

**RAPHAELA VIEIRA BARRETO**

**PROTOCOLO CLÍNICO E ASSISTENCIAL DE ENDODONTIA PARA  
OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL**

**Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte  
2020**

## **COLABORADORAS**

Raphaela Vieira Barreto

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rafaela da Silveira Pinto

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Fabiana Vargas Ferreira

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Simone Dutra Lucas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>67</b>
<b>2</b>	<b>POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL.....</b>	<b>71</b>
<b>3</b>	<b>PROTOCOLO PARA ENDODONTIA.....</b>	<b>72</b>
3.1	Procedimentos e condutas em endodontia.....	73
3.2	Tecnologias em endodontia.....	77
<b>4</b>	<b>CONDUTA PÓS TRATAMENTO ENDODÔNTICO.....</b>	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Mestrado Profissional tem como uma das exigências para conclusão do curso, a elaboração de produtos técnicos. Entre as modalidades se insere a elaboração de protocolos visando contribuir com os serviços públicos.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que existem os protocolos clínicos e/ou de organização dos serviços.

Os protocolos clínicos são centralizados na atenção à saúde dos pacientes e são direcionados para as atividades clínicas, bem como nas ações educativas, promocionais e preventivas. Tendo como intuito a melhora dos procedimentos ofertados (BRASIL, 2008; BRASIL, 2018; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os protocolos de organização dos serviços, por sua vez, são instrumentos à serviço da gestão, envolvendo a organização do trabalho em uma unidade, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, determinando as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contra referência) e entre outras instituições sociais (WERNECK, FARIA E CAMPOS, 2009).

Para Hebling *et al.* (2007), os protocolos são apenas conjuntos de normas, especificações e padrões que ordenam atos públicos.

A aplicação de protocolos de referenciamento dos usuários favorece a melhoria da qualidade da assistência odontológica, contudo, é necessário que os profissionais envolvidos sejam qualificados para a utilização destes protocolos e que estes instrumentos estejam pactuados nos diversos níveis de atenção objetivando resolutividade e efetividade (BRASIL 2004, 2018).

A utilização do protocolo tende a melhorar a assistência, propiciar o uso de práticas cientificamente sustentadas, diminuir a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe, além de estabelecer limites de ação e cooperação entre os inúmeros profissionais. Os protocolos são ferramentas legítimas construídas dentro dos princípios da prática baseada em evidências e proporcionam as melhores opções disponíveis de cuidado (PIMENTA *et al.*, 2015).

No entanto são apontadas algumas desvantagens sobre seu uso, sendo sua maior parte decorrente do não atendimento às recomendações de sua construção ou desconhecimento dos princípios da prática baseada em evidências (PIMENTA *et al.*, 2015).

Apesar dos protocolos apresentarem certo respaldo legal para atuação dos profissionais, não podemos deixar de entender e escutar o usuário. É importante construir uma relação acolhedora, capaz de oferecer uma classificação de risco humanizada, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde (SOUZA *et al.*, 2011).

É essencial que os problemas enfrentados sejam conhecidos na sua amplitude. Para que não seja aceito qualquer caminho para a solução dos problemas, os objetivos pretendidos devem ser definidos previamente. A ausência de uma normatização pode desencadear em um gerenciamento enfraquecido dos serviços de saúde visto que há várias maneiras de resolver determinada situação (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A oferta da atenção coletiva e individual preveem equidade e cuidado no acesso aos serviços para os grupos de maior vulnerabilidade social e todos os ciclos de vida. Sendo os protocolos ferramentas primordiais para executar ações em saúde no que diz respeito aos princípios do SUS (BRASIL, 2014).

Um dos grandes desafios do serviço público de saúde é a sua organização, pois é necessário um planejamento ordenado que possibilite solucionar os problemas existentes na assistência à saúde e na gestão destes serviços.

