



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**TIAGO RIBEIRO LEAL**

**PERFIL DE ATENDIMENTO DA CLÍNICA DE URGÊNCIA ENDODÔNTICA DE  
UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

**CAMPINA GRANDE  
2018**

**TIAGO RIBEIRO LEAL**

**PERFIL DE ATENDIMENTO DA CLÍNICA DE URGÊNCIA ENDODÔNTICA DE  
UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

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.

Profa. Dra. Katia Simone Alves dos Santos

**CAMPINA GRANDE  
2018**

É expressamente proibido 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 do trabalho.

L435p Leal, Tiago Ribeiro.  
Perfil de atendimento da Clínica de urgência endodôntica de uma Instituição Pública [manuscrito] : / Tiago Ribeiro Leal. - 2018.  
35 p.  
  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.  
"Orientação : Profa. Dra. Kátia Simone Alves dos Santos, Departamento de Odontologia - CCBS."  
  
1. Odontologia. 2. Endodontia. 3. Urgência odontológica.  
21. ed. CDD 617.634 2

TIAGO RIBEIRO LEAL

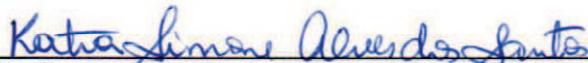
**PERFIL DE ATENDIMENTO DA CLÍNICA DE  
URGÊNCIA ENDODÔNTICA DE UMA INSTITUIÇÃO  
PÚBLICA**

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: 32/10/2018

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Kátia Simone Alves dos Santos (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia (Examinadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Lorena Mendes Temóteo Brandt (Examinadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Às pessoas humildes: Aos filhos de professoras, doceiras e mecânicos. Aos netos de costureiras, caminhoneiros e empregadas domésticas. A todas as pessoas que olham para as estrelas sem esquecer a cor do chão onde pisam.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Kátia Simone, pelas horas de dedicação, pela atenção e por toda paciência. Pela oportunidade transformadora de participar da Clínica de Urgências Endodônticas e me apaixonar pela Endodontia. Serei sempre grato por sua valiosa amizade e carinho, pelos conselhos e todas as risadas que demos e daremos juntos. Sem dúvidas o maior exemplo que trago da graduação, seja pela competência, pela garra e honestidade.

À minha mãe, agradecerei por todo o sempre, por todas as noites em claro, que passou para que eu pudesse me levantar no dia seguinte e estudar. Não foram poucas as vezes que dormia com o som da sua batedeira preparando bolos por toda a madrugada. Incontáveis foram as vezes que me deu bom dia, sem que ao menos tivesse ido deitar ainda.

Ao meu pai Rivaldo, por ter feito parte desta vitória, e se sentir parte dela. Pelo carinho, compreensão e acima de tudo por acreditar em mim.

A Robeci, que mais que um companheiro, foi um exemplo. Um amigo que acendeu lanternas na escuridão para que eu pudesse enxergar as pedras do caminho que seguimos. Agradeço pelas horas de descanso que perdeu indo mais cedo à universidade para que eu pudesse usar seu instrumental, e por sua mão estendida a mim, todos os dias.

À minha avó Betinha, que com sua simplicidade e emoção esteve sempre na torcida por minha vitória, nunca escondendo a satisfação em me ver de branco. E à minha avó Rose (in memoriam) que partiu faltando tão pouco para compartilhar comigo este momento de vitória e alegria.

Agradeço à minha irmã pela força e incentivo no início de tudo. À minha linda sobrinha Gabrielle, que renova sempre meus ânimos com seu afeto.

À dona Fátima, por ter sido mais que uma chefe, por ter sido bem mais que minha tia, uma verdadeira mãe que me protegeu e ajudou durante todo esse tempo. Obrigado pelos grandes exemplos de humildade e amor ao próximo.

À Lorenna Brandt, por toda força, pelo incentivo, pela ajuda, pelo grandioso exemplo de honestidade e pelas palavras de calma nos meus momentos de

intempestividade, afinal bem-aventurados são os pacificadores, porque serão chamados filhos de Deus.

Ao professor Sérgio D'Ávilla, pela amizade genuína, por tornar esse trajeto tão agradável, por tudo, obrigado.

À Daliana pela amizade e carinho, por todos os momentos que passamos juntos, pelo incentivo, e exemplo.

À Ana Flávia pela amizade, pelas conversas, pela profissional incrível que é, pelo grandioso exemplo de humildade e paixão pelo que faz.

À Rilva, pela confiança, pela amizade, pelas conversa intermináveis, cheias de exemplos e de sábios conselhos.

À professora Rosa, por toda paciência e ajuda no começo de tudo, por tantas oportunidades, por despertar em mim o amor pela extensão.

À minha dupla Natália por toda fidelidade e companheirismo nesse período. Por todos seus conselhos, por todas as vezes que ficamos tristes e que parecia que só um entendia a dor do outro, por todos os sorrisos, por todos os sonhos que construímos juntos.

A Ítalo Macêdo, amigo querido, que me estendeu a mão no início de tudo, pela paciência, pelo incentivo sempre, e pelo grande exemplo de dedicação e garra.

À Thaynná, por sua amizade avassaladora, possessiva e ao mesmo tempo tão autêntica e cheia de carinho.

A todos os colegas de turma, que de alguma forma contribuíram para meu engrandecimento como pessoa e profissional.

A meu médico amado, Drº Bezerra de Menezes, pelas vibrações de paz e de luz. Obrigado pelos fluidos de amor, que sustentam a mim e todos os espíritos amigos, que de alguma forma me conduziram ao caminho do bem.

Por fim agradeço, infinitamente, Àquele que com uma faísca de seu amor pode iluminar toda a terra. Agradeço por ter reunido todas essas pessoas, como estrelas cintilantes numa constelação angelical. E em agradecimento te pedirei: Dai-nos a caridade pura, a fé e a razão. Dai-nos a simplicidade que fará de nossas almas o espelho onde refletirá um dia a tua Santa imagem.

“Até hoje fui sempre futuro.”

**Almada Negreiros**

# Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	9
2.1 Agentes agressores .....	10
2.1.1 Agentes Químicos .....	10
2.1.2 Agentes Físicos .....	11
2.1.3 Agentes Biológicos .....	11
2.2 Pulpites .....	11
2.2.1 Pulpite Reversível .....	12
2.2.2 Pulpite Irreversível .....	12
2.3 Periodontite Apical .....	13
2.4 Abscesso Periapical .....	13
2.5 <i>Flare-up</i> .....	14
2.6 O Tratamento Endodôntico .....	14
2.7 Acesso ao tratamento endodôntico .....	15
3 OBJETIVOS .....	15
3.1 Objetivos Gerais .....	15
3.2 Objetivos Específicos .....	15
4 METODOLOGIA .....	16
4.1 Tipo de Pesquisa .....	16
4.2 População e Amostra .....	16
4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	16
4.4 Instrumento de Coleta de Dados .....	16
4.6 Procedimentos de coleta de dados .....	18
4.7 Estudo Piloto .....	18
4.8 Análise dos Dados .....	18
4.9 Aspectos Éticos .....	18
5 RESULTADOS .....	19
6 DISCUSSÃO .....	23
7 CONCLUSÃO .....	25
REFERÊNCIAS .....	26
ANEXOS .....	32

