Prefeitura do **M**unicípio de **S**ão **P**aulo
Secretaria **M**unicipal da **S**aúde
Coordenação de **D**esenvolvimento de **P**rogramas e **P**olíticas de
Saúde - **CODEPPS**

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL DA SES SP

"Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de endodontia"

adotado pela Área Técnica de Saúde Bucal para subsidiar as ações de saúde bucal na rede municipal de saúde.

Gestão 2005-2008

dezembro de 2005

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

"Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de endodontia"

Dezembro de 2004

Apresentação

A atenção integral à saúde, objetivo do Sistema Único de Saúde, inicia-se pela organização do processo de trabalho na rede básica de saúde e soma-se à ações em outros níveis assistenciais, compondo o "cuidado à saúde" (CECÍLIO e MERHY 2003). É a rede básica de saúde, portanto, a grande responsável pelo cuidado em saúde e cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação equipe de saúde com os indivíduos, famílias, comunidades; significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; significa acolhê-las em suas necessidades com relação ao sistema de saúde.

As proposições no âmbito da atenção básica devem ser norteadas pelo entendimento da dupla dimensão do processo saúde-doença, que exige não apenas soluções voltadas para o indivíduo mas também intervenções de caráter coletivo, orientadas por critérios de prevalência, incidência, magnitude e possibilidade de resposta.(DAB/SES-SP 2002). E este nível de atenção necessita esgotar os limites de suas possibilidades, na propedêutica e na clínica, dando uma resposta eficaz às pessoas sob sua responsabilidade, num processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Esse nível de deve, assim, "ser orientado para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificado no sentido de também prover cuidados contínuos para os pacientes portadores de patologias crônicas e portadores de necessidades especiais" (CARTA DE SERGIPE 2003).

É neste contexto que se inserem a ação de saúde bucal.

E é preciso compreender que ter saúde bucal significa não apenas ter dentes e gengivas sadias. Significa também estar livre de dores crônicas e outras doenças e agravos que acometem o aparelho estomatognático. Implica na possibilidade de uma pessoa exercer plenamente funções como mastigação, deglutição e fonação, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento, o que contribuirá para sua saúde geral. Não se pode separar saúde bucal da saúde geral, que está diretamente relacionada com qualidade de vida. (PETERSEN 2003; NARVAI 2003, SES-SP2004).

E é igualmente relevante reconhecer que saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra), com o acesso à informação e aos serviços de saúde (1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal ,1986 e 1993).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004), além de destacar que as condições de saúde bucal podem mostrar sinais significativos de exclusão social, teve como objetivo identificar os principais problemas e buscar meios e recursos para superá-los nos diversos níveis de atuação do SUS.

E, nunca é demais lembrar, ter saúde bucal é um direito de cidadania, assegurado pela Constituição de 1988, direito que deve ser efetivado mediante políticas públicas que assegurem sua promoção, proteção e recuperação, significando também o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O sujeito da atenção básica em saúde bucal é o cirurgião-dentista clínico geral, que, assim, deve estar apto a atuar tanto na assistência, desenvolvida na Unidade de Saúde, como em ações coletivas e intersetoriais, sempre com o conhecimento do perfil epidemiológico da população sob sua responsabilidade.

As ações desenvolvidas na atenção básica em saúde bucal passam por um processo de evolução desde a implantação do SUS, tanto no que diz respeito ao público alvo contemplado quanto na sua complexidade. Isto implica na incorporação e desenvolvimento

de tecnologias que visem organizar os sistemas de referência e contra-referência proporcionado o atendimento integral do indivíduo, tendo como meta efetivar os preceitos constitucionais já citados.

Na saúde bucal cada vez mais se faz necessário ampliar o conjunto de ações desenvolvidas pelo cirurgião-dentista clínico geral no sentido de se obter maior qualidade e resolutividade.

Para tal, faz-se necessário instrumentalizá-lo em relação a técnicas e procedimentos especializados que possam ser realizados na atenção básica, estabelecendo limites de atuação profissional e condições de encaminhamento.

Com esse objetivo, o Centro Técnico de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, reuniu um grupo de trabalho constituído de profissionais da rede estadual de saúde, com experiência em diferentes especialidades e também com experiência na rede básica de saúde, para a construção de um conjunto de recomendações, com embasamento científico, que pudessem ser discutidas por profissionais representando municípios no âmbito das 24 Direções Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (DIR), incorporando as suas contribuições e experiências.

Foi um processo longo, porém cuidadoso, iniciado em fevereiro de 2003, que teve, como etapas, o estabelecimento de estratégias de trabalho, com a definição da estrutura dos cadernos; a revisão de literatura e elaboração de documentos para discussão inicial, o planejamento e a realização de oficinas com representantes de municípios e Faculdades de Odontologia das 24 Direções Regionais de Saúde (DIR), incorporação das sugestões e formatação e revisão final.

O trabalho foi finalizado com a constituição de sete Cadernos de Saúde Bucal, denominados: "Qualidade e resolutividade na atenção básica":

- Recomendações para atendimento pacientes com necessidades especiais
- Recomendações sobre cirurgia ambulatorial
- Recomendações sobre endodontia
- Recomendações sobre periodontia
- Recomendações sobre semiologia
- Recomendações sobre odontopediatria e ortodontia preventiva
- Recomendações sobre biossegurança .

Cada Caderno tem características especificas de acordo com a complexidade da especialidade contemplada e certamente cumprirá o objetivo, já enunciado anteriormente - o de subsidiar o cirurgião-dentista da rede básica no esgotamento de suas possibilidades propedêuticas e clínicas, auxiliando-nos também no que e como referenciar aos níveis mais especializados.