Em 1994, o Brasil adotou o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente nomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à elaboração de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias (BRASIL, 2012; SILVA, 2010). Todo sistema de saúde foi reestruturado em níveis de atenção (primária, secundária e terciária) (AZEVEDO; COSTA, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) que se refere a um conjunto de práticas integrais em saúde, visando responder as necessidades individuais e coletivas, que, no país, durante o processo de implementação do SUS, ganhou a denominação de Atenção Básica à Saúde (AB). Ela deve constituir a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde local e o primeiro nível de atenção resolutivo, integrado à rede de serviços mais complexos (GIOVANELLA *et al.*, 2012; STARFIELD, 2002).

A APS é orientada pelos princípios do SUS e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, que são: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (STARFIELD, 2002).

Segundo Tristão *et al.* (2016), o acesso universal e equânime em todos os níveis de assistência está na base do sistema de saúde brasileiro e se apresenta como condição determinante para redução das desigualdades sociais na saúde e como um desafio a ser assegurado no dia-a-dia das práticas de saúde. O acesso é o primeiro passo para a garantia de utilização dos serviços de saúde, sem obstáculos que impeçam ou dificultem a busca e a obtenção de cuidados preventivos e curativos (SANTOS, 2008).

Quando se objetiva garantir acesso, deve-se fazer o planejamento da localização respeitando as características de cada área, considerando suas peculiaridades, e qualquer modelo teórico que não leve em conta esses elementos, possivelmente estará fadado ao insucesso (UNGLERT, 1990).

Outro aspecto importante na construção de um protocolo assistencial em endodontia é conhecer os fatores que interferem no aparecimento da doença. A maioria dos problemas endodônticos resultam da progressão da cárie dentária não tratada, uma condição frequentemente relacionada a situações de maior vulnerabilidade, como indivíduos que residem em domicílios com maior aglomeração e que possuem um menor acesso aos serviços odontológicos. Indicadores socioeconômicos também apresentam associação com a necessidade de tratamento endodôntico.

Saber identificar essas situações propicia uma mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde, tanto em nível individual quanto comunitário. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever uma melhoria nas ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais e sociais (PIMENTA *et al.*, 2015).

Conceber o acesso e o acolhimento como princípios do SUS, favorece a obtenção de melhores resultados nas intervenções em saúde, possibilitando a

continuidade do cuidado em qualquer nível de assistência, uma vez que visam à qualificação do serviço prestado (CORRÊA *et al.*, 2011).

De acordo com a Portaria nº 2.436 foi estabelecida que toda demanda, angústia ou necessidade de saúde devem ser amparados. A utilização de critérios de vulnerabilidades, riscos e o imperativo ético são instrumentos de organização da demanda nos serviços, com a finalidade de desenvolver "uma atenção integral e gratuita a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde" (BRASIL, 2017).

É preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) que a APS deveria resolver 80% dos problemas das pessoas e o restante dos atendimentos seriam destinados para o referenciamento à média e alta complexidade. No entanto, a APS apresenta falhas que podem afetar todo o trabalho, excluindo indivíduos que estão à margem da sociedade. O horário das visitas domiciliares, o acolhimento e a proximidade ao domicílio são elementos que favorecem o acesso à APS. Em contrapartida, o tempo de espera para se conseguir a consulta, o grande número de pessoas adscritas nas áreas das equipes e a baixa resolutividade levam ao congestionamento dos serviços de média e alta complexidade ocasionando problemas na organização do sistema de saúde (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Diante dessa situação pode-se pensar em duas alternativas: primeiramente, a presença de especialistas junto aos serviços municipais de atenção básica, como forma de garantir a resposta à demanda por tratamentos especializados; a segunda, a criação de serviços especializados, menores que os CEO, em municípios que não apresentam atenção secundária (COSTA; WERNECK; PALMIER, 2018).

## 2 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL

Visando contribuir com o princípio da integralidade foram criadas, em 2004, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), política está também conhecida como Brasil Sorridente, que enfatizava a universalização dos serviços prestados pela odontologia pública, passando a ofertar tratamentos de média e alta complexidade para toda a população em diferentes faixas etárias, além de articular atividades intersetoriais, objetivando à diminuição dos problemas bucais (RONCALLI; CÔRTEZ; PERES, 2012).