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil de atendimento de pacientes na Clínica Escola do curso de Odontologia – Campus I, especificamente na Clínica de Urgências Endodônticas. Trata-se de um estudo transversal, baseado em dados clínicos de 211 prontuários dos pacientes atendidos no serviço prestado pelo projeto de extensão no período de 2016 a 2018. Foi realizada análise descritiva, através do software estatístico SPSS 23.0. A maioria dos pacientes atendidos na clínica de urgência foi do sexo feminino (61,8%) com idade acima de 40 anos (46,5%) e estado civil solteiro (53,5%). A dor é a sintomatologia mais prevalente entre as queixas principais (76,9%). Pode-se caracterizar a dor na maioria dos casos em espontânea (62,3%), intermitente (60,3%) e difusa (62,5%), nos casos de polpa não vital. A ausência de resposta aos testes frio (90,0%) e quente (81,2%) nos casos de polpa não vital, demonstrou associação significativa com valores de  $p < 0,005$ . Necrose pulpar é principal hipótese diagnóstica (59,3%). O procedimento de urgência mais executado foi o acesso endodôntico (66,7%), a medicação intracanal mais utilizada é o tricresol (57,7%) e o tratamento radical o mais indicado (71,3%). Conclui-se que há um padrão estabelecido entre os pacientes que buscam o atendimento de urgência nas Instituições de Ensino Superior, diante disso a presente pesquisa concluiu que os pacientes atendidos na clínica de atendimento às urgências endodônticas em sua maioria são mulheres de idade superior a 40 anos de idade, apresentando dor nos dentes posteriores, referente a quadros de pulpites irreversíveis e abscessos agudos.

**Palavras-Chave:** Odontologia. Endodontia. Urgência Odontológica.

## 1 INTRODUÇÃO

A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, apresentando finalidade protetora cuja advertência indica sempre a necessidade de investigação, para que sejam levantadas hipóteses diagnósticas. É muito prevalente a dor na região orofacial, ainda mais quando relacionada com os dentes e suas estruturas periadjacentes (ROCHA, et. al. 2007; LOESER; TREEDE, 2008).

A odontoalgia, ou popularmente conhecida como “dor de dente” tem sua etiologia relacionada às estruturas dentárias afetadas por doenças como a cárie, a periodontite, maloclusão, trauma dentário, abscessos periapicais ou restaurações defeituosas. (GOES et al., 2008; LOTTO et al., 2017).

A literatura aponta que sua prevalência é maior nos grupos de menor condição socioeconômica, interferindo negativamente em atividades cotidianas,

impedindo (total ou parcialmente) o paciente de dormir, comer, ir à escola ou ainda, interferindo no trabalho, seja em sua qualidade ou mesmo pelo absenteísmo. (LOCKER; GRUSHKA, 1987; GOES et al., 2008; SANTIAGO; VALENÇA; VETTORE, 2013; MEJIA; ARMFIELD; JAMIESON, 2014; FARMAKIS et al., 2016; LOTTO et al., 2017; GRANVILLE-GARCIA et al., 2018).

As emergências odontológicas são condições clínicas associadas à desconforto significativo, tumefação e dor oriundos de inflamação ou infecção dos tecidos pulpare ou periapicais, necessitando de tratamento imediato. Incluem infecções com abscesso periapical e/ou periodontal e pericoronarite, que por sua natureza exigem um diagnóstico apurado e tratamento imediato, pontual e eficaz. (DE-PAULA et al., 2014; FARMAKIS et al., 2016).

Estudos mostram que, cada vez mais, aumentam os casos de urgências odontológicas relacionadas à polpa. Com a prevalência cada vez maior desse tipo de atendimento os serviços odontológicos tornam-se insuficientes para suprir a necessidade da população, principalmente quando se leva em questão o atendimento endodôntico que acontece em nível secundário (ALBUQUERQUE et al., 2011; MARTINS; CARTAXO; PADILHA, 2016).

Para que tenha sucesso a terapia endodôntica necessita de sua conclusão à curto prazo, por isso o paciente necessita não só do atendimento de urgência com também da continuidade do tratamento para que este não venha a perder seu dente devido a complicações decorrentes da demora no atendimento. Com o objetivo de melhorar os serviços de atendimento à população, este trabalho tem como objetivo conhecer o perfil do paciente atendido no serviço de urgência da UEPB.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

O dente humano é composto por uma parte mineralizada (esmalte e dentina) e outra formada por um tecido conjuntivo frouxo, a polpa dental. Este tecido encontra-se encarcerado no interior do dente na área que corresponde à câmara pulpar e aos canais radiculares. Trata-se de um tecido ricamente nutrido por um número considerável de vasos sanguíneos, linfáticos, fibras nervosas e células. Dentre as células presentes nesse tecido encontram-se numerosos odontoblastos (produção de dentina), fibroblastos (colágeno Tipo I e Tipo III), células-tronco indiferenciadas

(pluripotentes), e células da resposta imune (macrófagos, linfócitos e células dendríticas). Os odontoblastos por sua vez exercem um papel que caracteriza a polpa, por diferenciarem-na dos demais tecidos conjuntivos presentes no corpo humano, que é a produção de dentina (NEVILLE, 2009; LEONARDI et al. 2011; ARAÚJO et al., 2018).

Nesse contexto, o tecido pulpar possui um metabolismo intenso, apresentando uma excelente capacidade de reparo diante de agentes agressores. Entretanto quando desencadeada a resposta inflamatória, com aumento do volume sanguíneo circulando no local, as fibras nervosas são comprimidas contra as paredes rígidas da câmara pulpar, ocasionando assim, a odontoalgia (LEONARDI et al. 2011; ARAÚJO et al., 2018).

A comunicação entre o tecido que permanece no interior do dente com o restante do organismo se dá pelo forame apical, que por ser delgado na maioria dos casos, dificulta a circulação sanguínea, quando há a inflamação pulpar, prejudicando sua capacidade de defesa (LEONARDI et al. 2011; WU et al., 2017).

Diversos fatores exercem influência sobre a polpa, sejam estes locais (microorganismos) ou sistêmicos (condição imune do paciente). Somente quando esses agentes etiológicos ultrapassam o limiar de tolerância do tecido pulpar, instala-se uma patologia pulpar (LEONARDI et al. 2011; WU et al., 2017).

## **2.1 Agentes agressores**

Os agentes agressores são comumente classificados em três categorias: Agentes Químicos, Físicos e Biológicos.

### **2.1.1 Agentes Químicos**

Tratam-se basicamente dos materiais dentários, que de acordo com a técnica restauradora, necessitem ser aplicados em cavidades muito profundas, sem que haja a proteção do complexo dentinopulpar, um exemplo são os adesivos dentinários e a própria resina, que possui monômero que ao entrarem em comunicação com o tecido pulpar através dos canalículos dentinários, desencadeiam processos inflamatórios que podem ser rapidamente debelados ou

não, estando relacionado com condição prévia da polpa (DE-DEUS, 1992; LOPES; SIQUEIRA, 2015).

### 2.1.2 Agentes Físicos

O atrito das brocas durante o preparo cavitário, sem que haja adequada refrigeração, exemplificam um dos fatores físicos de agressão. Principalmente nas cavidades profundas, o atrito da broca esquenta as paredes dentinárias que por sua vez desencadearão uma inevitável resposta inflamatória (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

A literatura aponta também, que pessoas que apresentam bruxismo cêntrico estão expostas a fatores físicos (LEONARDI et al. 2011), neste caso o atrito entre os dentes, que por sua vez irá apresentar as facetas de desgaste. Da mesma maneira que aqueles que apresentam extensas restaurações de amálgama, quando há a formação de correntes elétricas através de um fenômeno conhecido como galvanismo (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

### 2.1.3 Agentes Biológicos

Existem duas maneiras de microorganismos atuarem como fatores irritantes, a mais comum, é através da cárie não tratada, quando as bactérias cariogênicas, contaminam a polpa através dos canalículos dentinários. Há também injúrias que acontecem por meio periodontopatias, à exemplo das bolsas periodontais, quando as bactérias, presentes nesse sítio de doença periodontal, agridem a polpa utilizando-se das vias de comunicação Polpa-Periodonto. Pode-se compreender também a fratura dentária, quando há a exposição de dentina, ou até mesmo da própria polpa como um fator biológico (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

## 2.2 Pulpites

As pulpites podem ser descritas como inflamações da polpa dental, para um bom diagnóstico o profissional deve lançar mão de todos os métodos de investigação possíveis, no caso da urgência endodôntica, os testes de vitalidade pulpar são parte do exame físico que juntamente com a anamnese e o exame

radiográfico irão nortear o fechamento do diagnóstico e a elaboração do melhor plano de tratamento.