È com muita satisfação, pois, que colocamos à disposição de todos os profissionais, e não apenas para os do SUS, esses sete Cadernos de Saúde Bucal.

Agradecemos, nesta oportunidade, aos que participaram da elaboração deste trabalho, com a dedicação de seu precioso tempo e conhecimento, cuja recompensa é a possibilidade de dividir seus saberes de forma solidária e democrática, contribuindo para a melhoria da atenção à saúde bucal da comunidade usuária do SUS.

São Paulo, dezembro de 2004.

Tania Izabel Bighetti Forni	Maria da Candelária Soares
Assessora de Saúde Bucal	Diretora do Centro Técnico de Saúde Bucal

Geraldo Alckmin
Governador do Estado de São Paulo

Luis Roberto Barradas Barata
Secretário da Saúde

Centro Técnico de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares - Diretora

Assessores

Vladen Vieira
Tania Izabel Bighetti Forni
Angela Maria Spadari D'Amelio
Doralice Severo da Cruz
Ana Flávia Pagliusi Gennari
Julie Silvia Martins
Maria Egláucia Maia Brandão

GRUPO DE TRABALHO

Coordenação Executiva:
Tania Izabel Bighetti Forni

Participantes:

Hiroko H. Nishiyama (DIR I)

Alice M. N. Fugita (Visconde de Itaúna)

Claudio Massami Suzuki (Visconde de Itaúna)

Dolores M. S. Russo (Amaral Gurgel)

Fabiana N. Silva (PAM Lapa)

Jorge Ferreira de Araújo (Hospital das Clínicas)

Doralice Severo da Cruz Teixeira (CRI)

Léa Márcia C. F. Alahmar (Visconde de Itaúna)

Maria Cristina de Carvalho (NRS 4)

Marco Antonio T. Martins (CS I Pinheiros)

Myriam Rossi (Amaral Gurgel)

Rita de Cassia B. Vilarim (PAM Lapa)

Angela Maria Spadari D'Amelio (CTSBucal}

Colaboradores

Azzo Widman (SES-SP – Hospital das Clínicas)
Carlos Alberto Machado (SES-SP – Centro de Referência de Hipertensão)
Carlos Bonilha (SES-SP – CSI Vila Maria)
Cibele Paiola (DIR I – PAM Lapa)
Edison José Boccardio (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)
Iara Oliveira Pais de Camargo (DIR I – PAM Lapa)
Inaldi Marília Fernandes Bispo (SMS-SP – UBS Jardim São Paulo)
Fernanda Lúcia de Campos (SMS-SP – COGEST – Saúde Bucal)
Julia Futaki (Clínica particular)
Luis Alberto Valente Junior (FM-USP – Hospital das Clínicas – Divisão de Odontologia)
Marina de Fátima Rossi de Monteiro Piva (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)
Marisa Santiago S. Boreni (SES-SP – Clínica Amaral Gurgel)
Pedro Orville Megale (DIR I – PAM Lapa)
Regina Auxiliadora de Amorim Marques (SMS-SP – CSSub-prefeitura Butantã)
Sílvio Carlos Coelho de Abreu (SMS-SP – PSF Santa Marcelina)

Representantes das Direções Regionais de Saúde

DIR I: Hiroko H. Nishiyama
Mylene Cristina Pauletto; Maureen Ohara; Tania Mendonça; Maria Aparecida Custodio Ferreira; Teresa Cristina de Abreu
DIR II: Elisa Ferraz de Alvarenga
Maria Inez Arantes Azevedo B. Lippi; Sheila Ruegger Fabiano (Ribeirão Pires)
DIR III: Viviane Armindo P. de Miranda
Nelson Nakazone (Guarulhos); Egle Lucy Guimarães (Itaquaquecetuba)
DIR IV: Rosele Alves de Araújo
Márcia Macedo; Vítor Eugênio Aoki; Sérgio Paulo Barbosa; Marinez Macedo (Francisco Morato)
DIR V: Renato Maurício da Cruz
Olga Maria D. Pires (Embu das Artes); José Alberto Tarifa Nogueira (Embu das Artes); Amélia Mendes N. Guermandi (Embu das Artes); Nilva T. Kitani (Embu das Artes)
DIR VI: Lúcia Maria Alves de Lima
Milton Zampieri Júnior (Araçatuba); Álida Cristina Botazzo Delbem Fornazari (Araçatuba); Liliane Passanezi Almeida Louzada (FO-Araçatuba); Cíntia Megid Barbieri (FO-Araçatuba)
DIR VII: José Carlos Amantéa
Gema Maria Pagliari
ni Pizani (Araraquara)
DIR VIII: Cleuber Landre
DIR IX: Helda Maria Lucarelli
Alex Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos); Juliemy Aparecida de Camargo Schuoteguazza (Faculdade de Odontologia de Barretos); Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos),
DIR X: Elaine Aparecida Casarin
Maria Rúbia Ayub Vaca (Borebi); Maria Inês Pereira Bernardes (Agudos)
DIR XI: Ana Paula Machado; Arnaldo Porto

