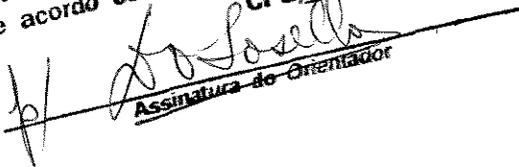


Rui Barbosa de Brito Junior
Cirurgião Dentista

*AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DOS PACIENTES
ATENDIDOS E DO TRATAMENTO OFERECIDO NO
SERVIÇO DE EMERGÊNCIAS DA FOP/UNICAMP
ENTRE OS ANOS DE 1989 E 1997.*

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Odontologia, área de Biologia e Patologia Buco-Dental, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do grau de Mestre em Biologia e Patologia Buco-Dental.

Este exemplar foi devidamente corrigido,
de acordo com a Resolução CCPG-036/83
CPG. 28/03/00


Assinatura do Orientador

Orientador: Prof. Dr. Jacks Jorge Junior

Banca examinadora:

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Prof. Dra. Esther Goldenberg Birman
Prof. Dr. Oswaldo Di Hipólito Junior

Suplente:

Prof. Dr. Oslei Paes de Almeida

PIRACICABA
2000

UNIDADE BC
N.º CHAMADA: Unicamp
B777a
V. Ex
TOMBO BC/ 41432
PROC. 278/00
C D
PREÇO R\$ 11,00
DATA 01-07-00
N.º CPD _____

CM-00142336-1

Ficha Catalográfica

B777a Brito Junior, Rui Barbosa de.
Avaliação retrospectiva dos pacientes atendidos e do tratamento oferecido no serviço de emergências da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997. / Rui Barbosa de Brito Junior. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2000.
77p. : il.

Orientador : Prof. Dr. Jacks Jorge Junior.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Tratamento dentário. 2. Odontologia. 3. Satisfação. 4. Efetividade. 5. Brasil. I. Jorge Junior, Jacks. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB / 8 – 6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba / UNICAMP.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 09 de Fevereiro de 2000, considerou o candidato RUI BARBOSA DE BRITO JUNIOR aprovado.

1. Prof. Dr. JACKS JORGE JUNIOR

2. Profa. Dra. ESTHER GOLDENBERG BIRMAN

3. Prof. Dr. OSWALDO DI HIPOLITO JUNIOR

"Tudo que os mestres do Passado disseram, escreveram e deixaram como sinais de sua presença no planeta, o fizeram para o homem, não para eles mesmos."
(Luis Ansa, 1984)

DEDICATÓRIA

**Dedico este trabalho e cada
minuto da minha vida a Deus e
aos meus pais, que sempre
estiveram do meu lado me
guiando e apoiando pelos
caminhos corretos.**

Ao meu irmão Wander, à minha
cunhada Natacha e à minha querida
tia Fátima, exemplos de pessoas
batalhadoras.

Ao meu orientador Jacks Jorge
Junior que sempre se fez presente
apesar da distância de um oceano.

Aos pacientes de emergência
odontológica. Espero que este
trabalho contribua de alguma forma
para amenizar as dificuldades em
conseguir um tratamento
odontológico adequado.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, na pessoa de seu diretor Prof. Dr. Antônio Wilson Sallum.

À Prof^a Dra. Altair Antoninha Del Bel Cury, coordenadora dos cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

À Prof^a Dra. Darcy de Oliveira Tosello, coordenadora do curso de Pós-Graduação em Biologia e Patologia Buco-Dental da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

Aos Profs. Drs. Oslei Paes de Almeida, Márcio Ajudarte Lopes, Edgard Graner, Ricardo Della Coletta, Oswaldo Di Hipólito Jr. e Pablo Agustin Vargas, da área de Patologia e Semiologia da FOP/UNICAMP, exemplos de dedicação à pesquisa.

À aluna de Pós-Graduação Hannah Carmem Carlos Ribeiro Silva, amiga de uma sadia convivência e agradável personalidade.

Às funcionárias Aparecida Conceição Campion, Rosa Maria Fornasiari, Rosa Maria Scalco e demais funcionários da Patologia pelo apoio e atenção.

Aos alunos de Pós-Graduação Nádja Rodrigues Mello, Karina Gottardelo Zechin e Rogério da Silva Jorge pelo eterno companheirismo.

À Paola, Gláucia, Renatinha, Junior e demais alunos do curso de Pós Graduação.

À Flávia Flório, Elisângela Caetano, Sandra Regina, Cristina Villar, Ana Paula de Souza, Tatiana Adamov, Juliana Feijó, Juliana Cama, Ynara Bosco e demais amigos da XXXVIII turma de formandos da FOP/UNICAMP, pela eterna amizade.

À Prof^a. Dra Silvana Pereira Barros pela credibilidade e estímulo a manter-me na carreira acadêmica.

Ao amigo Flávio Hídeo, que esteve ao meu lado em todo decorrer deste trabalho; Renato Russo, companheiro de casa, festas e "apoio psicológico"; Virgínia Fabi, sempre presente, Érica Goulart, minha mais antiga amiga e Flávia Novaes, exemplo de pessoa humana. Mesmo que o tempo passe, vocês jamais serão esquecidos.

Ao Pe. Lelo, pela força espiritual.

A José Eduardo Corrente, pela ajuda estatística.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste estudo sou eternamente grato.

A realização desta tese foi viabilizada pela **FAPESP** - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, através da concessão de bolsa de Mestrado e reserva técnica (Processo 98/01240-3).

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	01
LISTA DE TABELAS.....	02
RESUMO.....	04
ABSTRACT.....	06
INTRODUÇÃO.....	08
REVISÃO DA LITERATURA.....	10
OBJETIVOS.....	19
MATERIAL E MÉTODOS.....	21
RESULTADOS.....	25
DISCUSSÃO.....	41
CONCLUSÕES.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS

ATM - Articulação Têmporo-Mandibular
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNS - Conselho Nacional de Saúde
FOP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba
OMS - Organização Mundial de Saúde
Pb - Chumbo
RX - Radiografia
SE - Serviço de Emergências
SESC - Serviço Social do Comércio
SOM - Serviço Odontológico Municipal
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
USP - Universidade de São Paulo
V - Volt
WHO - World Health Organization

LISTA DE TABELAS

RESULTADOS:

Tabela I: Características gerais dos pacientes examinados.

Tabela II: Informações referentes ao período prévio à consulta dos pacientes ao SE da FOP/UNICAMP.

Tabela III: Conseqüências do problema que levou o paciente ao SE da FOP/UNICAMP.

Tabela IV: Tempo que a dor dos pacientes demorou para passar após tratamento no SE da FOP/UNICAMP.

Tabela V: Grupos dentários mais freqüentemente tratados no SE da FOP/UNICAMP.

Tabela VI: Número de vezes que os pacientes atendidos passaram pelo serviço de emergência da FOP/UNICAMP antes e depois do dia em que relataram na entrevista.

Tabela VII: Utilização de outro serviço de emergência, pelos pacientes examinados.

Tabela VIII: Freqüência de visitas ao dentista dos pacientes atendidos.

Tabela IX: Motivo que os pacientes alegaram para não tratarem os dentes regularmente.

Tabela X: Características referentes à história odontológica pós-atendimento no SE da FOP/UNICAMP, dos pacientes.

Tabela XI: Opinião dos pacientes entrevistados sobre o SE da FOP/UNICAMP.

Tabela XII: Informações sobre o estado atual e tratamento necessário para os dentes tratados no SE da FOP/UNICAMP.

Tabela XIII: Características radiográficas dos dentes tratados no SE da FOP/UNICAMP.

ANEXOS:

Tabela 01: Motivo pelos quais as cartas enviadas para convocação dos pacientes, retornaram ao remetente.

Tabela 02: Posse e quantidade de filhos dos pacientes atendidos no SE da FOP UNICAMP.

Tabela 03: Grupos profissionais dos pacientes examinados.

Tabela 04: Detalhes sobre as características sócio-econômicas dos pacientes atendidos.

Tabela 05: Instrução e profissão de pais e mães dos pacientes examinados.

Tabela 06: Características gerais referentes aos chefes de família dos pacientes atendidos.

Tabela 07: Motivo que levou o paciente a procurar o SE da FOP/UNICAMP agrupados no item “outros” da tabela II .

Tabela 08: Quem indicou o SE da FOP/UNICAMP aos pacientes atendidos.

Tabela 09: Tipos de tratamentos recebidos pelos dentes e locais onde foram realizados nos pacientes atendidos que precisaram atendimento complementar ao emergencial.

Tabela 10: Motivo da perda do dente que foi tratado no SE da FOP/UNICAMP nos pacientes que lembravam-se do fato.

Tabela 11: Experiência pregressa com exodontias dos pacientes avaliados.

Tabela 12: Informações sobre o estado atual e tratamento necessário dos dentes permanentes e decíduos dos pacientes atendidos.

Tabela 13: Características radiográficas dos pacientes atendidos

Tabela 14: Comparação entre as frequências dos grupos etários e estados civil.

RESUMO

Os serviços de emergências odontológicas são oferecidos por várias instituições brasileiras. Entretanto não há estudos verificando a eficácia do tratamento emergencial e o tipo de atendimento recebido pelo paciente. Neste trabalho verificou-se o grau de eficácia do tratamento oferecido aos pacientes no SE da FOP/UNICAMP, o grau de adesão do paciente ao tratamento odontológico regular, antes e após a emergência e o nível da satisfação do paciente com o serviço. Foram examinados 509 pacientes que utilizaram o SE da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997. Os pacientes foram convidados para consulta, durante a qual foram entrevistados e passaram por exame clínico e radiográfico. As informações obtidas foram digitadas em banco de dados construído com auxílio de software EPI-INFO 6.04b[®] e analisadas estatisticamente pelo mesmo programa. Dentre os 509 pacientes atendidos, antes do atendimento no SE da FOP/UNICAMP, 40,9% dos pacientes só comparecia ao dentista em caso de dor e 26,7% freqüentavam regularmente o consultório dentário. Depois da consulta, 43,6% dos pacientes passaram a freqüentar o dentista só em emergências e 28,7% regularmente. Muitos dos dentes tratados no SE da FOP/UNICAMP, no momento da entrevista estavam ausentes (32,2%) ou cariados (23,0%). A maioria dos pacientes (76,4%) relatou que seu problema havia sido resolvido após a consulta e 41,7% dos pacientes relataram que gostaram dos alunos do SE da FOP/UNICAMP. O grau de adesão dos pacientes ao tratamento odontológico regular não foi satisfatório, o atendimento emergencial não motivou um grande número de pacientes a cuidar melhor dos seus dentes, podem ter ocorrido falhas no tratamento oferecido no SE da FOP/UNICAMP ou na continuidade do tratamento após a emergência e a população usuária está satisfeita com o serviço recebido.

ABSTRACT

Avaliação Retrospectiva dos Pacientes Atendidos e do Tratamento Oferecido no Serviço de Emergências da FOP/UNICAMP Entre os Anos de 1989 e 1997.

The services of dental emergencies (ES) are offered by several Brazilian institutions. However there are no studies regarding the treatments given to the patients. In this work the rate of effectiveness of the treatment offered to the patients at ES at Dentistry School – University of Campinas (FOP/UNICAMP), the rate of adherence of the patient to the regular dental treatment before and after the emergency treatment and the level of the patient's satisfaction with the service were evaluated. The total of patients examined at the ES at FOP/UNICAMP from 1989 to 1997 was 509. The patients were recalled to receive a dental check-up. They were submitted to an interview and after that they went through a clinical examination and radiographic inspection. The information obtained with this research were transferred to a database which used the software aid EPI-INFO 6. 04[®] and it was statistically analyzed for the same program. Before this treatment at SE at FOP/UNICAMP, 40,9% of the total of 509 patients, used to go to the dentist just in case of pain, and 26,7% used to go to a dentistry evaluation on regular basis. After the emergency treatment, 43,6% of the patients continued to visit a dentist just in emergencies all situations and 28,7% did it regularly. We registered that many of the treated teeth at ES at FOP/UNICAMP were absent (32,2%) or with decays (23,0%). Most of the patients (76,4%) reported that their dental problem had been solved in emergency. The rate of adherence of the patients to the regular dental treatment was not satisfactory, the emergency service didn't motivate a great number of patients to take better care of their teeth, however apart from the fact that the patients were satisfied with the received treatment at the ES, they haven't had the chance to continue dental treatment after the emergency.

INTRODUÇÃO

Levantamentos epidemiológicos avaliando os serviços oferecidos à comunidade contribuem para o melhor conhecimento das doenças, para verificar se o serviço está atendendo às expectativas da população, se o tratamento oferecido é eficaz e para que possam ser corrigidas possíveis falhas (BEAL *et al.*, 1978; ELDERTON *et al.*, 1985; SEGAL, 1986; HAYWARD *et al.*, 1989; MANN *et al.*, 1989; RHODES, 1990; AHLQWIST *et al.*, 1991; KALSBECK *et al.*, 1991; SOLANKI *et al.*, 1991; CRAWFORD, 1994). Assim todos os indivíduos devem ter acesso aos serviços de emergência dentária (BEAL *et al.*, 1978; CARTER, 1993) mas devem ser estimulados a utilizar os serviços de saúde dentária regulares (FREED & BERNSTEIN, 1975; DANE *et al.*, 1988). A quantidade de procedimentos que podem ser oferecidos é limitada, em parte devido aos altos custos do atendimento odontológico, justificando investimentos em pesquisas e programas que permitam empregar melhor os recursos existentes (BEAL *et al.*, 1978; ELDERTON *et al.*, 1985; SEGAL, 1986; HAYWARD *et al.*, 1989; MANN *et al.*, 1989; RHODES, 1990; AHLQWIST *et al.*, 1991; KALSBECK *et al.*, 1991; SOLANKI *et al.*, 1991; CRAWFORD, 1994). Existe a necessidade de dados seguros para o adequado planejamento dos cuidados dentais em países com poucos recursos para investimento em saúde (VAN PALENSTEIN HELDERMAN & NATHOO, 1990). No Brasil, apesar de dezenas de faculdades de odontologia disporem de serviços de emergência, não há estudos verificando a eficácia do tratamento emergencial e o tipo de atendimento recebido pelo paciente. Estas informações são fundamentais para facilitar o planejamento dos serviços e melhorar o uso de recursos humanos e financeiros, resultando em melhor atendimento da população usuária.

