreversible pulpitis (66,7%) and acute dentoalveolar abscess (86,7%). A large number, pointed out that during the course did not meet endodontic emergencies in clinical school institution (83,3%). And those who had attended some urgency condition (16,7%), 33,3% answered that the irreversible acute pulpitis prevailed, and for this, 13,3% used the tricresol formalin as emergency intracanal medication and only 6,7% have made the use of calcium hydroxide for this condition. Regarding the distribution function in hit each period, it was found that the students of 7 and 10 periods had a higher knowledge. However, the differences were not statistically significant ($p = 0.293$). Students had limited ability to meet emergencies in Endodontics, given that the ability of the same properly resolve the pulp pathologies and/or endodontic emergency periradicular was considered negligible.

Keywords: Ambulatory Care; Dental Pulp Diseases; Toothache;

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Variáveis distribuídas quanto à forma de mensuração e quanto à classificação do plano de análise	33
----------	--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico <i>boxplot</i> mostrando a distribuição das notas de acordo com cada período	41
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos alunos de acordo com o sexo, faixa etária, período no qual estavam regularmente matriculados e nível de significância que os mesmos atribuíram à importância de saber a conduta correta que deve ser adotada frente às urgências endodônticas	36
Tabela 2	Distribuição dos alunos de acordo com a aptidão julgada para atender urgências	37
Tabela 3	Distribuição dos alunos de acordo com as respostas relacionadas à escolha do procedimento de intervenção para os casos clínicos de urgência endodôntica	38
Tabela 4	Distribuição dos alunos quanto ao relato de ter atendido algum caso de urgência endodôntica durante o curso, e quanto ao tipo de urgência atendida na clínica escola da instituição	39
Tabela 5	Respostas dos estudantes referentes ao diagnóstico de urgência, distribuídas em consonância com as condutas (MIC de urgência) que foram eleitas para tal diagnóstico	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
HPG	Hidróxido de cálcio, paramonoclorofenol canforado e glicerina
MIC	Medicação intracanal
NaOCL	Hipoclorito de sódio
P.A.	Pró-análise
pH	Potencial hidrogeniônico
PMCC	Paramonoclorofenol canforado
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 Pulpite aguda irreversível	19
2.2 Abscesso dentoalveolar agudo	20
2.3 Flare-up	22
2.4 Fratura coronária com exposição pulpar	23
2.5 Luxações dentárias	26
2.5.1 Luxação intrusiva	26
2.5.2 Luxação extrusiva.....	27
2.5.3 Luxação lateral	27
2.6 Avulsão dental	29
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo geral.....	31
3.2 Objetivos específicos.....	31
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 Tipo de Pesquisa	32
4.2 População	32
4.3 Amostra	32
4.4 Critério de inclusão	32
4.5 Critérios de exclusão	32
4.6 Variáveis	33
4.7 Instrumento de Pesquisa	33
4.8 Estudo Piloto	34
4.9 Coleta de dados	34
5.0 Aspectos Éticos.....	34
5.1 Análise Estatística.....	34
5 RESULTADOS	36
6 DISCUSSÃO	42
7 CONCLUSÕES.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	59
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	63

1 INTRODUÇÃO

A dor é definida como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual ou potencial descrita em termos de tal dano (SALLUM, GARCIA; SANCHES, 2012). Enquadra-se neste contexto a dor de dente ou odontalgia, a qual é entendida como um tipo de dor orofacial originada nos dentes e/ou nas suas estruturas de suporte, a partir de alterações patológicas como cárie, doença periodontal ou traumatismo dentário. Sendo o processo inflamatório agudo o motivo iminente que obriga o indivíduo a procurar o cirurgião-dentista (FREIRE, 2012; ARRAIS RIBEIRO *et al.*, 2012).

Os termos urgência e emergência são aplicados em muitas ocasiões, no âmbito dos serviços de saúde, como se apresentassem significados semelhantes. Emergência é todo incidente ou ocorrência que causa ameaça a saúde e a vida do paciente. Como os serviços de pronto atendimento odontológico geralmente não englobam situações de risco iminente de vida, o termo urgência odontológica é de uso mais apropriado (MARTINS *et al.*, 2014).

Entende-se por urgência endodôntica a dor e/ou tumefação causada por diversos estágios de inflamação ou infecção dos tecidos pulpare e/ou periapicais e, a abordagem clínica pode variar dependendo do estado da polpa ou do periápice, da intensidade e duração da dor, assim como também da presença de um edema conciso ou flutuante. Alguns quadros clínicos são considerados como urgências endodônticas, tais como: pulpite aguda irreversível, periodontite apical aguda, abscesso dentoalveolar agudo com edema flutuante ou conciso, localizado ou difuso e situações de *flare-ups*¹. Não menos importante, o traumatismo dentário pode ser representado por uma pequena fratura do esmalte até a perda definitiva do elemento dentário, no entanto, só é considerado como urgência endodôntica quando existe um possível envolvimento ou comprometimento do tecido pulpar (COHEN; HARGREAVES, 2011; (TRAEBERT; CLAUDINO, 2012).

A prevalência das patologias endodônticas de urgência vem se mostrando cada vez mais presente. Estudos recentes demonstraram que as alterações mais diagnosticadas na clínica endodôntica foram a pulpite aguda (56,6%) e o abscesso dentoalveolar agudo (30,4%) (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

Um diagnóstico adequado e um tratamento eficaz são fundamentais para se ter sucesso no alívio da dor nos casos endodônticos de urgência e, para isto, o cirurgião-dentista deve

¹ Continuação ou exacerbação da dor durante ou após o tratamento endodôntico.

estar devidamente preparado para saná-los, melhorando assim o quadro álgico do paciente. Logo, este estudo objetivou verificar o nível de conhecimento dos estudantes de Odontologia sobre as condutas corretas que devem ser adotadas frente às urgências endodônticas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Aproximadamente 85% de todas as urgências odontológicas ocorrem em consequência de uma patologia pulpar ou periapical, que exige a extração do dente ou um tratamento endodôntico para o alívio dos sintomas (COHEN; HARGREAVES, 2011). Ainda é possível afirmar que a cárie e suas sequelas continuam sendo as principais causas das urgências odontológicas (MARTINS *et al.*, 2014).

Dos fatores que causam uma urgência, podem estar relacionados a falta de práticas de higiene bucal, a baixa taxa de escovações diárias ou escovações feitas de modo incorreto, assim como também a carência do uso do fio que podem levar ao surgimento de cárie e posterior comprometimento pulpar. Outro fator preponderante é a falta de acompanhamento profissional regular (BEZERRA *et al.*, 2015). É imprescindível, portanto, que o profissional esteja familiarizado com esses aspectos epidemiológicos, buscando desta forma a base para a prevenção, diagnóstico e tratamento dessas alterações (MARTINS *et al.*, 2014).

Para os casos de traumatismos no qual ocorrem fraturas em esmalte e dentina sem exposição pulpar é dispensável o atendimento de urgência, pois a literatura mostra que o prognóstico é favorável mesmo quando o tratamento é tardio, entretanto, o atendimento odontológico faz-se necessário para avaliação e abordagem desses casos. Fraturas coronárias com exposição pulpar e luxações são consideradas de gravidade moderada e necessitam de atendimento imediato. Avulsão, fratura radicular e fratura alveolar são situações agudas mais sérias e também devem receber atendimento de urgência (SANABE *et al.*, 2009).

A seguir serão denotadas as patologias endodônticas e periapicais consideradas como urgência, assim como os diferentes tipos de traumatismos dentários que oferecem risco moderado ou severo ao tecido pulpar.

2.1 Pulpite aguda irreversível

A pulpite aguda irreversível é definida pelo sintoma de dor prolongada ao estímulo térmico ou presença de dor espontânea, sem nenhum estímulo óbvio. Diferentemente da pulpite aguda reversível, reações dolorosas à temperatura podem durar de minutos a horas. Este sintoma é a razão típica para os pacientes procurarem tratamento. Clinicamente, o paciente acusa dor aguda, espontânea, intensa, pulsátil e quando desencadeada, demora de segundos a horas para aliviar. Analgésicos, nem os mais potentes são capazes de sanar a dor. É comum o paciente afirmar que a dor fica mais intensa à noite. Isso decorre pelo fato de que, ao deitar-se, a pressão interna pulpar aumenta, e uma vez o tecido estando inflamado a dor será exacerbada (GUTMANN; LOVDAHL, 2012; LEONARDI, 2011).

Acometida por um processo inflamatório, a polpa invariavelmente, progride para a necrose de maneira lenta ou rápida. O teste de sensibilidade pulpar pelo calor é positivo, exacerbando a dor nos casos sintomáticos. No teste pelo frio pode haver resposta positiva nos estágios iniciais, causando alívio dos sintomas. Em relação aos achados radiográficos, podem ser detectadas lesões cariosas ou restaurações extensas, geralmente sugerindo exposição pulpar. O espaço do ligamento periodontal apresenta-se normal ou, algumas vezes, ligeiramente espessado (LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

O prognóstico para o dente mostra-se favorável, todavia para o tecido pulpar não, justificando assim, a remoção da polpa. O tratamento indicado é o endodôntico – a biopulpectomia. Macroscopicamente quando acessada, a polpa demonstra as seguintes características: sangramento discreto com coloração vermelho escuro e opaco, consistência pastosa e sem resistência ao corte (LEONARDI, 2011).

Nunca é demais chamar a atenção para o fato de que, uma vez a polpa entrando na fase irreversível, os medicamentos se tornam ineficazes e de nada valerá administrar analgésicos e/ou antibióticos. A conduta correta e eficaz que eliminará a dor do paciente é o acesso à polpa do dente (MENEZES, 2002).

2.2 Abscesso dentoalveolar agudo

O abscesso dentoalveolar agudo consiste em uma coleção purulenta localizada no osso alveolar, nas adjacências do ápice radicular de um dente com polpa necrosada, com extensão da infecção para os tecidos periapicais através do forame apical, sendo acompanhado por reação inflamatória periapical intensa, podendo apresentar sintomatologia dolorosa generalizada (KIRCHHOFF; VIAPIANA; RIBEIRO, 2013).