DIR XII: Nadja Moscoso Abdalla
Rosimary de Fátima Val (Campinas); Paulo Camargo Moraes (Cosmópolis); Daniel Guimarães Pedro Rocha; (Paulínia) Maurício Saurin (Sumaré); Zuleica Meluza dos Santos (Vinhedo); Aparecida Inácio de Oliveira (Paulínia)
DIR XIII: Cláudio José Abrahão
DIR XIV: Suzel Marlene Longhi Nunes Oliveira
DIR XV: Simone Rennó Junqueira; Roberta Molina
DIR XVI: Diana Tsuyako Sjikura
Rosa Maria Outeiro Pinto Moreira
DIR XVII: Severino Florêncio
Carlos Augusto Garcia de Alencar (Pariquera-açu e Sete Barras); Ricardo Adilson Soares (Miracatu e Juquiá); Marcos Aurélio Maeyama (Iguape e Juquiá); Francisco de Paula Spagnuolo Neto (Pedro de Toledo); Ana Cristina Messaggi Gomes Vendramini (Jacupiranga); Cristianne Aparecida Costa Haraki (Pariquera-açu)
DIR XVIII: Vera Lúcia Morando Simi
DIR XIX: Aparecida Soares Franco
DIR XX: Airton Dias Paschoal; Suely Elizabeth L. Moreira
DIR XXI: Vera Lúcia de Carvalho Pirk
Ana Antonieta P. Valias (São José dos Campos); Marinaldo Guilhermino (São José dos Campos); Maria Aparecida Oliveira Melo (São José dos Campos); Guilherme Ungari (São José dos Campos); Elias Cecílio Neto (São Sebastião); Jefferson Klink (São Sebastião)
DIR XXII: Júlio César P. Gomes
Gisele Rocco Pereira (São José do Rio Preto); Sandra Regina Lourenço Gomes (São José do Rio Preto)
DIR XXIII: Wilson Gonçalves; Maria do Carmo B. Gonçalves
DIR XXIV: Maristela Luzia
Flávio Augusto Claro (Taubaté); Fábio Ribeiro Ito (Tremembé); Lilian Barbosa Moassab (Taubaté)

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

1. "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais"

- classificação dos pacientes segundo tipo de deficiência;
- descrição (definição, etiologia, características, sinais e sintomas) das alterações mais relevantes por sistema
- classificação de tratamentos odontológicos por grupos de procedimentos (I, II, III, IV, V, VI), dos menos invasivos para os mais invasivos, o que vai estabelecer o limite de atuação entre clínico geral e especialista e condições de encaminhamento;
- aspectos que devem ser obtidos a partir da avaliação médica e que devem ser considerados na avaliação odontológica;
- classificação de risco e grupos de tratamentos indicados para cada categoria,;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

2. "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de cirurgia ambulatorial"

- aspectos a serem observados na consulta inicial e no pré-operatório cirúrgico cuja descrição está detalhada nas "Recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais",
- sinais e sintomas de interesse na região de pescoço e cabeça;
- aspectos a serem considerados no exame físico e exames complementares mais utilizados;
- fluxo dos pacientes e plano de tratamento detalhando as condutas do clínico geral nos grupos de intervenções emergenciais odontológicas, intervenções emergenciais médicas e exodontias simples;
- aspectos relacionados a dor orofacial;
- condutas a serem tomadas em situações de complicações trans e pós-operatórias;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;

3. "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de endodontia"

- indicações de endodontia;
- recursos utilizados no diagnóstico das alterações pulpares nas diferentes fases de evolução;
- condutas conservadoras que devem ser adotadas pelo clínico geral;
- condutas radicais indicadas para o especialista, com interface com o clínico geral em relação a pulpectomia, drenagem via transdental e extradental (intra e extrabucal);
- condutas de urgência em função de observações na anamnese, no exame físico e nos exames complementares;
- descrição dos passos de cada procedimento;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

4. "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de periodontia"

- aspectos relacionados ao controle da placa bacteriana;
- descrição do índice utilizado para a avaliação periodontal, estabelecendo o limite de atuação entre clínico geral e especialista;
- descrição e funções das sondas periodontais mais utilizadas;
- características de saúde e de doença do tecido gengival a serem identificadas no exame clínico;
- classificação e descrição das doenças periodontais;
- considerações sobre tabagismo e seu papel na evolução das doenças periodontais;
- descrição dos tratamentos a serem realizados pelo clínico geral e pelo especialista e suas interfaces;
- condutas de urgência em periodontia,
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

5. "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de semiologia"

- aspectos relacionados ao exame clínico, à anamnese e ao exame físico;
- características dos exames complementares necessários ao diagnóstico de alterações;
- descrição das lesões fundamentais;
- grupos de lesões, tipos de alterações, características clínicas, tipo de diagnóstico e tratamento;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências,
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

6. "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de odontopediatria e ortodontia preventiva"

- aspectos relacionados ao exame clínico como posição do bebê para exame e situações de normalidade e alterações importantes em relação ao exame físico geral, extra e intra-bucal e oclusão;
- descrição de manifestações bucais de doenças viróticas, bacterianas e fúngicas, bem como de aspectos relacionados à respiração bucal;
- seqüência de erupção dentária e risco de cárie dentária;
- para cada tipo de alteração descrita, o tratamento recomendado e o profissional indicado para sua execução e as interfaces de atuação;
- descrição detalhada dos procedimentos a serem realizados pelo clínico geral;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

7 - "Qualidade e resolutividade na atenção básica" recomendações de biossegurança"

- abordagem resumida das medidas de precaução universal a ser considerada na prática odontológica, reportando-se às portarias e resoluções relacionadas;
- bibliografia recomendada.

Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de endodontia

Responsáveis

Doralice Severo Teixeira da Cruz
Léa Márcia C. F. Alhamar

Sumário

Consulta inicial – Exame clínico..... 10
Condutas de urgência..... 11
Tratamentos endodônticos..... 14
Urgências e traumas..... 18
Especialidades farmacêuticas..... 20
Instrumental necessário..... 23
Bibliografia recomendada..... 25

ENDODONTIA

Consulta inicial - Exame clínico

Indicação para endodontia

Dentes com remanescente coronário passível de reconstrução com restaurações ou próteses fixas unitárias e bom estado periodontal, casos indicados para cirurgia (cistos)
Dentes (raízes) de pacientes irradiados que não podem sofrer exodontias devido à osteorradionecrose

Recursos utilizados no diagnóstico

Recursos	Características
Anamnese	Presença ou não de dor, tipo e intensidade da dor
Inspeção intra-oral	Presença de lesão de cárie, restauração, pólipo pulpar, exposição pulpar (cavidade pulpar aberta)
Palpação apical	Presença ou ausência de sensibilidade
Percussão	Horizontal e vertical
Testes térmicos	Calor e frio
Interpretação radiográfica	Aumento ou não do espaço pericementário, rizogênese incompleta

Condutas

<table>
<tr><td rowspan="3">Tratamento conservador
Capeamento direto
Polpotomia</td><td rowspan="3">Remoção da causa</td><td>Causa</td><td>Tratamento</td></tr>
<tr><td>Trauma oclusal</td><td>Ajuste oclusal</td></tr>
<tr><td>Cárie</td><td>Limpeza e curativo/
Polpotomia
(hidróxido de cálcio)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Tratamento radical
Indicação para especialista, com interface com o clínico geral *</td><td colspan="3">Pulpectomia *</td></tr>
<tr><td colspan="3">Drenagem via transdental *</td></tr>
<tr><td colspan="3">Drenagem extra-dental (intra e extra bucal) *</td></tr>
<tr><td colspan="3">Cirurgia paraendodôntica</td></tr>
<tr><td colspan="3">Retratamento endodôntico</td></tr>
</table>

Fases dos tecidos pulpar e periapical

Tecidos pulpar e periapical	Fases
Polpa vital	Reversível Reversibilidade problemática Irreversível (pulpite) Crônica
Alterações periapicais agudas	Pericementite aguda primária (polpa viva e morta) Pericementite aguda secundária Abscesso dento-alveolar agudo
Alterações periapicais crônicas	Pericementite crônica Abscesso dento-alveolar crônico Granuloma Cisto

Conduta de urgência - Características da polpa vital observadas na anamnese, exame físico, exames complementares e conduta

Polpa vital			Anamnese	Exame físico				Exames complementares			Conduta
				Inspeção intra-oral	Palpação apical	Percussão		Teste térmico		Exame radiográfico	
			Sintomatologia			Horizontal	Vertical	Frio	Calor		
Alteração inflamatória pulpar	Aguda	Fase reversível	Dor provocada ou exacerbada com frio, localizada e de curta duração, cessando pelos analgésicos gerais	cárie restauração	–	–	–	sensível	ligeira sensibilidade	–	tratamento conservador
Alteração inflamatória pulpar	Fase irreversível Pulpite aguda		Dor forte, espontânea, exacerbada pelo calor, mitigada pelo frio, difusa e contínua, não passa com analgésicos	cárie restauração	ligeira sensibilidade	–	ligeira sensibilidade	sensível	exacerbação da dor	aumento do espaço pericementá-rio	pulpectomia
Alteração inflamatória pulpar	Fase irreversível Pulpite crônica		Sem sintomas característicos (dor à mastigação, difusa e mal definida)	presença de pólipo pulpar, exposição pulpar (cavidade pulpar aberta, rizogênese incompleta)	–	–	sensação diferente, sem caracterizar quadro álgico	–	sensível	cavidade pulpar aberta, rizogênese incompleta	pulpectomia ou polpotomia para dentes com rizogênese incompleta

Conduta de urgência - Características das alterações periapicais agudas observadas na anamnese, exame físico, exames complementares e conduta

Alterações periapicais			Anamnese	Exame físico				Exames complementares			Conduta
				Inspeção intra-oral	Palpação apical	Percussão		Teste térmico		Exame radiográfico	
			Sintomatologia			Horizontal	Vertical	Frio	Calor		
Alteração periapical aguda	Pericementite aguda	Polpa viva	Sensação de dente crescido, dor localizada e permanente	restauração, observar oclusão	sensibilidade	+	+	vitalidade pulpar	vitalidade pulpar	aumento do espaço pericementário	remoção da causa-ajuste oclusal, analgésico
		Polpa morta	Sensação de dente crescido, dor localizada e permanente	contato prematuro	sensibilidade	+	+	ausência de resposta	ausência de resposta	aumento do espaço pericementário	avaliação da conduta anterior, irrigação/aspiração, medicação intra canal, ajuste oclusal, avaliação da necessidade de medicação sistêmica
	Abscesso dento-alveolar agudo		Dor pulsátil, localizada/difusa, permanente, edema facial, presença ou não de edema	cárie, restauração, edema apical, mobilidade	grande sensibilidade	sensível	sensível	ausência de resposta	ausência de resposta	ruptura da lâmina dura, rarefação óssea periapical: agudização de lesão crônica preexistente	penetração desinfetante ou desobturação, tentativa de drenagem, ajuste oclusal, avaliação da necessidade de medicação sistêmica

Conduta de urgência - Características das fases das alterações periapicais crônicas observadas na anamnese e exame físico