### 2.2.1 Pulpite Reversível

A pulpíte reversível é uma inflamação do tecido pulpar que é solucionada após a remoção do fator causal, no caso das pulpites reversíveis, cáries e restaurações defeituosas. Podem acontecer em dentes decíduos ou permanentes, em áreas de preparo cavitário que apresentem restaurações insuficientes, ou em dentes traumatizados recentemente. Nos dentes com pulpíte reversível é comum observar-se a presença de cárie ou de dentina exposta (DABULEANU, 2013).

Os sintomas da pulpíte reversível são: dor provocada não prolongada à temperatura fria, ausência de sensibilidade ao calor e incômodo ao doce. E não há resposta aos testes de percussão (vertical e horizontal) nem de palpação. Não há dor espontânea na pulpíte reversível. O tratamento indicado para a pulpíte reversível é conservador ou seja, a remoção da cárie ou da restauração defeituosa e restauração, podendo acrescentar-se o capeamento pulpar indireto ou direto (caso haja exposição pulpar) que irá possibilitar a regeneração do tecido pulpar (DABULEANU, 2013; ALI; SARAF; PATIL, 2018).

### 2.2.2 Pulpíte Irreversível

Quando o tecido pulpar apresenta sinais de estágio avançado de inflamação, indicando que apenas a remoção do fator etiológico não irá cessar a dor, indica uma pulpíte irreversível. Os analgésicos já não aliviam a dor, que por sua vez apresenta-se espontânea e difusa, em muitos dos casos, e nos testes térmicos há uma exarcebação da dor, ao frio e quente, com declínio demorado. Muitas das vezes é possível ver nas radiografias uma cárie extensa se prolongando para a região de câmara pulpar (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

Neste caso o prognóstico torna-se desfavorável, e o tratamento indicado é o radical, que nada mais é que a terapia endodôntica propriamente dita, com a extirpação da polpa seguida do preparo químico mecânico. Ao acessar, a polpa dental apresenta sangramento fraco, de coloração escurecida, refletindo às injúrias pela qual passou (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

### **2.3 Periodontite Apical**

A periodontite apical é a terceira afecção bucal mais recorrente, ficando atrás apenas da cárie e das pulpites. Caracteriza-se pela inflamação dos tecidos que circundam o ápice do dente proveniente de infecções oriundas de necrose tecidual pela qual passou o tecido pulpar. Atualmente, o papel principal na etiologia da periodontite apical é tomado pelo fator microbiano. A microbiota do canal radicular é representada por microorganismos de vários gêneros e famílias, dentre os quais os estafilococos e os estreptococos são os mais frequentes. A anatomia complexa dos canais radiculares proporciona um ambiente favorável ao crescimento e reprodução desses microorganismos (KARAKOV et al., 2018).

Clinicamente, o quadro agudo caracteriza-se pela presença de dor contínua e pulsátil, há sensibilidade à percussão e mobilidade dental, ao exame radiográfico, há o espessamento do ligamento periodontal em dentes despolpados. O tratamento indicado também é o tratamento do canal radicular (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

### **2.4 Abscesso Periapical**

O abscesso periapical é uma coleção purulenta circunscrita (DE DEUS, 1992) envolvendo os tecidos que circundam a porção apical de um dente, pode-se dizer que é a manifestação clínica de uma necrose pulpar. Sua etiologia está relacionada com os microorganismos que transitam do interior do canal radicular infectado para as regiões periadjacentes do dente (QUINTANA-SANCHO, 2017).

O paciente apresenta quadro clínico de processo inflamatório com aumento rápido e progressivo, dor pulsátil e acentuada e formação de exsudato purulento. Ainda é possível observar tumefação no fundo do vestibulo e mobilidade dental. A radiografia pode apresentar aspecto normal da área apical ou mostrar um ligeiro espessamento da lâmina dura. Quando uma área de rarefação está presente, pode-se dizer que ocorreu a agudização de um processo crônico conhecido por Abscesso Fenix (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

O exsudato purulento presente na fase intraóssea (região periapical) quando não drenado pelo canal radicular busca um caminho de menor resistência para extravasar, ocasionando pressão nos tecidos envolvidos, o que ocasiona grande dor, provocando então a perfuração da cortical óssea (fase subperiosteal) onde irá

se acumular nos tecidos moles até formar uma fístula por onde o exsudato purulento será drenado, aliviando a dor. Nem sempre a fistulação acontece intraoralmente, podendo ocasionar tumefação severa na face e fistulação extra-oral (QUINTANA-SANCHO, 2017).

### **2.5 Flare-up**

Após o tratamento do canal radicular os dentes podem apresentar complicações a curto ou longo prazo, até mesmo entre as sessões da terapia endodôntica. A inflamação pós-operatória imediata dos tecidos perirradiculares associados à dor é uma das complicações comuns a curto prazo, por isso faz-se mister ao profissional prever a possibilidade de dor pós-operatória, afim de prevenir o surgimento e de melhor manejo dessa eventualidade (SEVEKAR, 2017).

As complicações a curto prazo incluem inflamação dos tecidos periapicais que desencadeiam inflamações leves que por sua vez ocasionam dor (ou seja, há exacerbação aguda da infecção pulpar ou periapical após o tratamento do canal radicular, com dor insuportável e inchaço). A dor e o inchaço estão relacionados à instrumentação ou à irrigação, transportando medicamentos, detritos infectados e bactérias para tecidos periapicais, ou por quebra da biossegurança. A instrumentação e a desinfecção inadequadas levam à persistência bacteriana dentro dos canais radiculares e à consequente recontaminação do tecido periapical. (SCHWENDICKE; GÖSTEMEYER, 2017).

### **2.6 O Tratamento Endodôntico**

Muitos pacientes acreditam que a terapia do canal radicular é dolorosa, devido a experiências anteriores, e relatos de pessoas com informações desfavoráveis, relutando muitas vezes para aceitar o tratamento proposto, considerando a extração como resolução mais favorável.

O principal objetivo do tratamento endodôntico é a limpeza, desinfecção e alargamento do canal radicular, sem que haja a perda da sua trajetória. Tradicionalmente este tratamento realiza-se em consultas múltiplas, em que cada sessão corresponde a um passo da terapia. Atualmente considera-se a realização deste tratamento em uma única sessão, evitando a recontaminação entre sessões e

reduzindo o tempo clínico para o paciente. Entretanto, este método esbarra num ponto desfavorável, quando considerada a necessidade de medicações intracanaís (FIGINI et al., 2007; SCHWENDICKE; GÖSTEMEYER, 2017).

## **2.7 Acesso ao tratamento endodôntico**

A partir da criação dos CEOs, em 2004, verificou-se uma abertura para a realização de tratamentos de atenção secundária com a inserção da endodontia nas ações do sistema público de assistência odontológica (BRASIL, 2003). Em estudo realizado por Pontes (2011) observou-se que o tempo médio para o primeiro atendimento é muito extenso, retardando assim a conclusão do tratamento endodôntico, o que causa insatisfação nos pacientes.