Existem três fases de evolução deste tipo de patologia endodôntica, sendo elas: inicial, em evolução e evoluída. No abscesso periapical agudo inicial, o pus está localizado no ligamento periodontal apical e o paciente relata dor espontânea, contínua, localizada, intensa e sensação de “dente crescido”. Geralmente a situação clínica já apresenta um edema incipiente no fundo de sulco da região do dente afetado. No abscesso periapical agudo em evolução, o exsudato que não foi drenado via canal radicular está buscando um caminho para a exteriorização, que poderá ser via periodonto ou intraósseo. Essa fase é extremamente dolorosa e, muitas vezes, deixa o paciente prostrado. As características da dor nessa fase são as mesmas da fase inicial, diferindo que o paciente já apresenta edema intraoral ou edema extraoral de forma disseminada, podendo relatar ou apresentar estado febril e/ou trismo. No abscesso periapical agudo evoluído a coleção purulenta se localizará e romperá a resistência do ligamento periodontal ou do periósteo para que ocorra a drenagem via fistula. O paciente relatará o mesmo quadro de sintomas das fases anteriores, porém em menor intensidade (GARCIA *et al.*, 2014; BIZ, 2013).

Pelo exame radiográfico poderá ser observado espessamento do espaço do ligamento periodontal ou mesmo uma área radiolúcida de rarefação difusa no osso alveolar, podendo variar desde uma pequena lesão até uma maior perda óssea. A reabsorção externa da parte apical da raiz pode também ser eventualmente observada (KIRCHHOFF; VIAPIANA; RIBEIRO, 2013).

O tratamento de urgência do abscesso dentoalveolar agudo consiste na tentativa de drenagem da coleção purulenta, sendo indicado necessariamente o emprego de medidas locais e, eventualmente de medidas sistêmicas. Após o tratamento local (abertura coronária, neutralização imediata e transpasse foraminal, almejando a drenagem via canal) uma pequena quantidade de medicação intracanal (MIC) antisséptica como tricresol formalina, formocresol ou paramonoclorofenol canforado (PMCC) é colocada na câmara pulpar e o dente é provisoriamente selado. Estas medicações quando não são empregadas de forma correta

podem favorecer a disseminação da infecção pela corrente sanguínea, resultando em sérias complicações sistêmicas que podem levar o paciente ao óbito (GARCIA *et al.*, 2014).

Em indivíduos saudáveis, a maioria das infecções endodônticas pode ser tratada exclusivamente pelo estabelecimento da drenagem e remoção da causa do processo infeccioso, assim como do tratamento adequado do sistema de canais radiculares ou remoção cirúrgica da infecção extrarradicular. Entretanto, há indicação do emprego de antibióticos em alguns casos de pacientes com o abscesso perirradicular agudo e evidências de envolvimento sistêmico ou disseminação da infecção, as quais cumprem presença de linfonodos palpáveis, celulite, trismo, dispneia, febre e mal-estar, pacientes com comprometimento dos mecanismos de defesa imunológica, como diabetes *mellitus* descompensada, leucemia, agranulocitose, leucopenia, síndrome da imunodeficiência adquirida, recém-transplantados e pacientes quimioterápicos (ALFENAS *et al.*, 2014).

2.3 Flare-up

Flare-up é definido como a ocorrência de dor e tumefação na sequência de um tratamento endodôntico, exigindo uma visita não programada do paciente ao dentista e uma intervenção ativa. Injúrias mecânicas e químicas, assim como fatores iatrogênicos podem estar associados à etiologia desta condição. Contudo, lesões microbianas causadas por microrganismos e seus produtos são a causa maior e mais comum entre essas ocorrências. Um *flare-up* de origem infecciosa, por vezes, pode ocorrer mesmo que os procedimentos endodônticos tenham sido realizados criteriosamente. A odontometria sem neutralização prévia ou mesmo a queda repentina do fator imunológico do paciente, pode levar ou criar condições para proliferação da microbiota periapical, na qual o organismo reage com uma resposta inflamatória aguda (JAYAKODI *et al.*, 2012; LEONARDO; LEONARDO, 2012).

De fato, indiferente do tipo de injúria, a intensidade da resposta inflamatória é diretamente proporcional a eventos celulares e moleculares, determinando o quadro clínico dos *flare-ups* (PETRINI, 2010).

A conduta terapêutica para os casos de *flare-up* irá depender da circunstância em que ocorreu a sintomatologia dolorosa, se entre as sessões, posterior à obturação ou posterior à reabilitação do elemento dentário. Deve-se prosseguir 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. Seguir com selamento coronário e prescrição de analgésico/anti-inflamatório. Antibioticoterapia somente quando houver comprometimento sistêmico do paciente (GOMES, 2003; LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

2.4 Fratura coronária com exposição pulpar

A prevalência de traumatismos dentoalveolares vem aumentando nos últimos tempos e pode extrapolar a incidência de lesões cariosas e doença periodontal. Dessa forma, em alguns países estes tipos de lesões podem se apresentar como um problema de saúde pública, causando preocupações não somente pela alta frequência de ocorrências, mas também devido aos custos elevados do tratamento (ISHIDA *et al.*, 2014).

Os principais agentes etiológicos para a ocorrência do traumatismo dentoalveolar na faixa pré-escolar são as quedas acidentais ou colisão com objetos duros, associadas à realização de esportes, brincadeiras e outras atividades de lazer ou como resultado de acidentes de trânsito, respondendo a aproximadamente 25% de todos os traumas dentais envolvendo a dentição decídua. Entretanto, as crianças não estão sozinhas nesse quadro, cerca de 33% de todos os adultos teve alguma experiência de trauma na dentição permanente, pois a prática de atividades físicas radicais e agressivas aumentou significativamente, e junto com os acidentes automobilísticos, contribuem para que o trauma seja considerado um problema crescente (IADT, 2012; CAVALCANTI, 2010; FERREIRA, 2014).

Alguns casos de traumatismos dentários não chegam ao cirurgião-dentista, uma vez que são tratados pelos pais como quadros de simples resolução. Não obstante, podem, por vezes, apresentar consequências ainda piores. A falta de conhecimento e conscientização da população sobre os possíveis danos do trauma na dentição decídua, contribuem para que os responsáveis pelos pacientes infantis não procurem o atendimento em casos de traumatismos (PEREIRA *et al.*, 2014).

A classificação de qualquer grupo de doenças pertencentes à mesma categoria etiopatogênica é essencial para que se possa conhecer sua epidemiologia e a efetividade do tratamento realizado. No caso do traumatismo dentoalveolar, três estruturas principais podem ser acometidas: o dente, a porção alveolar e o tecido mole adjacente. As fraturas coronárias são classificadas de acordo com a extensão do dano aos tecidos dentários (esmalte, dentina, polpa), à porção dentária envolvida (coroa, raiz) e ainda ao comprometimento ou não do osso alveolar. As fraturas coronárias quando envolvem apenas o esmalte ou o esmalte e a dentina são ditas de fraturas não complicadas. Quando a fratura inclui o esmalte, a dentina e a polpa são as fraturas complicadas. E existem ainda aquelas que envolvem a porção da coroa e da raiz (fraturas coronoradiculares), que podem ser complicadas ou não complicadas, dependendo do envolvimento pulpar (AVSAR; AKBAŞ; ATAIBIŞ, 2009; JUNIOR, 2011).

Estudos de longo prazo têm demonstrado taxas de sucesso no capeamento pulpar e na pulpotomia quanto à sobrevivência da polpa. O capeamento pulpar direto está indicado nos casos de exposição acidental da polpa durante a remoção da dentina cariada ou durante o preparo da cavidade, principalmente em dentes jovens. É, pois, um método bem estabelecido, em que a utilização de um material apropriado sobre a exposição pulpar vai estimular a reparação e recuperação da polpa. Durante o capeamento pulpar o dente deve ser isolado com dique de borracha, e a superfície da fratura deve ser limpa com clorexidina. A pasta de hidróxido de cálcio deverá ser aplicada apenas sobre a superfície pulpar e em seguida o dente deverá ser restaurado (ANDREASEN; LAURIDSEN; ANDREASEN, 2010; FREIRES; CAVALCANTI, 2011).

A indicação da pulpotomia cumpre-se para dentes com vitalidade pulpar que apresentem lesão cáriosa extensa, dentes permanentes com rizogênese incompleta, polpas inflamadas e exposições pulpares. A técnica justifica-se pela manutenção dos dentes na arcada dentária, pois vários estudos têm demonstrado que a perda de dentes permanentes é elevada principalmente nos casos de primeiros molares (DIPP, 2010; DUARTE, 2013).

Para a realização de pulpotomia o dente deve ser anestesiado e devidamente isolado para que a superfície da fratura possa ser limpa com clorexidina. A polpa deverá ser removida até a profundidade de 3 mm com o auxílio de broca esférica *carbide* ou ponta diamantada. Após a hemostasia completa aplica-se uma fina camada de pasta de hidróxido de cálcio e a reconstrução dentária poderá ser efetuada (JUNIOR, 2011).

Um importante fator a ser considerado antes de se decidir entre pulpotomia e pulpectomia é o estágio de desenvolvimento radicular do elemento acometido. Dentes imaturos possuem raízes com paredes finas e por este motivo todos os recursos devem ser aplicados para preservar a polpa e permitir que a raiz continue a se desenvolver de forma adequada. A melhor maneira para se alcançar esse objetivo é com a pulpotomia. Se a extensão da perda dentária exigir restauração indireta ou coroa total, o tratamento endodôntico radical será o mais indicado (TORABINEJAD; WALTON, 2010).

As sequelas clínicas e radiográficas mais frequentes são a descoloração da coroa e a reabsorção dentária externa, acometendo aproximadamente 36% dos dentes afetados (JESUS *et al.*, 2010).

O tratamento do traumatismo dentário se torna um desafio, uma vez que o paciente e sua família encontram-se psicologicamente afetados pelo trauma. O manejo durante a assistência odontológica pode ser ainda mais complexo, devendo o profissional apresentar um adequado

conhecimento técnico-científico, além de bom senso clínico para assistir o caso com eficiência (PEREIRA *et al.*, 2014).

2.5 Luxações dentárias

Traumatismos dentários do tipo luxação representam aproximadamente 60% dos traumas na região oral que são geralmente causados por quedas, e envolvem principalmente dentes superiores anteriores. Os tratamentos propostos para os casos de luxações são ditados pela severidade do trauma bem como do tempo decorrido para o atendimento, e podem variar do reposicionamento do dente luxado até a extração, ou apenas a realização de acompanhamento clínico e radiográfico. De cunho ecumênico, as luxações dentárias são didaticamente classificadas como luxação intrusiva, luxação extrusiva e luxação lateral (SANTOS; OLIVEIRA; CUNHA, 2012).