Alterações periapicais		Anamnese	Exame físico				Exames complementares			Conduta
					Percussão		Teste térmico			
		Sintomatologia	Inspeção intra-oral	Palpação apical	Horizontal	Vertical	Frio	Calor	Exame radiográfico	
Alteração periapical crônica	Pericementite crônica	assintomática	cárie restauração	_	_	sensível	-	-	aumento do espaço pericementário	Penetração desinfectante Medicação intracanal Medicação sistêmica (avaliar necessidade)
	Abscesso dento-alveolar crônico	assintomática, presença de fístula	cárie, restauração, fístula cutânea ou mucosa	sensível	_	sensível	-	-	rarefação óssea periapical difusa	Penetração desinfectante Medicação intracanal Medicação sistêmica (avaliar necessidade)
	Granuloma	assintomático	cárie, restauração	sensível	_	sensível	-	-	rarefação óssea periapical circunscrita	Penetração desinfectante Medicação intracanal Medicação sistêmica (avaliar necessidade)
	Cisto	assintomático/abaulamento ósseo	cárie, restauração/abaulamento ósseo	sensível	_	sensível	-	-	rarefação óssea periapical circunscrita	

Tratamento endodôntico de dentes com polpa viva

Passos	Observações
Anestesia	Tipos: infiltrativa, por bloqueio, intra-septal, intra-pulpar Anestésico: seguir protocolo de medicamentos
Isolamento absoluto + assepsia	-
Acesso à câmara pulpar e pulpectomia	Seguir princípios do acesso endodôntico: - forma de conveniência que permita visualizar a entrada dos canais radiculares - atenção à presença de nódulos pulpares e agulhas cálcicas
Odontometria	CRT (comprimento real de trabalho): 0 a 1mm
PQM (preparo químico-mecânico)	Preparo do sistema de canais através de técnica seriada ou escalonada com uso de limas e brocas, associado à solução irrigadora
Obturação	Se necessário medicação intra-canal. Caso não haja necessidade, obturação com uso de cones de guta percha e cimentos obturadores.
Proservação	12 meses

Obs: *Se houver necessidade medicar com analgésico ou antiiflamatório.*
Seguir o protocolo de medicamentos.

Tratamento endodôntico de dentes sem vitalidade pulpar, com ou sem lesão periapical

Passos	Observações
Anestesia	Idem polpa viva
Isolamento absoluto + assepsia	-
Acesso à câmara pulpar e necropulpectomia	Fase de sanificação do sistema de canais: Fazer a irrigação abundante com solução desinfetante (hipoclorito de sódio a 1%) Seguir princípios do acesso endodôntico: - forma de conveniência que permita visualizar a entrada dos canais radiculares - atenção à presença de nódulos pulpares e agulhas cálcicas
Odontometria	CRT (comprimento real de trabalho): deve estar a 0,5 mm a 1 mm aquém do ápice
PQM (preparo químico-mecânico)	Se necessário medicação intracanal Caso não haja necessidade, obturação com uso de cones de guta percha e cimentos obturadores
Obturação	Idem polpa viva
Proservação	12 meses

Obs. Se houver necessidade de prescrição de antibióticos, antiinflamatório ou analgésicos utilizar segundo protocolo de medicamentos.

Tratamento em dentes com abscesso agudo

Passos	Observações
Anestesia	Idem polpa viva
Isolamento absoluto	Assepsia
Desinfecção do conduto	Irrigação abundante com solução desinfetante e penetração desinfetante
Drenagem via transdental	-
Orientações	Medicação sistêmica

Tratamento em dentes com abscesso com tumefação amolecida (flutuação)

Passos	Observações
Anestesia	Idem polpa viva
Isolamento absoluto	Assepsia
Acesso a câmara pulpar	-
Desinfecção	Irrigação abundante com solução desinfetante e penetração desinfectante
Drenagem por via intra- radicular	Com auxílio de limas tipo Kerr que deverão ultrapassar o ápice dental em 1 mm
Medicação intracanal e medicação sistêmica Encaminhamento para tratamento endodôntico	
Drenagem extra-dental (intra e extra-bucal)	
Demarcação da área de flutuação	Local onde se concentra o exsudato que cede à palpação digital
Incisão	Com auxílio de bisturi, a fim de abrir uma via de drenagem por onde extravasará o exsudato
Drenagem	Conseguida toda sua eliminação, manter a via aberta com ajuda de um dreno, até que não haja mais exsudato
Medicação intracanal e medicação sistêmica Encaminhamento para tratamento endodôntico	

Tratamento endodôntico em dentes vivos com rizogênese incompleta

Conservadores
Capeamento pulpar indireto: limpeza da cavidade, proteção com hidróxido de cálcio + cimento de ionômero de vidro
Capeamento pulpar direto: limpeza da cavidade com sulfato de polimixina B, sulfato de neomicina e hidrocortisona (ex.: otosporin) (5 min), colocação de hidróxido de cálcio P. A. sobre a polpa, cimento de hidróxido de cálcio + ionômero de vidro. Aguardar 15 a 30 dias para restaurar
Anestesia + isolamento
Pulpotomia: evitar anestesia intrapulpar, remoção da polpa coronária com cureta deixando a entrada dos canais limpas e visíveis, limpeza durante 5 minutos com corticóide, curativo de hidróxido de cálcio P. A., forramento com cimento de hidróxido de cálcio, restauração provisória. Aguardar 45 dias. Após esse tempo, proceder ao teste de vitalidade pulpar observando que o mesmo seja feito o mais próximo possível do terço cervical do elemento dentário. Teste de vitalidade positivo: restaurar Teste de vitalidade negativo: encaminhar para tratamento endodôntico