As possíveis causas do problema de acesso ao tratamento endodôntico são a quantidade de vagas abaixo do normatizado, número de profissionais insuficientes, e falta de infraestrutura e insumos para os atendimentos (SILVA et al., 2017).

Este problema não é exclusivo do SUS. Estudo realizado na Europa aponta que a espera por cuidados especializados é um dos principais problemas de saúde pública e que interfere diretamente no estado de saúde da população (HUBER et al., 2008). Sem êxito, no início desse tratamento, a população recorre aos serviços particulares a fim de realizar seu tratamento, seja o próprio terapia endodôntica ou a extração, com o intuito de evitar novo quadro de sintomatologia dolorosa (BARROS; BERTOLDI, 2002). OBJETIVOS

## **2.8 Objetivos Gerais**

Traçar o perfil do atendimento a pacientes realizado no projeto de extensão “**CLÍNICA DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS ENDODONTICAS**”.

## **2.9 Objetivos Específicos**

- Traçar o perfil do paciente que busca o atendimento na Clínica de Urgência Endodôntica;
- Verificar a prevalência da sintomatologia dolorosa e sua tipologia;
- Verificar a prevalência de diagnóstico;

- Verificar a prevalência de procedimentos de urgência realizados;
- Verificar a prevalência de dentes mais acometidos nas urgências endodônticas;
- Verificar associações relacionadas à condição de vitalidade pulpar;
- Verificar associações relacionadas aos grupos dentários.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de um estudo do tipo transversal quantitativo, descritivo e analítico.

#### **3.2 População e Amostra**

A população foi composta por todos os prontuários de pacientes tratados na Clínica de Urgências Endodônticas da UEPB, no período de 2016 a 2018, neste período o projeto de Extensão realizou 211 atendimentos.

#### **3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários dos pacientes atendidos no projeto de extensão “Clínica de Urgências Endodônticas”, que estavam completamente preenchidos e identificados.

Foram excluídos da pesquisa os prontuários, rasurados, sem assinatura de professor responsável ou do paciente atendido, sem número de telefone e com diagnóstico não compatível com urgência endodôntica.

#### **3.4 Instrumento de Coleta de Dados**

Os dados foram coletados na própria UEPB, utilizando-se de um banco de dados criado no SPSS 23.0, com as variáveis pertinentes para esse estudo que constavam no prontuário clínico.

### 3.5 Variáveis

Quadro 1: Variáveis estudadas.

Variável	Categorização	Classificação
Dados Pessoais		
Sexo	Feminino; Masculino	Independente
Idade	≤ 40 anos ; ≥ 40 anos	Independente
Estado Civil	Solteiro, Casado, Divorciado, Viúvo	Independente
Localidade	Campina Grande; Outras	Independente
Ano de Atendimento	2016; 2017; 2018	Independente
Variáveis do Fenômeno Doloroso		
Queixa Principal	Dor; Fratura; Fístula; Outra	Dependente
Histórico de Dor	Presente; Ausente	Dependente
Tipo de Dor	Espontânea; Provocada	Dependente
Duração da Dor	Intermitente; Contínua	Dependente
Gravidade da Dor	Intensa; Moderada	Dependente
Percepção da Dor	Localizada; Difusa	Dependente
Nível de Dor	de 1 a 10	Dependente
Variáveis dos Testes de Vitalidade Pulpar		
Percussão Horizontal	Positiva; Negativa	Dependente
Percussão Vertical	Positiva; Negativa	Dependente
Palpação	Positiva; Negativa	Dependente
Mobilidade	Ausente; Presente	Dependente
Teste Frio	Normal; Exacerbado; Aliviado; Ausente	Dependente
Declínio do Frio	Lento; Demorado	Dependente
Teste Quente	Normal; Exacerbado; Aliviado; Ausente	Dependente
Declínio do Quente	Lento; Demorado	Dependente
Variáveis de Diagnóstico e Tratamento		
Dente	Incisivos; Caninos; Pré-molares Superiores; Pré-molares Inferiores; Molares Superiores; Molares Inferiores	Dependente
Hipótese Diagnóstica	Pulpite Reversível; Pulpite Transitória; Pulpite Irreversível; Necrose Pulpar; Flare Up; Abscesso Fênix	Dependente
Procedimento de Urgência	Restauração; Acesso + MIC; Diagnóstico; Tratamento Expectante; Troca de Medicação	Dependente
Medicação Intracanal	PA + Anestésico; Tricresol; Otosporin	Dependente
Tratamento Indicado	Restauração + Proservação; Pulpotomia; Pulpectomia; Retratamento; Exodontia	Dependente
Conclusão do Tratamento	Sim; Não	Dependente
Local de Conclusão	UEPB; Outros (público); Outros (privado)	Dependente

### **3.6 Procedimentos de coleta de dados**

O pesquisador verificou todos os prontuários e transferiu as informações necessárias para o banco de dados no SPSS. As variáveis retiradas dos prontuários foram: dados pessoais (sexo, idade, estado civil, cidade de domicílio); análise do fenômeno doloroso (tipos e características da dor); testes de vitalidade pulpar (percussão; palpação; mobilidade e testes térmicos); diagnóstico e tratamento (hipótese diagnóstica, tratamento de urgência realizado, tratamento indicado, conclusão do tratamento).

Os pacientes foram orientados quanto a importância da conclusão do tratamento odontológico e da importância da prevenção das afecções bucais por meio de palestras promovidas durante a espera pelo tratamento clínico.

### **3.7 Estudo Piloto**

Foi realizado um estudo piloto com 80 prontuários, que foram excluídos do estudo principal, com o objetivo de aprimorar o banco de dados, compreender melhor as variáveis, e verificar os testes adequados para a pesquisa. Inicialmente eram analisadas mais variáveis pessoais, além de variáveis clínicas que demonstraram ser de pouca relevância. Algumas variáveis foram categorizadas. E outras acrescentadas à partir dos dados oferecidos pelos prontuários.

### **3.8 Análise dos Dados**

Todos os dados foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva e analítica. Foi utilizado o teste Qui-quadrado (para se avaliar a existência de associações entre as variáveis, sendo considerado o valor de  $p < 0,05$ , para significância estatística. Foi utilizado o programa SPSS 23.00.

### **3.9 Aspectos Éticos**

Todos os pacientes atendidos na Clínica de Urgências da UEPB, autorizaram o uso dos seus dados através do termo de consentimento livre e esclarecido, estando a pesquisa relacionada com o projeto de extensão “Clínica de Atendimento às

Urgências Endodônticas”, para posterior publicação será necessário o envio para apreciação pelo comitê de ética.

#### 4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 131 prontuários, de uma população de 165 fichas clínicas, sendo 34 retiradas do estudo por se enquadrarem nos critérios de exclusão. O ano com maior número de atendimentos foi 2017 com 89 casos (67,9%), a maior parte da amostra pertence ao sexo feminino (61,8%) com idade superior a 40 anos de idade (53,5%) residentes no município de Campina Grande (87,8%) cuja queixa principal é a dor (76,9%).

A maior parte dos dentes tratados foram os dentes posteriores (84,6%), o quadro diagnóstico mais frequente foi a necrose pulpar (59,3%) e a intervenção mais prevalente foi o acesso à câmara pulpar e a medicação intracanal (66,7%), sendo o Tricresol (57,7%) o medicamento intracanal mais usado, enquanto que o tratamento definitivo mais frequentemente indicado foi o tratamento endodôntico radical (71,3%).

A queixa principal mais prevalente foi a dor relacionada à polpa não vital (51,1%) apresentando associação significativa (valor de  $p < 0,005$ ). A presença de dor no momento da consulta também foi prevalente nos atendimentos relacionados à polpa não vital (56,6%). De acordo com os resultados a dor relacionada à polpa não vital pode ser caracterizada como: espontânea (62,3%), intermitente (60,3%), intensa (59,1%) e difusa (62,5%).