2.5.1 Luxação intrusiva

Dentre as diferentes modalidades de traumatismo dentário, as luxações, principalmente as intrusivas, são as que apresentam os piores prognósticos. O prognóstico ruim está relacionado com a gravidade dos danos provocados aos tecidos pulpar e periodontal. A necrose e as reabsorções são as principais sequelas associadas a essas modalidades de trauma dental. Na luxação intrusiva, ocorre um deslocamento do dente na direção axial para o interior do alvéolo, causando problemas severos para o dente afetado e considerável injúria para o ligamento periodontal (FREITAS, 2013).

O tratamento para a intrusão dentária deve ser feito com controle radiográfico e expectativa da reerupção espontânea (2 a 4 meses) para dentes decíduos ou permanentes com ápice aberto. Entretanto, se ocorrer fratura da tábua óssea é necessária uma fixação rígida para um adequado reparo ósseo. A necrose pulpar é bastante frequente na luxação intrusiva independente do estágio de desenvolvimento radicular (SANTOS *et al.*, 2010).

Devido à frequente perda de osso marginal e anquilose após o procedimento, o reposicionamento cirúrgico total não deve ser realizado no momento do traumatismo para as situações de luxação intrusiva. No caso de desenvolvimento radicular completo, recomenda-se a extrusão ortodôntica, pois a reerupção espontânea é imprevisível. A extrusão deverá ser realizada por 3 semanas para permitir que a terapia endodôntica seja feita antes do aparecimento radiográfico de reabsorção radicular inflamatória. A preservação clínica e radiográfica é importante por um período de 3 a 5 anos (MARZOLA, 2008).

2.5.2 Luxação extrusiva

Na luxação extrusiva, o dente está deslocado axialmente para fora do seu alvéolo e, com mobilidade extremamente aumentada. Tanto o ligamento periodontal quanto o suprimento neurovascular da polpa são rompidos. Apenas as fibras gengivais palatais impedem que o dente seja avulsionado. Radiograficamente é possível observar o espaço entre a raiz e a parede óssea alveolar. O tratamento da extrusão dentária baseia-se no reposicionamento do dente e após, procede-se com contenção semirrígida com resina composta por três semanas (PIVA *et al.*, 2013).

A necrose pulpar é comumente esperada em aproximadamente 64% dos dentes que sofreram extrusão, já a reabsorção radicular é rara neste caso, apresenta-se mais frequente nas luxações laterais. O prognóstico depende do correto posicionamento dental e do estágio de desenvolvimento radicular. O ideal é realizar o controle clínico e radiográfico do paciente em 15, 30, 60 e 120 dias. No entanto, sabe-se que o teste de sensibilidade efetuado logo após o traumatismo é questionado por não traduzir a real condição pulpar, uma vez que respostas negativas podem ser momentâneas devido ao comprometimento do suprimento sanguíneo por inflamação pulpar, pressão e tensão dos nervos apicais. A real condição pulpar poderá ser determinada em aproximadamente oito semanas após o trauma, e se os resultados forem negativos, procede-se então com o tratamento endodôntico (KUMAR *et al.*, 2011).

2.5.3 Luxação lateral

Traumas de luxação lateral são definidos como um deslocamento do dente na direção mesial, distal, vestibular ou lingual (palatina) com fragmentação ou fratura do osso alveolar. É raro um paciente apresentar luxação lateral pura. Muitos casos apresentarão a combinação de um componente lateral e um componente extrusivo. Lesões de luxações laterais são consideradas mais graves que as lesões extrusivas, porque se associam a fraturas ou fragmentações do osso alveolar (GUTMANN; LOVDAHL, 2012).

Durante o exame clínico visual nota-se deslocamento dentário, com presença ou não de mobilidade, sangramento e laceração gengival. O exame radiográfico evidencia o deslocamento dentário pelo aumento do espaço do ligamento periodontal. O tratamento vai depender de uma série de fatores, tais como magnitude do deslocamento, grau de desenvolvimento dentário e sua relação com o sucessor permanente, demanda por tratamento imediato ou tardio e grau de cooperação da criança ao tratamento proposto. Deslocamentos

muito pequenos sem interferência oclusal, a musculatura da língua e do lábio tendem a reposicionar o dente sem qualquer outra intervenção. Para os casos de deslocamentos moderados, busca-se por tratamento nas primeiras horas após o trauma fazendo-se a reposição sob anestesia local, pressionando bidigitalmente o dente. Caso haja mobilidade, está indicada contenção flexível ou semirrígida por 10 a 14 dias. Se os deslocamentos forem de grande intensidade ou em direção ao germe do permanente, ou ainda quando a procura pelo atendimento for tardia, a extração é o tratamento de escolha. Em todas as situações os responsáveis devem ser orientados quanto à dieta leve, restrição ao uso de chupetas e mamadeiras para os casos de dentição decídua. A preservação é imprescindível e o prognóstico é favorável ao permanente com possibilidades de necrose do dente afetado (LOSSO *et al.*, 2011).

Para os casos de luxação lateral de dentes permanentes, a conduta eficaz cumpre reposicionar o dente afetado o mais breve possível e estabilizá-lo em sua posição anatômica correta para melhorar a cicatrização do ligamento periodontal e a irrigação neurovascular. O reposicionamento do órgão é exercido com uma pequena pressão bidigital, e em seguida realizada uma esplintagem semirrígida por 2 a 4 semanas, aproximadamente. Nos dentes permanentes maduros, com ápices fechados, existe um risco considerável de necrose pulpar e reabsorção progressiva radicular, caso o aconteça, está indicado o tratamento endodôntico (CONTI *et al.*, 2015).

2.6 Avulsão dental

Avulsão dental é a situação em que ocorre o completo deslocamento do dente para fora do seu alvéolo como resultado de um trauma. É um tipo complexo de traumatismo dental afetando vários tecidos circunvizinhos, no qual ocorre uma total ruptura do feixe vasculo-nervoso apical e das fibras do ligamento periodontal. Representa aproximadamente de 7 a 13% das lesões traumáticas na dentição decídua e de 1 a 16% na permanente, sendo os incisivos centrais superiores os mais afetados em ambas as dentições. Na infância, a avulsão ocorre principalmente devido a quedas quando a criança começa a caminhar sozinha, por volta dos 18 e 30 meses de vida, independentemente do sexo (SILVA *et al.*, 2014).

O reimplante imediato é o tratamento mais apropriado para dentes permanentes traumáticamente avulsionados na tentativa de se conseguir um bom prognóstico, devendo então, ser realizado imediatamente após o acidente, se possível, ainda no local. A taxa de sobrevivência de um dente reimplantado está associada à preservação da vitalidade do seu ligamento periodontal, que por sua vez está diretamente relacionada ao manejo da raiz, ao tempo extra-alveolar, ao meio de armazenamento em que o dente é mantido até o reimplante (no caso de reimplante tardio) e ao tipo de reabsorção desenvolvida durante o processo de cicatrização (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Um dente permanente avulsionado pode ser reimplantado, mas isso depende primariamente, de cuidados rápidos e apropriados. O tratamento nos primeiros 30 minutos oferece os melhores resultados. Quando o dente é mantido em um meio de armazenamento úmido, o reimplante pode ser feito posteriormente e as chances de sucesso são aumentadas (CURYLOFO; LORENCETTI; SILVA, 2012).

O meio de estocagem no início deve ser capaz de manter fisiologicamente o pH, a osmolaridade e o metabolismo, preservando dessa forma as fibras periodontais com vitalidade e viabilidade pelo período do transporte do dente até o consultório. Pode-se considerar como meio de estocagem de dentes as seguintes soluções: soro fisiológico, leite, saliva, água com baixa concentração de cloro, solução balanceada de *Hank*, ViaSpan®, própolis e solução de reidratação oral. Embora se tenham disponíveis todas essas soluções, os pacientes não possuem tal informação e com isso acabam por acondicionar o dente em local impróprio, interferindo no prognóstico do caso (LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

O protocolo emergencial proposto é lavar o dente em água corrente sem esfregar a superfície radicular e reimplantá-lo imediatamente. Quando não for possível o reimplante

imediatamente, deve-se manter o dente em leite gelado de preferência pasteurizado (LUBASZEWSKI *et al.*, 2015).

Para dentes que ficaram em meio seco por no máximo 2 horas após a avulsão ou foram conservados em meio líquido fisiológico, aconselha-se a imersão em soro fisiológico, caso estivessem anteriormente em meio inapropriado. Em seguida o profissional deve enxaguar a superfície radicular e o forame apical com jatos de soro fisiológico e reimplantar o dente. Para dentes que permaneceram em meio seco por mais de 2 horas após a avulsão, é necessário remover o ligamento periodontal e a polpa dental, deixar o dente em solução de fluoreto de sódio por 20 minutos, fazer o tratamento endodôntico e reimplantar o dente. O reimplante de dentes decíduos avulsionados diante de um trauma é contraindicado em virtude de possíveis sequelas ao germe permanente da dentição subsequente. Para dentes que possuem ápice fechado, é necessário a realização do tratamento endodôntico nessa segunda visita. Já para dentes que possuem ápice aberto, a instrução é, quando a revascularização for possível, evitar o tratamento endodôntico. O teste de sensibilidade deve responder positivamente nos primeiros três meses após o reimplante (MAIA *et al.*, 2006).

A antibioticoterapia no reimplante dentário é realizada como meio de controlar a contaminação da raiz e do alvéolo, particularmente nos casos de períodos extra-alveolares prolongados e reduzir a incidência de reabsorção inflamatória, sendo a penicilina o antibiótico de escolha (LIMA, *et al.* 2013). Após o reimplante do dente avulsionado é necessário que se faça uma esplintagem ou contenção para estabilizá-lo durante, no mínimo, a primeira semana de cicatrização (GUEDES-PINTO, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Determinar o nível de conhecimento dos estudantes de Odontologia do Campus I da UEPB (Universidade Estadual da Paraíba) sobre as condutas corretas que devem ser adotadas frente às urgências endodônticas.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar se os estudantes se sentem preparados para realizar o atendimento das urgências endodônticas;
- Demonstrar que nível de importância tem para os estudantes o conhecimento correto das condutas que devem ser tomadas frente às urgências endodônticas;
- Analisar o conhecimento dos estudantes sobre as medicações intracanaís eleitas para os diferentes tipos de urgência endodôntica, levando em consideração o diagnóstico e/ou as condições pulpares e perirradiculares;
- Evidenciar a capacidade de os estudantes solucionarem corretamente as patologias pulpares e periapicais de urgência;
- Verificar se os estudantes já tiveram a oportunidade de atender alguma urgência endodôntica na clínica escola da instituição;
- Examinar a conduta que os estudantes estabeleceram diante da urgência endodôntica, caso eles já tenham o feito;
- Avaliar se os estudantes estão aptos para atender urgências em Endodontia;

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Este trabalho caracterizou-se como um estudo transversal, observacional, apresentando caráter descritivo e analítico.