Tratamento endodôntico em dentes necróticos com rizogênese incompleta

Passos	Observações
Anestesia	Idem polpa viva
Isolamento absoluto	Assepsia
Acesso à câmara pulpar	
Desinfecção	Irrigação abundante com solução desinfetante
PQM com irrigação	Preparo do canal a 2mm aquém do final da raiz visível no RX
Aspiração e secagem	
Curativo	Hidróxido de cálcio P.A + Sulfato de bário + Propileno glicol 400 para apecificação
Troca de curativo	7 dias – 15 dias – 30 dias e a cada 60 dias A não formação de barreira após 9 meses, indica insucesso do tratamento

Urgência e traumas

Intrusão	
Deslocamento do elemento dentário para dentro do alvéolo	Observar as lesões de tecidos moles que eventualmente possam ter ocorrido, fazer tomada de RX para verificar ocorrência de fratura Pressionar a região apical, com o indicador na parte palatina e o polegar na vestibular com o intuito de procurar reduzir ao máximo a fratura do processo alveolar Medicação sistêmica (analgésico + antiinflamatório) Após 1 semana realizar teste de vitalidade pulpar Realizar leve tração ortodôntica
Extrusão	
É um deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo. Clinicamente o dente apresenta-se extruído, fora da linha de oclusão dos demais dentes. O RX mostra o espaço apical vazio.	Fazer leve pressão, porém constante Procurar devolver o dente para seu nível oclusal Fazer contenção semi-rígida por período de 3 semanas Avaliar possibilidade de necrose pulpar (teste de vitalidade) e necessidade de tratamento endodôntico
Luxação	
Esta categoria compreende: - <u>concussão</u>: sensível a percussão mas não está abalado ou deslocado - <u>subluxação:</u> é o abalamento sem deslocamento - <u>luxação propriamente dita</u>: inclui tanto o abalamento como o deslocamento, freqüentemente acompanhada por fratura do alvéolo	Tratamento inicial pode consistir simplesmente em não usar o dente Em casos com maior envolvimento, o tratamento pode se resumir a um ligeiro ajuste oclusal ou reposicionamento e imobilização com contenção semi rígida por 3 semanas. Somente se os sintomas e outras condições (exposição pulpar) indicarem envolvimento pulpar irreversível é que o tratamento endodôntico é indicado imediatamente após o traumatismo Teste de vitalidade pulpar deve ser feito 1 ou 2 meses após RX não tem valor para este diagnóstico, nada mostrará de anormal

<table>
<tr><th colspan="3">Avulsão</th></tr>
<tr><td>É o deslocamen-to completo do dente para fora do alvéolo</td><td colspan="2">Examinar o paciente com cuidado, independentemente de o dente ter sido ou não recolocado no alvéolo, antes de ir ao consultório dentário
Radiografias e exame clínico: são necessários para ajudar a detectar possíveis fraturas alveolares
Fraturas alveolares reduzem grandemente o prognóstico
Examinar cuidadosamente o dente: verificar se há resíduos de contaminação.
Obter o horário da avulsão
Período de tempo extra-alveolar e local de armazenamento do dente nesse período determina em alto grau o prognóstico</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Tratamento</td><td colspan="2">Relacionado ao fato do dente ter sido recolocado no local</td></tr>
<tr><td>Sim</td><td>Não
(avulsão ocorrida nas duas horas anteriores)</td></tr>
<tr><td>Determinar se está na posição e alinhamento correto em relação aos dentes adjacentes e sem trauma oclusal
Se vários dentes foram avulsionados e estão faltando, verificar a possibilidade de que um dente tenha sido deslocado para os tecidos moles ou estruturas faciais adjacentes
Radiografia periapical
Estabilizar o dente ligando-o aos dentes adjacentes, por imobilização semi-rígida por 3 semanas.
Após 1 semana realizar teste de vitalidade pulpar</td><td>Radiografar a área atingida e examinar o dente avulsionado para ver se há resíduos e contaminação
Manusear o dente avulsionado com cuidado para evitar maiores danos ao ligamento periodontal já traumatizado
Examinar o alvéolo para ver se há possíveis fragmentos ósseos, os quais devem ser removidos cuidadosamente
Irrigar delicadamente o alvéolo se necessário
Coágulo sangüíneo: não precisa ser removido
Alvéolo: não deve ser curetado
Recolocar o dente no alvéolo, inserindo-o suavemente e assentando-o no lugar
Verificar a posição de alinhamento correto e hiperoclusão
Estabilizar o dente seguindo as técnicas de imobilização semi-rígida</td></tr>
<tr><td>Remoção da imobilização</td><td colspan="2">Após três semanas</td></tr>
<tr><td>Tratamento endodôntico</td><td colspan="2">Após 1 semana</td></tr>
<tr><td>Proservação</td><td colspan="2">Anual</td></tr>
</table>

Obs$_1$. Os antibióticos só devem ser usados se o paciente tiver uma razão médica que o obrigue à cobertura antibiótica, ou se o dente foi contaminado pelo solo.
Obs$_2$. A vacina antitetânica também deve ser aplicada se o dente foi contaminado.
Obs$_3$. É aconselhável usar hidróxido de cálcio como uma obturação temporária do canal, de 3 a 6 meses.