REVISÃO DA LITERATURA

Serviços de emergência dentária são uma valiosa parte dos serviços oferecidos à população (BATTENHOUSE *et al.*, 1975). Os padrões de uso dos serviços de emergência dentária estão entre as informações básicas requeridas para avaliação da odontologia oferecida às comunidades (TAYLOR & DIXON, 1981). Estudos que verificam a eficácia do tratamento emergencial e o tipo de atendimento recebido pelo pacientes, fornecem informações fundamentais para facilitar o planejamento dos serviços e melhorar o uso de recursos humanos e financeiros, resultando em melhor atendimento da população usuária (BEAL *et al.*, 1978; ELDERTON *et al.*, 1985; SEGAL, 1986; HAYWARD *et al.*, 1989; MANN *et al.*, 1989; RHODES, 1990; AHLQWIST *et al.*, 1991; KALSBECK *et al.*, 1991; SOLANKI *et al.*, 1991; CRAWFORD, 1994). A utilização de serviços de urgência e emergência reflete, de forma geral, falhas de um sistema de saúde e, embora eles sejam uma preocupação dos que gerenciam esses sistemas, pouco se conhece a esse respeito (GIBSON *et al.*, 1993b; SILVA, 1993). Esse desconhecimento pode ser demonstrado pelo pequeno número de estudos publicados nos últimos vinte anos como relatado por WIDSTRÖM *et al.* (1988) e GIBSON *et al.* (1993a).

Estudos recentes têm descrito as características sociais, culturais e econômicas dos pacientes que utilizam os serviços de emergência odontológica (NGIM *et al.*, 1984; WIDSTRÖM *et al.*, 1988; RHODES, 1990; GIBSON *et al.*, 1993a; SCHWARTZ, 1994; SCULLY, 1995). Mulheres tendem a realizar consultas odontológicas de maneira mais regular (LOCKER & GRUSHKA, 1987; RAZAC & JAAFAR, 1987; RESINE, 1987; WIDSTRÖM *et al.*, 1988; RHODES, 1990), enquanto homens procuram atendimento odontológico mais frequentemente quando aumentam as necessidades de tratamento

(REISINE, 1987; BATTENHOUSE *et al.*, 1975). Alguns autores mostram, entretanto, que não há diferenças significativas de frequência entre os sexos nos serviços de emergências odontológicas (LOCKER & GRUSHKA, 1987; WIDSTRÖM *et al.*, 1988; MOR *et al.* 1992) enquanto outros relatam predomínio do gênero feminino (SEGAL, 1986).

Aparentemente, não há predomínio de faixa etária entre pacientes de serviços de emergência dentária (LOCKER & GRUSHKA, 1987; WIDSTRÖM *et al.*, 1988; HAYWARD *et al.*, 1989; RHODES, 1990; MOR *et al.*, 1992), porém parece que a idade influencia o padrão de dor em idosos (BRATTBERG *et al.*, 1996) e grupos de menor idade relatam mais frequentemente o desconforto com relação à dor que os grupos mais idosos (LOCKER & GRUSHKA, 1987). Há um decréscimo nos relatos de dor em mulheres com o aumento da idade enquanto entre os homens há um aumento da prevalência de dores (BRATTBERG *et al.*, 1996). É consenso entre os autores a necessidade de facilitar o acesso de pacientes idosos (BEAL *et al.*, 1978; HAYWARD *et al.*, 1989; CARTER *et al.*, 1993) e negros (HAYWARD *et al.*, 1989) a serviços odontológicos de emergência.

Fatores sócio-econômicos estão ligados a incidência de lesões e fraturas faciais (SILVA, 1993). Nas metrópoles verifica-se que grupos de nível sócio-econômico relativamente baixo mostram causas dessas lesões associadas a golpes, tais como socos ou armas, enquanto grupos de nível sócio-econômico alto apresentam tais lesões associadas a acidentes de transportes e recreação (SILVA, 1993).

Muitos pacientes queixam-se de dor (TOMS, 1976; TAYLOR & DIXON, 1981; LOCKER & GRUSHKA, 1987; RAZAK & JAAFAR, 1987; VAN PALENSTEIN HELDERMAN & NATHOO, 1990; GIBSON *et al.*, 1993a; GIBSON *et al.*, 1993b), inchaço ou sangramento (TAYLOR & DIXON, 1981). Há a necessidade de uma melhor identificação dos fatores que levam ao uso dos serviços odontológicos, para que se criem estratégias que elevem o nível de saúde bucal da população (REISINE, 1987). As queixas podem ser decorrentes de trauma (BATTENHOUSE *et al.*, 1975; LUZ & DI MASE, 1994; ZENG *et al.*, 1994; WILSON *et al.*, 1997), problemas pós tratamento odontológico regular (SILVERMAN & EISENBUD, 1976), cárie (VAN PALENSTEIN & NATHOO, 1990; DEUTSCH & SIMECEK, 1996; SOUSA, 1996), problemas endodônticos (CALDERARA *et al.*, 1992; SOUSA, 1996) ou abscessos dentários (SOUSA, 1996). Fatores como a prevalência de certas doenças devem ser considerados, visto que doenças sistêmicas podem ser agravadas durante o tratamento dentário (BEAL *et al.*, 1978; CARTER, 1993).

As principais formas de tratamento oferecidas geralmente são as exodontias (FREED & BERNSTEIN, 1975; TOMS, 1976; RHODES, 1990; VAN PALENSTEIN HELDERMAN & NATHOO, 1990), tratamentos endodônticos (TOMS, 1976; MANI *et al.*, 1997), restaurações provisórias (MANI *et al.*, 1997) ou apenas prescrição de medicamentos (RHODES, 1990). Em geral, na maioria dos trabalhos, as informações disponíveis estão limitadas a alguns tipos de doenças bucais e não há dados sobre o tipo de procedimento adotado para solucionar as situações clínicas (TAYLOR & DIXON, 1981; NGIM *et al.*, 1984; WALKER, 1984; SINDET-PEDERSEN *et al.*, 1985; LOCKER &

GRUSHKA, 1987; RAZAK & JAAFAR, 1987; VAN PALENSTEIN HELDERMAN & NATHOO, 1990; WIDSTRÖM *et al.*, 1990; SCHWARTZ, 1994).

Para avaliar a eficácia de um programa de emergência deve-se levar em consideração vários fatores, como a facilidade de acesso, a capacitação dos funcionários, a relação paciente e dentista e a opinião dos pacientes frente ao serviço oferecido (SONIS *et al.*, 1988), além do tempo que a dor demora a passar após o tratamento (GIBSON *et al.*, 1993b). Falhas no atendimento oferecido, como excessos de restaurações ou trauma oclusal, podem gerar desconforto como dor e sensibilidade imediatamente após o tratamento emergencial (WALKER, 1984).

Muitos pacientes freqüentam os serviços odontológicos só em caso de emergência (TOMS, 1976; WIDSTRÖM *et al.*, 1988; GIBSON, *et al.*, 1993b; SCULLY, 1995; MANI, *et al.*, 1997) declarando ter dificuldades financeiras para obter atendimento regular (HAYWARD *et al.*, 1989; CARTER 1993) ou ser suficiente o atendimento odontológico apenas destes serviços (WIDSTRÖM *et al.*, 1988). TAYLOR & DIXON (1981) entrevistaram 320 pacientes de 17 clínicas odontológicas de Sheffield, Inglaterra. Destes, 184 afirmaram já ter passado por situações de emergência dentária como dores, inchaço, sangramento e dentes quebrados. Muitos pacientes relatam falhas no atendimento odontológico emergencial anterior (SEGAL, 1986). O grau de recorrência em emergências dentais não parece ter relação com sexo, idade e localização do dente (MOR *et al.*, 1992). O problema original de emergência também não parece motivar um grande número de pacientes a terem maior cuidado com seus dentes, o que pode gerar outros casos de

emergência dentária (GIBSON et al, 1993b). SWISHER (1976) também comenta que os serviços dentários de emergência em geral são oferecidos gratuitamente, ao contrário de outros serviços dentários, o que pode gerar maus hábitos na população. Ademais, muitos pacientes têm nos serviços de emergência a única forma de tratamento dentário.

Muitos pacientes em situação de emergência dentária procuram atendimento depois de alguns dias (TOMS, 1976; SEGAL, 1986; LOCKER & GRUSHKA, 1987; WIDSTRÖM *et al.*, 1988; HAYWARD et al, 1989; RHODES, 1990; MANI *et al.*, 1997; GIBSON *et al.*, 1993b). Isso pode sugerir que tais situações não sejam emergências genuínas (RHODES, 1990). Mesmo nos casos preenchendo os critérios de emergência odontológica, a longa duração dos sintomas denuncia as barreiras encontradas pelos pacientes ao atendimento dentário (GIBSON *et al.*, 1993b). Possivelmente, campanhas de orientação poderiam permitir melhor utilização e acesso dos serviços de emergências odontológicas (GIBSON *et al.*, 1993b; FERREIRA & DAMANTE, 1998). Por outro lado, a própria definição de “emergência dentária” não é simples (PRICE, 1979) e o alto custo envolvido evoca a necessidade do questionamento e definição de critérios para permitir o acesso aos serviços de emergência odontológica. Tentativa neste sentido foi realizada por GATES & DURCHSLAG (1978) que definiram esquema de funcionamento de triagem voltada para pacientes de emergência dentária, priorizando pacientes com dor intensa e infecção.

A emergência não motiva um grande número de pacientes a freqüentar a clínica regular odontológica (GIBSON *et al.*, 1993b). Por isso há necessidade de se criar um

programa para converter pacientes de emergência odontológica em pacientes de rotina (FREED & BERNSTEIN, 1975; DANE *et al.*, 1988). Para SWISHER (1976), pacientes de emergência são fortes candidatos a tornarem-se pacientes de rotina na prática hospitalar porque o dentista pode preencher essa lacuna da formação familiar e direcioná-los ao tratamento regular. SILVERMAN & EISENBUD (1976) descreveram que pacientes emergenciais tem um maior grau de adesão ao tratamento odontológico regular quando recebem tratamento provisório, quando possuem convênio odontológico ou quando conseguem ser atendidos no período noturno. Pacientes mais velhos tem maior grau de retenção e isto pode estar associado ao fato de que estes pacientes têm uma maior percepção da necessidade ou melhor disposição ao tratamento (SILVERMAN & EISENBUD, 1976).

Existem poucos estudos na literatura mundial que verificaram o nível de sucesso do atendimento de emergência dentário oferecido. Talvez o motivo disso seja a dificuldade em contatar os pacientes que passaram pelo tratamento (GIBSON *et al.*, 1993b). Um bom ambiente de trabalho, uma boa relação entre dentista e paciente, a inexistência de complicações no pós-operatório (NTABAYE *et al.*, 1998) e curto tempo de espera para o início do tratamento (BRUCE *et al.*, 1998) são fatores que influenciam a satisfação dos pacientes em relação ao serviço oferecido.

Recentemente em países desenvolvidos, onde a assistência odontológica integral é oferecida pelo sistema público gratuitamente, a prática e os custos do atendimento de emergência fora do horário comercial têm sido extensivamente debatidos (CARR, 1995;

CHAN, 1995; PORTEUS, 1995; RENSHAW, 1995; THAM, 1995). O oferecimento do atendimento odontológico de emergência melhora a imagem da Odontologia diante de uma população carente onde a saúde bucal decai e as emergências tornam-se mais freqüentes CHRISTIE (1993); opinião reforçada por THAM (1994) que comenta o desgaste da profissão diante daqueles que não conseguiram atendimento em emergências noturnas ou em feriados, levando muitos pacientes a ausentarem-se do trabalho (SINDET-PEDERSEN *et al.*, 1985).

Há poucas publicações, com dados brasileiros, de trabalhos que caracterizam de maneira ampla os usuários dos serviços odontológicos de emergência, como a de LUZ & DI MASE (1994) que trata das emergências por trauma. Já SILVA (1993) avaliou a população usuária de um serviço de emergências de um hospital paulistano, especialmente quanto aos fatores que permitem uma melhor programação do atendimento. Por fim FERREIRA & DAMANTE (1998) realizaram extenso e bem sedimentado trabalho de resgate das características epidemiológicas dos pacientes usuários do Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP, durante os anos de 1987 a 1995. No Brasil, um país com alto índice de desemprego, baixa renda *per capita* e indicadores de saúde em níveis alarmantes, a maioria da população depende do sistema público de saúde, que não está estruturado para atender adequadamente toda a demanda, gerando um grande afluxo de pacientes aos serviços de urgência (SILVA, 1993).

A radiografia panorâmica é muito utilizada por ser um método rápido e simples de se obter, numa única película, as condições dentais, necessidades de tratamentos e

informações para identificação dos pacientes (LANGLAND et al., 1982). O uso de radiografia panorâmica em estudos epidemiológicos sobre saúde bucal é importante (AHLQWIST et al., 1986). A comparação de estudos que analisaram os achados radiográficos é dificultada pela diferença nas entidades radiográficas relatadas e pela diferença na definição das populações avaliadas (JONES et al., 1985). Características da área periapical e a presença de tratamento endodôntico podem ser detectadas através da radiografia panorâmica, as vezes mostrando correlação entre a presença de patologia periapical e falta de material restaurador intracanal (DE CLEEN et al., 1993). Dentre alterações mais comuns, detectáveis pela radiografia panorâmica, temos reabsorção óssea (HANSEN & JOHANSEN, 1976), raízes residuais (ANGULO, 1989; SOIKONNEN et al., 1994) e osteoesclerose (ANGULO, 1989).

Dimensionar e organizar um sistema de atendimento aos casos de emergência é um desafio (TOMS, 1976; MANJI & NAGELKERKE, 1990; SILVA, 1993). Verificando-se a eficácia do tratamento emergencial, o tipo de atendimento recebido pelos pacientes e o grau de satisfação destes com o serviço, obtém-se informações que facilitam este dimensionamento e organização, que melhoram o uso de recursos humanos e financeiros, que detectam falhas do serviço em funcionamento, resultando em melhor atendimento dos pacientes (BEAL *et al.*, 1978; ELDERTON *et al.*, 1985; SEGAL, 1986; HAYWARD *et al.*, 1989; MANN *et al.*, 1989; RHODES, 1990; AHLQWIST *et al.*, 1991; KALSBECK *et al.*, 1991; SOLANKI *et al.*, 1991; CRAWFORD, 1994).

OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho foram :

Verificar o grau de eficácia do tratamento oferecido aos pacientes no SE da FOP/UNICAMP, entre os anos de 1989 e 1997.

Verificar o grau de adesão do paciente ao tratamento odontológico regular, antes e após a emergência.

Verificar o grau de recorrência em tratamentos emergenciais odontológicos do paciente.

Oferecer sugestões para melhorias do SE da FOP/UNICAMP.

Verificar o nível da satisfação do paciente com o SE da FOP/UNICAMP.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram examinados 509 pacientes que utilizaram o serviço de emergências da FOP/UNICAMP (SE da FOP/UNICAMP) entre os anos de 1989 e 1997, resgatados dentre as 22400 fichas do período. O critério para inclusão foi apenas a presença de dados mínimos de endereço ou telefone na ficha de atendimento, devidamente transcrita para banco de dados informatizado, etapa que foi realizada em trabalho anterior (BRITO, 1997). Das fichas ordenadas por ano e data de atendimento, foram escolhidas 50 por ano, uma a cada 50, aproximadamente. O número de fichas de cada ano foi dividido por 50, obtendo-se um número que foi o intervalo entre as fichas escolhidas. A primeira forma de convocação dos pacientes foi por telefone mas, em muitos casos, não foi possível localizá-los por não serem mais conhecidos nos respectivos números de telefone ou por não trabalharem mais no local. Nestes casos, foi realizada a convocação por carta (anexo 01). Os pacientes não localizados por esses dois métodos, foram substituídos pelo paciente seqüencial na lista de atendimentos do SE da FOP/UNICAMP. Em caso de recusa ou contato impossibilitado, escolheu-se o próximo da lista e, em caso de nova recusa ou impossibilidade de contato, foi escolhido o anterior, e assim seqüencialmente, até obter-se a entrevista.

Foram excluídos da pesquisa mulheres que estavam ou podiam estar grávidas, pacientes com doenças que impediam o diálogo, o entendimento das instruções, o exame clínico ou o exame radiográfico, além de pacientes legalmente incapazes sem a presença dos responsáveis.

Os pacientes foram agendados para a consulta na FOP/UNICAMP quando, a cada um, foi explicada detalhadamente a pesquisa e foi oferecido o termo de esclarecimento e

consentimento informado (anexo 02). O paciente obteve qualquer informação ou esclarecimento que julgasse necessário. Havendo concordância do paciente, ou responsável, este respondeu a questionário (anexo 03) e foi submetido a exame físico seguindo os padrões da OMS (WHO, 1987). O exame clínico foi realizado com espátulas descartáveis, gaze e espelho clínico nº 05 plano e os resultados foram anotados em ficha padrão (anexo 04).

A radiografia panorâmica foi realizada em aparelho marca Villa Sistemi Medicali - Dabi Atlante, modelo Rotograph Plus, 220V e revelada em processadora automática marca Flat Co. Ltda, modelo Level 360, 220V. Para proteção do paciente, foi utilizado avental de chumbo longo com $Pb=0,5\text{mm}$ (Metaltrônica). As radiografias foram interpretadas em sala escura, sobre negatoscópio com máscara, com auxílio de lupa e as alterações foram anotadas em formulário padrão (anexo 04).

Resumo do quadro clínico e sugestões de possíveis formas de tratamento (anexo 05) foram enviadas por via postal a todos os pacientes. Nos casos em que havia necessidade de tratamento emergencial e com a concordância do paciente ou responsável, o mesmo foi encaminhado ao SE da FOP/UNICAMP. Quando havia necessidade de tratamento odontológico regular o paciente era triado e encaminhado para o banco de espera das Clínicas Odontológicas da Faculdade, procedimento padrão para todos os pacientes da FOP/UNICAMP. Sempre que necessário, despesas com transporte e alimentação foram ressarcidas ao paciente por meio do serviço social, através de passe de ônibus e vale para lanche na cantina da FOP/UNICAMP.

Os dados sócio-econômicos dos pacientes foram categorizados seguindo-se tabela de GANDARA (1980) que pode ser vista no anexo 06.

O grau de adesão do paciente ao tratamento odontológico regular, antes e após a emergência foi verificado através da frequência de visitas ao dentista neste período. O grau de eficácia do tratamento oferecido foi verificado por meio da duração da dor após o tratamento, resolução ou não do problema e pelo estado atual do dente que havia sido tratado no SE da FOP/UNICAMP. O grau de recorrência em tratamentos emergenciais odontológicos do paciente foi verificado pelo número de vezes que o mesmo compareceu ao SE da FOP/UNICAMP e a outros serviços de emergência odontológica antes e após o tratamento no SE da FOP/UNICAMP. O nível de satisfação do paciente com o atendimento no SE da FOP/UNICAMP foi verificado perguntando-se ao paciente o que mais e o que menos havia gostado, se havia indicado o serviço a outros e se tinha sugestões para a melhoria do atendimento.

De acordo com a resolução CNS 196/96, o projeto de pesquisa foi apreciado por um comitê de ética (CEP-FOP/UNICAMP) em 03/98 e aprovado sem pendências, previamente a sua execução.

As informações obtidas foram digitadas em banco de dados construído com auxílio do software EPI-INFO 6.04b[®] e analisadas estatisticamente por meio do mesmo programa ou através do SAS e S-PLUS.

RESULTADOS

Seguindo-se os critérios inicialmente descritos, foram selecionados 1879 pacientes e destes, 420 foram excluídos por não terem telefone ou terem endereço insuficiente. Foram convocados 1459 pacientes; 1255 por carta e 204 por telefone. Das 1255 cartas enviadas, 352 retornaram ao remetente por motivos variados (anexo 7 tabela 01). Ao final, foram examinados 509 pacientes.

A idade média dos pacientes foi de $32,2 \pm 17,2$ anos, sendo que 23,2% estavam entre 10 e 19 anos e 20,6% entre 30 e 39 anos. Quanto ao gênero, 66,4% dos pacientes eram mulheres e 33,6% homens. A maioria dos pacientes era leucoderma (75,6%) ou feoderma (14,9%). Mais da metade dos pacientes não tinha concluído o primeiro grau e apenas 08 tinham curso superior completo. Pacientes solteiros representaram 47,0 % do total, enquanto os casados, 42,2%. A grande maioria dos pacientes era pertencente a classe social média inferior (73,9%) seguida da classe média (24,0%), como pode ser visto na tabela I. Características sócio-econômicas dos pacientes, utilizadas para categorizar os mesmos em classes sociais, podem ser vistas no anexo 07 tabelas 02, 03 e 04.

Tabela I: Características gerais dos 509 pacientes examinados.

	n	%
FAIXA ETÁRIA		
04-09	31	6,1
10-19	118	23,2
20-29	89	17,5
30-39	105	20,6
40-49	82	16,1
50-59	45	8,8
60-69	27	5,3
70-79	10	2,0
80-82	2	0,4
GÊNERO		
Feminino	338	66,4
Masculino	171	33,6
COR		
Leucoderma	385	75,6
Feoderma	76	14,9
Melanoderma	47	9,2
Xantoderma	1	0,2
INSTRUÇÃO		
Analfabeto	20	3,9
1º grau incompleto	308	60,5
1º grau completo	49	9,6
2º grau incompleto	60	11,8
2º grau completo	53	10,4
Superior incompleto	11	2,2
Superior completo	8	1,6
ESTADO CIVIL		
Casado	215	42,2
Solteiro	239	47,0
Viúvo	24	4,7
Outros	31	6,1
CLASSE SOCIAL*		
Baixa inferior	0	0,0
Baixa superior	8	1,6
Media inferior	376	73,9
Media	122	24
Media superior	3	0,6
Alta	0	0,0

*Segundo classificação de GANDARA (1980).

Mais que metade dos pacientes tinha pais e mães sem o primeiro grau completo e que eram funcionários ou empregados de nível inferior. A chefia familiar era ocupada mais freqüentemente pelos maridos (32,9%). Quanto a escolaridade, a maioria não tinha concluído o primeiro grau (62,1%) e mais da metade eram funcionários ou empregados de nível inferior, como pode ser visto no anexo 07 tabelas 05 e 06.

A grande maioria dos pacientes (91,7%) lembrou-se do motivo de sua consulta no SE da FOP/UNICAMP, sendo que destes, 66,8% relataram ter comparecido ao plantão por apresentar dor de dente e 9,0% por ter dente quebrado. A maioria dos pacientes não procurou atendimento de imediato e 26,5% só procuraram após 2 a 7 dias ou após mais que 30 dias (23,4%). Apenas 8,8% dos pacientes procuraram atendimento no mesmo dia do surgimento do problema como visto na tabela II.

Tabela II: Informações referentes ao período prévio à consulta dos pacientes ao SE da FOP/UNICAMP (n=509).

MOTIVO DA CONSULTA	n	%
Dor de dente	311	61,1
Dente quebrado	42	8,3
Outros*	66	13,0
Perda de restauração	21	4,1
Infecção	10	2,0
Inchaço	13	2,6
Sangramento	4	0,8
Não lembra	42	8,3
TEMPO DE ESPERA (DIAS)		
De 2 a 7	135	26,5
Mais que 30	119	23,4
Não informado**	58	11,4
Mais que 7	92	18,1
Menos que 1	45	8,8
De 1 a 2	60	11,8

*A tabela detalhada referente a este item pode ser vista no anexo 07 tabela 07.

**Informação não recordada pelo paciente.

Alguns dos pacientes convocados (37,5%), relataram que chegaram a ficar sem dormir e 10,8% faltaram ao emprego devido ao problema que os trouxera ao SE da FOP/UNICAMP. Quase que metade destes (47,3%) perderam 2 dias de serviço (tabela III).

Tabela III: Conseqüências do problema que levou o paciente ao SE da FOP/UNICAMP (n=509).

	n	%
FICOU SEM DORMIR		
Sim	191	37,5
Não	268	52,7
Não lembram*	50	9,8
FALTOU AO EMPREGO		
Sim	55	10,8
Não	402	79,0
Não lembram*	52	10,2
QUANTOS DIAS DE SERVIÇO PERDERAM		
1	17	30,9
2	26	47,3
3	7	12,7
5	2	3,6
6	1	1,8
7	1	1,8
15	1	1,8
Total	55	100,0

*Pacientes que não se lembravam desta informação.

A maioria dos pacientes (82,2%) relatou que o problema foi resolvido com o atendimento emergencial. Informações sobre tratamento regular foram dadas a 61,1% dos pacientes e a 32,7% foram receitados medicamentos para o pós-operatório. A maioria dos pacientes (387) compareceu ao SE da FOP/UNICAMP com dor, e destes, 61,5% relataram que a dor passou de 1 a 2 horas após o tratamento (tabela IV).

Tabela IV: Tempo que a dor dos pacientes demorou para passar após tratamento no SE da FOP/UNICAMP (n=387).*

	n	%
De 1 a 2	238	61,5
De 3 a 10	57	14,7
De 11 a 24	21	5,4
Mais que 24	71	18,3

* Tempo em horas

Os dentes mais tratados no SE da FOP/UNICAMP, segundo informação dos pacientes, foram os molares inferiores (22,0%), seguidos pelos incisivos superiores (15,8%) como pode ser visto na tabela V.

Tabela V: Grupos dentários mais freqüentemente tratados no SE da FOP/UNICAMP em 509 pacientes.

	n	%
Molares inferiores	111	22,0
Incisivos superiores	80	15,8
Molares superiores	67	13,2
Pré-molares superiores	40	6,2
Pré-molares inferiores	20	4,0
Caninos superiores	17	3,4
Caninos inferiores	3	0,6
Incisivos inferiores	11	2,2
Decíduos	45	10,0
Não lembram*	58	11,4
Outros**	57	11,2

* Pacientes que não se lembram da informação.