Os testes semiotécnicos que apresentaram associação significativa quando relacionados à polpa vital foram: resposta à percussão horizontal negativa (52,7%  $p < 0,005$ ) e palpação negativa (54,4%  $p < 0,005$ ). Enquanto que mobilidade apresentou associação significativa com a polpa não vital (51,9%  $p < 0,005$ ).

Os testes térmicos também apresentaram associação: resposta ao frio normal (80,0%) para polpa vital e ausente (90,0%) para polpas desvitalizadas (valor de  $p < 0,000$ ); resposta ao quente normal (78,6%) para polpas vitais e ausente (81,2%) para polpas não vitais (valor de  $p < 0,005$ ). Os dentes mais acometidos foram os posteriores em todos os casos de patologias pulpares.

**Tabela 01:** Caracterização da amostra do estudo

	n (%)
<b>Ano de Atendimento</b>	
2016	37 (28,2%)
2017	89 (67,9%)
2018	5 (3,8%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	50 (38,2%)
Feminino	81 (61,8%)
<b>Idade</b>	
≤ 40 anos	60 (46,5%)
≥ 41 anos	69 (53,5%)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	69 (53,5%)
Casado	54 (41,9%)
Divorciado	5 (3,9%)
Viúvo	1 (0,8%)
<b>Cidade</b>	
Campina Grande	115 (87,8%)
Outras	16 (12,2%)
<b>Queixa Principal</b>	
Dor	100 (76,9%)
Fístula	6 (4,6%)
Fratura	4 (3,1%)
Outra	20 (15,4%)
<b>Dentes</b>	
Anteriores	19 (15,4%)
Posteriores	104 (84,6%)
<b>Diagnóstico</b>	
Pulpite reversível	19 (16,2%)
Pulpite transitória	3 (2,5%)
Pulpite irreversível	26 (22,0%)
Necrose pulpar	70 (59,3%)
<b>Procedimentos</b>	
Acesso	86 (66,7%)
Diagnóstico	19 (14,7%)
Tratamento Expectante	15 (11,6%)
Troca de Medicação	6 (4,7%)
Restauração	3 (2,3%)
<b>MIC*</b>	
Tricresol	45 (57,7%)
PA + Anestésico	28 (35,9%)
Otosporin	5 (6,4%)
<b>Tratamento Indicado</b>	
Tratamento Endodontico	92 (71,3%)
Restauração/Proservação	20 (15,5%)
Exodontia	14 (10,9%)
Retratamento	3 (2,3%)

\*MIC: Medicação Intracanal

**Tabela 02:** Relação da vitalidade pulpar com os aspectos clínicos.

	Polpa vital 48 (40,7%)	Polpa não vital 70 (59,3%)	Valor de p
<b>Queixa Principal</b>			
Dor	44 (48,9%)	46 (51,1%)	0,002
Fratura	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
Fístula	0 (0,0%)	6 (100%)	
Outros	2 (11,1%)	16 (89,9%)	
<b>Presença de Dor</b>			
Presente	43 (43,4%)	56 (56,6%)	0,207
Ausente	5 (26,3%)	14 (73,7%)	
<b>Tipo de Dor</b>			
Espontânea	23 (37,7%)	38 (62,3%)	0,211
Provocada	19 (51,4%)	18 (48,6%)	
<b>Duração da Dor</b>			
Intermitente	23 (39,7%)	35 (60,3%)	0,827
Contínua	15 (44,1%)	19 (59,9%)	
<b>Gravidade da Dor</b>			
Intensa	18 (40,9%)	26 (59,1%)	0,563
Moderada	9 (64,3%)	42 (51,9%)	
<b>Percepção da Dor</b>			
Localizada	31 (44,3%)	39 (55,7%)	0,369
Difusa	9 (37,5%)	15 (62,5%)	
<b>Percussão Horizontal</b>			
Positivo	11 (26,8%)	30 (73,2%)	0,013
Negativo	29 (52,7%)	26 (47,3%)	
<b>Percussão Vertical</b>			
Positivo	13 (30,2%)	30 (69,8%)	0,060
Negativo	25 (50,0%)	25 (50,0%)	
<b>Palpação</b>			
Positivo	7 (20,0%)	28 (80,0%)	0,002
Negativo	31 (54,4%)	26 (45,6%)	
<b>Mobilidade</b>			
Presente	37 (48,1%)	40 (51,9%)	0,018
Ausente	3 (15,8%)	16 (84,2%)	
<b>Teste Frio</b>			
Normal	16 (80,0%)	4 (20,0%)	0,000
Aliviado	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
Exacerbado	21 (84,0%)	4 (16,0%)	
Ausente	5 (10,0%)	45 (90,0%)	
<b>Teste Quente</b>			
Normal	11 (78,6%)	3 (21,4%)	0,000
Aliviado	4 (100,0%)	0 (0,0%)	
Exacerbado	3 (100,0%)	0 (0,0%)	
Ausente	9 (18,8%)	39 (81,2%)	
<b>Dentes</b>			
Anteriores	3 (17,6%)	14 (82,4%)	0,035
Posteriores	43 (45,7%)	51 (54,3%)	

Verificou-se maior prevalência de dentes anteriores nos atendimentos de mulheres (68,4%) e de pessoas com mais de 40 anos de idade (61,1%). Relacionando a dor como queixa principal os dentes posteriores foram os mais prevalentes (77,7%), da mesma forma que a presença de dor no momento da consulta também apresentou prevalência (85,6%). Essa dor pode ser significativamente definida nos dentes posteriores como espontânea (57,5%), intermitente (66,7%), moderada (58,3%) e localizada (81,9%), esta demonstrando associação com valor de  $p < 0,005$ . Os processos pulpares não reversíveis merecem destaque por estarem também mais relacionados tanto com os dentes anteriores (88,2%), quanto com os dentes posteriores (81,9%).

**Tabela 03:** Relação das características do atendimento com grupos dentários.

	Dentes anteriores	Dentes posteriores	Valor de p
<b>Sexo</b>			
Masculino	6 (31,6%)	41(39,4%)	0,613
Feminino	13 (68,4%)	63 (60,6%)	
<b>Idade</b>			
≤ 40 anos	7 (38,9%)	50 (48,5%)	0,610
≥ 41 anos	11 (61,1%)	53 (51,5%)	
<b>Queixa Principal</b>			
Dor	14 (73,7%)	80 (77,7%)	0,258
Fístula	1 (5,3%)	5 (4,9%)	
Fratura	2 (10,5%)	2 (1,9%)	
Outra	2 (10,5%)	16 (15,5%)	
<b>Presença de Dor</b>			
Presente	13 (68,4%)	89 (85,6%)	0,094
Ausente	6 (31,6%)	15 (14,4%)	
<b>Tipo de Dor</b>			
Espontânea	12 (92,3%)	50 (57,5%)	0,028
Provocada	1 (7,7%)	37 (42,5%)	
<b>Duração da Dor</b>			
Intermitente	6 (46,2%)	54 (66,7%)	0,214
Contínua	7 (53,8%)	27 (33,3%)	
<b>Gravidade da Dor</b>			
Intensa	9 (69,2%)	35 (41,7%)	0,078
Moderada	4 (30,8%)	49 (58,3%)	
<b>Percepção da Dor</b>			
Localizada	5 (38,5%)	68 (81,9%)	0,002
Difusa	8 (61,5%)	15 (18,1%)	

## 4 DISCUSSÃO

Observou-se que a maioria da população que procurou pelo serviço de atendimento às urgências endodônticas era do sexo feminino, sendo observada a mesma tendência em outros estudos que avaliaram o perfil de pacientes atendidos nas urgências odontológicas. De acordo com alguns estudos, a maior prevalência de mulheres deve acontecer devido a uma maior preocupação com a saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; OLIVEIRA et al., 2015). Por outro lado, Martins et al. (2015) consideraram que a pouca procura por atendimento de rotina pelo sexo masculino ocasiona maior fluxo de homens nos serviços de tratamento de urgência. Tramini et al. (2010), também observaram que a presença de homens foi significativamente maior que a de mulheres nos serviços de urgência.

A maioria dos pesquisadores apontam a dor como o principal motivo para a busca pelo atendimento de urgência (TRAMINI et al., 2010; ALBUQUERQUE et al., 2011; DE-PAULA et al., 2012), independente do gênero; tal fato é observado no presente estudo, uma vez que a dor foi a principal queixa do paciente (76,9%, n=100). Em estudo realizado na França, Tramini et al. (2010) verificaram a prevalência de 74,4% de dor como queixa principal. Martins et al. (2015) afirmaram que quanto maior a procura pelo serviço, maior o número de dentes restaurados e perdidos, apresentando a dor como queixa principal de 80,3% dos pacientes.

Alguns pacientes (14,7% n=19) apresentaram diagnóstico não relacionados às patologias pulpares propriamente dito, necessitando da intervenção de outra especialidade da odontologia. Este dado sugere uma falha na triagem de pacientes (MARTINS et al., 2015) posto que muitas pessoas procuram os serviços de urgência endodôntica nas universidades como porta de entrada para um tratamento gratuito e de qualidade (MIALHE et al., 2010).

A prevalência de procedimentos realizados tem como destaque o acesso à câmara pulpar, seguido pelos tratamentos expectantes, semelhante a resultados encontrado por Martins et al. (2015) que realizaram acesso em 50,4% dos casos e tratamento expectante em 11,8% dos atendimentos.

Os dentes mais acometidos foram os posteriores, indo ao encontro de resultados encontrados por Albuquerque et al. (2011) que verificaram uma casuística de 47,0% apenas de primeiros molares (superiores e inferiores). Relacionando os dentes mais acometidos com o sexo verificou-se que os indivíduos de ambos os sexos

apresentaram maior prevalência em dentes posteriores, corroborando com os achados de Pereira; Carvalho, 2008 que demonstraram prevalência para o sexo feminino de 28,5% de dentes anteriores e 69,3% de dentes posteriores, enquanto que os pacientes do sexo masculino apresentaram frequência de 36,0% em dentes anteriores e 63,0% em dentes posteriores. De igual maneira Pandolfo et al. (2015), encontraram valor semelhante 60,3% de intervenções endodônticas em dentes posteriores e 36,0% em dentes anteriores. Os autores justificaram o achado devido à posição anatômica destes dentes, ocupando a porção mais posterior do arco dentário dificultando a higienização, e por sua anatomia composta por sulcos e fissuras que promovem um maior acúmulo de biofilme (PEREIRA et al., 2009; RIHS et al., 2010; YAYLALI; KURNAZ; TUNCA, 2018).

O diagnóstico referente às patologias pulpares mais prevalente foi a necrose pulpar (59,3%) seguido de pulpite irreversível (22,0%), dado semelhante ao encontrado no estudo de Albuquerque et al. (2011) que diagnosticaram 69,3% dos pacientes com necrose pulpar e 25,0% com pulpite aguda irreversível. Karki et al. (2018) afirmaram que a principal causa das patologia pulpares é a cárie e que de acordo com Naidu et al. (2005) e DE-PAULA (2012) o número de atendimentos devido à odontoalgia poderia ser reduzido se houvesse maior acesso à atenção primária juntamente com a promoção em saúde.

Uma parcela menor de pessoas foi diagnosticada com pulpite reversível, dado semelhante a estudo de Martins et al. (2015) que apontaram o diagnóstico de pulpite reversível em 11,9% e o de Silva et al. (2008) que encontraram o mesmo diagnóstico em 20,0% dos casos.

A urgência endodôntica está relacionada com duas situações pulpares: vitalidade e não vitalidade (LOPES; SIQUEIRA, 2015). Quando relacionados à polpa desvitalizada, o teste de palpação encontrou associação significativa com o resultado positivo, embora Albuquerque et a. (2011) e Martins et al. (2015) tenham realizado trabalhos análogos, não discorreram sobre os achados deste teste semiotécnico.

No que diz respeito aos testes térmicos, houve associação significativa da resposta ao frio normal com a polpa vital e resposta ao frio ausente com a polpa desvitalizada; apesar de haverem realizado os testes térmicos em 63,3% dos

pacientes Albuquerque et al. (2011) não demonstraram os resultados individualmente.

A principal dificuldade encontrada neste estudo foi com relação a dados perdidos, uma dificuldade encontrada por outros pesquisadores que se propõem a realizar estudos com prontuários médicos, que em sua maioria são preenchidos rapidamente mediante a necessidade de atendimento do paciente (ERCOLE, 2006; NING et al., 2013; PANDOLFO et al., 2015).

## 5 CONCLUSÃO

Conclui-se que há um padrão estabelecido entre os pacientes que buscam o atendimento de urgência nas Instituições de Ensino Superior, diante disso a presente pesquisa concluiu que os pacientes atendidos na clínica de atendimento às urgências endodônticas em sua maioria são mulheres de idade superior a 40 anos de idade, apresentando dor nos dentes posteriores, referente a quadros de pulpites irreversíveis e abscessos agudos.

## ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate patient care profile in clinic school of dentistry, specifically in the Endodontic Emergency Clinic. This is a cross-sectional study, based on clinical data from 211 medical records in the service provided through extension project from 2016 to 2018. A descriptive analysis was performed using SPSS 23.0 statistical software. Majority of patients attended at the emergency clinic were female (61.8%) aged over 40 years (46.5%) and single civil status (53.5%). Pain is the most prevalent symptom among major complaints (76.9%). In most cases, pain may be characterized as spontaneous (62.3%), intermittent (60.3%) and diffuse (62.5%), in non-vital pulp cases. Absence of cold (90.0%) and warm (81.2%) responses in non-vital pulp cases showed a significant association with values of  $p < 0.005$ . Pulp necrosis is main diagnostic hypothesis (59.3%). Most frequently performed urgency procedure was endodontic access (66.7%), most used intracanal medication was trichresol (57.7%) and radical treatment was most indicated (71.3%). Ensure that there is an established pattern among patients seeking urgent care in Higher Education Institutions, and the present study concluded that the patients attending clinic attending to endodontic emergencies are mostly women over 40 years of age, presenting pain in the posterior teeth, referring to irreversible pulpitis and acute abscesses.

**Keywords:** Dentistry. Endodontics. Urgência Odontológica.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Y. E. et al. Perfil do atendimento odontológico no Serviço de Urgência para crianças e adolescentes da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) UNESP. **Revista de Odontologia da Unesp**, v. 45, n. 2, p.115-120, 12 abr. 2016.
- ALI, A.; SARAF, P.; PATIL, J. Endodontic management of type IIIB dens invaginatus: An unusual case report. **Sau End Jour**, v. 8, n. 2, p.144-146, 2018.
- ARAÚJO, L. B. et al. Effects of mineral trioxide aggregate, Biodentine™ and calcium hydroxide on viability, proliferation, migration and differentiation of stem cells from human exfoliated deciduous teeth. **Journal Of Applied Oral Science**, v. 26, p.1-8, 1 fev. 2018.
- BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p.143-152, fev. 2004.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do SUS: manual básico.3.ed.Brasília, 2003.
- CARNUT, L.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Saúde bucal na atenção primária brasileira: em busca de um sistema de informação em saúde. **J Manag Prim Heal Care**, v. 1, n. 1, p. 8-13, 2010.
- DABULEANU, M. Pulpitis (Reversible/Irreversible). **J Can Dent Assoc**, v. 9, n. 7, p.90-91, 2013
- DE-DEUS, Q. D. **Endodontia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992. 695 p.
- DE-PAULA, J. S. de et al. Epidemiological profile of patients treated in the emergency clinic of the School of Dentistry at the Federal University of Juiz de Fora. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 48, n. 4, p.257-262, 2012.