Como unidades de referência para a atenção primária, integrados ao processo de planejamento loco-regional, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram estruturados ofertando várias especialidades, entre elas a endodontia. Dessa maneira, os CEO são uma frente de trabalho e uma continuidade do trabalho da Equipe de Saúde Bucal realizado pela Atenção Primária. Nestes atendimentos, é função da APS a avaliação e encaminhamento das necessidades, acompanhamento e manutenção da saúde bucal. Enquanto para os CEO são atribuídos os procedimentos clínicos de nível secundário complementares aos realizados na atenção primária (BRASIL, 2004, 2006).

Respeitando os fundamentos da integralidade, os tratamentos endodônticos executados no CEO são prosseguimentos dos trabalhos realizados na APS. Sendo assim, é fundamental a comunicação entre a APS e o CEO no sistema de referência e contra referência (MORRIS; BURKE, 2001)

No caso dos tratamentos endodônticos, esses têm como finalidade aumentar a longevidade dos dentes, quando os mesmos apresentam estrutura remanescente suficiente para permitir o procedimento. Um dos motivos mais comuns para se fazer o tratamento endodôntico é a cárie dentária que, quando esta evolui, contamina o tecido pulpar e ocasiona prejuízos. A maioria dos casos vem acompanhada de dor causando a busca pelo serviço de saúde para o alívio e o tratamento em si. Contudo, há outros fatores que também podem levar a indicações de tratamentos endodônticos, tais como necessidade protética, traumatismo dentário, e complementação da terapia periodontal (LACERDA *et al.*, 2004).

### 3 PROTOCOLO PARA ENDODONTIA

Este protocolo de endodontia para o serviço público de saúde bucal foi proposto e planejado a partir dos estudos realizados na dissertação de Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAOUFMG) e tem como público alvo os profissionais do sistema de saúde público brasileiro.

De acordo com o Ministério da Saúde os encaminhamentos de endodontia têm que partir de uma Unidade Básica de Saúde. Quando atendidos em urgências em outros locais, os usuários também precisam passar primeiramente na UBS para serem efetuados a anamnese, o exame clínico e a adequação do meio bucal focando na remoção de pontos infecciosos. Antes do encaminhamento para o CEO é fundamental avaliar se a dor é de origem endodôntica, se é possível restaurar o dente a ser tratado e se o elemento irá permitir o uso de isolamento absoluto. Em caso de indicação de tratamento conservador, o profissional da UBS deve realizar proteção pulpar e aguardar um período pertinente para avaliar a vitalidade pulpar. Já nos casos de rizogênese incompleta, deve ser realizada a pulpotomia e proervação do caso na APS (BRASIL, 2008).

Outro fator que é importante ser mencionado é a presença de equipamentos radiográficos odontológicos na UBS. Os principais exames complementares utilizados na prática clínica do cirurgião-dentista são as radiográficas e sua disponibilidade é necessário para a realização de um adequado diagnóstico. A ausência de exames complementares pode comprometer a realização do diagnóstico de enfermidades bucais nos usuários dos serviços de saúde e ocasionar falhas de encaminhamento no SUS (CHISINI *et al.*, 2019).

Alguns procedimentos prévios são necessários ao encaminhar o paciente para tratamento endodôntico no CEO tais como, remoção do tecido cariado do dente que será tratado, acesso coronário, remoção da polpa dentária, curativo, selamento coronário e medicação sistêmica caso seja necessário. Os motivos mais frequentes de encaminhamentos para a atenção secundária são a biopulpectomia, a necrose pulpar e os retratamentos endodônticos (BRASIL, 2008).