**Quando o procedimento não envolvia dentes.

A maioria dos pacientes foram indicados para tratamento no SE da FOP/UNICAMP por pessoas da família (32,8%) ou já conheciam o serviço (17,9%), como pode ser visto no anexo 07 tabela 08. Mais que metade dos pacientes (65,2%) relataram ainda possuir o dente tratado no SE da FOP/UNICAMP e 40,5% destes dentes precisaram de mais tratamento na época da consulta. Os tratamentos necessários incluíram restaurações (45,5%) e tratamentos

endodônticos (24,5%) e a maioria destes tratamentos (51,0%) foi realizada na própria FOP/UNICAMP. Detalhes sobre a manutenção dos dentes e tratamentos necessários, podem ser visto no anexo 07 tabela 09. Dentre os 126 pacientes que perderam o dente tratado no SE da FOP/UNICAMP, 48,8% receberam a exodontia como forma de tratamento emergencial e em 23,2% dos casos tratava-se de dentes decíduos como pode ser visto no anexo 06 tabela 10.

Quarenta e cinco dentre os 509 pacientes já haviam comparecido ao SE da FOP/UNICAMP antes da emergência relatada na ficha e destes, 27 já tinham comparecido mais que duas vezes. Trinta e seis haviam comparecido por dor e dois por perda de restauração. Cinquenta e nove compareceram novamente ao SE da FOP/UNICAMP após a emergência relatada na ficha, 23 por 2 vezes, 44 por dor e 8 por perda da restauração (tabela VI).

Tabela VI: Número de vezes que os pacientes atendidos passaram pelo serviço de emergência da FOP/UNICAMP antes e depois do dia em que relataram na entrevista (n=509).

	n	%
Nº DE VEZES QUE PASSOU ANTES		
0	438	86,1
1	18	3,5
2	15	2,9
3	6	1,2
4	5	1,0
10	1	0,2
Desconhecido*	26	5,1
Nº DE VEZES QUE PASSOU DEPOIS		
0	424	83,3
1	23	4,5
2	16	3,1
3	15	2,9
4	3	0,6
5	1	0,2
10	1	0,2
Desconhecido*	26	5,1

*Pacientes não se lembravam da informação.

Mais que metade dos pacientes avaliados (62,7%) nunca havia utilizado outro serviço de emergência odontológica. Dentre os pacientes que já haviam utilizado outros serviços de emergência odontológica (186), a maioria (62,4%) utilizara o SOM (Serviço Odontológico Municipal). Dentre estes, o principal motivo para o uso do serviço de emergência foi dor de dente (82,1%), como pode ser visto na tabela VII.

Tabela VII: Utilização de outro serviço de emergência, pelos pacientes examinados (n=186).

	n	%
SERVIÇO		
SOM*	116	62,4
Posto de saúde	25	13,4
Sindicato	15	8,1
Pronto socorro	14	7,5
Particular	13	7,0
Convênio	3	1,6
MOTIVO		
Dor de dente	147	82,1
Perda de restauração	10	5,6
Dente quebrado	6	3,4
Infecção	1	0,6
Sangramento	2	0,6
Outros	13	7,3
MOTIVO POR NÃO TER UTILIZADO O SE DA FOP/UNICAMP		
Problemas com horário de atendimento	42	22,3
Ocorreu durante o período noturno	38	20,1
Não conheciam o serviço	28	15,2
Problemas com distância entre a residência e a FOP	27	14,7
Fim de semana	21	11,4
Foram encaminhados para outro serviço	19	10,3
Período de férias na FOP	15	8,2
Não resolveriam seu problema na FOP	14	7,6
Problemas relacionados à demora do início do tratamento	11	5,4
Outros	9	4,9

*Serviço Odontológico Municipal.

Antes de comparecer ao SE da FOP/UNICAMP, a maioria das pessoas (40,9%) só freqüentava o dentista durante episódios de odontalgia, e 26,7% freqüentava regularmente. Após comparecer ao SE da FOP/UNICAMP, a maioria dos pacientes continuou a freqüentar o dentista somente em caso de dor (43,6%), mas 28,7% passaram a freqüentar regularmente. Atualmente mais que metade dos pacientes só procuram atendimento odontológico quando apresentam dor como pode ser visto na tabela VIII.

Tabela VIII: Frequência de visitas ao dentista dos pacientes atendidos (n=509).

	n	%
ANTES DE COMPARECER AO SE DA FOP/UNICAMP		
Só quando o dente dói	208	40,9
Regularmente	136	26,7
Ocasionalmente	107	21,0
Nunca	41	8,1
Não se lembra*	17	3,3
DEPOIS DE COMPARECER AO SE DA FOP/UNICAMP		
Só quando o dente dói	222	43,6
Regularmente	146	28,7
Ocasionalmente	86	16,9
Nunca	38	7,5
Não se lembra*	17	3,3
ATUALMENTE		
Só quando o dente dói	254	49,9
Regularmente	153	30,0
Ocasionalmente	102	9,2

*Paciente não se lembra da informação.

Das 346 pessoas que não trataram dos dentes regularmente após a consulta no SE da FOP/UNICAMP, 78,0% alegaram falta de condições financeiras para o tratamento e 6,6% disseram não ter tempo (tabela IX).

Tabela IX: Motivo que os pacientes alegaram para não tratarem os dentes regularmente (n=346).

	n	%
Problemas financeiros	270	78,0
Falta de tempo	23	6,6
Achou desnecessário	19	5,5
Medo	12	3,5
Outros motivos	14	4,0
Não declarado*	8	2,3

*Pacientes não quiseram relatar o motivo.

Quando foi perguntado ao paciente quantos tratamentos odontológicos ele havia realizado após ter comparecido ao SE da FOP/UNICAMP, a maioria (40,1%) respondeu que havia passado por mais que cinco tratamentos e apenas 2,8% respondeu que tinha

realizado apenas um tratamento como pode ser visto na tabela X. A maioria dos pacientes relatou que a última consulta odontológica ocorrera há menos de 1 ano (50,4%) sendo que do total, 13,0% havia comparecido ao dentista recentemente, como visto na tabela X.

Tabela X: Características referentes à história odontológica pós-atendimento no SE da FOP/UNICAMP, dos 509 pacientes até a data da entrevista.

	n	%
NÚMERO DE TRATAMENTOS REALIZADOS		
mais que 5	204	40,1
4	71	13,9
3	63	12,4
0	61	12,0
2	37	7,3
5	46	9,0
1	14	2,8
Não lembra*	13	2,6
TEMPO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA**		
Até um mês	58	11,4
De 2 a 11 meses	199	39,0
De 12 a 23 meses	119	23,6
De 24 a 96 meses	113	22,4
Não lembra*	20	3,9

*Quando o paciente não lembra da informação.

** Em meses.

A grande maioria dos pacientes, 438 (86,1%), não freqüentava regularmente o mesmo dentista, o que era feito por apenas 71 (13,9%) dos entrevistados.

Mais que dois terços dos pacientes já haviam passado por exodontias de dentes permanentes (69,7%) e destes, 137 disseram ter perdido mais que um dente. A maioria desses (39,0%) deu como motivo das extrações, a dor (Anexo 07 tabela 11). Dos pacientes entrevistados, 81,1% (413) não pretendiam extrair mais dentes e 85,7% (436) não pretendiam usar prótese total.

A maioria dos pacientes (41,7%) relataram ter mais gostado dos alunos no SE da FOP/UNICAMP e 34,2% relataram ter gostado “de tudo”. Inversamente, a maioria (58,9%) não citou pontos negativos no atendimento e 24,0% (122) dos entrevistados destacaram a demora no atendimento como ponto negativo da SE da FOP/UNICAMP. Muitos pacientes (56,2%) não tinham sugestões para melhoria do SE da FOP/UNICAMP, e 15,1% disseram que o serviço deveria manter-se como está. Apenas 10,6% dos pacientes sugeriram que o serviço oferecesse continuidade ao tratamento e 9,4% que o tempo de espera para o início do tratamento não fosse tão prolongado (tabela XI).

Tabela XI: Opinião dos pacientes entrevistados sobre o SE da FOP/UNICAMP (n=509).

	n	%
O QUE MAIS GOSTOU		
Alunos	212	41,7
Tudo	174	34,2
Outros	32	6,3
Qualidade do serviço	29	5,7
Solucionaram o problema	17	3,3
Rapidez do atendimento	16	3,1
Sem resposta*	15	2,9
Nada	8	1,6
Custo	6	1,2
O QUE MENOS GOSTOU		
Nada	300	58,9
Demora	122	24,0
Outros	53	10,5
Sem resposta*	12	2,4
Não deram continuidade ao tratamento	12	2,4
Não resolveram o problema	10	2,0
SUGESTÕES		
Sem sugestões	286	56,2
Manter como está	77	15,1
Dar continuidade ao tratamento	54	10,6
Demorar menos para iniciar o tratamento	48	9,4
Outras sugestões	44	8,7

*Paciente não se recordava da informação.

A maioria dos pacientes (80,4%) relataram ter indicado o SE da FOP/UNICAMP para outras pessoas, enquanto que apenas 19,6% relataram não ter indicado este serviço a ninguém.

Os dados referentes aos dentes permanentes e decíduos dos pacientes examinados podem ser conferidos no anexo 07 tabela 12.

Analisando-se apenas os dentes tratados no SE da FOP/UNICAMP, 30,3% estavam restaurados e sem cárie, 26,1% ausentes por cárie e 16,1% cariados. A maioria destes (74,5%) não necessitava de tratamento e 37 (10,6 %) necessitavam de restauração de duas ou mais faces (tabela XII).

Tabela XII: Informações sobre o estado atual e tratamento necessário para os dentes tratados no SE da FOP/UNICAMP (n=349).

	n	%
ESTADO ATUAL		
Hígido	19	5,4
Cariado	56	16,1
Restaurado e cariado	24	6,9
Restaurado e sem cárie	106	30,3
Ausente por cárie	91	26,1
Ausente por outros motivos	21	6,1
Selante ou verniz	0	0,0
Pilar de prótese ou coroa	31	8,8
Dente não erupcionado	1	0,3
Dente excluído	0	0,0
TRATAMENTO NECESSÁRIO		
Nenhum	260	74,5
Selante	0	0,0
Restauração de uma face	16	4,6
Restauração de 2 ou + faces	37	10,6
Coroa/pilar de prótese	11	3,1
Elemento suspenso	2	0,6
Endodontia	11	3,1
Exodontia	10	2,9
Outros tratamentos	2	0,6

As características radiográficas dos dentes tratados no SE da FOP/UNICAMP mostram que 43,2% destes estavam ausentes, 26,2% apresentavam área radiolúcida na coroa ou raiz e 10,2% apresentavam reabsorção alveolar vertical ou horizontal (tabela XIII).



Detalhes sobre as características radiográficas de todos os dentes dos pacientes atendidos podem ser vistas no anexo 7 tabela 13.

Tabela XIII: Características radiográficas dos dentes tratados no SE da FOP/UNICAMP.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS*	n	%
Dente ausente	102	43,2
Área radiolúcida na coroa ou raiz	62	26,2
Reabsorção alveolar vertical ou horizontal	24	10,2
Restauração em excesso ou falta	15	6,3
Radiolucidez periapical	9	3,8
Obturação de canal com excesso ou falta	8	3,3
Cálculo salivar	6	2,5
Raiz residual	4	1,7
Apinhamento	2	0,8
Alvéolo, extração recente	2	0,8
Giroversão	1	0,4
Osteoesclerose	1	0,4
Corpo estranho metálico ou não metálico	1	0,4
TOTAL**	237	100,0

*Um dente pode conter uma ou duas características radiográficas.

**Excluídos os dentes que possuíam características de normalidade.

DISCUSSÃO

Dentre os 509 pacientes, 23,2% estavam na segunda década de vida e 20,6% na quarta década, demonstrando perfil relativamente jovem dos frequentadores do plantão, o que está de acordo com os estudos de WIDSTRÖM et al. (1988), RHODES (1990), SCULLY (1995) e SOUSA (1996). Tendo em vista tal faixa etária, deve-se adotar postura mais conservadora em relação ao tratamento realizado, evitando-se extração de dentes sempre que possível (FERREIRA & DAMANTE, 1998). As mulheres representaram a maioria dos usuários do SE da FOP/UNICAMP, com proporção mulheres/homens de 2:1, da mesma forma que nos resultados encontrados por SEGAL (1986), RAZAK & JAAFAR (1987) e SOUSA (1996), mas em desacordo com os trabalhos de BATTENHOUSE et al. (1975), REISINE (1987), RHODES (1990), SCULLY (1995) e WILSON et al. (1997) que relataram maior predominância do gênero masculino. Outros estudos (LOCKER & GRUSHKA, 1987; WIDSTRÖM et al., 1988), não encontraram diferenças de distribuição quanto ao gênero entre pacientes atendidos em serviços de emergência odontológica. Talvez o maior afluxo de pacientes do sexo feminino possa ser atribuído à maior importância dada aos cuidados com a saúde por parte das mulheres, apesar de que a maior motivação para a procura por um atendimento de emergência deveria ser a dor, independente do gênero do paciente (FERREIRA & DAMANTE, 1998). Mesmo sem dados oficiais publicados ou conclusivos a respeito, parece ocorrer igual predomínio das mulheres como usuárias dos serviços regulares da clínica de graduação da FOP/UNICAMP o que, infelizmente, não parece livrá-las do maior número de emergências odontológicas. O predomínio de solteiros está relacionada a faixa etária predominante jovem (como visto no anexo 07 tabela 14), o que está em desacordo com estudo de REISINE (1987) cujos

resultados mostram 51,9% dos pacientes casados. O predomínio da população leucoderma é compatível com a distribuição da população apontada pelo censo de 1992 (IBGE, 1995). Molares (35,2%) foram os dentes mais afetados por emergências odontológicas como também relatado no trabalho de SCHWARTZ et al. (1994) que sugeriu que maior susceptibilidade deste grupo dentário pode estar relacionada a anatomia coronária dos mesmos e ao tempo de exposição na cavidade bucal.

Antes do atendimento no SE da FOP/UNICAMP, 40,9% dos pacientes só comparecia ao dentista em caso de dor e 26,7% freqüentavam regularmente o consultório dentário. Depois da consulta, 43,6% dos pacientes passaram a freqüentar o dentista só em emergências e 28,7% regularmente. Ambas as freqüências aumentaram às expensas dos freqüentadores ocasionais dos consultórios dentários que mostraram queda de 21,0% para 16,9%. Tais resultados indicam que o grau de adesão do paciente ao tratamento odontológico regular não é satisfatório e que o atendimento emergencial não motivou grande número de pacientes a cuidar melhor dos dentes, o que também foi encontrado por TOMS (1976). Talvez o grau de adesão destes pacientes ao tratamento odontológico regular seja baixo pelo fato de não haver um programa educativo para os usuários do SE da FOP/UNICAMP. Quase metade dos pacientes (38,9%) relatou não ter recebido informações sobre tratamento regular quando atendidos no SE da FOP/UNICAMP. Faz-se necessário um programa de orientação sobre tratamento regular como também comentado por FREED & BERNSTEIN (1975). Em geral, nota-se ausência de estratégias que visem induzir o paciente de emergência à prática regular de tratamento dentário nos serviços

emergenciais (DONE et al. 1988). Dentre as 346 pessoas que não passaram a tratar dos dentes regularmente após o atendimento no SE da FOP/UNICAMP, 78,2% alegaram falta de condição financeira para o tratamento, razão também encontrada por HAYWARD et al. (1989). Em adição a isso talvez seja necessária política de encaminhamento destes pacientes à clínica de tratamento odontológico regular da FOP/UNICAMP ou mesmo aos serviços odontológicos públicos disponíveis em Piracicaba, ambos ainda gratuitos para a maioria dos procedimentos, sugestão também dada por 54 (10,6%) pacientes. A conduta de eliminar a dor no primeiro atendimento e posteriormente acomodar os pacientes para tratamento regular e definitivo parece atender melhor aos fundamentos do ensino e beneficia de uma forma global a comunidade (FERREIRA & DAMANTE 1998).

Alguns dos pacientes convocados (37,5%), relataram ter ficado sem dormir e 10,8% faltaram ao emprego devido à emergência, sendo que destes, quase metade perdeu 2 dias de serviço. Estes dados indicam que a dor sentida por estes pacientes deve ter sido real e intensa. Apesar disto, 26,5% dos pacientes esperam de 2 a 7 dias e 23,4% esperaram mais que um mês após o início do problema antes de procurar o SE da FOP/UNICAMP, resultado similar ao encontrado por SEGAL (1986) e GIBSON et al. (1993b). Tal resultado pode indicar que parte dos pacientes não passava por um episódio de dor tão intensa, ou que os mesmos encontraram barreiras para a utilização pronta dos serviços. Possivelmente, campanhas de orientação poderiam permitir melhor utilização dos serviços de emergências odontológicas (GIBSON et al., 1993b; FERREIRA, 1998).

A maioria dos pacientes considerou que o problema causador da emergência foi resolvido no SE da FOP/UNICAMP (82,2%). Quase dois terços dos pacientes (61,1%) que compareceram ao SE da FOP/UNICAMP com dor, relataram alívio do sintoma entre 1 e 2 horas após o tratamento, resultados similares aos de GIBSON et al. (1993b) e que mostra eficácia do serviço oferecido. Os dados sobre o estado atual dos dentes tratados no SE da FOP/UNICAMP mostram que muitos destes dentes estavam ausentes (32,2%) restaurados e sem cárie (30,3%), ou cariados (23,0%). Levando-se em consideração que muitos pacientes (48,8%) perderam o dente como forma de tratamento no SE da FOP/UNICAMP e outros o perderam depois do atendimento emergencial (18,2%), bem como a quantidade de dentes tratados no SE da FOP/UNICAMP que estavam cariados durante a entrevista (16,1%), podem ter ocorrido falhas no tratamento oferecido no SE da FOP/UNICAMP ou na continuidade do tratamento, após a emergência. Entretanto, a quantidade de dentes restaurados e sem cárie e hígidos ou pilar de próteses ou coroa, que juntos somam 44,5%, indicam que estas falhas não devem ter sido tão grandes.

Apesar da baixa definição, que dificulta a detecção de cáries na radiografia panorâmica (LANGLAND et al., 1982; AHLQWIST et al., 1986), foram encontrados 26,2% de imagens radiolúcidas em coroa ou raiz, indicando a presença de cáries (HURLBURT & WUEHRMANN, 1976; HANSEN, 1980). Recidivas de cárie ou novas cavidades, indicam que houve falha na manutenção do tratamento executado. Ou o paciente não recebeu informação adequada sobre prevenção de cáries ou não as executou corretamente. Políticas de controle ativo de cáries e maior responsabilidade do paciente

com a manutenção da saúde bucal deveriam ser estimuladas. Características como restauração em excesso ou falta (6,3%) ou obturação de canal com excesso ou falta (3,3%), que também foram detectadas neste estudo, indicam falhas na execução do tratamento e sugerem a necessidade de uma supervisão rigorosa na execução dos mesmos, como sugerido por JONES et al. (1985) e De CLEEN et al. (1993). As falhas podem ter ocorrido tanto no tratamento executado no plantão do SE da FOP/UNICAMP ou fora dele, e seria importante haver uma checagem radiográfica final do tratamento executado antes da dispensa do paciente. Alguns dentes (3,8%) apresentaram radiolucidez periapical o que também pode indicar falha no tratamento endodôntico, porém podem apenas indicar cicatrização tecidual (NAIR et al., 1999).

Os dados indicam a satisfação do público com o SE da FOP/UNICAMP, como os que gostaram de tudo (34,2%), disseram não ter qualquer queixa (58,9%) ou indicaram o SE da FOP/UNICAMP para outras pessoas (80,4%). NTABAYE et al. (1998) comentam que um bom ambiente de trabalho, uma boa relação entre dentista e paciente e a inexistência de complicações no pós-operatório são fatores que influenciam a satisfação dos pacientes. Dentre os aspectos que os pacientes mais gostaram estão as características referentes aos alunos que os atenderam, como atenção e educação (41,7%) e a qualidade do serviço (5,7%). Dentre as características que os pacientes menos gostaram, 24,9% foram referentes à demora do atendimento, o que segundo BRUCE et al. (1998) interfere muito na satisfação dos pacientes com o serviço. A satisfação dos pacientes também é confirmada

pelas sugestões, visto que muitos sugeriram que o plantão mantivesse-se como está (15,1%).

Cerca de 10% dos pacientes relataram ter comparecido outras vezes ao SE da FOP/UNICAMP, o que sugere padrão recorrente de tratamentos odontológicos emergenciais, sugestão reforçada por 37,3% já terem feito uso de outros serviços de emergências odontológicas como o Serviço Odontológico Municipal – SOM (62,4%) e postos de saúde (13,4%), principalmente por dor de dente (82,1%). O motivo por não terem procurado o SE da FOP/UNICAMP anteriormente está associado com o horário na emergência (noite - 20,1%) ou por não saberem da existência do serviço (14,7%) ou pela longa distância até a FOP (14,7%). A imagem da profissão odontológica e das faculdades de odontologia ficam desgastadas perante estes pacientes que não conseguiram atendimento para emergências noturnas ou em feriados, como foi comentado por THAM (1994). Deveria ser estimulada a associação entre serviços de emergência e hospitais pois além de oferecer um serviço que funcione continuamente, num hospital tem-se maior suporte médico e paramédico, além de maior apoio financeiro (PRICE, 1979).

CONCLUSÕES

1. O grau de adesão dos pacientes atendidos no SE da FOP/UNICAMP ao tratamento odontológico regular não foi satisfatório.
2. Podem ter ocorrido falhas no tratamento odontológico oferecido no SE da FOP/UNICAMP ou na continuidade do tratamento, após a emergência.
3. Os pacientes atendidos no SE da FOP/UNICAMP apresentaram padrão recorrente em tratamentos emergências.
4. Os pacientes atendidos no SE da FOP/UNICAMP ficaram satisfeitos com o serviço recebido.
5. Faz-se necessária uma política de encaminhamento dos pacientes atendidos à clínica de tratamento odontológico regular da FOP/UNICAMP ou mesmo aos serviços odontológicos públicos disponíveis em Piracicaba. Deve-se adotar postura mais conservadora em relação ao tratamento realizado, evitando-se extração de dentes sempre que possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avaliação Retrospectiva dos Pacientes Atendidos e do Tratamento Oferecido no Serviço de Emergências da FOP/UNICAMP Entre os Anos de 1989 e 1997.

1. AHLQWIST, M.; HALLING, A.; HOLLENDER, L. Rotational panoramic radiography in epidemiological studies of dental health. **Swed Dent J** 1986; 10: 79-84.
2. AHLQWIST, M.; BENGTSSON, C.; GRONDAHL, H. G.; CAPIDUS, L. Social factors and tooth loss in a 12-year follow-up study of women in Gothenburg, Sweden. **Community Dent Oral Epidemiol** 1991; 19: 141-146.
3. ANGULO, F. La radiografía panorámica en pacientes edentulos y parcialmente edentulos. **Acta Odontol Venez** 1989; 27 (2/3): 60-7.
4. BATTENHOUSE, M. A.; NAZIF, M. M.; ZULLO, T. Emergency care in pediatric dentistry. **ASDC J Dent** 1975; 35: 165-9.
5. BEAL, J. F.; BETCHERS, T.; FARRELL, S. Emergency dental treatment at Bank Holidays. **Br Dent J** 1978; 145: 375-377.
6. BRATTBERG, G.; PARKER, M. G.; THORSLUND, M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. **Pain** 1996; 67: 29-34.
7. BRITO, R.B.J. **Características epidemiológicas dos pacientes e padrões de utilização do Serviço de Emergências da FOP/UNICAMP**. Piracicaba, 1997. 34p. Iniciação Científica - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
8. BRUCE, T.A.; BOWMAN, J.M.; BROWN, S.T. Factors that influence patient satisfaction in the emergency department. **J Nurs Care Qual** 1998; 13 (2): 31-7
9. CARR, N. Letter to the Editor. **Br Dent J** 1995; 178: 51.
10. CARTER, J. B. Emergency dental care in east London. **BMJ** 1993; 307: 935.
11. CECCOTTI, M.H.; DANTAS, D.S. **Manual para normalização de dissertação e tese**. Piracicaba, 1999. 56p Manual - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
12. CHAN, V. Personal view - recalled dental attendace. **Br Dent J** 1995; 178: 51.
13. CHRISTIE, L. S. Emergency dental services. **Br Dent J** 1993; 174: 231.
14. CRAWFORD, A. N. Recalled dental attendance - its cost to the NHS. **Br Dent J** 1994; 117: 363-364.
15. DANE, J.N.; HAYDEN, W.J.; SOLDANELS, A.P. Retrospective study of emergency room dental patients retained in a hospital dental practice. **Spec Care Dent** 1988; 8: 102-5.

16. DE CLEEN, M. J.; SCHUURS, A. H.; WESSELINK, P.R.; WU, M.K. Periapical status and prevalence of endodontic treatment in an adult Dutch population **Int Endod J** 1993; 26 (2): 112-9.
17. DEUTSCH, W.M.; SIMECEK, J.W. Dental emergencies among Marines ashore in operations Desert Shield/Storm. **Mil Med** 1996; 16: 620-3.
18. ELDERTON, R. J.; NUTALL, N. M.; EDDIE, S.; DAVIES, J. A. Dental health services research in Scotland: a review of 5-year results. **Community Dent Oral Epidemiol** 1985; 13: 249-252.
19. FERREIRA, O. J., DAMANTE, J.H. Serviços de urgência odontológica: aspectos epidemiológicos e administrativos. **RPG** 1998; 5 (1): 31-8
20. FREED, J. R.; BERNSTEIN, A. S. Utilization of emergency dental services by rural, nonreservation indians. **J Public Health Dent** 1975; 35: 165-9.
21. GATES R. L. & DURCHSLAG, D. G. Triage in the management of emergency patients. **J Dent Educ** 1978; 42: 314-5.
22. GIBSON, G. B.; BLASBERG, B.; HILL, S. J. A prospective survey of Hospital Ambulatory Dental Emergencies. Part 1: Patient and emergency characteristics. **Spec Care Dent** 1993a; 13: 61-65.
23. GIBSON, G. B.; BLASBERG, B.; ALTOM, R. A prospective survey of Hospital Ambulatory Dental Emergencies. Part 2: Follow-up to emergency treatment. **Spec Care Dent** 1993b; 13: 110-112.
24. GANDARA, M. I. G. Critérios de avaliação para classificação Sócio-Econômica. **Serviço Social e Sociedade** 1980; Ano 01; Editorial 03, Editora Cortez: 81-103
25. HANSEN, B. F.; JOHANSEN, J. R. Oral roentgenologic findings in a Norwegian urban population. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1976; 41 (2): 261-6.
26. HANSEN, B.F. Clinical and roentgenologic caries detection. **Dent Max Fac Radiol** 1980; 9: 34.
27. HAYWARD, R. A.; MEETZ, H. K.; SHAPIRO, M. F.; FREEMAN, H. E. Utilization of dental services; 1986 patterns and trends. **J Public Health Dent** 1989; 49: 147-152.
28. HURLBURT, C. E. & WUEHRMANN, A. H.: Comparison of interproximal carious lesion detection in panoramic and standard intraoral radiography. **J.A.D.A.** 1976; 93:

1154.

29. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 1995; Taxa de crescimento anual da população em 1º de julho de 1995 (estimativa). <http://www.ibge.gov.br>
30. JONES, J. D.; SEALS, R. R.; SCHELB, E. Panoramic radiographic examination of edentulous patients. **J Prosthet Dent** 1985; 53 (4): 535-9.
31. KALSBECK, H.; TRUIN, G. J.; BURGERDIJK, R. C. W.; VANT HOF, M. A. Tooth loss and dental caries in Dutch adults. **Community Dent Oral Epidemiol** 1991; 19: 201-204.
32. LANGLAND, O. E.; LANGLAIS, R. P.; MORRIS, C. R. **Principles and Practice of Panoramic Radiology**, Philadelphia, 1982, W. B. Saunders Co., p 2.
33. LOCKER, D.; GRUSHKA, M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. **Community Dent Oral Epidemiol** 1987; 15: 169-172.
34. LUZ, J. G.C. & DI MASE, F. Incidence of dento alveolar injuries in hospital emergency room patients. **Endo Dent Traumatol** 1994; 10: 188-190.
35. MANI, S.P.; CLEATON-JONES, P.E.; LOWNIE, J.F. Demographic profile of patients who present for emergency treatment at Wits'Dental School **J Dent Assoc S Afr** 1997; 52 (2): 69-72.
36. MANJI, F.; NAGELKERKE, N. What can variations in disease outcome tell us about risk? **Community Dent Oral Epidemiol** 1990; 18: 106-7.
37. MANN, J.; REVACH, A.; CALL, R.; ARWAS, J.; SGAN-COHEN, H. Prevalence and distribution of caries in a Jerusalem adolescent population by age, sex and family income. **J Public Health Dent** 1989; 49: 158-162.
38. MOR, C.; ROTSTEIN, I.; FRIEDMAN, S. Incidence of interappointment emergency associated with endodontic therapy. **J Endod** 1992; 18: 509-11.
39. NAIR, P. N.; SJOGREN, U.; FIGDOR, D.; SUNDQVIST, G. Persistent periapical radiolucencies of root-filled human teeth, failed endodontic treatments, and periapical scars. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 1999; 87 (5): 617-27.

40. NGIM, C. H.; PETERSON, D. R.; MILGROM, P. Epidemiologic study of dental emergencies among utilizers in an insured population in Washington, USA. **Community Dent Oral Epidemiol** 1984; 12: 337-342.
41. NTABAYE, M.K.; SCHEUTZ, F.; POULSEN, S. Patient satisfaction with emergency oral health care in rural Tanzania. **Community Dent Oral Epidemiol** 1998; 26: 289-95.
42. PORTEUS, A. B. R. Emergency cover **Br Dent J** 1995; 178: 130.
43. PRICE, J. D. An emergency dental service. **J Dent** 1979; 7: 43-51.
44. RAZAK, I. A.; JAAFAR, N. Dental needs, demands and patterns of service utilization in a selected Malaysian urban population. **Community Dent Oral Epidemiol** 1987; 15: 188-191.
45. REISINE, S. A path analysis of the utilization of dental services. **Community Dent Oral Epidemiol** 1987; 15: 119-124.
46. RENSHAW, J. letter to the Editor. **Br Dent J** 1995; 178: 51.
47. RHODES, F. J. Analysis of patterns of use of an emergency dental service. **Br Dent J** 1990; 169: 99-100.
48. SCHWARTZ, S. A one-year statistical analysis of dental emergencies in a pediatric hospital. **J Can Dent Assoc** 1994; 60: 959-962.
49. SCULLY, C. The pattern of patient attendance for emergency care in a British Dental Teaching Hospital. **Community Dental Health** 1995; 12: 151-154.
50. SEGAL, H. Categories of emergency patients. **Gen Dent** 1986; 34: 37-42.
51. SILVA, O. M. P. **Dimensionamento do serviço odontológico da unidade de emergência do Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula**. São Paulo, 1993. 226 p. Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
52. SILVERMAN, S.; EISENBUD, L. Patterns of referral of dental patients to the emergency room. **J Hosp Pract** 1976; 10: 39-40.
53. SINDET-PEDERSEN, S.; PETERSEN, J. K.; GÖTZSCHE, P. C. Incidence of pain in dental practice in a Danish county. **Community Dent Oral Epidemiol** 1985; 244-246.

54. SOIKONNEN, K.; AINAMO, A. Radiographic maxillary sinus findings in the elderly. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 1995; 80 (4): 487-91.
55. SOLANKI, G. C.; MYBURGH, N.; MOOLA, M. H. Dental caries in Black preschool children in Cape Town. **Community Dent Oral Epidemiol** 1991; 19: 178-179.
56. SONIS, S.T.; VALACHOVIC, R.W. Na analysis of dental services based in the emergency room. **Spec Care Dent** 1988; 150: 343-6.
57. SOUSA, H. A. **Levantamento epidemiológico dos atendimentos do Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo**. Bauru, 1996. 64p Tese de mestrado - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
58. SWISHER, C Emergency visits help build practice. **Dent Stud** 1976; 54 (9): 61-63.
59. TAYLOR, V. E.; DIXON, R. A. Dental emergencies, 4 surveys of demand for urgent dental treatment. **Br Dent J** 1981; 150: 343-346.
60. THAM, D. C. K. Toothache - casualty department. **Br Dent J** 1994; 177: 157.
61. THAM, D. C. K. Bleeding sockets and casualty departments. **Br Dent J** 1995; 178: 208.
62. TOMS, B.V. Emergency dental services in the Plymouth area. Report over a 10-month period. **Br Dent J** 1976; 140: 415-417.
63. VAN PALENSTEIN HELDERMAN, W. H.; NATHOO, Z. A. W. Dental treatment demands among patients in Tanzania. **Community Dent Oral Epidemiol** 1990; 18: 85-87.
64. WALKER, R. T. Emergency treatment - a review. **Int Endodontic J** 1984; 17: 29-35.
65. WIDSTRÖM, E.; PIETILÄ, I.; PIIRONEN, P.; NILSSON, B.; SAVOLA, I. Analysis of patients utilizing emergency dental care in two Finnish cities. **Acta Odontol Scand** 1988; 46: 105-112.
66. WIDSTRÖM, E.; PIETILÄ, I.; NILSSON, B. Diagnosis and treatment of dental emergencies in two Finnish cities. **Community Dental health** 1990; 7: 173-178.
67. WILSON, S.; SMITH, G.A.; PREISCH, J; CASAMASSIMO, P.S. Epidemiology of dental trauma treated in a urban pediatric emergency department. **Pediatr. Emerg. Care** 1997; 13: 12-5

68. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO Oral Health surveys - Basic methods. 3 ed. Geneva, 1987.
69. ZENG, Y.; SHELLER, B.; MILGROM, P. Epidemiology of dental emergency visits to an urban children's hospital. **Pediatr Dent** 1994; 16: 419-23.

ANEXOS

ANEXO 01

**UNICAMP**

Av. Limeira, 901 - Caixa Postal 52

Piracicaba São Paulo - Brasil

CEP 13414-018

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Depto de Diagnóstico Oral - Área de Patologia



Piracicaba, ____ de _____ de 1998.

Prezado(a) Sr.(a), _____, estamos realizando uma análise do atendimento no serviço do plantão de emergência desta faculdade. Como o Sr.(a) já foi atendido(a) neste serviço, estamos solicitando sua presença no **OROCENTRO** (em frente ao serviço social) para uma avaliação clínica no dia __/__/__, às ____ hs. Nesta avaliação será realizado um exame clínico onde verificaremos possíveis necessidades de tratamentos, como restaurações e extrações, e será tomada uma radiografia panorâmica para complementarmos o diagnóstico. Caso haja necessidade de tratamento, o Sr.(a) será encaminhado(a), dentro desta faculdade, para realização do mesmo. Agradecemos desde já sua colaboração,

*Rui Barbosa de Brito Jr.***OROCENTRO**

ANEXO 02**TERMO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA**

TÍTULO: *Avaliação retrospectiva dos pacientes atendidos e do tratamento oferecido no serviço de emergências da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997.*

PESQUISADORES: Jacks Jorge Junior e Rui Barbosa de Brito Junior.

LOCAL: Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP).

1. INTRODUÇÃO: Por favor, leia este termo cuidadosamente pois as informações a seguir irão descrever esta pesquisa e sua função nela como participante. Caso tenha qualquer dúvida sobre este estudo ou termo, você deverá esclarecê-la com os pesquisadores responsáveis pelo trabalho.

2. PROPÓSITO: Você está tendo a oportunidade de participar de uma pesquisa clínica cujos objetivos principais são verificar a eficácia do tratamento emergencial e o tipo do tratamento recebido após o mesmo pelos pacientes que utilizaram do serviço de emergência da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997. Você deve decidir se deseja ou não colaborar com esta pesquisa, entendendo-a o suficiente para fazer uma decisão consciente.

3. RETROSPECTIVA: No Brasil, apesar de dezenas de faculdades disporem de serviços de emergência, não há estudos verificando a eficácia do tratamento emergencial e o tipo de tratamento recebido pelo paciente após a emergência. Estas informações são fundamentais para facilitar o planejamento dos serviços e melhorar o uso de recursos humanos e financeiros, resultando em melhor atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO ESTUDO: Irão participar deste estudo aproximadamente 500 pacientes que foram atendidos no serviço de emergência da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997. Os pacientes que concordarem em participar da pesquisa, responderão a um questionário, passarão por um exame clínico bucal padrão e radiografia panorâmica. Todos estes exames serão realizados pelo pesquisador em cerca de 30 minutos, não sendo necessários retornos. O procedimento radiográfico não é invasivo, não acarreta dor ou desconforto nem gera riscos ou danos determináveis. O único custo ao paciente será o transporte até a faculdade, que será reembolsado pela pesquisa.

5. DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS ESPERADOS: Os métodos utilizados nos exames clínico e entrevista, aos quais os pacientes da pesquisa serão submetidos, são atraumáticos, não invasivos e não acarretam dor, risco ou dano imediato ou potencial determinável para o paciente. Os pacientes terão apenas o custo do transporte à faculdade que será reembolsado pela pesquisa. Ao ser voluntário, o paciente além de estar contribuindo para uma pesquisa que trará benefícios para a comunidade, terá um diagnóstico completo de sua condição bucal, bem como sugestões de tratamento. Será encaminhado, se quiser, aos setores de tratamento adequados da FOP/UNICAMP.

6. ALTERNATIVAS: Não existem métodos alternativos de se obter as informações necessárias.

7. EXCLUSÕES: Serão excluídos da pesquisa mulheres que estejam ou possam estar grávidas, pacientes com deficiência mental, pacientes com doenças que impeçam o diálogo, o exame clínico e o exame radiográfico, pacientes legalmente incapazes sem a presença dos responsáveis legais.

8. COMPENSAÇÃO: A pesquisa não inclui a possibilidade de indenização pois a probabilidade de danos imediatos ou futuros previsíveis decorrentes da pesquisa não é determinável.

9. CONFIDENCIALIDADE DOS REGISTROS: Você terá o direito à privacidade e toda informação que for obtida durante este estudo permanecerá confidencial nos âmbitos possíveis da lei, assegurando proteção de sua imagem, sigilo e respeitando valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. A menos que a revelação seja exigida por ação legal ou regulatória, todos os esforços serão feitos para protegê-lo de ser identificado pessoalmente. Como condição de sua participação nesta pesquisa, você permitirá acesso aos dados obtidos durante o estudo, aos pesquisadores envolvidos neste estudo, aos membros da comissão ética responsáveis e à agência financiadora. Os resultados deste projeto de pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicados em revista científica, porém sua identidade não será divulgada nessas apresentações. Você receberá um resumo dos dados referentes ao seu exame, bem como sugestões de tratamento.

10. DIREITO DE PARTICIPAR, RECUSAR OU SAIR: Ao participar, você concorda em cooperar com os procedimentos que serão executados e que foram descritos acima, não abrindo mão de seus direitos legais ao assinar o termo de consentimento informado. Sua participação neste estudo é voluntária e você poderá recusar-se a participar ou poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem penalidades ou perda dos benefícios aos quais de outra forma tenha direito. O pesquisador terá o direito de desligá-lo do estudo a qualquer momento que julgar necessário.

11. CONTATOS: Se ainda houver qualquer dúvida você poderá receber mais esclarecimentos ligando para o Prof. Jacks Jorge, pelo telefone (019) 430.5317, e-mail admfp@turing.unicamp.br ou pela caixa postal 52 CEP: 13414-018 - Piracicaba - SP. Você poderá também discutir seus direitos como paciente de pesquisa com o presidente da Comissão de ética da FOP/UNICAMP, o Prof. Dr. Antônio Bento, pelo telefone (019) 430.5275.

CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Li o *Termo de Informação e Consentimento para participação em pesquisa clínica* que foi me explicado dentro da minha compreensão. Também tirei minhas dúvidas sobre este estudo com o pesquisador até minha completa satisfação. Sei que minha participação é voluntária e que posso interrompê-la a qualquer momento sem penalidades e sem prejudicar ou influenciar os resultados do estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e também autorizo a liberação dos dados obtidos da pesquisa aos pesquisadores, ao patrocinador e para publicação em revistas científicas e congressos.

* Não assine este termo se não teve a oportunidade de solucionar suas dúvidas e recebido respostas satisfatórias a todas elas.

Piracicaba, ___ de _____ de 1998.

Assinatura do paciente

ANEXO 03

Patologia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba / UNICAMP

Nome: _____	Data: ___/___/___
Endereço: _____	Num.: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____	Tel.: _____
Natural: _____ () DataNasc.: ___/___/___ Idade() Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Cor: B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
Instrução: analf. <input type="checkbox"/> , 1º grau incomp <input type="checkbox"/> , 1º grau com <input type="checkbox"/> , 2º grau incomp <input type="checkbox"/> , 2º grau com <input type="checkbox"/> , sup incomp <input type="checkbox"/> , sup com <input type="checkbox"/> .	
EstCivil: Ca <input type="checkbox"/> So <input type="checkbox"/> Vi <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Ou <input type="checkbox"/> Filhos? Sim <input type="checkbox"/> , não <input type="checkbox"/> . Quantos: _____	Mulheres: está ou pode estar grávida? sim <input type="checkbox"/> , não <input type="checkbox"/>

Profissão: _____ Trabalho: _____ Está empregado? sim <input type="checkbox"/> , não <input type="checkbox"/>
Prof. e instr. pai: _____ e da mãe _____ e do chefe da família: _____
Faixa salarial familiar: <2SM <input type="checkbox"/> , 2-4SM <input type="checkbox"/> , 5-8SM <input type="checkbox"/> , 9-16SM <input type="checkbox"/> , 17-24SM <input type="checkbox"/> , >24SM <input type="checkbox"/>
Qual o número de pessoas da família: 1-2 <input type="checkbox"/> , 3-4 <input type="checkbox"/> , 5-7 <input type="checkbox"/> , +7 <input type="checkbox"/> .
Habitação: própria <input type="checkbox"/> , financiada <input type="checkbox"/> , alugada <input type="checkbox"/> , emprestada <input type="checkbox"/> , alojamento <input type="checkbox"/> , dos pais <input type="checkbox"/>
Instrução do(s) chefe(s) da família (média): 0 <input type="checkbox"/> , -4 <input type="checkbox"/> , 4 <input type="checkbox"/> , -8 <input type="checkbox"/> , 8 <input type="checkbox"/> , 2º in <input type="checkbox"/> , 2º <input type="checkbox"/> , 3º in <input type="checkbox"/> , 3º <input type="checkbox"/>

- Você se lembra do motivo da sua consulta aqui? sim , não . Qual foi? dor , inchaço , sangramento , infecção , perdeu obturação , dente quebrado , outra razão . Qual? _____ . Quanto tempo ficou com este problema? _____ Ficou sem dormir? sim , não . Perdeu dias de serviço? sim , não . Quantos? _____.
- Seu problema foi resolvido após sua consulta? sim , não . Foi-lhe receitado medicação? sim , não . E orientação sobre o tratamento regular? sim , não .
- Se estava com dor, esta passou depois de quanto tempo? 1-2 horas , 3-10 , 11-24 , +24 .
- Qual dente foi tratado na época? _____ Ainda tem o dente? sim , não . Este dente precisou de mais tratamentos? sim , não . Quais? _____ Quanto tempo depois? ___/___/___ Onde tratou? _____
- Caso tenha perdido o dente: Qual o motivo? _____ Quando? ___/___/___
- Quem indicou este serviço de emergência? O próprio , família , amigos , médico , dentista , SOM , dentista do posto de saúde , outros .
- Quantas vezes passou por este serviço antes deste atendimento? _____. Quando? _____ Qual o motivo? dor , inchaço , sangramento , infecção , perdeu obturação , dente quebrado , outro . _____. E depois? _____. Quando? _____ Qual o motivo? dor , inchaço , sangramento , infecção , perdeu obturação , dente quebrado , outro _____.
- Já utilizou outro serviço de emergência? sim , não . Qual? _____ Quando? _____ Qual o motivo? dor , inchaço , sangramento , infecção , perdeu obturação , dente quebrado , outro _____. Quantas vezes? _____. Por que você não veio à FOP? _____.
- Antes de comparecer ao SE da FOP você ia ao dentista: regularmente , ocasionalmente , quando o dente doía , nunca .
- Depois de comparecer ao SE, você passou a ir ao dentista: regularmente , ocasionalmente , quando o dente doía , nunca . Se não trata regularmente, qual o motivo? _____
- Atualmente, com que frequência vai ao dentista? Cada 6 meses , cada ano , cada 2 anos acima disso , só quando dói . Data da última consulta: ___/___/___.
- Quantas vezes tratou os dentes depois de comparecer aqui? 0 , 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , +que isto .
- Você vai sempre ao mesmo dentista? sim , não .
- Já extraiu algum dente? sim , não . Quantos? _____ Qual o motivo? _____
- Pretende extrair mais dentes? sim , não . E usar PT sim , não .
- O que mais gostou no atendimento da FOP? _____
- O que menos gostou? _____
- Indicou o serviço de emergência da FOP/UNICAMP a outros? sim , não
- Alguma sugestão para o serviço de emergências da FOP/UNICAMP?

ANEXO 04**Exame bucal: Características dentárias****AVALIAÇÃO DO ESTADO ATUAL E INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DENTAL**

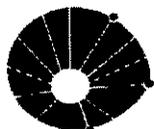
Tratamento →																	
Estado atual →																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Estado atual →																	
Tratamento →																	
ESTADO ATUAL	INDICAÇÃO DE TRATAMENTO																
0- Hígido	0- Nenhum																
1- Cariado	1- Selante																
2- Restaurado e cariado	2- Restauração de uma face																
3- Restaurado e sem cárie	3- Restauração de 2 ou + faces																
4- Ausente por cárie	4- Coroa/pilar de prótese																
5- Ausente por outros motivos	5- Elemento suspenso																
6- Selante ou verniz	6- Endodontia																
7- Pilar de prótese ou coroa	7- Exodontia																
8- Dente não erupcionado	8- Outros tratamentos																
9- Dente excluído																	

Exame bucal: Características radiográficas
 Rx Panorâmico Rx Periapical Rx Interproximal Outras

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

01- Área Radiolúcida na coroa/raiz	15- Cisto mucoso do seio maxilar
02- Restauração em excesso/falta	16- Velamento sinusal
03- Aumento do espaço pericementário	17- Aspecto radiográfico tumoral
04- Cálculo salivar (tártaro)	18- Raiz residual
05- dente incluído/semi-incluído	19- Corpo estranho metálico/não metálico
06- Apinhamento	20- Obturação de canal com excesso/falta
07- Giroversão	21- Anomalia dental de forma/tamanho
08- Alvéolo, extração recente	22- Reabsorção alveolar vertical/horizontal
09- Dente ausente	23- Radiol. Periapical difusa/circunscrita/cística
10- Dente supranumerário	24- Processo estilóide alongado
11- Calcificação em tecido mole	25- Outros (especifique): _____
12- Reabsorção dental	26- Outros (especifique): _____
13- Hipercementose	27- Outros (especifique): _____
14- Osteoesclerose	28- Outros (especifique): _____

ANEXO 05



UNICAMP

Av. Limeira, 901 - Caixa Postal 52
Piracicaba São Paulo - Brasil
CEP 13414-018

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Depto de Diagnóstico Oral - Área de Patologia



Caro(a)

Sr(a).

ao ser voluntário da pesquisa "*Avaliação retrospectiva dos pacientes atendidos e do tratamento oferecido no serviço de emergências da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997*", realizada por Jacks Jorge Junior e Rui Barbosa de Brito Junior, você contribuiu para um estudo que trará benefícios à comunidade de Piracicaba. Conforme combinado, estamos enviando o resumo de sua condição dentária e também sugestões para o tratamento necessário.

Este resumo é baseado no exame clínico e radiografia panorâmica realizados no dia ___/___/98. Destacamos que este diagnóstico não é definitivo, serve apenas como orientação, poderá sofrer modificações em exames futuros e não inclui o exame periodontal.

Estado atual dos dentes	Número de dentes	Tratamento necessário	Número de dentes
Saudável	_____	Selante	_____
Cariado (com ou sem obturação)	_____	Obturação	_____
Obturado e sem cárie	_____	Coroa ou pilar de prótese	_____
Perdido (Ausente)	_____	Prótese	_____
Selante ou verniz	_____	Canal	_____
Pilar de prótese ou coroa	_____	Extração	_____
Problemas de canal (endodontia)	_____	Outros tratamentos	_____
Não erupcionado	_____		_____

Novamente agradecemos sua participação nesta pesquisa e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que julgar necessários.

ANEXO 06

Tabelas para composição da CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA, segundo Gandara M.I.G.(1980)

Tabela 1 – Renda familiar em SM*

Faixa salarial	Pontos	Número de membros da família	Pontos
Acima de 24 SM (muito rica)	10	1 a 2	08
Entre 16 e 24 SM (rica)	07	3 a 4	05
Entre 8 e 16 SM (média)	05	5 a 7	03
Entre 4 e 8 SM (remediada média)	03	Acima de 7	0
Entre 2 e 4 SM (remediada)	01		
Abaixo de 2 SM (pobre)	0		

* Salário mínimo em 1998

Tabela 2 - Número de membros da família

Faixa salarial	Pontos	Número de membros da família	Pontos
Acima de 24 SM (muito rica)	10	1 a 2	08
Entre 16 e 24 SM (rica)	07	3 a 4	05
Entre 8 e 16 SM (média)	05	5 a 7	03
Entre 4 e 8 SM (remediada média)	03	Acima de 7	0
Entre 2 e 4 SM (remediada)	01		
Abaixo de 2 SM (pobre)	0		

Tabela 3 – Instrução do(s) chefe(s) – média

	Pontos
Superior completo	08
Superior incompleto	07
Colegial completo	06
Colegial incompleto	05
Ginasial completo	04
Ginasial incompleto	03
Primário completo	02
Primário incompleto	01
Analfabeto e semi-alfabetizado	0

Tabela 4 – Habitação

	Pontos
Casa própria	04 a 08
Casa compromissada	04 a 06
Casa alugada	02 a 04
Casa cedida por benefício	03 a 05
Casa cedida por necessidade	02

Tabela 5 – Profissão do(s) chefe(s)

	Pontos
Grande industrial, grande comerciante, grande fazendeiro, grande empresário	10
Profissional liberal, oficial, funcionário de nível superior	07
Médio industrial, médio comerciante, médio agricultor, médio empresário, profissional de nível médio e/ou técnico, médio funcionário.	05
Funcionário ou empregado de nível inferior (empregado burocrático e outros), mestre oficial, pequeno comerciante e pequeno agricultor (autônomo)	03
Pequeno funcionário ou trabalhador: operário, trabalhador rural, suboficial e outros	02
Subemprego: trabalhador volante ou ambulante (rural e outros)	00

Tabela 6 – Sistema de pontos

Pontos	Classificação	Código	Intervalos
0 a 5	Classe baixa inferior	BI	05
6 a 11	Classe baixa superior	BS	05
12 a 20	Classe média inferior	MI	08
21 a 29	Classe média	M	08
30 a 38	Classe média superior	MS	08
Ac. 39	Classe alta	A	/

ANEXO 07

A tabela 01 abaixo discrimina as razões de retorno ao remetente das cartas enviadas para convocação dos pacientes, em sua maioria, por não existir o número indicado (51,6%), por ter destinatário desconhecido (17,5%) ou por mudança da residência do destinatário (16,7%) dentre outros motivos.

Tabela 01: Motivo pelos quais as cartas enviadas para convocação dos pacientes, retornaram ao remetente (n=352).

	n	%
Não existe número indicado	182	51,6
Destinatário desconhecido	61	17,5
Destinatário mudou-se	59	16,7
Endereço insuficiente	27	7,8
Outros	23	6,4

Mais que metade dos pacientes atendidos possuíam filhos (55,8%), sendo que 23,2% possuíam 01 filho, 31,7% possuíam 02 filhos e 25,0% possuíam 03 filhos, como visto na tabela 02.

Tabela 02: Posse e quantidade de filhos dos pacientes atendidos no SE da FOP UNICAMP (n=509)

FILHOS	n	%
Sim	284	55,8
Não	225	44,2
NÚMERO DE FILHOS (n=284)		
1	66	23,2
2	90	31,7
3	71	25,0
4	34	12,0
5-10	23	8,2

A maioria dos pacientes examinados tinha como atividade o estudo (29,0%), atividades domésticas (20,0%) e atividades funcionais de nível inferior (21,5%). Apenas 1,9% dos pacientes eram profissionais liberais, oficiais ou funcionários de nível superior (tabela 03).

Tabela 03: Grupos profissionais dos 509 pacientes examinados.

PROFISSÃO*	n	%
Grande industrial, grande comerciante, grande fazendeiro, grande empresário	0	0,0
Profissional liberal, oficial, funcionário de nível superior	10	1,9
Médio industrial, médio comerciante, médio agricultor, médio empresário, profissional de nível médio e/ou técnico, médio funcionário.	41	8,1
Funcionário ou empregado de nível inferior (empregado burocrático e outros), mestre oficial, pequeno comerciante e pequeno agricultor (autônomo)	111	21,5
Pequeno funcionário ou trabalhador: operário, trabalhador rural, suboficial e outros	95	19,0
Subemprego: trabalhador volante ou ambulante (rural e outros)	2	0,4
Estudante	145	29,0
Do lar	105	20,0

* Agrupadas segundo Gandara M.I.G.(1980)

A maioria dos pacientes (41,1%) relatou ter faixa salarial mensal entre 5 e 8 salários mínimos e apenas 1,2% relataram ser maior que 24 salários. A maioria dos pacientes (58,5%) coabitava com 3 a 4 pessoas da família e 5,3% viviam com mais que 7 pessoas na mesma casa. Mais que metade dos pacientes (65,7%) morava em casa própria e pertencia à classe média inferior, como pode ser visto na tabela 04 a seguir.

Tabela 04: Detalhes sobre as características sócio-econômicas dos 509 pacientes atendidos.

	n	%
FAIXA SALARIAL FAMILIAR		
Menos que 2 salários mínimos	38	7,5
De 2 a 4 salários mínimos	162	31,8
De 5 a 8 salários mínimos	209	41,1
De 9 a 16 salários mínimos	77	15,1
De 17 a 24 salários mínimos	17	3,3
Maior que 24	6	1,2
NÚMERO DE PESSOAS DA FAMÍLIA		
De 1 a 2	62	12,2
De 3 a 4	275	54,0
De 5 a 7	143	28,1
Mais que 7	27	5,3
HABITAÇÃO		
Própria	334	65,7
Alugada	66	13,0
Financiada	49	9,6
Emprestada	44	8,7
Dos pais	10	2,0
Alojamento	5	1,0

A maioria dos pais e mães dos pacientes não tinham completado o primeiro grau e eram funcionários de nível inferior, como visto na tabela 05.

Tabela 05: Instrução e profissão de pais e mães dos 509 pacientes examinados.

	n	%
INSTRUÇÃO DOS PAIS		
1º grau completo	40	7,9
1º grau incompleto	303	59,5
2º grau completo	31	6,1
2º grau incompleto	3	0,6
Analfabeto	80	15,7
Desconhecida*	44	8,6
Superior completo	8	1,6
Superior incompleto	0	0,0
INSTRUÇÃO DAS MÃES		
1º grau completo	38	7,5
1º grau incompleto	319	62,7
2º grau completo	18	3,5
2º grau incompleto	13	2,6
Analfabeto	88	17,3
Desconhecida*	27	5,3
Superior completo	5	1,0
Superior incompleto	1	0,2
PROFISSÃO DOS PAIS**		
Grande industrial, grande comerciante, grande fazendeiro, grande empresário	0	0
Profissional liberal, oficial, funcionário de nível superior	3	0,6
Médio industrial, médio comerciante, médio agricultor, médio empresário, profissional de nível médio e/ou técnico, médio funcionário.	10	2,0
Funcionário ou empregado de nível inferior (empregado burocrático e outros), mestre oficial, pequeno comerciante e pequeno agricultor (autônomo)	460	90,4
Pequeno funcionário ou trabalhador: operário, trabalhador rural, suboficial e outros	19	3,7
Subemprego: trabalhador volante ou ambulante (rural e outros)	0	0,0
Outros	17	3,3
PROFISSÃO DAS MÃES**		
Grande industrial, grande comerciante, grande fazendeiro, grande empresário	0	0,0
Profissional liberal, oficial, funcionário de nível superior	1	0,2
Médio industrial, médio comerciante, médio agricultor, médio empresário, profissional de nível médio e/ou técnico, médio funcionário.	13	2,6
Funcionário ou empregado de nível inferior (empregado burocrático e outros), mestre oficial, pequeno comerciante, pequeno agricultor (autônomo)	150	29,5
Pequeno funcionário ou trabalhador: operário, trabalhador rural, suboficial e outros	15	2,9
Subemprego: trabalhador volante ou ambulante (rural e outros)	0	0,0
Outros	330	64,8

*Informação desconhecida pelos paciente.

**Agrupadas segundo Gandara M.I.G. (1980).

A posição de chefe da família dos pacientes atendidos foi ocupada, em sua maioria pelos maridos (32,9%) ou pelos pais (32,0%), que em sua maioria (62,1%) não tinham concluído o primeiro grau e eram funcionários de nível inferior (58,1%).

Tabela 06: Características gerais referentes aos chefes de família dos 509 pacientes atendidos.

	n	%
QUEM É O CHEFE DA FAMÍLIA		
Marido	168	32,9
Pai	163	32,0
O mesmo*	121	23,8
Mãe	33	6,5
Outros	24	4,8
GRAU DE INSTRUÇÃO		
1º grau incompleto	316	62,1
1º grau completo	63	12,4
2º grau completo	68	13,4
2º grau incompleto	25	4,9
Analfabeto	15	2,9
Desconhecido**	7	1,4
Superior completo	13	2,6
Superior incompleto	2	0,4
PROFISSÃO***		
Grande industrial, grande comerciante, grande fazendeiro, grande empresário	0	0,0
Profissional liberal, oficial, funcionário de nível superior	5	1,0
Médio industrial, médio comerciante, médio agricultor, médio empresário, profissional de nível médio e/ou técnico, médio funcionário.	34	6,5
Funcionário ou empregado de nível inferior (empregado burocrático e outros), mestre oficial, pequeno comerciante e pequeno agricultor (autônomo)	294	58,1
Pequeno funcionário ou trabalhador: operário, trabalhador rural, suboficial e outros	150	29,7
Subemprego: trabalhador volante ou ambulante (rural e outros)	5	1,0
Do lar	21	3,7

*Quando a informação se refere ao próprio paciente examinado.

** Informação desconhecida pelo paciente.

***Agrupadas segundo Gandara M.I.G. (1980).

O motivo que levou o paciente a procurar o SE da FOP/UNICAMP agrupados no item "outros da tabela V" em sua maioria era a busca por tratamento regular na clínica da FOP/UNICAMP (16,7%), carie dentaria (12,1%) ou necessidade de tratamento ortodôntico (12,1%). Nota-se que apenas 7,6% destes procuraram o serviço por trauma (tabela 09).

Tabela 07: Motivo que levou o paciente a procurar o SE da FOP/UNICAMP agrupados no item "outros" da tabela II (n=66).

	n	%
Busca de tratamento regular	14	19,9
Dente cariado	9	14,5
Necessidade de tratamento ortodôntico	9	14,5
Problemas relacionados a dentes decíduos	7	10,5
Problemas periodontais	7	10,5
Trauma	6	8,9
Problemas relacionados à próteses	5	7,6
Problemas relacionados ao terceiro molar	5	7,6
Problemas relacionados à ATM	4	6,0

A indicação do SE da FOP/UNICAMP foi feita aos pacientes atendidos, em sua maioria, pela família (32,8%). Em muitos casos também (17,9%) o pacientes já conhecia o serviço (tabela 08).

Tabela 08: Quem indicou o SE da FOP/UNICAMP aos pacientes atendidos (n=509).

	n	%
Família	167	32,8
Próprio	91	17,9
Amigos	53	10,4
Outros	48	9,4
Não lembra	34	6,7
Vizinhos	39	7,7
Dentista do posto de saúde	21	4,1
Dentista	26	5,1
SOM*	27	5,3
Médico	3	0,6

* Serviço odontológico municipal de Piracicaba-SP.

Quando o dente tratado no SE da FOP/UNICAMP necessitou tratamento complementar, este, em sua maioria, foi composto por restaurações (45,5%), endodontia (24,4%) ou exodontias (18,2%). Tais tratamentos foram geralmente realizados na própria FOP/UNICAMP (51,0%) ou em consultório particular (24,5%), como pode ser visto na tabela 09 a seguir.

Tabela 09: Tipos de tratamentos recebidos pelos dentes e locais onde foram realizados nos pacientes atendidos no SE da FOP/UNICAMP que precisaram atendimento complementar ao emergencial (n=143).

	n	%
TRATAMENTO		
Restauração	65	45,5
Endodontia	35	24,5
Exodontia	26	18,2
Confecção de coroa total	14	9,8
Prótese	2	1,4
Periodontia	1	0,7
LOCAL DE TRATAMENTO		
FOP/UNICAMP	73	51,0
Consultório particular	35	24,5
Sindicato	4	2,8
Posto de saúde	5	3,5
SESC	4	2,8
Convênio	4	2,8
SOM	4	1,8
Não se lembram da informação	14	9,8

Alguns pacientes (126) lembraram-se do motivo da perda do dente tratado no SE da FOP/UNICAMP, sendo que 48,8% relataram ter sido a forma de tratamento adotada no SE da FOP/UNICAMP e 23,2 relataram era um dente decíduo, que esfoliou posteriormente (tabela 10).

Tabela 10: Motivo da perda do dente que foi tratado no SE da FOP/UNICAMP em 126 pacientes que lembravam-se do fato.

	n	%
Tratamento realizado no SE da FOP/UNICAMP	61	48,8
Esfoliação de decíduos	29	23,2
Dente fraturou-se	5	4,0
Perda da restauração	4	2,4
Outros	11	8,8
Dor	8	6,4
Cárie	8	6,4

A grande maioria dos pacientes (69,7%) já haviam passado por experiências de exodontias em números variáveis como pode ser visto na tabela 11. As justificativas para essas extrações, como descritas pelos pacientes foram principalmente a dor (39%) ou presença de cárie (20%).

Tabela 11: Experiência pregressa com exodontias dos pacientes avaliados.

	n	%
EXPERIÊNCIAS COM EXTRAÇÕES (n=509)		
Sim	355	69,7
Não	154	30,3
NÚMERO DE DENTES EXTRAÍDOS (n=355)		
1	41	11,6
2	44	12,4
3	38	10,7
4	37	10,4
5	10	2,9
6	6	1,7
8	2	0,6
Vários*	177	49,9
MOTIVO ALEGADO PARA EXODONTIAS (n=355)		
Dor	138	39,0
Cárie	71	20,1
Problemas relacionados a terceiro molar	45	12,7
Indicação do dentista	20	5,6
Problema periodontal	15	4,2
Falta de dinheiro para tratar	11	3,1
Trauma	10	2,8
Motivo desconhecido	6	1,7
Dente quebrado	5	1,4
Erro do dentista	14	4,0
Indicação ortodôntica	8	2,3
Outros	11	3,1

*Quando o paciente não sabia relatar exatamente quantos dentes foram extraídos

Em relação ao total dos dentes permanentes dos pacientes atendidos, a maioria estava hígida (40,0%) e 21,3% estava restaurada por cárie. 91,8% destes dentes não necessitavam de tratamento e apenas 2,8% dos dentes necessitavam de restaurações de uma face. Em relação aos decíduos, 65,4% dos dentes estavam hígidos e 11,2% estavam cariados, 87,7% não necessitavam de tratamento e 7,5 necessitavam de restaurações de duas ou mais faces (tabela 12).

Tabela 12: Informações sobre o estado atual e tratamento necessário dos dentes permanentes e decíduos dos pacientes atendidos.

	n	%
ESTADO ATUAL (PERMANENTES)		
Hígido	6521	40,0
Restaurado sem cárie	3474	21,3
Ausente por cárie	2689	16,5
Dente não erupcionado	1079	6,6
Ausente por outros motivos	645	4,6
Cariado	752	4,6
Pilar de prótese ou coroa	518	3,2
Restaurado e cariado	411	2,5
Selante	96	0,6
Dente excluído	3	0,0
TRATAMENTO NECESSÁRIO (PERMANENTES)		
Nenhum	14948	91,8
Restauração de uma face	456	2,8
Restauração de duas ou + faces	423	2,6
Exodontia	152	0,9
Selante	134	0,8
Coroa/pilar de prótese	83	0,5
Endodontia	51	0,3
Elemento suspenso	9	0,1
Outros tratamentos	32	0,2
TOTAL DE PERMANENTES	16288	100,0
ESTADO ATUAL (DECÍDUOS)		
Hígido	234	65,4
Cariado	40	11,2
Restaurado e cariado	9	2,5
Restaurado sem cárie	60	16,8
Ausente por cárie	2	0,6
Ausente por outros motivos	1	0,3
Selante	11	3,1
Dente não erupcionado	1	0,3
TRATAMENTO NECESSÁRIO (DECÍDUOS)		
Nenhum	296	82,7
Restauração de duas ou + faces	27	7,5
Exodontia	12	3,4
Restauração de uma face	11	3,1
Endodontia	7	2,1
Selante	5	1,3
TOTAL DE DECÍDUOS	358	100,0

Radiograficamente, a maioria dos dentes examinados apresentava-se como ausente (43,2%), com reabsorção alveolar vertical ou horizontal (14,2%), como incluso (13,3%) ou com área radiolúcida na coroa ou raiz (11,6%)

Tabela 13: Características radiográficas dos 509 pacientes atendidos

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS*	n	%
Dente ausente	3308	43,2
Reabsorção alveolar vertical/horizontal	1099	14,2
Dente incluso/semi-incluso	1012	13,3
Área radiolúcida na coroa/raiz	892	11,6
Restauração em excesso/falta	272	3,5
Cálculo salivar (tártaro)	223	2,9
Giroversão	174	2,3
Apinhamento	149	2,0
Processo estilóide alongado	116	1,5
Alvéolo, extração recente	100	1,3
Radiol. Periapical difusa/circuscrita/cística	85	1,1
Raiz residual	63	0,8
Obturação de canal com excesso/falta	63	0,8
Velamento sinusal	34	0,4
Aumento do espaço pericementário	24	0,3
Osteoesclerose	15	0,2
Corpo estranho metálico/não metálico	10	0,1
Reabsorção dental	6	0,0
Calcificação em tecido mole	5	0,0
Dente supranumerário	3	0,0
Hipercementose	2	0,0
Outros	26	0,3
TOTAL**	7681	100

*Um dente pode conter uma ou duas características radiográficas

**Excluídas as características de normalidade dos dentes.

Pacientes jovens tendem a uma freqüência maior ao estado civil solteiro (40,8%) enquanto pacientes não jovens tendem ao estado civil dos casados (31,4%), separados (2,7%) ou viúvos (4,5%).

Tabela 14: Comparação entre as frequências dos grupos etários* e estados civil (n=509)

		n(%)x ^{2**}					
		ESTADO CIVIL					
GRUPO ETÁRIO		Casados	Separado	Outros	Solteiros	Viúvos	TOTAL
	Jovens	55(19,78)a	3(1,0)a	11(3,9)a	208(74,8)a	1(0,3)a	278(100,0)
Não jovens	160(69,2)b	14(6,0)b	3(1,3)b	31(13,4)b	23(9,9)b	231(100,0)	

* divididos de acordo com a média da idade da amostra (idade < média = jovens; idade > média = não jovens).

** proporções de grupo etário de letras diferentes na vertical diferem significativamente ao nível de 5%.