4.2 População

A população deste estudo abarcou estudantes de Odontologia do Campus I da UEPB regularmente matriculados.

4.3 Amostra

A amostra foi composta por 90 estudantes de Odontologia matriculados nos períodos 7º, 8º, 9º e 10º.

4.4 Critério de inclusão

Estudantes que já haviam cumprido o componente curricular de Endodontia.

4.5 Critérios de exclusão

Estudantes que não cumpriram o componente curricular de Endodontia da referida instituição, estudantes que participaram ativamente desta coleta de dados como pesquisadores (4% da população) e também aqueles selecionados para integrarem o estudo piloto (10% da amostra).

4.6 Variáveis

Variável	Forma de mensuração	Classificação quanto ao plano de análise
Sexo	Feminino; Masculino	Independente
Faixa etária	20-24; 25-29; ≥30	Independente
Período	7º, 8º, 9º, 10º	Independente
Nível de importância que os alunos atribuíram às urgências endodônticas	Muito importante; Pouco importante; Irrelevante; Não sei responder	Independente
Aptidão julgada pelos estudantes para atender urgências endodônticas	Sim; Não	Dependente
Questão 9 (MIC)	Certo; Errado	Dependente
Questão 10 (<i>Flare-up</i>)	Certo; Errado	Dependente
Questão 11 (Pulpite aguda irreversível)	Certo; Errado	Dependente
Questão 12 (Abscesso dentoalveolar agudo)	Certo; Errado	Dependente
Questão 13 (Avulsão)	Certo; Errado	Dependente
Atendimento de urgência endodôntica na clínica escola	Sim; Não	Dependente
Tipo de urgência atendida na clínica escola	Abscesso dentoalveolar agudo; Exposição pulpar acidental; Fístula; Fratura com exposição pulpar; Não escreveu o diagnóstico; Não respondeu; Necrose pulpar; Pulpite aguda irreversível	Independente

Quadro 1. Variáveis distribuídas quanto à forma de mensuração e quanto à classificação do plano de análise.

4.7 Instrumento de Pesquisa

Para a realização deste estudo, utilizou-se como instrumento de pesquisa um questionário (APÊNDICE A), caracterizado como semiestruturado que combinou questões fechadas e uma questão aberta, composto por perguntas que se propunham avaliar o conhecimento teórico dos estudantes sobre as patologias pulpares e periapicais, assim como o diagnóstico e a conduta correta frente às mesmas. 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) modificados.

4.8 Estudo Piloto

O estudo piloto foi aplicado junto a 10% da amostra, no intuito de testar o instrumento e realizar ajustes (CANHOTA, 2008). A validade de face foi o critério adotado para avaliar o instrumento a partir de seus itens. Este procedimento objetivou verificar a compreensão de cada item para todos os membros da população a qual se destinava, a partir da consulta aos participantes deste grupo (PASQUALI, 1998). Alguns estudantes relataram que o questionário estava “extenso e cansativo”, o que implicava num maior tempo para sua resolução. No entanto, a grande maioria elogiou o nível das questões, reconhecendo a importância do conteúdo abordado, atingindo as expectativas da proposta deste intento.

4.9 Coleta de dados

O questionário foi aplicado pelos pesquisadores após o término da aula. O tempo médio dispendido para respondê-lo foi de 10 minutos. Juntamente com o questionário, entregou-se um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) ao estudante, convidando-o a assiná-lo.

5.0 Aspectos Éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (protocolo de nº 44875015.4.0000.5187), sob todos os requisitos e normas da Resolução nº 466/12 do CNS (Conselho Nacional de Saúde).

5.1 Análise Estatística

Procedeu-se com a análise estatística descritiva e distribuíram-se os estudantes de cada período de acordo com as respostas assinaladas no questionário. Definido o critério de

correção para as questões, o número de acertos foi somado para cada aluno, sendo que esses valores poderiam variar entre 0 e 5. Optou-se então por realizar o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparar o número de acertos dos alunos de cada período, tendo em vista que os pressupostos de normalidade dos dados e de homogeneidade das variâncias não foram confirmados após realizar, respectivamente, os testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas utilizando o *software IBM Statistical Package for Social Sciences*© (SPSS para Windows, versão 20.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) e considerando um intervalo de confiança de 95%.

5 RESULTADOS

Obedecendo aos critérios da pesquisa, da população de 104 estudantes de Odontologia, 90 participam deste estudo, os quais estavam regularmente matriculados no 7º (n=23; 25,6%), 8º (n=20; 22,2%), 9º (n=26; 28,9%) e 10º (n=21; 23,3%) períodos, conforme mostra a Tabela 1. A maioria era do sexo feminino (n=57; 63,3%), tinha entre 20 e 24 anos (n=65; 72,2%) e, absolutamente todos os estudantes, afirmaram ser muito importante para o estudante de Odontologia saber a conduta mais correta que deve ser aplicada frente às urgências endodônticas (n=90; 100,0%).

Tabela 1. Distribuição dos alunos de acordo com o sexo, faixa etária, período no qual estavam regularmente matriculados e nível de importância que os mesmos atribuíram a saber desempenhar a conduta correta frente às urgências endodônticas.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	57	63,3
Masculino	33	36,7
Faixa etária		
20-24 anos	65	72,2
25-29 anos	20	22,2
≥ 30 anos	5	5,6
Período		
7º	23	25,6
8º	20	22,2
9º	26	28,9
10º	21	23,3

De acordo com a Tabela 2, um total de 67 (74,4%) alunos afirmaram que não se sentem preparados para atender qualquer tipo de situação de urgência em Endodontia.

Tabela 2. Distribuição dos alunos de acordo com a aptidão julgada para atender urgências endodônticas.

Variáveis	Período				Total
	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o	
	n (%)				
Você se sente preparado para atender qualquer tipo de situação de urgência em Endodontia?					
Sim	0 (0,0)	4 (20,0)	5 (19,2)	7 (33,3)	16 (17,8)
Não	23 (100,0)	15 (75,0)	18 (69,2)	11 (52,4)	67 (74,4)
Não sei responder	0 (0,0)	1 (5,0)	3 (11,5)	3 (14,3)	7 (7,8)
Total	23 (100,0)	20 (100,0)	26 (100,0)	21 (100,0)	90 (100,0)

De acordo com a Tabela 3, a maioria dos alunos acertou como proceder diante de um caso de avulsão dental (n=64; 71,1%). Quanto à medicação intracanal de escolha frente aos casos de urgência (*flare-up*, pulpite aguda irreversível e abscesso dentoalveolar agudo, respectivamente), observou-se que apenas (n=17; 18,9%) dos estudantes acertaram a mais indicada. Pouco mais de um terço dos alunos (n=30; 33,3%) acertaram a conduta correta frente à pulpite aguda irreversível, e apenas (n=12; 13,3%) demonstraram corretamente como proceder diante do caso referente ao abscesso dentoalveolar agudo. É importante salientar que na questão 13 (avulsão dental), mesmo com o advento do estudo piloto, os questionários foram aplicados havendo duas alternativas corretas e, por conseguinte, ambas foram consideradas como assertivas na análise estatística deste estudo.

Tabela 3. Distribuição dos alunos de acordo com as respostas relacionadas à escolha do procedimento de intervenção para os casos clínicos de urgência endodôntica.

Variáveis	Período				Total N (%)
	7º n (%)	8º n (%)	9º n (%)	10º n (%)	
Questão 9 (MIC)					
Certo	11 (47,8)	2 (10,0)	1 (3,8)	3 (14,3)	17 (18,9)
Errado	12 (52,2)	18 (90,0)	25 (96,2)	18 (85,7)	73 (81,1)
Questão 10 (Flare-up)					
Certo	8 (34,8)	2 (10,0)	5 (19,2)	7 (33,3)	22 (24,4)
Errado	15 (65,2)	18 (90,0)	21 (80,8)	14 (66,7)	68 (75,6)
Questão 11 (Pulpite aguda irreversível)					
Certo	5 (21,7)	8 (40,0)	8 (30,8)	9 (42,9)	30 (33,3)
Errado	18 (78,3)	12 (60,0)	18 (69,2)	12 (57,1)	60 (66,7)
Questão 12 (Abscesso dentoalveolar agudo)					
Certo	3 (13,0)	4 (20,0)	2 (7,7)	3 (14,3)	12 (13,3)
Errado	20 (87,0)	16 (80,0)	24 (92,3)	18 (85,7)	78 (86,7)
Questão 13 (Avulsão dental)					
Certo	16 (69,6)	14 (70,0)	20 (76,9)	14 (66,7)	64 (71,1)
Errado	7 (30,4)	6 (30,0)	6 (23,1)	7 (33,3)	26 (28,9)

A maior parte dos estudantes apontou que no decorrer do curso ainda não atendeu situações de urgência endodôntica na clínica odontológica da instituição (n=75; 83,3%). Entre os que afirmaram ter atendido alguma situação de urgência, a pulpíte aguda irreversível foi indicada como sendo o tipo de urgência mais prevalente (n=5; 33,3%), seguida pelo abscesso dentoalveolar agudo (n=2; 13,3%). (Tabela 4)

Tabela 4. Distribuição dos alunos quanto ao relato de ter atendido algum caso de urgência endodôntica durante o curso, e quanto ao tipo de urgência atendida na clínica escola da instituição.

Variáveis	Período				Total N (%)
	7 ^o n (%)	8 ^o n (%)	9 ^o n (%)	10 ^o n (%)	
No decorrer do curso ou da vida profissional você já atendeu alguma situação de urgência endodôntica na clínica odontológica?					
Sim	0 (0,0)	1 (5,0)	4 (15,4)	10 (47,6)	15 (16,7)
Não	23 (100,0)	19 (95,0)	22 (84,6)	11 (52,4)	75 (83,3)
Total	23 (100,0)	20 (100,0)	26 (100,0)	21 (100,0)	90 (100,0)
Em caso afirmativo, qual o tipo de urgência endodôntica?					
Abscesso dentoalveolar agudo	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (13,3)
Exposição pulpar acidental	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (6,7)
Fístula	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	2 (13,3)
Fratura com exposição pulpar	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (6,7)
Não escreveu o diagnóstico	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (16,7)	2 (13,3)
Não respondeu	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (6,7)
Necrose pulpar	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (6,7)
Pulpíte aguda irreversível	0 (0,0)	3 (100,0)	1 (20,0)	1 (16,7)	5 (33,3)
Total					15 (100,0)

Na tabela 5 estão as respostas dos estudantes que relataram já ter atendido algum tipo de urgência endodôntica, distribuídas em consonância com as condutas (MIC de urgência) eleitas pelos alunos para tal. Destaque para a pulpíte aguda irreversível, na qual dos 5 (100,0%) estudantes que responderam ter atendido este tipo de condição, (n=2; 40,0%) afirmaram que utilizaram o tricresol formalina como MIC de urgência, (n=2; 40,0%) não especificaram o tipo de MIC utilizada, e somente (n=1; 20,0%) relatou a utilização do hidróxido de cálcio para essa mesma condição. Relevância também para a exposição pulpar acidental, na qual observou-se que no único caso relatado sobre esta condição (n=1; 6,7%), o estudante procedeu erroneamente, utilizando o tricresol formalina como MIC de urgência (n=1; 100,0%).

Tabela 5. Respostas dos estudantes referentes ao diagnóstico de urgência, distribuídas em consonância com as condutas (MIC de urgência) que foram eleitas para tal diagnóstico.

Qual a conduta que foi tomada?	Qual o tipo de urgência endodôntica?							
	1. Abscesso dentoalveolar agudo	2. Exposição pulpar acidental	3. Fístula	4. Fratura com exposição pulpar	5. Não escreveu o diagnóstico	6. Não respondeu	7. Necrose pulpar	8. Pulpíte aguda irreversível
1. Acesso, extirpação da polpa, irrigação com hipoclorito e MIC ² (HC) ³	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)
2. Acesso, MIC (tricresol) e selamento	1 (50,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	2 (40,0)
3. Acesso, MIC e selamento	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (40,0)
4. Não escreveu a conduta	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
5. Não respondeu	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
6. Rastreamento, acesso, MIC e selamento	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

² Medicação intracanal

³ Hidróxido de cálcio

Após avaliar todas as respostas e somar a pontuação de cada aluno, observou-se que as médias (\pm desvio padrão) das notas dos alunos do 7º, 8º, 9º e 10º período, foram, respectivamente: 1,87 (\pm 0,76), 1,50 (\pm 0,83), 1,38 (\pm 0,75), 1,71 (\pm 1,31). A partir da Figura 1 é possível visualizar o gráfico *boxplot* (também conhecido como diagrama de caixas) da distribuição das notas em função de cada período. A mediana das notas dos alunos do 7º, 8º, 9º e 10º período, foram, respectivamente: 2, 1, 1, 2. Portanto, os alunos do 7º e 10º períodos apresentaram o maior número de acertos, seguidos dos alunos do 8º e 9º. No entanto, o teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p=0,293$).

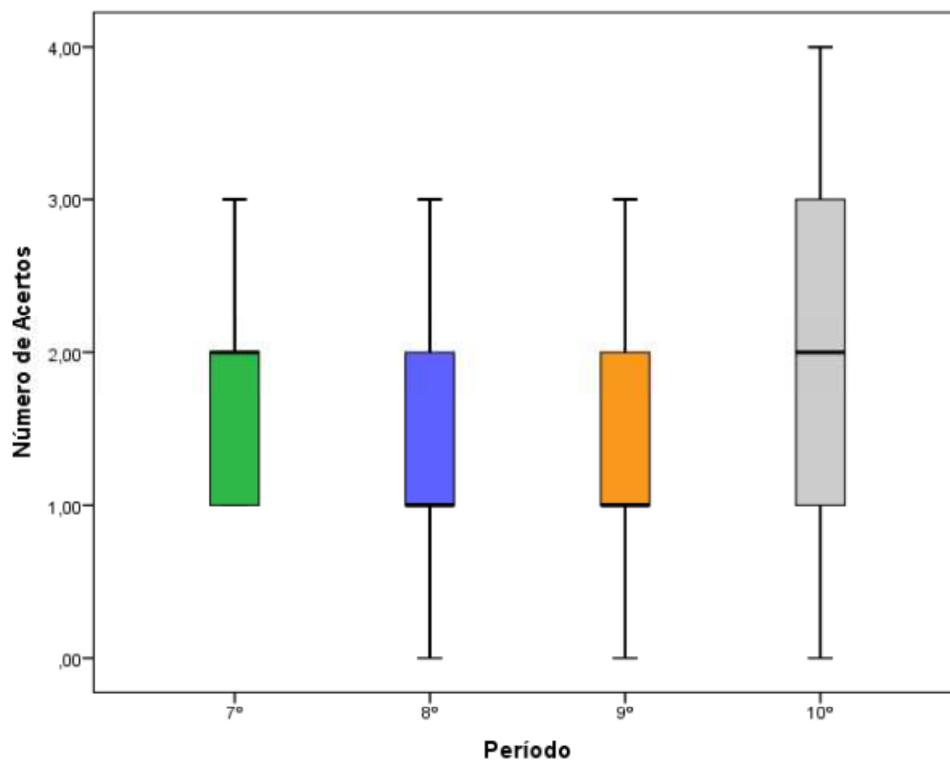


Figura 1. Gráfico *boxplot* mostrando a distribuição das notas de acordo com cada período ($p=0,293$), obtido por meio do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. A linha em negrito representa a mediana, enquadrada entre o 1º quartil (extremo inferior da caixa) e o 3º quartil (extremo superior da caixa). As barras inferiores e superiores indicam, respectivamente, o valor mínimo e o valor máximo das distribuições.

6 DISCUSSÃO

Entende-se por urgência odontológica, medidas imediatas que visam aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos e/ou estéticos da cavidade bucal. Os principais agravos que acometem a saúde bucal têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude da alta prevalência e gravidade que atingem a população. O alívio da dor, as infecções dentoalveolares e o trauma são as principais demandas nos serviços de urgência odontológica (LIMA *et al.*, 2013).

A escassez de estudos que analisassem especificamente o conhecimento de estudantes de Odontologia sobre as urgências endodônticas de maneira polarizada, tornou-se o principal desafio deste intento, e ao mesmo tempo a justificativa prevalecente para a realização do mesmo.

Na presente pesquisa, grande parte dos estudantes afirmaram que não se sentem preparados para atender urgências endodônticas (com destaque para a unanimidade entre os estudantes do 7º período). Dado este preocupante e encontrado também por Seijo *et al.* (2013) que avaliaram a percepção dos estudantes brasileiros de Odontologia sobre a experiência de aprendizagem em Endodontia e verificaram que o tempo limitado de formação nessa área pode resultar em baixa autoconfiança por parte dos alunos durante a prática clínica. Nos achados destes autores, os estudantes relataram que o tratamento é muito demorado devido à inexperiência e à grande dificuldade de localizar os canais radiculares, assim como durante o preparo e os procedimentos de obturação. E tais fatos podem estar relacionados ao conhecimento insuficiente e/ou inexperiência clínica, principalmente nos períodos iniciais de contato com a Endodontia.

Levando em consideração a unanimidade dos estudantes em assinalar que é importante saber a conduta mais correta que deve ser adotada frente às urgências endodônticas, o presente estudo corrobora com a proposição de Bezerra *et al.* (2015), os quais reforçaram a necessidade de os cirurgiões-dentistas estarem preparados para determinados tipos de urgências e cientes para escolher a melhor intervenção possível, de modo a aliviar a sintomatologia apresentada pelo paciente e encaminhá-lo para as etapas subsequentes do tratamento. Esses autores retrataram a importância de os estudantes aprenderem com seus próprios erros e que o problema de autoconfiança pode ser reduzido pela maior exposição aos procedimentos e aos pacientes, ajudando assim os alunos a adquirir as competências necessárias. Equiparando com essa afirmação, Lynch *et al.* (2012) também sugeriram que o

número insuficiente de atendimentos é um dos principais obstáculos que pode dificultar os níveis de autoconfiança clínica por parte dos alunos, assim como a falta de espaço físico adequado dentro da escola, limitações impostas pelo currículo ocupado e até mesmo a falta de funcionários bem treinados.

O presente estudo demonstrou pouco conhecimentos dos estudantes sobre o correto emprego da medicação intracanal nos casos de urgência na Endodontia, levando em consideração o diagnóstico pulpar e perirradicular. É importante salientar que estes alunos estudaram o conteúdo em questão nos períodos anteriores e que, necessariamente deveriam ter conhecimento suficiente em relação à aplicabilidade dessas medicações. Para Freitas *et al.* (2009), não existe na área pedagógica um método que seja eficaz para ensinar e aprender, é necessário então, despertar o interesse do aluno para pensar, questionar, fazer e assumir uma responsabilidade profissional.

O presente estudo verificou que mais da metade da amostra não soube como proceder corretamente frente a um caso de *flare-up*, corroborando com os achados de Tanalp, Güven e Oktay (2013), onde os alunos não responderam ao enunciado que tratava desta mesma condição clínica. Este mesmo estudo demonstrou também que, uma das razões para a ocorrência de *flare-ups* podem ser erros durante a execução do tratamento endodôntico, tais como a sobreinstrumentação ou a extrusão de irrigantes para os tecidos perirradiculares. Especulou-se que os casos podem ser encontrados com mais frequência nas clínicas de faculdades, possivelmente devido à inexperiência dos alunos. Uma possível explicação para isso foi que as habilidades táteis dos estudantes ainda não se desenvolveram adequadamente como as de um dentista experiente. Essa premissa defendida pelos autores do estudo acima reforça a necessidade de investigação do conhecimento e/ou da habilidade do estudante diante dessa urgência para que se possa intervir neste processo e quiçá reverter essa condição acadêmica.

Em relação à conduta aceitável frente à pulpite aguda sintomática e irreversível observou-se conhecimento insuficiente da amostra já que mais da metade respondeu erroneamente em como proceder, semelhante aos achados de Santos *et al.* (2011) em que os autores analisaram a concordância diagnóstica em Endodontia por parte dos estudantes e observaram que foram diagnosticados corretamente apenas 27,3% dos casos de pulpite irreversível.

Diante de um caso de abscesso dentoalveolar agudo, a grande maioria da amostra também não acertou a conduta clínica correta a ser realizada. Essa questão foi a que obteve o

maior número de erros, não sendo encontrados na literatura trabalhos de abordassem de maneira específica o conhecimento de estudantes de Odontologia sobre a conduta diante de abscessos dentoalveolares. Além de exigir a conduta mais acertada que deveria ser tomada, a questão também cobrava dos estudantes a necessidade de prescrição de medicação sistêmica para o caso relatado, e somente 13,3% dos estudantes perceberam que não era necessário realizar a prescrição medicamentosa para a situação clínica pelo fato de o paciente da questão não apresentar debilidade imunológica, tampouco envolvimento sistêmico.

Segundo Wannmacher e Ferreira (2007) e Lúcio, Castro e Barreto (2011) diante do pouco conhecimento farmacológico relatado por alunos e a insegurança dos mesmos para prescrever, pode haver indicação de medicamentos de forma inadequada acarretando em tratamentos ineficazes, exacerbação ou prolongamento da doença, desconforto e dano ao paciente, bem como custo demasiadamente alto para o indivíduo. Além disso, Alfenas (2014) relatou que a prescrição desenfreada de antimicrobianos é considerada como uma das principais causas responsáveis pelo surgimento de microrganismos resistentes, refletindo na persistência de infecções endodônticas.

No concernente ao manejo adequado frente à avulsão dental, a maior parte dos estudantes marcou a alternativa correta. A questão trazia indagações quanto à possibilidade de reimplante, ao tempo do trauma, ao acondicionamento do dente avulsionado e ao estado do alvéolo.

Em relação ao reimplante, a maioria dos estudantes responderam que não reimplantariam em hipótese alguma o dente decíduo avulsionado, corroborando com as asserções de Andersson *et al.* (2012) e também com as da Academia Americana de Odontopediatria (2014), os quais contraindicam a realização do reimplante dentário, visto a possibilidade deste procedimento causar consequências negativas ao sucessor permanente. Granville-Garcia *et al.* (2009) avaliando o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre avulsão dental no Programa de Saúde da Família do município de Campina Grande na Paraíba, também corroboraram com os achados do presente estudo ao relatarem altos percentuais de profissionais que não reimplantariam dentes decíduos avulsionados.

Em contrapartida, Friedlander, Chandler e Drummond (2013) e Marques e Ramos-Jorge (2014) relataram casos de sucesso de dentes decíduos reimplantados e sustentaram que isto é possível desde que sejam observados alguns critérios como o estágio de desenvolvimento da raiz, meio de estocagem do dente, grau de contaminação, execução da

técnica de reimplante, tratamento endodôntico, esplintagem, período de acompanhamento e principalmente o tempo decorrido desde o trauma até o atendimento.

No que tangeu ao tempo do trauma, um levantamento semelhante feito por Lima *et al.* (2013), avaliou a conduta dos cirurgiões-dentistas de Alfenas em Minas Gerais frente ao tratamento emergencial de pacientes com avulsão dentária de dentes permanentes e demonstrou que 77,8% da amostra concordaram que o reimplante deveria ser feito imediatamente ou no máximo 30 minutos após o trauma, para que ainda houvessem condições de reimplante, corroborando, desta forma, com os achados do presente estudo, no qual a maioria dos estudantes julgou importante para o prognóstico do dente, o tempo decorrido após a avulsão.

Segundo o IADT (2012), o protocolo para os casos de avulsão dental de dentes com rizogênese completa quando o tempo do trauma for inferior a 60 minutos, obedece: limpar a superfície radicular e o forame apical com um fluxo de solução salina; administrar anestésico local; aplicar antibiótico tópico; lavar o alvéolo com solução salina; havendo fratura de alguma parede do alvéolo, reposicionar usando um instrumento adequado; reimplantar o dente; suturar lacerações gengivais (se presentes); verificar o correto posicionamento do dente clínica e radiograficamente; contenção flexível por até 2 semanas; administrar antibiótico sistêmico; verificar a proteção contra tétano; iniciar o tratamento de canal de 7 a 10 dias após o reimplante e antes de remover a contenção; e acompanhar. Souza *et al.* (2013) destacaram que em casos de avulsão dentária, o tempo de permanência extra-alveolar é um dos fatores críticos e determinantes do sucesso da terapia de reimplante dental.

De acordo com Al-Shamiri *et al.* (2015), os fatores vitais que podem afetar o sucesso do tratamento de um dente avulsionado são o período de armazenamento e o método de transporte, os quais estão diretamente relacionados com a viabilidade das células do ligamento periodontal. No levantamento dos autores acima, realizado com estudantes de Odontologia da Arábia Saudita, cerca de 77% dos alunos consideraram o leite como o melhor meio de transporte, assim como 71,3% dos estudantes do presente estudo, indicando que eles têm conhecimento razoável de que esta substância é um dos meios mais práticos e acessíveis para o transporte de dentes avulsionados, uma vez que o pH e a osmolalidade do leite são semelhantes aos do fluido extracelular.

Conforme Guedes-Pinto (2008), a realização de exame radiográfico da área traumatizada, na busca de eventuais fraturas do rebordo alveolar torna-se importante no momento do reimplante, assentindo também com o resultado do presente estudo, quando

grande parte dos estudantes consideraram o estado do alvéolo um dos fatores preeminentes para o reimplante.

É importante ressaltar a quantidade limitada de estudos na literatura que investiguem especificamente o conhecimento dos estudantes de Odontologia sobre avulsão dental.

No que concerniu à experiência clínica de atender situações de urgência endodôntica na clínica escola, a maior parte dos estudantes apontou que no decorrer do curso ainda não atendeu situações como esta, reiterando o que Lynch *et al.* (2012) sugeriram, que o número insuficiente de atendimentos reflete diretamente na redução dos níveis de autoconfiança clínica por parte dos alunos.

No presente estudo, dos que disseram ter atendido algum tipo de urgência endodôntica, 33,3% relataram que a pulpíte aguda irreversível foi a urgência mais atendida, seguida pelo abscesso dentoalveolar agudo. Corroborando dessa forma, com achados de Martins *et al.* (2014) que fizeram um levantamento epidemiológico na Faculdade de Odontologia de Pernambuco e observaram que o diagnóstico mais prevalente também foi a pulpíte irreversível sintomática (29,6%), seguida do abscesso dentoalveolar agudo (7,8%).

De todos os estudantes que disseram ter atendido casos de pulpíte aguda irreversível, 13,3% empregaram o tricresol formalina como MIC de urgência, contrariando Miranda (2010), o qual assegurou que o tricresol é indicado somente nos casos de necropulpectomia. Entretanto, apenas 6,7% dos estudantes do presente estudo afirmaram ter utilizado o hidróxido de cálcio como MIC de urgência para a pulpíte aguda irreversível, corroborando com a premissa do departamento onde o estudo foi realizado, na qual para esta condição pulpar preconiza-se a aplicação no interior da câmara do hidróxido de cálcio P.A. (pró-análise). Um dado curioso foi que dos 33,3% dos alunos que atenderam pulpíte aguda irreversível, somente 6,7% prescreveram anti-inflamatório e outros 6,7% analgésico como medicação sistêmica pós-intervenção, justificando os achados de Junior (2009), o qual demonstrou que em urgências endodônticas o paciente necessita de intervenção nos quadros de pulpites irreversíveis, sendo que em algumas situações o uso de fármacos de ação sistêmica está indicado, seja para controle da reação inflamatória, dor ou infecção, proporcionando ao paciente conforto e segurança.

Dos estudantes que responderam ter atendido uma situação de abscesso dentoalveolar agudo (13,3%), um total de 6,7% não relatou a conduta tomada e os outros 6,7% procederam com acesso, tricresol formalina e selamento. Conduta correta, segundo Vier-Poliesser *et al.* (2008), entretanto inconclusa, uma vez que não se relata a realização ou a necessidade de

drenagem pelos alunos. Pois segundo Garcia *et al.* (2014), o tratamento de urgência do abscesso dentoalveolar agudo consiste fundamentalmente na tentativa de drenagem da coleção purulenta.

Outro dado que se torna necessário destacar foi o fato de 13,3% dos estudantes desta pesquisa relataram que atenderam casos de abscesso dentoalveolar crônico (fístula) como sendo urgências endodônticas. Kirchhoff, Viapiana e Ribeiro (2013) foram solenes quando sustentaram que o abscesso periapical crônico é uma área de supuração difusa, de evolução lenta, ocasionalmente detectada pelo exame radiográfico de rotina e que, pelo fato de ser uma alteração crônica é assintomática. O pus formado, quando em pequena quantidade, é drenado de forma intermitente pelo canal radicular ou pode estar associado a uma fístula que, na maioria dos casos é intraoral. Os alunos do presente estudo que “atenderam às fístulas”, trataram-nas com rastreamento, MIC com tricresol formalina e selamento. Desta forma é perceptível a fragilidade do conhecimento sobre urgências endodônticas pelos estudantes do presente estudo.

Em relação à exposição pulpar accidental, 6,7% dos estudantes responderam que atenderam este tipo de conduta na clínica escola e que nesta situação preconizaram o emprego do tricresol formalina como MIC, opondo-se totalmente ao preconizado pela literatura e aos achados de Takanashi, Komori e Rode (2010) que avaliaram a indicação de materiais para a proteção do complexo dentino-pulpar em uma população de professores de Dentística, e constataram que nos casos de exposição accidental da polpa, 96% dos profissionais realizaram o capeamento pulpar direto com hidróxido de cálcio, dentre estes, 43,75% preconizaram a colocação de hidróxido de cálcio P.A. Estes autores revelaram ainda que, em verdade, a exposição pulpar accidental não se caracteriza como uma urgência endodôntica propriamente dita, pois a lesão do tecido pulpar é considerada mínima, sendo então melhor definida como um acidente decorrido durante o preparo cavitário por inabilidade do profissional ou por lesões cáries muito profundas.

Um total de 6,7% dos estudantes relatou ter atendido fratura coronária com exposição pulpar e para tal, recorreram ao acesso, MIC com tricresol formalina e selamento. Resposta considerada equivocada e que coloca “em xeque” o prognóstico do dente, já que Júnior *et al.* (2012) declararam que o sucesso do tratamento desse tipo de fratura é dependente da abordagem inicial precoce e adequada, com menor intervalo de tempo possível entre o trauma e o atendimento. Os autores asseguraram também que além desta intervenção inicial, o acompanhamento do paciente é essencial para avaliar a resposta ao manejo empregado e para

diagnosticar precocemente quaisquer complicações e sequelas. E isso, não foi relatado pelos estudantes da presente pesquisa. Júnior (2011) sustentou ainda que estudos têm demonstrado taxas de sucesso no capeamento pulpar e na pulpotomia para os casos de fratura com exposição pulpar quando o tempo decorrido desde o trauma até a conduta do profissional for curto, caso contrário a polpa não permanecerá vital e assim, estará indicada a pulpectomia como forma de tratamento. Esta condição na qual a polpa não se mantém vital, possivelmente justifica a utilização do tricresol formalina para o caso de fratura com exposição pulpar atendida pelos alunos do presente estudo.

Um total de 6,7% dos estudantes afirmou ter atendido necrose pulpar como urgência endodôntica e, mais uma vez percebe-se a fragilidade do conhecimento dos mesmos, uma vez que necrose pulpar propriamente estabelecida não é considerada uma urgência em Endodontia, assim como ratificaram Silva *et al.* (2013), apontando que o dente portador de polpa necrótica não apresenta sintomas dolorosos e não responde ao frio nem ao teste elétrico (a não ser que haja uma necrose parcial). Em contraste, no que tangeu à conduta, os alunos do presente estudo conduziram o caso com acesso, MIC com tricresol formalina e selamento, corroborando com Carneiro *et al.* (2011), os quais defenderam que o conceito mais difundido pelos profissionais é que há sim, a necessidade do uso da medicação intracanal nos casos de necrose pulpar.

Após a distribuição das notas obtidas pelos estudantes através do questionário e em função de cada período, os alunos do 7º e 10º períodos do presente estudo apresentaram o maior número de acertos, seguidos dos alunos do 8º e 9º. A partir de então, pode-se inferir que os estudantes do 7º acertaram mais questões pelo fato de terem concluído o componente curricular de Endodontia recentemente (um período antecedente), onde este conteúdo fora estudado. E, para os do 10º período a inferência que se faz é pela experiência clínica acumulada durante a graduação, bem como estágios extracurriculares e também pelo maior número de atendimento de urgências nas clínicas integradas da instituição.

Diante dos achados do estudo realizado por Tanalp, Güven e Oktay (2013), diversas escolas de Odontologia no mundo têm pré-requisitos diferentes para a graduação em cada disciplina, e a Endodontia não é exceção. É o que acontece na Europa, por exemplo. A declaração das diretrizes curriculares de graduação da Sociedade Europeia de Endodontia, aconselha a realização de tratamentos endodônticos de 20 dentes humanos, independentemente da quantidade de pacientes, antes de o estudante concluir o colegiado. O relatório também é válido para os casos de urgência endodôntica, nas quais os alunos também

devem ter experiência adequada de tratamento. Essa premissa relatada por esses autores é extremamente salutar e que pode ser levada em consideração em futuras reformas político-administrativas de instituições públicas e/ou privadas, visando o aprimoramento do conhecimento dos estudantes de Odontologia sobre as urgências endodônticas, bem como de todo o tratamento endodôntico propriamente dito.

Reforça-se a necessidade de mais estudos nessa linha de pesquisa sobre o conhecimento dos estudantes de Odontologia 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 intento e destacando que as urgências são condições de saúde que requerem atendimento especial de forma a não agravar o estado de saúde do paciente.

7 CONCLUSÕES

Após a contestação dos resultados obtidos no presente estudo, é justo concluir que:

- Os estudantes de Odontologia do 7º ao 10º período não se sentem preparados para realizar atendimentos de urgências endodônticas;
- Todos os estudantes de julgam muito importante o conhecimento das condutas corretas que devem ser tomadas frente às urgências endodônticas;
- O conhecimento dos estudantes sobre as medicações intracanaís eleitas para os diferentes tipos de urgência endodôntica, levando em consideração o diagnóstico e/ou as condições pulpares e perirradiculares é insuficiente;
- A capacidade de os estudantes solucionarem corretamente as patologias pulpares e periapicais de urgência é inexpressiva;
- Uma pequena parcela dos estudantes já teve a oportunidade de atender alguma urgência endodôntica na clínica escola da instituição;
- A conduta que os estudantes estabeleceram diante da urgência endodôntica atendida por eles na clínica escola foi considerada inadequada;
- Os estudantes apresentam habilidade limitada para atender urgências em Endodontia.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, L. A.; ARCHER, C. E.; SOUZA, R. M. S. et al. Prevalência de doenças pulpares e periapicais na Clínica de especialização em Endodontia da FOP/UPE. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v. 11, n. 1, p. 9-12, jan./mar., 2011.
- ALBUQUERQUE, Y. E.; ROSELL, F. L.; TAGLIAFERRO, E. P. S. et al. Conhecimento de mães sobre os procedimentos de emergência nos casos de avulsão dentária. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 19, n. 2, p. 159-165, maio/ago., 2014.
- ALFENAS, C. F.; LINS, F. F.; MANESCHY, M. T. et al. Antibióticos no tratamento de abscessos perirradiculares agudos. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 120-123, jul./dez., 2014.
- AL-SHAMIRI, H. M.; ALAIZARI, N. A.; AL-MAWERI, S. A. et al. Knowledge and dental trauma attitude among dental students in Saudi Arabia. **Eur. J. Dent.**, vol. 9, n. 4, p. 518-522, oct./dec., 2015.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on prevention of sports-related orofacial injuries. **Pediatr. Dent.**, vol.32, special issue, p. 55-8, 2014.
- ANDERSSON, L.; ANDREASEN, J. O.; DAY, P. et al. International association of dental traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: avulsion of permanent teeth. **Dent. Traumatol.**, vol. 28, n. 2, p. 88-96, 2012.
- ANDREASEN, J. O.; LAURIDSEN, E.; ANDREASEN, F. M. Contradictions in the treatment of traumatic dental injuries and ways to proceed in dental trauma research. **Dent. Traumatol.**, v. 26, n. 1, p. 16-22, 2010.
- ARRAIS RIBEIRO, I. L.; VELOSO, H. H. P.; VALENÇA, A. M. G. et al. Avaliação da qualidade de vida e nível de satisfação do usuário da rede de atenção especializada com o tratamento endodôntico no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Rev. Odontol. Bras. Central**, vol. 21, n. 59, p. 557-563, 2012.
- AVSAR, A.; AKBAŞ, S.; ATAIBIŞ, T. Traumatic dental injuries in children with attention deficit/hyperactivity disorder. **Dent Traumatol**, vol. 25, p. 484-489, 2009.
- BEZERRA, P. A. S. A. M.; OLIVEIRA, M. E. M.; GOMES, T. N. et al. Principais patologias orofaciais recorrentes em serviços de urgências odontológicas: uma revisão da literatura. **Revista de Psicologia**, vol. 9, n. 27, p.1981-1179, 2015.

BIZ, M. T. **Eventos agudos na atenção básica: dor de origem endodôntica**. 2013. 83 f. Caderno de Atenção Básica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

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>. Acesso em: 10 Fevereiro 2015.

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.

CARNEIRO, S. Tratamento endodôntico em sessão única: relato de caso com necrose pulpar. **Caderno de Endodontia**, v. 2, n. 8, p. 410-3, set., 2011.

CAVALCANTI, A. L. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents - a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. **Dent. Traumatol.**, v. 26, n. 2, p. 149-153, 2010.

COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. **Caminhos da Polpa**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CONTI, L. C.; GRENIER, J. D.; ENDO, M. S. et al. Traumatismos dentários múltiplos com controle de 10 anos. **Arch. Health Invest.**, vol. 4, n. 2, p. 375-380, 2015.

CURYLOFO, P. A.; LORENCETTI, K. T.; SILVA, S. R. C. Avaliação do conhecimento de professores sobre avulsão dentária. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, vol. 48, n. 3, p. 175-180, jul./set., 2012.

DIPP, C. F.; RIGO, L. Realização da técnica de pulpotomia no serviço público odontológico. **Full Dentistry in Science**, vol. 1, n. 2, p. 166-172, 2010.

DUARTE, G. **Pulpotomia de dentes decíduos em crianças de 04 a 08 anos no município de Maravilhas**. 2013. 43f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

FERREIRA, I. F. **Avaliação do conhecimento dos estudantes do CEF GAN da Asa Norte-DF, sobre traumatismos dentários, após atividade educativa.** 2014. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia), Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

FREIRE, M. C. M.; LELES, C. R.; SARDINHA, L. M. V. et al. Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: a pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 28, p. 133-145, 2012.

FREIRES, I. A.; CAVALCANTI, I. W. Proteção do complexo dentinopulpar: indicações, técnicas e materiais para uma boa prática clínica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, vol. 13, n. 4, p. 69-80, 2011.

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

FREITAS, V. P.; CARVALHO, R. B.; GOMES, M. J. et al. Mudança no processo ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em odontologia com utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. **RFO**, v. 14, n. 2, p. 163-167, mai./ago., 2009.

FRIEDLANDER, L. T.; CHANDLER, N. P.; DRUMMOND, B. K. Avulsion and replantation of a primary incisor tooth. **Dent. Traumatol.**, vol. 29, n. 6, p. 494-497, 2013.

GARCIA, N. A.; SANTOS, A. A. B.; ÂNGELO, A. R. et al. Medicações intracanal e sistêmica utilizadas por cirurgiões-dentistas das Unidades de Saúde da Família para tratamento de urgência do abscesso periapical agudo. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, vol. 50, n. 1, p. 13-19, jan./mar., 2014.

GOMES, A. C. A.; DOURADO, A. T.; SILVA, E. D. O. et al. Conduta terapêutica em dentes com lesão refratária ao tratamento endodôntico convencional e cirúrgico - caso clínico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilo-Facial**, v. 3, n. 1, p. 23-29, jan./mar., 2003.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; BAUDUÍNO JÚNIOR, J. B.; FERREIRA, J. M. S. et al. Conhecimento do cirurgião-dentista sobre avulsão dental no Programa de Saúde da Família de Campina Grande, PB, Brasil. **Revista Odonto**, v. 17, n. 33, jan/jun. 2009.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 446p.

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

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY. Reprinted with permission of the International Association of Dental Traumatology (IADT). **Dental Traumatology**, vol. 28, p. 88-96. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-9657.2012.01125.x/full>>. Acesso em: 8 de maio 2016.

ISHIDA, A. L.; ENDO, M. S.; KITAYAMA, V. S. 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.

JAYAKODI, H.; KAILASAM, S.; KUMARAVADIVEL, K. et al. Clinical and pharmacological management of endodontic flare-up. **J Pharm. Bioallied Sci.**, vol. 4, n. 2, p. 294–298, ago., 2012.

JESUS, M. A.; ANTUNES, L. A.; RISSO, P. A. et al. Epidemiologic survey of traumatic dental injuries in children seen at the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. **Braz. Oral Res.**, vol. 24, n. 1, p.89-94, jan./mar., 2010.

JUNIOR, D. C. **Uso de analgésicos em urgências endodônticas**. 2009. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia), Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2009.

JÚNIOR, M. P.; FEIJÓ, E. C.; BOTELHO JUNIOR, F. G. et al. Fraturas coronárias com exposição pulpar: levantamento epidemiológico em um período de 8 anos. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 180-5, jul./dez., 2012.

JUNIOR, M. P. **Fraturas coronárias com exposição pulpar: levantamento epidemiológico em um ambulatório de trauma dentoalveolar em um período de 8 anos**. 2011. 66 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

KIRCHHOFF, A. L.; VIAPIANA, R.; RIBEIRO, R.G. Repercussões periapicais em dentes com necrose pulpar. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 61, suplemento 0, p. 469-475, jul./dez., 2013.

KUMAR, A.; BANSAL, V.; VEERESHA, K. L. et al. Prevalence of traumatic dental injuries among 12-to 15-year-old schoolchildren in Ambala District, Haryana, India. **Oral Health Prev. Dent.**, vol. 9, n. 3, p. 301-305, 2011.

LENZI, T. L.; ROCHA, R. O.; DOTTO, P. P. et al. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. **J. Health Sci. Inst.**, v. 28, n. 2, p. 121-124, 2010.

LEONARDI, D. P.; GEOVANINI, A. S.; ALMEIDA, S. et al Alterações pulpares e periapicais. **Rev. Sul-Brasileira de Odontologia**. vol. 8, n. 4, p. 47-61, oct./dez., 2011.

LEONARDO, M. R.; LEONARDO, R. T. **Endodontia: tratamento de canais radiculares**. 1º Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2012. 472p.

LIMA, D. C.; PEREIRA, A. A.; SWERTS, A. A. et al. Conduta dos cirurgiões-dentistas de Alfenas/MG frente ao tratamento emergencial de pacientes com avulsão dentária. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, vol. 49, n. 4, p.169-176, out./dez., 2013.

LIMA, L. S.; SILVA, K. M. G.; MELLO, M. V. F. M. et al. Condição de urgência odontológica e fatores associados em trabalhadores da construção civil na Bahia. **Rev. Odontol. UNESP**, vol. 42, n. 1, p. 48-53, jan./fev., 2013.

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

LOSSO, E. M.; TAVARES, M. C. R.; BERTOLI, F. M. P. et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **Rev. Sul-Brasileira de Odontologia**. vol. 8, n. 1, p. 114-11, jan./mar., 2011.

LUBASZEWSKI, V. P. A.; RALDI, D. P.; PINTO, C. A. et al. Avaliação da conduta emergencial em casos de avulsão dentária antes e após palestras educativas. **Clipe Odonto – UNITAU**, vol. 7, n. 1, p. 9-19, 2015.

LÚCIO, P. S. C.; CASTRO, R. D.; BARRETO, R. C. Prescrição medicamentosa sob a visão de estudantes de Odontologia. **Arq. Odontol**, vol. 47, n. 4, Belo Horizonte, out./dez., 2011.

LYNCH, C. D.; ASH, P. J.; CHADWICK, B. L. et al. Developing the continuum of dental education: including dental foundation trainers in the delivery of a community-based clinical teaching programme. **Brit. Dent. J.**, vol. 213, n. 10, p. 517-521, 2012.

MAIA, S. M. A. S.; TRAVASSOS, R. M. C.; MARIZ, E. B. et al. Conduta clínica do cirurgião-dentista ante a avulsão dental: revisão de literatura. **Rev. da Sociedade Brasileira de Odontologia**, v. 3, n. 1, p. 41-47, 2006.

MARQUES, L. S.; RAMOS-JORGE, M. L. Replantation of avulsed primary teeth: a systematic review. **Int. J. Paediatr. Dent.**, vol. 24, n. 2, p. 77-83, 2014.

MARTINS, E. P.; OLIVEIRA, O. R.; BEZERRA, S. R. S. et al. Estudo epidemiológico de urgências odontológicas da FOP/UPE. **RFO**, Passo Fundo, v. 19, n. 3, p. 316-322, set./dez., 2014.

MARZOLA C. **Fundamentos de Cirurgia Buco Maxilo Facial**. São Paulo: Big Forms, 2008, 6v.

MENEZES, M. M.; CÔAS, V. R.; UMETSUBO, L. S. et al. Antibióticos nas infecções pulpares e periapicais. **Jornal Brasileiro de Endodontia**, Curitiba, v. 3, n. 11, p. 343-349, out./dez., 2002.

MIRANDA, M. A. **Atividade antimicrobiana da medicação intracanal em Endodontia. Revisão de literatura**. 2010. 48f. Monografia (Especialização em Endodontia), FUNORTE/SOEBRAS, Poços de Caudas, 2010.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 25, n. 5, p. 206-213, 1988.

PEREIRA, A. D.; BOER, N. P.; CORREIRA, T. M. et al. Traumatismo na dentição decídua – diagnóstico, prognóstico e acompanhamento de um caso. **Arch. Health Invest.**, vol. 3, n. 6, p. 14-19, 2014.

PETRINI, I. **Dor pós-operatória em tratamento endodôntico realizado em sessão única**. 2010. 48f. Monografia (Especialização em Endodontia), Faculdade Ingá – UNINGÁ, Passo Fundo, 2010.

PIVA, F.; POTTER, I. G.; SARI, G. T. et al. Atendimento de urgência frente ao traumatismo alvéolo dentário - relato de caso clínico. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, vol. 67, n. 3, p. 224-228, 2013.

SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D.M.; SANCHES, M. Acute and chronic pain: a narrative review of the literature. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 150-154, 2012.

SANABE, M. E.; CAVALCANTE, L. B.; COLDEBELLA, C. R. et al. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 27, n. 4, p. 447-51, 2009.

SANTOS, A. S.; OLIVEIRA, D. C.; CUNHA, R. F. Tratamento imediato da luxação dentária lateral associada à extrusão na dentição decídua. **Rev. Odontol. UNESP**, vol. 41, n. especial (Resumos do Congresso Odontológico de Araçatuba), 2012.

SANTOS, K. S. A.; VELOSO, O. L. L.; TEMÓTEO, L. M. et al. Concordância diagnóstica em Endodontia em clínicas odontológicas. **Rev. Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 365-371, jul./set., 2011.

SANTOS, K. S. A.; MONTEIRO, B. V. B.; FERNANDES, L. V. et al. Tratamento de traumatismos dentoalveolares e reabilitação protética em paciente jovem – relato de caso. **Odontol. Clín. Cient.**, Recife, vol. 9, n. 2, p.181-184, abr./jun., 2010.

SEIJO, M. O. S.; FERREIRA, E. F.; RIBEIRO SOBRINHO, A. P. et al. Learning Experience in Endodontics: Brazilian Students' Perceptions. **Journal of Dental Education**, vol. 77, n. 5, p. 648-655, 2013.

SILVA, C. A. M.; LEITE, G. S.; PASTORIZA, P. S. R. et al. Conduta dos odontopediatras e clínicos gerais. Diante de uma avulsão traumática na dentição decídua. **Odonto**, vol. 22, n. 43-44, p. 43-51, 2014.

SILVA, M. L. G. Necrose pulpar: tratamento em sessão única ou múltipla? **Revista FAIPE**, v. 3, n. 1, 2013.

SOUZA, B. L. M.; LOPES, P. H. S.; NOGUEIRA, E. F. C. et al. Manejo de trauma dentoalveolar atípico: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.13, n. 4, p. 45-50, out./dez., 2013.

TAKANASHI, P. T.; KOMORI, P. C. P.; RODE, S. M. Avaliação da indicação de materiais para proteção do complexo dentinopulpar, **Braz. Dent. Sci.**, vol. 13, n. 4, p. 22-28, jul./dez., 2010.

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**. 4ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 496p.

TRAEBERT, J.; CLAUDINO, D. Epidemiologia do traumatismo dentário em crianças: a produção científica brasileira. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, vol. 12, n. 2, p. 263-72, abr./jun., 2012.

VIER-PELISSER, F. V.; GARBIN, F. V.; SÓ, R. P. et al. Medicações intracanal e sistêmica preconizadas nas faculdades de Odontologia brasileiras para o tratamento de urgência do abscesso periapical agudo. **Rev. Odonto Ciênc.**, vol. 23, n. 3, p. 278-282, 2008.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia Clínica para Dentistas**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

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 esteroidal, antibiótico e bochechos com água fria
(D) Realiza uma nova intervenção endodôntica e prescreve anti-inflamatório não esteroidal 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 álgico 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 condicionamento 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 véstíbulo
- (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

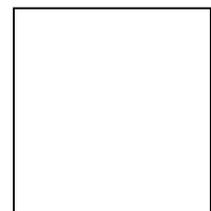
Em caso afirmativo, qual o tipo de urgência endodôntica e qual a conduta que foi tomada?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA SOBRE URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho “CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA SOBRE URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS” tem como objetivo traçar o nível de conhecimento dos estudantes de Odontologia do Campus I da Universidade Estadual da Paraíba sobre as condutas corretas que devem ser tomadas frente às urgências endodônticas.
- Ao voluntário só caberá a autorização para preencher o questionário e não haverá nenhum risco ou desconforto.
- 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) 99601 - 7564 ou no e-mail prsousa.douglas@gmail.com.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o 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.

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 – 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/
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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

PARECER DO RELATOR 04

Número do Protocolo:44875015.4.0000.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR:08/06/2015

Pesquisador(a) Responsável: Katia Simone Alves dos Santos

Situação do parecer: Aprovado

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: Conhecimento dos estudantes de Odontologia sobre urgências endodônticas. O projeto é de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em odontologia.

Objetivo da Pesquisa: A pesquisa tem como Objetivo Geral: Traçar o perfil do conhecimento dos estudantes de Odontologia do campus I da UEPB sobre as condutas corretas que devem ser tomadas em relação às urgências em endodontia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Será realizado um estudo observacional, com abordagem mista(quantitativa e qualitativa), apresentando caráter descritivo, transversal.

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: A pesquisa seguirá de acordo com o previsto.

Situação do parecer: Aprovado