### 3.1 Procedimentos e condutas em endodontia

A biopulpectomia é a remoção da polpa vital, normal ou inflamada. Este procedimento tem sua indicação principal nos casos de pulpite irreversível ou onde houve insucesso do tratamento conservador. Tem por objetivo prevenir o desenvolvimento de uma lesão perirradicular e possíveis infecções, sendo então substituída pela obturação do sistema de canais radiculares (SIQUEIRA *et al.*, 2011). Para este procedimento são executadas as seguintes etapas (BRASIL,2008; LEONARDO, 2017; MARTIN; AZEREDO, 2014; SIQUEIRA *et al.*, 2011) :

- Radiografia periapical inicial,
- Anestesia,
- Acesso e preparo da câmara pulpar;
- Isolamento absoluto,
- Descontaminação do campo operatório,
- Irrigação constante promovendo a limpeza do Sistema de Canais Radiculares (SCR),
- Instrumentação dos 2/3 do canal,
- Odontometria eletrônica ou por tomada radiográfica determinando o comprimento de trabalho (CT) de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice
- Preparo biomecânico do canal radicular respeitando a conicidade do conduto,
- Rx periapical para verificar a prova do cone principal;
- Obturação radicular,
- Radiografia periapical final,
- Selamento coronário.
- Proservação do caso semestralmente por exames clínicos e radiográficos.

Já a necropulpectomia é o tratamento de canal em dentes com a polpa morta ou necrosada, podendo ter a presença de lesão perirradicular ou não. Consiste na remoção de bactérias do interior do canal radicular e deve-se eliminar a infecção endodôntica ou reduzi-la significativamente para que o tratamento tenha êxito (SIQUEIRA *et al.*, 2012). São realizadas as seguintes intervenções (BRASIL, 2008; LEONARDO, 2017; NERY *et al.*, 2012; SIQUEIRA *et al.*, 2012) :

- Radiografia periapical inicial,
- Anestesia,

- Acesso e preparo da câmara pulpar;
- Isolamento absoluto,
- Descontaminação do campo operatório,
- Irrigação constante promovendo a limpeza do SCR,
- Instrumentação dos 2/3 do canal,
- Odontometria eletrônica ou por tomada radiográfica determinando o CT de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice,
- Preparo biomecânico do canal radicular respeitando a conicidade do conduto,
- Rx periapical para verificar a prova do cone principal;
- Obturação radicular,
- Radiografia periapical final,
- Selamento coronário,
- Proservação do caso semestralmente por exames clínicos e radiográficos. Dentes com lesão periapical que não sofreram regressão após 2 anos do tratamento deverão ser submetidos ao retratamento.

Durante muitos anos, diversos tratamentos e medicações foram usados na terapia de necrose pulpar. Para os casos de sessões múltiplas, um curativo de demora a base de hidróxido de cálcio foi proposto como padrão por obter caráter antimicrobiano, potencializando a desinfecção do SCR, e também pela sua participação no processo de reparo periapical. Alguns estudos ainda sugerem a associação desse medicamento com outros agentes antimicrobianos, como o paramonoclorofenol canforado e a clorexidina para compensar alguma inefetividade do hidróxido de cálcio (BYSTRÖM; CLAEISSON; SUNDQVIST, 1985; NERY *et al.*, 2012; SIQUEIRA *et al.*, 2012; TANOMARU *et al.*, 2003).

No entanto, há um conflito de opiniões no que diz respeito ao número de sessões do tratamento endodôntico e uso de medicação intracanal em dentes necrosados, evidenciando que a eficácia de uma única ou múltiplas sessões pode não possuir diferenças significativas. O que é mais importante para alcançar o sucesso não é quantidade de consultas e sim uma técnica bem efetuada, realizando devidamente a limpeza, desinfecção, preparo dos canais radiculares e a obturação do mesmo (ENDO *et al.*, 2015; FIGINI *et al.*, 2008; INCE *et al.*, 2009).

Outro procedimento rotineiro executado nos CEO são os retratamentos endodônticos. Estes procedimentos são realizados em dentes que receberam uma tentativa de tratamento endodôntico definitivo, mas tiveram um resultado insatisfatório ou mal sucedido (EUROPEAN SOCIETY OF ENDODONTOLOGY, 2006). É importante mencionar que todo retratamento deve ser considerado como um tratamento de um “dente não vital” e em caso de falha ou insucesso deverá ser direcionado para a cirurgia paraendodôntica (BRASIL 2008; GIULIANI; COCCHETTI; PAGAVINO, 2008).

As etapas do retratamento endodôntico consistem basicamente na remoção do material obturador do canal radicular, na reinstrumentação do canal, na medicação intracanal de acordo com a escolha do operador e na obturação do canal radicular (LOPES; SIQUEIRA, 2015). São realizadas as seguintes etapas clínicas para esse procedimento (BRASIL, 2008; LOPES; SIQUEIRA, 2015; ÜNAL *et al.*, 2009):

- Radiografia periapical inicial,
- Anestesia,
- Acesso e preparo da câmara pulpar;
- Isolamento absoluto,
- Descontaminação do campo operatório,
- Remoção do material obturador,
- Odontometria eletrônica ou por tomada radiográfica determinando o CT de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice,
- Preparo biomecânico do canal radicular respeitando a conicidade do conduto,
- Rx periapical para verificar a prova do cone principal;
- Obturação radicular,
- Radiografia periapical final,
- Selamento coronário,
- Proservação do caso semestralmente por exames clínicos e radiográficos.

A eficácia na remoção do material obturador é fundamental para se alcançar êxito na reintervenção endodôntica (GERGI; SABBAGH, 2007). A técnica mais comum utilizada para a remoção do material obturador nos retratamentos são as limas manuais, usando-se limas Hedstroem associadas ao uso de solventes como xylol,

eucaliptol, clorofórmio e aqueles solventes à base de casca de laranja (DALL'AGNOL; HARTMANN; BARLETTA, 2008; LOPES; SIQUEIRA, 2015; SÓ *et al.*, 2008; ÜNAL *et al.*, 2009). Porém, com o avanço de novas tecnologias, tais como os instrumentos rotatórios de níquel titânio e o ultrassom, uma nova possibilidade surgiu para a realização dos retratamentos (ALVES *et al.*, 2016; ÇANAKÇI *et al.*, 2016).

Nos casos em que há necessidade de múltiplas sessões no retratamento recomenda-se o uso de pasta hidróxido de cálcio, o paramonoclorofenol canforado e iodofórmio como medicação intracanal (LOPES; SIQUEIRA, 2015). Em alguns estudos foi relatada a clorexidina gel a 2% como uma alternativa de medicação intracanal nos casos de infecções mais persistentes (GOMES *et al.*, 2003). A associação entre o hidróxido de cálcio e a clorexidina a 2 % também tem sido sugerida, no entanto, a eliminação de microorganismos demonstrou mais eficiente quando estes medicamentos são utilizados isoladamente (SAATCHI *et al.*, 2014).

Ainda existe outro procedimento realizado nos CEO que são os tratamentos de perfurações radiculares. A perfuração tem como consequência a comunicação da cavidade pulpar com tecido periodontal e osso, que quando não tratada, pode resultar na extração dentária. Geralmente esse acidente ocorre no assoalho pulpar na tentativa de localizar os canais calcificados e nos casos de inapropriado preparo do espaço protético para pinos em dentes tratados endodonticamente. Nesses casos são executadas as seguintes intervenções (BRASIL, 2008; COGO *et al.*, 2009; NETO *et al.*, 2012):

- Radiografia periapical inicial,
- Anestesia,
- Acesso e preparo da câmara pulpar;
- Isolamento absoluto,
- Descontaminação do campo operatório,
- Remoção do material obturador quando houver,
- Odontometria eletrônica ou por tomada radiográfica determinando o CT de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice,
- Preparo biomecânico do canal radicular respeitando a conicidade do conduto,
- Utilização do Mineral Trióxido Agregado (MTA)
- Rx periapical para verificar a prova do cone principal;

- Obturação radicular,
- Radiografia periapical final,
- Selamento coronário,
- Proservação do caso semestralmente por exames clínicos e radiográficos.

Atualmente, o material mais usado para perfurações é o MTA por possuir excelentes propriedades, principalmente por ser um material hidrofílico tomando presa mesmo na presença de água e por ter a capacidade de estimular a formação de uma ponte mineralizada com excelente capacidade de vedação. A escolha do material adequado exerce importante função no selamento da área perfurada e a biocompatibilidade junto aos tecidos possibilitando um tratamento mais assertivo (ESPALADORI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2017).

### **3.2 Tecnologias em endodontia**

Outro fator que também merece destaque é o uso da tecnologia em endodontia nos serviços públicos de saúde. As ligas de níquel-titânio (NiTi) ficaram conhecidas na elaboração dos instrumentos endodônticos sendo utilizadas na instrumentação dos canais, certificando maior flexibilidade aos instrumentos, favorecendo seu uso em canais com curvaturas acentuadas e reduzindo falhas de procedimento tais como, degrau, transporte, ou perfuração dos canais radiculares (WALIA; BRANTLEY; GERSTEIN, 1988).

Com o surgimento das limas rotatórias de NiTi conectadas ao motor e os avanços tecnológicos mais recentes na endodontia, houve uma facilidade das técnicas e das etapas operatórias dos tratamentos endodônticos. Isso resultou em preparos mais centrados e cônicos, menor chance de fratura, redução do tempo de trabalho e maior eficiência clínica, proporcionando obturações radiculares de maior qualidade (BRASIL, 2008; SIQUEIRA; RÔÇAS, 2008).

O tratamento a pacientes do SUS com a utilização de instrumentos de NiTi, em clínicas de endodontia do curso de odontologia, apresentou-se mais eficiente e duradouro quando comparados aos instrumentos manuais de aço inoxidável. Além disso, favoreceu a questão da demanda reprimida por tratamento endodônticos, reduzindo as longas filas de espera e ocasionando uma relação custo/benefício satisfatório. De todo modo, é importante que a incorporação dessas tecnologias sejam

constantemente analisadas e discutidas (MARTINS *et al.*, 2012; SEIJO *et al.*, 2013). Diante dos benefícios dos instrumentos de NiTi, seguem os seguintes passos para terapêutica clínica (BRASIL 2008, 2018; MAILLEFER, 2016; SIQUEIRA *et al.*, 2011):

- Radiografia periapical inicial,
- Anestesia,
- Acesso e preparo da câmara pulpar,
- Isolamento absoluto,
- Descontaminação do campo operatório,
- Irrigação constante promovendo a limpeza do SCR,
- Preparo dos terços cervical e médio com brocas de gates-gliden nº 1, 2 e 3 ou instrumentos rotatórios de NiTi de maior conicidade,
- Odontometria eletrônica ou por tomada radiográfica determinando o CT de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice,
- Preparo do terço apical com instrumentos rotatórios de NiTi, inicialmente com instrumentos manuais até o CT, no mínimo, com taper 06 ou de acordo com as recomendações do fabricante, por medida de segurança, e depois acionadas pelo motor elétrico,
- Rx periapical para verificar a prova do cone único,
- Obturação radicular,
- Radiografia periapical final,
- Selamento coronário,
- Proservação do caso semestralmente por exames clínicos e radiográficos.

#### **4 CONDUTAS PÓS TRATAMENTO ENDODÔNTICO**

Após a realização do tratamento endodôntico no CEO, os usuários que possuírem dentes passíveis de restaurações diretas deverão ser encaminhados para restauração na UBS de origem. Por outro lado, os pacientes com necessidades de restaurações indiretas deverão ser mantidos em tratamento no CEO e encaminhados para a especialidade de prótese. A recuperação definitiva de um dente com tratamento endodôntico só ocorre no final do tratamento restaurador, por isso a importância da referência e contra referência estarem alinhadas para que a integralidade do cuidado seja mantida no SUS (BRASIL 2008, 2018; SOUZA *et al.*, 2015; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

## REFERÊNCIAS

ALVES, F. R. F. *et al.* Removal of root canal fillings in curved canals using either reciprocating single- or rotary multi-instrument systems and a supplementary step with the XP-Endo Finisher. **Journal of Endodontics**, v. 42, n.7, p. 1114-1119, 2016.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do sistema único de saúde (SUS): Uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 14, n. 35, p. 797- 810, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretária Municipal da Saúde. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Curitiba: Secretária Municipal da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sb Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).  
Acesso em: 14 mai. 2020.

BRASIL. Secretária Municipal da Saúde. **Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre: organização de rede e fluxo de atendimento**. Porto Alegre: Secretária Municipal da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BYSTRÖM, A.; CLAEISSON, R.; SUNDQVIST, G. The antibacterial effect of camphorated paramonochlorophenol, camphorated phenol and calcium hydroxide in the treatment of infected root canals. **Dental Traumatology**, v. 1, n. 5, p. 170–175, 1985.

CHISINI, L. A. *et al.* Cobertura radiográfica odontológica pelo Sistema Único de Saúde na região Sul do Brasil em 2016: estudo ecológico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 28, n. 1, p.1- 7, 2019.

CORRÊA, Á. C. P. *et al.* Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p.451-457, 2011.

COSTA, W. C. L. B.; WERNECK, M. A. F.; PALMIER, A. C. Secondary care in oral health in small municipalities: a cross-sectional evaluation of demand x access. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 66, n. 1, p. 70–76, 2018.

DALL'AGNOL, C.; HARTMANN, M. S. M.; BARLETTA, F. B. Computed tomography assessment of the efficiency of different techniques for removal of root canal filling material. **Brazilian Dental Journal**, v. 19, n. 4, p. 306–312, 2008.

ENDO, M. S. *et al.* Endodontia em sessão única ou múltipla: revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia- Univ. Passo Fundo**, v. 20, n. 3 ,p. 408–413, 2015.

EUROPEAN SOCIETY OF ENDODONTOLOGY. Quality guidelines for endodontic treatment: Consensus report of the European Society of Endodontology. **International Endodontic Journal**, v. 39, n. 12, p. 921–930, 2006.

ESPALADORI, M. C. *et al.* Experimental furcal perforation treated with mineral trioxide aggregate plus selenium: immune response. **Brazilian oral research**, v. 32, p. e103, 2018.

FIGINI, L. *et al.* Single Versus Multiple Visits for Endodontic Treatment of Permanent Teeth: A Cochrane Systematic Review. **Journal of Endodontics**, v. 34, n. 9, p. 1041-1047, 2008.

GERGI, R.; SABBAGH, C. Effectiveness of two nickel-titanium rotary instruments and a hand file for removing guttapercha in severely curved root canals during retreatment: An ex vivo study. **International Endodontic Journal**, v. 40, n. 7, p. 532-537, 2007.

GIOVANELLA, L. *et al.* Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1478–1479, 2013.

GOMES, B. P. F. A. *et al.* Effectiveness of 2% chlorhexidine gel and calcium hydroxide against *Enterococcus faecalis* in bovine root dentine in vitro. **International Endodontic Journal**, v. 36, n. 4, p. 267–275, 2003.

HEBLING, S. R. F. *et al.* Remarks on drawing up a community health orthodontic assistance protocol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p.1067-1078, 2007.

INCE, B. *et al.* Incidence of Postoperative Pain after Single- and Multi-Visit Endodontic Treatment in Teeth with Vital and Non-Vital Pulp. **European Journal of Dentistry**, v. 03, n. 04, p. 273–279, 2009.

LACERDA, J. *et al.* Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. **Revista de Saude Publica**, v. 38, n. 3, p. 453–458, 2004.

LEONARDO, MARIO. Etapas operatórias do tratamento do sistema de canais radiculares. In:LEONARDO, M.R.; LEONARDO, R. T. **Tratamento de Canais Radiculares**: Avanços de uma endodontia minimamente invasiva e reparadora. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2017. cap 1, p. 1-4.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA, J. F. J. Retratamento endodôntico. In: LOPES H. P, SIQUEIRA J.F.J. **Endodontia: Biologia e Técnica. 4 . ed.** Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.cap 18, p. 595-621.

MAILLEFER, D. Instruções de Uso Protaper Universal. **Dentsply Maillefer**, Suíça, p. 1-6, 2016.

MARTIN, G. DE; AZEREDO, R. A. Análise do preparo de canais radiculares utilizando-se a diafanização. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, n. 2, p. 111-118, 2014.

MARTINS, R. C. *et al.* Dental students' perceptions about the endodontic treatments performed using NiTi rotary instruments and hand stainless steel files. **Brazilian Dental Journal**, v. 23, n. 6, p. 729-736, 2012.

MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Saúde, 2006.

MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. **British Dental Journal**, v. 191, n. 12, p. 666-670, 2001.

NERY, M. J. *et al.* Estudo longitudinal do sucesso clínico-radiográfico de dentes tratados com medicação intracanal de hidróxido de cálcio. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 41, n. 6, p. 396-401, 2012.

NETO, I. M. *et al.* Utilização de cimento a base de MTA no tratamento de perfuração radicular: relato de caso clínico. **Rev Odontol Bras Central**, v. 21, n. 59, p. 553-556, 2012.

PIMENTA, C. A. M. P. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: Coren-Sp, 2015.

RONCALLI, A. G.; CÔRTEZ, M. I. S.; PERES, K. G. Oral health epidemiology and surveillance models in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S58-S68, 2012.

SAATCHI, M. *et al.* Antibacterial effect of calcium hydroxide combined with chlorhexidine on *Enterococcus faecalis*: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Applied Oral Science**, v. 22, n. 5, p. 356-365, 2014.

SANTOS, J. S. **Absenteismos dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo no município baiano**. 2008. 34 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2009.

SEIJO, M. O. S. *et al.* Learning experience in endodontics: Brazilian students' perceptions. **Journal of Dental Education**, v. 77, n. 5, p. 648-655, 2013.

SCHNEID, S. *et al.* Evidence based clinical practice guidelines: the Grupo Hospitalar Conceição experience. **Revista AMRIGS**, v. 47, n. 2, p.104-114, 2003.

SILVA, A. D. F. Portal da Educação. **Objetivos do Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/9846/objetivos-do-programa-de-saude-da-familia>>. Acesso em: 6 dez. 2019.

SILVA, L. A. B. *et al.* Furcation Perforation: Periradicular Tissue Response to Biodentine as a Repair Material by Histopathologic and Indirect Immunofluorescence Analyses. **Journal of Endodontics**, v. 43, p. 1137–1142, 2017.

SIQUEIRA, J. F. *et al.* Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa viva. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 68, p. 161-165, 2011.

SIQUEIRA, J. F. *et al.* Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. **Rev Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 8–14, 2012.

SIQUEIRA, J. F.; RÔÇAS, I. N. Clinical Implications and Microbiology of Bacterial Persistence after Treatment Procedures. **Journal of Endodontics**, v. 34, n. 11, p. 1291-1301, 2008.

SÓ, M. V. R. *et al.* Efficacy of ProTaper Retreatment System in Root Canals Filled with Gutta-Percha and Two Endodontic Sealers. **Journal of Endodontics**, v. 34, n. 10, p. 1223–1225, 2008.

SOUZA, C. C. *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p.1- 8, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANOMARU, J. M. G. *et al.* Effect of different irrigation solutions and calcium hydroxide on bacterial LPS. **International Endodontic Journal**, v. 36, n. 11, p. 733–739, 2003.

ÜNAL, G. Ç. *et al.* A comparison of the efficacy of conventional and new retreatment instruments to remove gutta-percha in curved root canals: An ex vivo study. **International Endodontic Journal**, v. 42, n. 4, p. 344–350, 2009.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e da dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

WALIA, H.; BRANTLEY, W. A.; GERSTEIN, H. An initial investigation of the bending

and torsional properties of nitinol root canal files. **Journal of Endodontics**, v. 14, n. 7, p. 346-351, 1988.

WERNECK, M. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.