Fraturas dentais	
Fraturas do esmalte	Polimento discreto das bordas ásperas ou a adição de alguma resina composta Teste de vitalidade pulpar deve ser feito após o trauma, e depois de 6 a 8 semanas
Fratura da coroa sem envolvimento pulpar	Envolvem o esmalte e a dentina. Proteção dentinária com hidróxido de cálcio ou ionômero de vidro, colagem do fragmento ou restauração com resina Teste de vitalidade pulpar após 1 semana e depois de 6 a 8 semanas Acompanhamento radiográfico a cada 6 meses durante pelo menos 3 anos
Fratura da coroa com envolvimento pulpar	O grau de envolvimento pulpar varia desde uma exposição semelhante a ponta de um alfinete até a perda total do teto da polpa coronária RX; dependendo da exposição, capeamento pulpar direto, pulpotomia ou pulpectomia com tratamento endodôntico Proservação radiográfica em todos os casos e teste de vitalidade pulpar no dente capeado
Fratura radicular	Nesta fratura estão envolvidos a dentina, o cemento e a polpa. Tratamento recomendado varia de acordo com o posicionamento do traço de fratura e da manutenção ou não da vitalidade pulpar Cervical – tração ortodôntica Terço médio a apical – contenção semi rígida por mais ou menos 90 dias (teste de vitalidade pulpar e checagem do *splint* durante este período) No caso de necrose pulpar, tratamento endodôntico e colocação de pino intra-radicular para manter os fragmentos no lugar
Fratura coronária radicular envolvendo esmalte, dentina e cemento sem exposição pulpar	Estende-se poucos milímetros abaixo do nível gengival, atingindo a superfície radicular sob forma de cunha Dependendo da localização do terço de fratura o RX não tem valor. Tratamento consiste em remover a porção fraturada e restaurar Dependendo da sua extensão no sentido apical, orientar uma tração ortodôntica Deve-se fazer uma exposição cirúrgica às custas de uma gengivectomia e osteotomia ou promover uma extrusão ortodôntica
Fratura coronária radicular envolvendo esmalte, dentina e cemento com exposição pulpar	Pulpectomia se faz necessária em dentes com rizogênese completa Em dentes jovens deve-se fazer o possível para manter a polpa viva até que a formação se complete Deve-se fazer uma exposição cirúrgica às custas de uma gengivectomia e osteotomia ou promover uma extrusão ortodôntica

Especialidade farmacêutica	Posologia		
	Criança	**Adulto**	**Idoso**
Antiinflamatório	Não especifico: • Não esteroidal - Diclofenaco resinato - 0,5 a 2mg/kg/dia divididos de 8/8h ou 12/12h	Não especifico: • Não esteroidal - Diclofenaco sódico – 100 a 150mg divididos de 8/8h ou 12/12h - Diclofenado sódico – 75mg injetável • Esteroidal Prednisona Específico: - Meloxican – 7,5 ou 15mg – divididos de 12/12h ou dose única diária	Não especifico (não é recomendado para essa faixa etária devido aos efeitos adversos múltiplos): • Não esteroidal - Diclofenaco sódico – 100 a 150mg divididos de 8/8h ou 12/12h Específico: - Meloxican – 7,5 ou 15mg divididos de 12/12h ou dose única diária

Especialidade farmacêutica	Posologia		
	Criança	**Adulto**	**Idoso**
Antibiótico	Não alérgico a penicilina: - Amoxicilina[1] – 20 a 50 mg/kg divididos em 8/8 h ou 12/12 h. No máximo 3000mg/dia - Amoxicilina + clavulonato[4] – 20 a 50 mg/kg divididos em 8/8 h ou 12/12 h. Acima de 40kgs: 250 a 500mg divididos em 8/8h ou 875mg a cada 12 h - Ampicilina[2] – 50 a 400 mg/kg/dia, divididos em 6/6h Alérgico a penicilina: Cefalexina[3] – 25 a 100mg/kg/dia divididos em 6/6h Eritromicina[1] – 30 a 50 mg/kg/dia divididos em 6/6h	Não Alérgico a Penicilina: - Amoxicilina[1] – 1500 a 3000 mg ao dia divididos de 8/8h ou 12/12h - Amoxicilina + clavulonato[4] – 250 a 500mg divididos em 8/8hrs ou 875mg a cada 12 h - Ampicilina[2] – 1 a 4g/dia, divididos em 6/6h Alérgico a Penicilina: - Cefalexina[3] – 250 a 1000mg/dia divididos em 6/6h - Eritromicina[1] – 250 a 1000mg/dia divididos em 6/6h	Não Alérgico a Penicilina: - Amoxicilina[1] – 1500 a 3000 mg ao dia divididos de 8/8h ou 12/12h - Amoxicilina + clavulonato[4] – 250 a 500mg divididos em 8/8h ou 875mg a cada 12 h - Ampicilina[2] – 1 a 4g/dia, divididos em 6/6h Alérgico a Penicilina: - Cefalexina[3] – 250 a 1000mg/dia divididos em 6/6h - Claritromicina[1] – 250 a 500mg/dia divididos em 12/12h
Analgésico	1ª Escolha: AAS infantil 2ª Escolha: Paracetamol 3ª Escolha: Dipirona	1ª Escolha: Paracetamol 2ª Escolha: Dipirona 3ª Escolha: AAS adulto	1ª Escolha: Paracetamol 2ª Escolha: Dipirona

1- Pode ser administrada junto com a alimentação

2- Deve ser dada uma hora antes das refeições ou duas horas após as refeições

3- Até quatro semanas de vida não é recomendada a sua administração, pode ser administrada junto com a alimentação.