DE-PAULA, K. B. et al. Patient automedication and professional prescription pattern in an urgency service in Brazil. **Brazilian Oral Research**, v. 28, n. 1, p.1-6, 2014.

ERCOLE, F. F. **Avaliação da aplicabilidade do índice de risco de infecção cirúrgica do sistema NNIS em pacientes submetidos a procedimentos ortopédicos: um estudo multicêntrico em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2006. 209 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, UFMG, Belo Horizonte, 2006.

FARMAKIS, E. R. et al. Emergency care provided in a Greek dental school and analysis of the patients' demographic characteristics: a prospective study. **International Dental Journal**, v. 66, n. 5, p.280-286, 15 jun. 2016.

FERREIRA JÚNIOR O., DAMANTE J.H. Serviço de urgência odontológica: aspectos epidemiológicos e administrativos. **Rev Pós-Grad** 1, v.1, n. 5, p. 31-38, 1998.

FIGINI, L. et al. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, p.1-37, 17 out. 2007. John Wiley & Sons, Ltd.

GOES, P. S. A. et al. Impacts of dental pain on daily activities of adolescents aged 14–15 years and their families. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 66, n. 1, p.7-12, jan. 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p.565-574, mar. 2007.

HUBER M. et. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Luxembourg: European Communities; 2008.

KARAKOV, K. G. et al. Comparative Characteristics of the Methods of Treatment of Chronic Periodontitis Using Antibacterial Photodynamic Therapy (Per One Visit) and Calasept Preparation. **Journal Of The National Medical Association**, v. 110, n. 1, p.73-77, fev. 2018.

KARKI, S. et al. Oral health status associated with sociodemographic factors of Nepalese schoolchildren: a population-based study. **International Dental Journal**, p.1-11, 25 abr. 2018.

LEONARDI, D. P. et al. Pulp and periapical pathologies. **RSBO**, Sii, v. 8, n. 4, p.47-61, 2011.

LOCKER, D.; GRUSHKA, M. The Impact of Dental and Facial Pain. **Journal Of Dental Research**, v. 66, n. 9, p.1414-1417, set. 1987.

LOESER, J. D.; TREEDE, R. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology?. **Pain**, v. 137, n. 3, p.473-477, jul. 2008.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA, J. F. Endodontia: Biologia e Técnica. 4<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro. Ed. Elsevier. 2015. 964p.

LOTTO, M. et al. Analysis of the interests of Google users on toothache information. **Plos One**, v. 12, n. 10, p.1809-1812, 19 out. 2017.

MARTINS, E. P. et al. Estudo epidemiológico de urgências odontológicas da FOP/UPE. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 19, n. 3, p.316-322, 30 abr. 2015.

MARTINS, M. L.; CARTAXO, G. M. O.; PADILHA, W. W. N. Epidemiological profile of dental caries, periodontal conditions and oral hygiene in students of Caaporã-PB, Brazil, **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 7, n. 3, p.199-209, 30 set. 2016.

MASLAMANI, M.; SEDEQI, F. Antibiotic and Analgesic Prescription Pattern among Dentists or Management of Dental Pain and Infection during Endodontic Treatment. **Medical Principles And Practice**, p.1-7, 20 dez. 2017.

MEJIA, G.; ARMFIELD, J. M.; JAMIESON, L. M. Self-rated oral health and oral health-related factors: the role of social inequality. **Australian Dental Journal**, v. 59, n. 2, p.226-233, 26 maio 2014.

MIALHE F. L. et al. Medo Odontológico entre Pacientes Atendidos em um Serviço de Urgência. **Pesq. Bras. Odontoped Clin Integr**, v. 3, n. 10, p. 483-487, 2010.

MOHSEN, M. Subcutaneous Emphysema During Root Canal Therapy: A Case Report. **Annali di Stomatologia**, v. 8, n. 3, p.117-123, 2017.

NAIDU R. S. et al. Dental emergencies presenting to a university based pediatric dentistry clinic in the West Indies. **Int J Pediatr Dent**. v. 15, n. 1, p.177-184, 2005.

NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral & Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 972p.

NING, Y. et al. Results Differ by Applying Distinctive Multiple Imputation Approaches on the Longitudinal Cardiovascular Health Study Data. **Experimental Aging Research**, v. 39, n. 1, p.27-43, jan. 2013.

OLIVEIRA, M. M. et al. Men's health in question: seeking assistance in primary health care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p.273-278, jan. 2015

PEREIRA, C. V.; CARVALHO, J. C. Prevalence and efficacy of endodontic treatments at the Lavras University Center/MG – an etiologic and radiographic evaluation. **RFO**, v. 3, n. 13, p.36-41, 2008.

PEREIRA, S. M. et al. Estimate of DMFT index using teeth most affected by dental caries in twelve-year-old children. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p.179-182, fev. 2009.

PONTES, A. L. B. **Avaliação da satisfação do usuário e da qualidade dos tratamentos endodônticos em Centros de Especialidades Odontológicas da Grande Natal- RN**. 2011. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, UFRN, Natal, 2011.

QUINTANA-SANCHO, A. de. Odontogenic cutaneous fistula: a diagnostic challenge. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, p.10-16, 22 set. 2017.

RIHS, L. B. et al. Desigualdades na distribuição da cárie dentária em adolescentes de Indaiatuba (SP), 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p.2173-2180, jul. 2010.

ROCHA, A. P. C. et al. Pain: Current Aspects on Peripheral and Central Sensitization. **Rev Bras Anesthesiol**, Si, v. 57, n. 1, p.94-105, 2007.

RODRIGUES, G. S. **Grau de complexidade e qualidade técnica de tratamentos endodônticos realizados por alunos de graduação em Odontologia: estudo observacional**. 2018. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/174942>>. Acesso em: 28 maio 2018.

SANTIAGO, B. M.; VALENÇA, A. M. G.; VETTORE, M. V. Social capital and dental pain in Brazilian northeast: a multilevel cross-sectional study. **Bmc Oral Health**, v. 13, n. 1, p.35-41, 4 jan. 2013.

SCHWENDICKE, F.; GÖSTEMEYER, G. Single-visit or multiple-visit root canal treatment: systematic review, meta-analysis and trial sequential analysis. **Bmj Open**, v. 7, n. 2, p.1311-1315, fev. 2017.

SEVEKAR, S. A. Postoperative Pain and Flare-Ups: Comparison of Incidence Between Single and Multiple Visit Pulpectomy in Primary Molars. **Journal Of Clinical And Diagnostic Research**, p.09-12, 2017.

SHAPIRO, M. R. et al. Efficacy of Articaine versus Lidocaine in Supplemental Infiltration for Mandibular First versus Second Molars with Irreversible Pulpitis: A Prospective, Randomized, Double-blind Clinical Trial. **Journal of Endodontics**, p.1-6, fev. 2018.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1109-1120, abr. 2017.

SILVA, L. D. G. et al. Diagnóstico endodôntico: comparação entre aspectos clínicos e histológicos. **RGO**, v.1, n.56, p.59-65, 2008.

THOMSON, W. M. et al. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. **Community Dentistry And Oral Epidemiology**, v. 32, n. 5, p.345-353, out. 2004.

TORTAMANO I. P. et al. As urgências odontológicas e o tratamento clínico e medicamentoso integrado. **J Bras Clin Odontol Integr**, v. 43, n. 8, p. 78-85, 2004.

TRAMINI P. et al. Factors associated with the use of emergency dental care facilities in a French public hospital. **Spec Care Dentist**. v.66, n. 71, p. 66-71, 2010.

VILLA-CHÁVEZ, C. E. et al. Predictive Values of Thermal and Electrical Dental Pulp Tests: A Clinical Study. **Journal Of Endodontics**, v. 39, n. 8, p.965-969, ago. 2013.

WU, D. et al. Root and canal morphology of maxillary second molars by cone-beam computed tomography in a native Chinese population. **Journal Of International Medical Research**, v. 45, n. 2, p.830-842, 29 mar. 2017.

YAYLALI, I. E.; KURNAZ, S.; TUNCA, Y. M. Maintaining Apical Patency Does Not Increase Postoperative Pain in Molars with Necrotic Pulp and Apical Periodontitis: A Randomized Controlled Trial. **Journal Of Endodontics**, v. 44, n. 3, p.335-340, mar. 2018.

**ANEXOS**  
**Anexo A – PRONTUÁRIO**



Universidade Estadual da Paraíba – UEPB  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS  
Departamento de Odontologia

**FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ENDODONTIA**

ALUNO(A): \_\_\_\_\_ PROFESSOR: \_\_\_\_\_

—

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_, Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_, Estado civil: \_\_\_\_\_,

Ocupação: \_\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE**

**1. HISTÓRIA DE SAÚDE GERAL**

Apresenta ou já apresentou os seguintes problemas de saúde:

<input type="checkbox"/>	Doença infectocontagiosa	<input type="checkbox"/>	Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	Problemas com anestesia
<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	Problemas com cicatrização
<input type="checkbox"/>	Problemas no estômago	<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	Alergia a medicamentos
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/convulsões	<input type="checkbox"/>	Outras alergias
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Caso alguma das respostas seja afirmativa, favor especifique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Está grávida (sexo feminino)? \_\_\_\_\_

Tem alguma enfermidade não relacionada aqui? \_\_\_\_\_

Faz uso atual de medicamentos: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tem o hábito de fumar? \_\_\_\_\_

Tem o hábito de beber? \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_  
 Pressão arterial: \_\_\_\_\_

**2. HISTÓRIA DE SAÚDE BUCAL**

Queixa principal: \_\_\_\_\_

História pregressa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TRAUMATISMO DENTÁRIO**

<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Em caso negativo, prosseguir para análise do fenômeno doloroso.

Etiologia: \_\_\_\_\_

Houve avulsão do dente?

<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Local em que ocorreu: \_\_\_\_\_

Tempo decorrido: \_\_\_\_\_

Meio em que o dente foi acondicionado: \_\_\_\_\_

Se houve traumatismo, seguir para o exame físico extra e intrabucal, e em seguida para o exame radiográfico e posterior diagnóstico.

**ANÁLISE DO FENÔMENO DOLOROSO**

Dor:

<input type="checkbox"/>	Espontânea
<input type="checkbox"/>	Provocada

<input type="checkbox"/>	Intermitente
<input type="checkbox"/>	Contínua

<input type="checkbox"/>	Intensa
<input type="checkbox"/>	Moderada

<input type="checkbox"/>	Localizada
<input type="checkbox"/>	Difusa

Se provocada:

<input type="checkbox"/>	Frio	<input type="checkbox"/>	Calor	<input type="checkbox"/>	Mastigação
--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	------------

**Nível de intensidade:**

(Em uma escala de 1 a 10)

1= Leve

10= Intensa

1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

**EXAME FÍSICO EXTRABUCAL**

<input type="checkbox"/>	Assimetria facial	<input type="checkbox"/>	Tumefação	<input type="checkbox"/>	Fístula cutânea	<input type="checkbox"/>	Nódulos linfáticos infartados
<input type="checkbox"/>	Laceração de tecido mole	<input type="checkbox"/>	Abrasão	<input type="checkbox"/>	Contusão		

## EXAME FÍSICO INTRABUCAL

TECIDOS MOLES		TECIDOS DENTÁRIOS	
	Bolsa periodontal		Cárie extensa
	Fístula		Restauração extensa
	Tumefação apical		Alteração de forma
	Laceração		Destrução coronária
	Presença de corpo estranho		Exposição pulpar
			Mobilidade dentária
			Faceta
			Alteração de cor
			Elemento protético

### Em caso de traumatismo:

Fratura coronária	Fratura de coroa e raiz	Fratura radicular
Esmalte	Esmalte e dentina, cimento e polpa	Dentina, cimento e polpa
Esmalte e dentina sem exposição pulpar		
Esmalte e dentina com exposição pulpar		

Mobilidade dentária						
Fratura alveolar						
Deslocamento dentário	intrusão	extrusão	vestibular	lingual	Lateral (M/D)	

## CONDIÇÃO PULPAR E PERIRRADICULAR

Percussão		Palpação		Mobilidade		Testes térmicos	
Horizontal	Vertical					Frio	Quente
Positiva	Positiva	Positiva		Ausente		Normal	Normal
Negativa	Negativa	Negativa		Lateral		Exacerbada	Exacerbada
				Intrusiva		Aliviada	Aliviada
						Ausente	Ausente
						Declínio	Declínio
						Lento	Lento
						Rápido	Rápido

## EXAME RADIOGRÁFICO

Câmara pulpar	Canal radicular	Região perirradicular
Ampla	Amplo	ELP normal
Atresuada	Atresiado	ELP alargado
Calcificada	Reabsorção interna	Hipercementose
Obturada	Reabsorção externa	Reabsorção óssea periapical
Cariada	Obturado totalmente	Reabsorção óssea lateral
	Obturado parcialmente	Rarefação óssea difusa
	Sobreobturado	Rarefação óssea circunscrita
	Rizogênese incompleta	Osteíte condensante
	Curvatura severa	
	Fratura	

**Radiograficamente, em caso de traumatismo dentário:**

Fratura coronária		Fratura radicular		Fratura corono-radicular	
<input type="checkbox"/>	Esmalte	<input type="checkbox"/>	Oblíqua	<input type="checkbox"/>	Oblíqua
<input type="checkbox"/>	Esmalte e dentina	<input type="checkbox"/>	Horizontal	<input type="checkbox"/>	Vertical
<input type="checkbox"/>	Esmalte, dentina e polpa				

Se a fratura for radicular:

<input type="checkbox"/>	Terço cervical	<input type="checkbox"/>	Terço médio	<input type="checkbox"/>	Terço apical
--------------------------	----------------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------

#### Tipo de trauma

<input type="checkbox"/>	Fissura	<input type="checkbox"/>	Fratura coronária	<input type="checkbox"/>	Fratura coronário-radicular	<input type="checkbox"/>	Fratura horizontal da raiz
<input type="checkbox"/>	Concussão	<input type="checkbox"/>	Subluxação	<input type="checkbox"/>	Intrusão	<input type="checkbox"/>	Extrusão
<input type="checkbox"/>	Avulsão	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

#### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

--

#### TRATAMENTO DE URGÊNCIA REALIZADO

--

#### TRATAMENTO INDICADO

--

Declaro não ter omitido nenhuma informação no questionário e autorizo o tratamento odontológico que será realizado, bem como a utilização dos dados, radiografias e fotos para fins didáticos e científicos.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Data	ATENDIMENTO REALIZADO	Assinatura do aluno	Assinatura do professor
	_____ _____ _____ _____		
	_____ _____ _____ _____		