4- Crianças e adultos acima de 40kgs

Instrumental necessário

Instrumental	Classe	Siafísico	BEC
Arco para dique de borracha - Ostby - autoclavável	6514	14506-8	S
Cabo para espelho	6514	5039-3	S
Calcador - tipo Paiva - jogo	6514	14734-6	
Caixa para instrumental - 6x3,6x3,5 cm	6514	165014-9	
Canula de aspiração - para endodontia	6513	160074-5	S
Escavador - nº 11 ½	6514	61351-7	
Escavador - nº 17	6514	4792-9	
Espaçador digital - 21 mm	6513	77144-9	S
Espaçador digital - 25 mm	6513	77145-7	S
Espátula - nº 50	6514	61352-5	S
Espelho bucal - nº 5 sem cabo	6513	14064-3	S
Espelho bucal - nº 6 sem cabo	6513	165020-3	S
Explorador - duplo modificado	6514	158661-0	S
Explorador - duplo nº 5	6514	5014-8	S
Grampo para isolamento absoluto - 0	6514	160529-1	S
Grampo para isolamento absoluto - 00	6514	160534-8	S
Grampo para isolamento absoluto - 1	6514	160541-0	S
Grampo para isolamento absoluto - 1A	6514	149576-3	S
Grampo para isolamento absoluto - 12	6514	165021-1	S
Grampo para isolamento absoluto - 12 A	6514	160537-2	S
Grampo para isolamento absoluto - 13 A	6514	160539-9	S
Grampo para isolamento absoluto - 14	6514	66909-1	S
Grampo para isolamento absoluto - 14 A	6514	66910-5	S
Grampo para isolamento absoluto - 2	6514	160531-3	S
Grampo para isolamento absoluto - 2 A	6514	160532-1	S
Grampo para isolamento absoluto - 200	6514	14508-4	S
Grampo para isolamento absoluto - 201	6514	149061-3	S
Grampo para isolamento absoluto - 205	6514	14520-3	S
Grampo para isolamento absoluto - 206	6514	14521-1	S
Grampo para isolamento absoluto - 208	6514	14526-2	S
Grampo para isolamento absoluto - 209	6514	66912-1	S
Grampo para isolamento absoluto - 211	6514	14529-7	S
Grampo para isolamento absoluto - 212	6514	14530-0	S
Grampo para isolamento absoluto - 3	6514	160535-6	S
Grampo para isolamento absoluto - 4	6514	149574-7	S
Grampo para isolamento absoluto - W8A	6514	66911-3	S
Kit de irrigação - seringa,adaptador, conj.c/6 agulhas	6513	151536-5	S
Lima endodôntica - Flexível, 15-40, 21 mm	6513	50175-1	S
Lima endodôntica - Flexível, 15-40, 25 mm	6513	50177-8	S
Lima endodôntica - Flexível, 45-80, 21 mm	6513	50176-0	S
Lima endodôntica - Flexível, 45-80, 25 mm	6513	50178-6	S
Lima endodôntica - Flexível, NiTi, 15-40, 21 mm	6513	78195-9	S
Lima endodôntica - Flexível, NiTi, 15-40, 25 mm	6513	78197-5	S
Lima endodôntica - H, 15-40, 21 mm	6513	5346-5	S

Instrumental	Classe	Siafísico	BEC
Lima endodôntica - H, 15-40, 25 mm	6513	14465-7	S
Lima endodôntica - H, 15-40, 31 mm	6513	5368-6	S
Lima endodôntica - H, 45-80, 21 mm	6513	5365-1	S
Lima endodôntica - H, 45-80, 25 mm	6513	20400-5	S
Lima endodôntica - H, 45-80, 31 mm	6513	5381-3	S
Lima endodôntica - K, 15-40, 21 mm	6513	5075-0	S
Lima endodôntica - K, 15-40, 25 mm	6513	5294-9	S
Lima endodôntica - K, 15-40, 31 mm	6513	5068-7	S
Lima endodôntica - K, 45-80, 21 mm	6513	5291-4	S
Lima endodôntica - K, 45-80, 25 mm	6513	5307-4	S
Lima endodôntica - K, 45-80, 31 mm	6513	5083-0	S
Lima endodôntica - K, 90-140, 21 mm	6513	165017-3	S
Lima endodôntica - K, 90-140, 25 mm	6513	165018-1	S
Perfurador para dique de borracha - Ainsworth	6514	5043-1	
Pinça - clínica nº 317	6514	5027-0	
Pinça - Palmer para grampo	6514	5028-8	
Pino - 60 pinos, 4 brocas, 2 chaves, 20 stops	6513	165019-0	
Régua para uso odontológico - endodôntica, milimetrada	6514	64534-6	S
Régua para uso odontológico - endodôntica, calibradora	6514	165022-0	S
Seringa para anestesia - carpule com refluxo	6514	160799-5	S
Seringa para anestesia - carpule sem refluxo	6514	5038-5	S
Seringa rosqueável para endodontia	6514	165212-5	S
Suporte de limas endodônticas - esterilizável	6513	165317-2	S

Protocolo de encaminhamento para especialista

O clínico geral, após o atendimento de urgência ou após cirurgia de acesso e desinfecção do terço coronário do dente, deverá encaminhar o paciente à unidade especializada de endodontia.

Contra-referência

Deverá ser preenchida a ficha de referência e contra-referência padrão.

Bibliografia recomendada

1. Barros E, Bittencourt H, Caramori ML, Machado A. *Antimicrobianos.* 3ª Ed. São Paulo: Artmed: 2002.
2. Cardoso RJA, Gonçalves EAN. *Endodontia*. In: APCD – EAP - Arte - Ciência – Técnica. 20ª Ed. São Paulo: Santos; 2000.
3. Goodman, Gilaman's. *The pharmacological basis of therapeutics.* 10ª Ed. Cidade: McGraw-Hill; 2002.
4. Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia – bases para a prática clínica.* 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas.