



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

BARJA-FIDALGO, Fernanda; Schuback JULIÃO, Gisele; Amorim de OLIVEIRA, Maria Angelina;
OLIVEIRA, Branca Heloísa de
Preferências dos Cirurgiões-Dentistas do Município do Rio de Janeiro com Relação ao Tratamento de
Dentes Decíduos com Necrose Pulpar
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 10, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp.
225-232
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63716962014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Preferências dos Cirurgiões-Dentistas do Município do Rio de Janeiro com Relação ao Tratamento de Dentes Decíduos com Necrose Pulpar

Preferences of Dentists from the City of Rio de Janeiro Regarding the Treatment of Primary Teeth with Pulp Necrosis

Fernanda BARJA-FIDALGO¹, Gisele Schuback JULIÃO², Maria Angelina Amorim de OLIVEIRA², Branca Heloísa de OLIVEIRA³

¹Doutoranda em Fisiopatologia Clínica e Experimental pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

²Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

³Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Conhecer as condutas adotadas por cirurgiões-dentistas que atuam em unidades de atendimento básico de saúde do município do Rio de Janeiro, com relação ao tratamento de dentes decíduos com necrose pulpar e identificar os fatores capazes de influenciar a escolha dessas condutas.

Método: Foram entrevistados 51 cirurgiões-dentistas de 10 unidades de saúde localizadas em 4 áreas programáticas, através de um questionário previamente testado. Os entrevistados forneceram informações sobre sua idade, sexo, faculdade frequentada, pós-graduação, tempo de formado e de atuação no serviço público. Além disso, os cirurgiões-dentistas foram questionados sobre as suas condutas em diferentes situações clínicas que sugeriam a necrose pulpar em um dente decíduo de uma criança de 4 anos de idade.

Resultados: A maioria dos cirurgiões-dentistas optou por manter os dentes decíduos com necrose pulpar, especialmente nos casos de trauma e de crianças com bom comportamento. Geralmente, esses profissionais realizavam terapias pulpares minimamente invasivas com tratamentos restritos à câmara pulpar ou com uma instrumentação limitada à entrada dos canais radiculares. Nenhum dos cirurgiões-dentistas entrevistados optou pelo tratamento endodôntico convencional. Não foi observada associação significativa entre qualquer conduta clínica e fatores relacionados aos profissionais ($p>0,01$).

Conclusão: Verificou-se uma grande diversidade na escolha do tratamento para dentes decíduos com necrose pulpar, demonstrando a necessidade de se adotar na rede pública de saúde um protocolo para esses casos com base em evidência científica e na disponibilidade dos recursos.

ABSTRACT

Objective: To know the approaches adopted by dentists that work at public health centers (PHC) in the city of Rio de Janeiro, RJ, Brazil, with respect to the treatment of primary teeth with pulp necrosis, and to identify factors capable of influencing the choices of these approaches.

Method: Fifty dentists from 10 PHC located in 4 programmatic areas were interviewed using a previously calibrated questionnaire. The interviewees provided information about their age, gender, dental school they graduated from, post-graduate degree, time since graduation and, public service activity. In addition, the dentists were argued about their conduct in different clinical situations that suggested the presence of pulp necrosis in a primary tooth in a year-old child.

Results: Most dentists opted for maintaining the primary teeth with necrotic pulp, especially in cases of trauma and children with good behavior. These professionals usually performed minimally invasive pulpal therapies with treatments restricted to the pulp chamber or with instrumentation limited to the root canal entrance. None of the interviewed dentists opted for conventional endodontic treatment. There was no significant association ($p>0.01$) between any clinical approach and factors related to the professionals.

Conclusion: There was great diversity in treatments proposed for primary teeth with pulp necrosis, demonstrating the need for the public health service adopting a protocol for these cases based on scientific evidence and availability of resources.

DESCRIPTORES

Dente decíduo; Polpa dentária; Necrose; Saúde bucal.

KEYWORDS

Primary teeth; Dental pulp; Necrosis; Oral health.

INTRODUÇÃO

A manutenção dos dentes decíduos na arcada dentária até a época natural de sua esfoliação é muito importante para a saúde da criança. Porém, sabe-se que a cárie dentária ainda é uma doença de alta prevalência na dentição decídua e que lesões profundas de cárie podem levar à necrose pulpar. Para se evitar a perda precoce do dente decíduo com necrose pulpar causada por cárie ou traumatismo dentário há necessidade de se realizar o tratamento endodôntico. Diante da falta de evidência científica sobre a efetividade das diversas técnicas utilizadas no tratamento endodôntico dos dentes decíduos, fica a critério de cada profissional a escolha de qual conduta clínica adotar nesses casos¹.

A Academia Americana de Odontopediatria (AADP) recomenda, para o tratamento endodôntico de dentes decíduos, a utilização do óxido de zinco e eugenol (OZE) como material obturador². Assim como a AAPD, a Sociedade Britânica de Odontopediatria (BSPD) preconiza o uso do OZE, mas sugere como alternativa o uso de pastas iodoformadas³. No Brasil, não há um protocolo de tratamento definido e estudos recentes relatam que é grande a variedade de técnicas e materiais utilizados, ratificando a subjetividade dos profissionais brasileiros com relação à decisão de tratamento no caso de dentes decíduos com comprometimento irreversível do tecido pulpar⁴⁻⁶.

O objetivo deste trabalho foi conhecer as condutas adotadas por cirurgiões-dentistas (CD) que atuam em unidades municipais de saúde, no Rio de Janeiro, com relação ao tratamento de dentes decíduos com necrose pulpar e identificar fatores capazes de influenciar a escolha dessas condutas.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE – 0043.0.314.000-07). Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando o uso das informações coletadas.

Foram considerados elegíveis para participar do estudo todos os 60 CD lotados em dez unidades de saúde pertencentes a quatro áreas programáticas (AP) distintas da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro (Figura 1).

Um questionário pré-testado foi aplicado, sob a

informações sócio-demográficas e a segunda parte incluía questões sobre as condições de trabalho e as condutas dos entrevistados diante de cinco situações clínicas (Quadros 1 e 2). Apenas os profissionais que relataram atender crianças quase sempre ou sempre responderam à segunda parte do questionário.

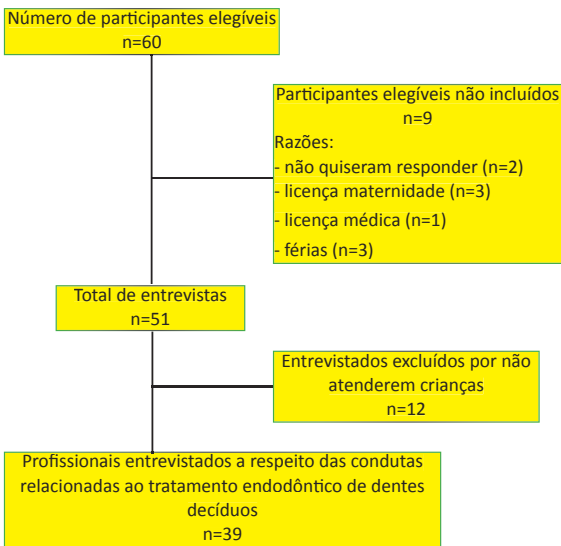


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos profissionais que participaram do estudo.

Quadro 1. Condições de trabalho para a prática clínica avaliadas através do questionário.

Número de pacientes por turno
Presença de uma Auxiliar de Consultório Dentário durante o atendimento dos pacientes
Mudança no tratamento planejado por falta de material, instrumental ou equipamento
Existência de protocolo, na Unidade, para o tratamento endodôntico de dentes decíduos
Disponibilidade de Aparelho de Raios X na Unidade
Possibilidade de obter uma radiografia quando indispensável

Quadro 2. Descrição das situações clínicas apresentadas aos entrevistados.

Casos	Descrição das situações clínicas apresentadas
1	Durante a remoção de cárie, você atinge a câmara pulpar, remove todo o teto da câmara e, então, verifica que a polpa se encontra necrosada.
2	O dente possui uma lesão de cárie tão profunda que, ao exame clínico, você visualiza as entradas dos condutos radiculares e diagnostica necrose pulpar.
3	O dente apresenta cárie profunda ou uma restauração e fístula. O paciente não tem queixa de dor espontânea.
4	O paciente apresenta edema gengival, reclama de dor espontânea e o dente tem mobilidade exagerada, mas não há fístula.
5	A criança sofreu traumatismo há cerca de trinta dias. Apresenta um incisivo central superior sem cárie, com coroa

Todas as situações clínicas eram referentes a um dente decíduo, de uma criança com quatro anos de idade, bom estado de saúde geral e comportamento colaborador. Nos quatro primeiros casos, tratava-se de um segundo molar decíduo inferior, cariado, que poderia ser restaurado e no quinto caso, tratava-se de um incisivo central superior decíduo. Para facilitar a compreensão da situação clínica descrita pelo entrevistador, uma cartela com as principais características de cada caso clínico era mostrada ao entrevistado, que era solicitado a descrever a sua conduta. Além disso, o entrevistado era questionado sobre a possível mudança de conduta quando a criança não era colaboradora.

Após a realização de todas as entrevistas, as respostas dos entrevistados foram categorizadas pelos entrevistadores, em comum acordo, e foram inseridas em um banco de dados construído com o programa estatístico Epi-Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Ga, EUA). Na análise estatística foi utilizado o programa Stata 7.0 (Stata Corp., College Station, Texas, EUA) sendo realizado o Teste Qui-quadrado para a comparação das condutas clínicas entre os grupos, com nível de significância de 99% ($p \leq 0,01$). Para efeito de comparação das escolhas de tratamento entre os grupos as respostas dadas pelos entrevistados foram classificadas em escolha adequada e inadequada, em cada caso, com base na literatura consultada^{1,3,7}.

RESULTADOS

Foram entrevistados 51 profissionais e identificou-se 39 profissionais que atendiam crianças “quase sempre” ou “sempre”. Dessa forma, a primeira parte do questionário foi respondida por 51 CDs e a segunda parte apenas pelos 39 que disseram atender crianças.

Considerando todos os entrevistados ($n=51$) foi observada uma idade média de 43 anos ($\pm 11,6$), com uma maior frequência de profissionais do sexo feminino (76%). A média de tempo de formado foi de 19,3 anos ($\pm 10,6$) e a de tempo de serviço foi de 15,4 anos ($\pm 10,4$). Na amostra final ($n=39$), a maior frequência de indivíduos do sexo feminino se manteve (80%), a média de idade foi de 42 anos ($\pm 12,2$) e o tempo médio de formado e de serviço público foram 18,4(± 11) e 14,6($\pm 10,1$) anos, respectivamente. Dos profissionais que relataram atender crianças, 26% eram especialistas em Odontopediatria. As características sociodemográficas da população de estudo estão representadas na Tabela 1.

Dos 39 cirurgiões-dentistas que relataram atender

e cada um atendia, em média, oito pacientes por turno. Oitenta por cento dos profissionais não dispunham de aparelho de raios X em suas unidades de saúde, mas 69% relataram ter a possibilidade de solicitar uma radiografia quando fosse indispensável para um diagnóstico preciso. Setenta e quatro por cento dos profissionais relataram que a falta de algum material, instrumental ou equipamento na unidade costumava resultar em uma mudança no plano de tratamento.

Tabela 1. Características sócio-demográficas da população do estudo.

Variáveis	CDs		CDs que Opinaram	
	Entrevistados		Sobre Casos Clínicos	
	n	%	n	%
Faixa etária				
26 a 35 anos	22	43,0	19	49,0
36 anos ou mais	29	57,0	20	51,0
Sexo				
Masculino	12	24,0	8	20,0
Feminino	39	76,0	31	80,0
Tipo de Universidade cursada				
Pública	36	71,0	28	70,0
Particular	14	27,0	11	30,0
Sem informação	1	2,0	0	0,0
Tempo de Formado				
Até 10 anos	13	26,0	13	33,0
11 a 20 anos	17	33,0	12	31,0
21 a 30 anos	7	13,0	5	13,0
Mais de 30 anos	13	26,0	9	23,0
Sem informação	1	2,0	0	0,0
Pós-Graduação				
Especialização				
Sim	38	75,0	29	74,0
Não	13	25,0	10	26,0
Mestrado				
Sim	03	6,0	2	5,0
Não	48	94,0	37	95,0
Doutorado				
Sim	1	2,0	0	0,0
Não	50	98,0	39	100,0
Tempo de Serviço Público				
10 anos ou menos	22	43,0	17	44,0
11 anos ou mais	28	55,0	22	56,0
Sem informação	1	2,0	0	0,0

Nenhuma das unidades visitadas empregava qualquer protocolo para o tratamento de dentes decíduos com comprometimento pulpar.

Nas Figuras 2 e 3 e na Tabela 2 podem ser observadas as frequências dos diferentes procedimentos clínicos, incluindo características das técnicas de tratamento

A opção pelo tratamento endodôntico não foi significativamente influenciada pelo comportamento negativo da criança, mas a colaboração limitada fez com que aumentasse o número de profissionais que extrairiam o dente comprometido ou encaminhariam a criança para outro profissional. A maior frequência de modificação no

tipo de tratamento adotado ocorreu no caso 1, onde a indicação para exodontia passou de 3% para 18% quando a criança foi apresentada como não colaboradora. O uso de soluções irrigadoras durante a descrição das condutas não foi citado.

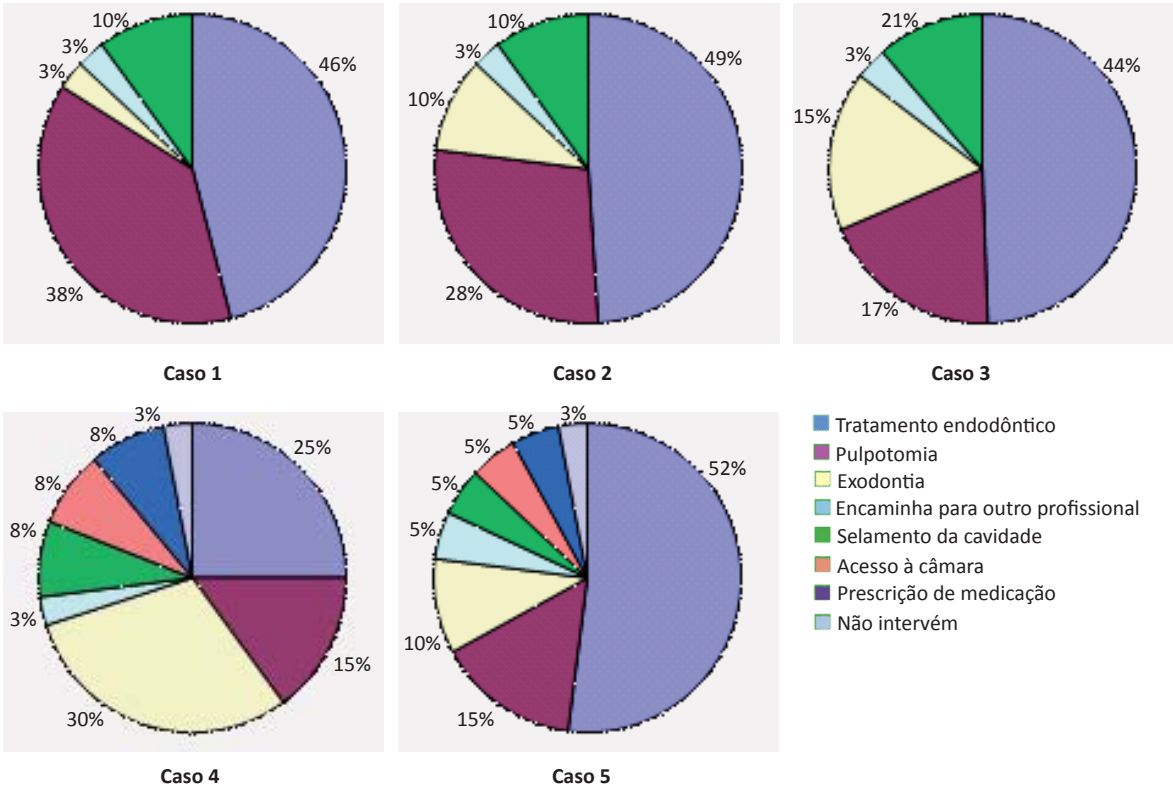


Figura 2. Condutas clínicas adotadas pelos profissionais para cada caso clínico apresentado.

Tabela 2. Condutas adotadas pelos profissionais entrevistados em cada caso com relação ao número de sessões, uso de curativo de demora, material empregado para a confecção do curativo de demora e tipo de instrumentação realizada no tratamento.

Conduta Adotada	Caso 1		Caso 2		Caso 3		Caso 4		Caso 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de sessões										
Uma sessão	13	33,0	14	36,0	15	39,0	20	53,0	15	38,0
Duas sessões	22	57,0	20	51,0	17	45,0	14	37,0	21	54,0
Três ou mais sessões	4	10,0	5	13,0	6	16,0	4	10,0	3	8,0
Curativo de demora										
Não	9	24,0	8	24,0	6	18,0	6	27,0	6	20,0
Sim	27	76,0	26	76,0	27	82,0	16	73,0	24	80,0
Material empregado										
Formocresol	16	58,0	15	58,0	16	59,0	10	62,0	11	46,0
Tricresol	6	21,0	5	19,0	5	19,0	4	25,0	3	13,0
PMCC	6	21,0	6	23,0	6	22,0	2	13,0	8	33,0
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,0
Instrumentação										
Nenhuma	23	62,0	19	56,0	21	64,0	17	77,0	18	60,0
Apenas na entrada dos canais	5	14,0	5	15,0	5	15,0	2	9,0	2	7,0

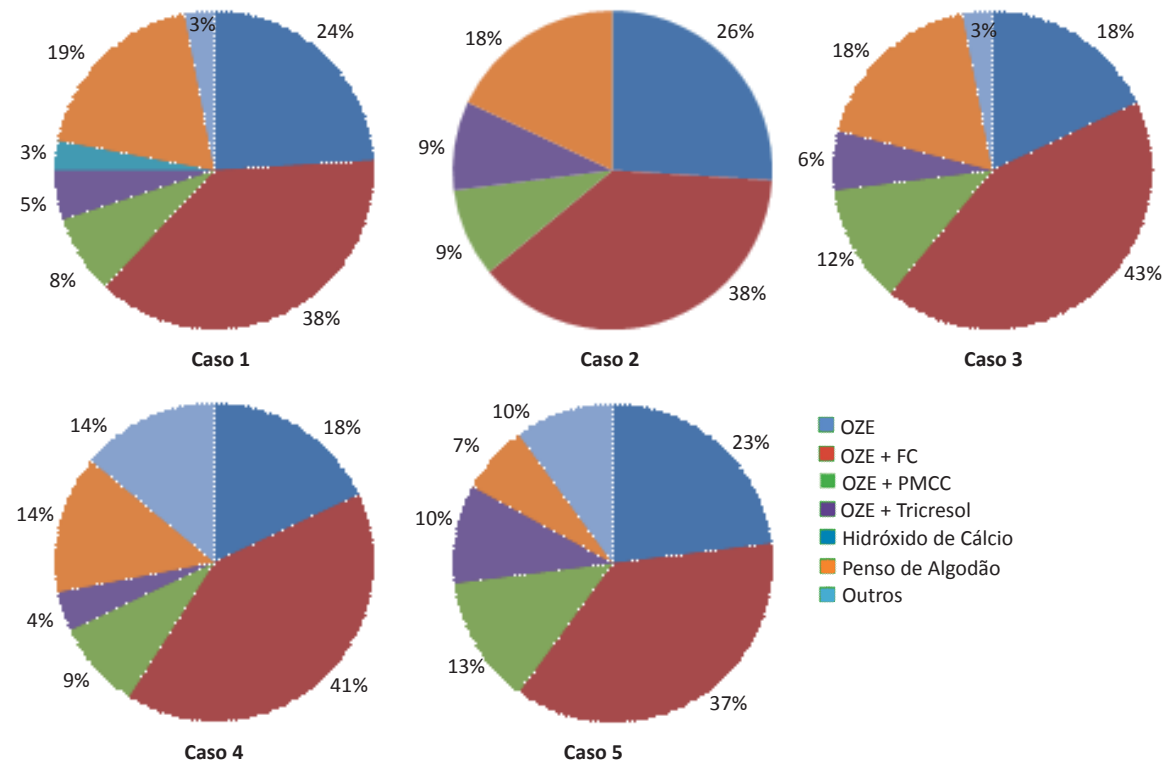


Figura 3. Material utilizado para a conclusão do tratamento para cada caso clínico apresentado.

Não foi observada associação significativa entre qualquer conduta clínica e os seguintes fatores relacionados aos profissionais: faixa etária, sexo, tipo de

universidade de graduação, tempo de formado, e tempo de serviço público (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência do tipo de escolha de tratamento, por caso clínico, de acordo com faixa etária, sexo, tipo de universidade cursada, tempo de formado e tempo de atuação no serviço público dos entrevistados.

Variáveis	Caso 1					Caso 2					Caso 3				
	ADEQ		INAD		p	ADEQ		INAD		p	ADEQ		INAD		p
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Faixa Etária															
26 a 35 anos	10	55,6	9	45,0	0,50	11	47,8	8	50,0	0,11	11	55,0	8	42,1	0,54
36 anos ou +	8	44,6	12	55,0		12	52,2	8	50,0		9	45,0	11	57,9	
Total	18	100,0	21	100,0		23	100,0	16	100,0		20	100,0	19	100,0	
Sexo															
Masculino	2	10,5	6	30,0	0,31	4	17,4	4	25,0	0,17	2	10,0	6	31,6	0,20
Feminino	17	89,5	14	70,0		19	82,6	12	75,0		18	90,0	13	68,4	
Total	19	100,0	20	100,0		23	100,0	16	100,0		20	100,0	19	100,0	
Universidade															
Pública	10	52,6	18	90,0	0,02	14	60,9	14	87,5	0,15	12	60,0	16	84,2	0,24
Particular	9	47,4	2	10,0		9	39,1	2	12,5		8	40,0	3	15,8	
Total	19	100,0	20	100,0		23	100,0	16	100,0		20	100,0	19	100,0	
Tempo de Formado															
5 a 9 anos	5	26,3	5	25,0	0,82	5	21,7	5	31,3	0,44	5	25,0	5	26,3	0,95
10 anos ou +	14	73,7	15	75,0		18	78,3	11	68,7		15	75,0	14	73,7	
Total	19	100,0	20	100,0		23	100,0	16	100,0		20	100,0	19	100,0	
Tempo de Serviço Público															
5 a 9 anos	9	47,4	8	40,0	0,50	10	43,5	7	43,7	0,71	10	50,0	7	36,8	0,21

Tabela 3. Frequência do tipo de escolha de tratamento, por caso clínico, de acordo com faixa etária, sexo, tipo de universidade cursada, tempo de formado e tempo de atuação no serviço público dos entrevistados.

Variáveis	Caso 4					Caso 5				
	ADEQ		INAD		p	ADEQ		INAD		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Faixa Etária										
26 a 35 anos	15	53,6	4	36,4	0,27	15	53,6	4	36,4	0,61
36 anos ou +	13	46,4	7	63,6		13	46,4	7	63,6	
Total	28	100,0	11	100,0		28	100,0	11	100,0	
Sexo										
Masculino	5	17,9	3	27,3	0,18	4	14,3	4	36,4	0,21
Feminino	23	82,1	8	72,7		24	85,7	7	63,6	
Total	28	100,0	11	100,0		28	100,0	11	100,0	
Universidade										
Pública	21	75,0	7	63,6	0,71	20	71,4	8	72,7	0,96
Particular	7	25,0	4	36,4		8	28,6	3	27,3	
Total	28	100,0	11	100,0		28	100,0	11	100,0	
Tempo de Formado										
5 a 9 anos	7	75,0	3	27,3	0,89	8	28,6	2	18,2	0,63
10 anos ou +	21	25,0	8	72,7		20	71,4	9	81,8	
Total	28	100,0	11	100,0		28	100,0	11	100,0	
Tempo de Serviço Público										
5 a 9 anos	13	46,4	4	36,4	0,82	13	46,4	4	36,4	0,47
10 anos ou +	15	53,6	7	63,6		15	53,6	7	63,6	
Total	28	100,0	11	100,0		28	100,0	11	100,0	

Legenda: ADEQ (Adequado); INAD (Inadequado).

DISCUSSÃO

Ainda não existe consenso entre os dentistas quanto à manutenção nas arcadas dentárias dos dentes decíduos com necrose pulpar, especialmente devido às dificuldades para a realização do tratamento endodôntico (TE) decorrentes da complexa anatomia interna dos dentes decíduos e da necessidade de um bom controle do comportamento da criança. Todavia, considerando-se a importância de se evitar a perda precoce do elemento decíduo, o tratamento endodôntico de dentes decíduos vem sendo cada vez mais estudado e preconizado¹. Na literatura são descritas diversas técnicas e materiais para o TE de dentes decíduos, sem existir evidências sobre a superioridade de nenhuma técnica ou material^{1-3,5,6,8}. Os protocolos de tratamento para dentes com necrose da AAPD² e da BSPD³ recomendam o TE com a instrumentação dos condutos radiculares utilizando o OZE como material obturador, e também mencionam as pastas iodoformadas.

Diferentemente de outros estudos sobre opções de tratamento endodôntico de dentes decíduos publicados^{4-6,8} que coletaram informações de odontopediatras ou professores de odontopediatria, apenas 26% dos profissionais entrevistados neste trabalho eram especialistas em odontopediatria.

vez que em todas as situações clínicas apresentadas, com exceção do caso 4, apenas uma pequena percentagem de profissionais optou pela exodontia. Uma justificativa provável para a alteração de conduta no caso 4 seria a presença de sinais e sintomas clínicos, demonstrando um maior grau de degeneração pulpar o que, provavelmente, determinou uma conduta menos conservadora por parte desses CD que não dispõem de acesso fácil à radiografia intra-oral em seus locais de trabalho para efetuar a preservação do tratamento. Observou-se também que, no caso 5, a opção pelo tratamento endodôntico foi um pouco mais frequente do que nos casos 1, 2 e 3. Isso pode ter ocorrido tanto pela maior facilidade de se realizar tratamentos endodônticos em dentes anteriores em comparação aos dentes posteriores, como pela maior preocupação em manter dentes anteriores na boca por razões estéticas.

A elevada frequência de opção pelo TE demonstra também a competência dos entrevistados para realizar o diagnóstico correto da condição pulpar. Contudo, é importante ressaltar que a maioria dos profissionais não realizou nenhuma instrumentação ou, quando mencionaram a utilização de limas, seu uso se limitou à entrada dos canais. Em nenhuma situação foi descrita a realização do TE convencional com a instrumentação completa dos canais radiculares. Ou seja, na maioria dos casos os procedimentos descritos com o uso de limas

possível que a falta de acesso ao exame radiográfico possa ter exercido influência sobre a decisão de tratamento dos profissionais, já que isto impossibilitaria a determinação do comprimento radicular para uma instrumentação completa segura. Por outro lado, alguns autores sugerem que técnicas de TE de dentes decíduos menos invasivas podem ser tão efetivas quanto aquelas que empregam a instrumentação dos condutos radiculares, desde que uma substância com forte ação antimicrobiana seja empregada para o preenchimento da câmara pulpar⁹⁻¹³.

A grande variedade de procedimentos utilizados para o tratamento de dentes decíduos com patologia pulpar irreversível verificada na literatura pode ser observada também nesse estudo, não tendo sido observada nenhuma característica do profissional que apresentasse associação estatisticamente significativa com a escolha do tipo de tratamento. A mistura de óxido de zinco, eugenol e formocresol foi o material escolhido com maior frequência pelos dentistas para a conclusão dos casos, diferentemente de estudos anteriormente publicados que apontaram a Pasta Guedes-Pinto como o material obturador mais utilizado pela maioria dos profissionais brasileiros⁴⁻⁶. Estudos americanos apresentam a pasta de óxido de zinco e eugenol sem a adição do formocresol como o material de escolha na obturação do TE em dentes decíduos^{8,14}. Verifica-se uma tendência de substituição do uso do formocresol em Odontopediatria, devido ao seu suposto potencial mutagênico e carcinogênico^{15,16}, apesar das últimas revisões sobre o assunto relatarem que o uso odontológico desta substância é seguro^{17,18}. Logo, chama atenção o fato do formocresol estar presente na composição do material obturador mais citado pelos entrevistados.

Assim como em estudos anteriores^{8,14}, a maioria dos dentistas entrevistados optou pelo tratamento em duas ou mais sessões. Na presente pesquisa, os entrevistados mencionaram também o uso do curativo de demora entre sessões, preferencialmente com formocresol^{19,20}. A preferência por um material com alto poder antimicrobiano^{21,22} e a realização do TE em múltiplas sessões nos casos clínicos apresentados é justificável por serem dentes com necrose pulpar, apresentando, conseqüentemente, uma população bacteriana variada^{23,24}. Todavia, outros estudos já demonstraram que o TE em sessão única pode ser utilizado sem prejuízo ao resultado final¹⁻³ e, conforme já mencionado anteriormente, outros materiais com alto poder antimicrobiano, como as pastas iodoformadas, podem e devem ser utilizados em substituição ao formocresol.

O comportamento da criança, uma preocupação

pelos entrevistados. Contudo, pode ser observado um aumento no número de profissionais que extrairiam o dente comprometido, encaminhariam a criança para outro profissional ou optariam pela sessão única no caso de crianças com comportamento difícil de ser controlado. Tal fato pode ser explicado pela maior dificuldade no controle de comportamento para atender crianças não colaboradoras sem o auxílio de uma auxiliar, especialmente pelos dentistas não odontopediatras, desestimulando procedimentos mais demorados.

O uso de soluções irrigadoras promove a limpeza e desinfecção dos condutos propiciando condições para a obturação e está diretamente relacionado ao sucesso do TE²⁵. As soluções de hipoclorito de sódio, por exemplo, já se mostraram efetivas para a redução da quantidade de bactérias do interior dos canais radiculares²⁶. Apesar disso, nenhum profissional citou o uso de irrigação nas entrevistas. Como o questionário não incluía questões específicas sobre esse tópico, não foi possível determinar se e como as soluções irrigadoras são utilizadas pelos entrevistados.

A extrapolação dos resultados desse trabalho para a rede pública municipal do Rio de Janeiro deve ser feita com cautela, pois os profissionais entrevistados foram selecionados pela proximidade dos seus locais de trabalho a uma universidade pública à qual os pesquisadores encontravam-se associados. Entretanto, esse estudo pode proporcionar subsídios importantes para os gerentes dos serviços de saúde no que diz respeito ao planejamento do aperfeiçoamento das condições de trabalho e às necessidades de educação continuada dos profissionais que trabalham nos mesmos atendendo crianças.

CONCLUSÃO

Existe grande diversidade entre os profissionais entrevistados quanto às decisões de tratamento para dentes decíduos com necrose pulpar e mostram a preferência por tratamentos endodônticos rápidos, de fácil execução, e que podem ser realizados adequadamente nas condições de trabalho disponíveis.

Sugere-se que seja adotado na rede pública de saúde um protocolo clínico para o tratamento de dentes decíduos com necrose pulpar elaborado com base na melhor evidência científica disponível. Além disso, é importante garantir aos profissionais que atendem crianças as condições essenciais para que esse tratamento possa ser eficazmente realizado, a fim de que os dentes decíduos com comprometimento irreversível da polpa

REFERÊNCIAS

1. Nadin G, Goel BR, Yeung CA, Glenn AM. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(1):CD003220.
2. American Academy of Pediatric Dentistry A. Guideline on pulp therapy for primary and young permanent teeth. In: *Reference Manual* 2005-2006. Chicago (IL); 2004. p. 130-4.
3. Rodd HD, Waterhouse PJ, Fuks AB, Fayle SA, Moffat MA. Pulp therapy for primary molars. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16(Suppl 1):15-23.
4. Leal SC, Bezerra ACB, Toledo OA. Orientações terapêuticas utilizadas pelos cursos de especialização em Odontopediatria no Brasil para cárie severa da infância. *Rev ABENO* 2004; 4(1):57-62.
5. Corrêa Brusco EH, Perussolo B, Scapin HL, Ferreira SLM. Procedimentos e substâncias empregadas por faculdades de odontologia brasileiras na terapia endodôntica de dentes decíduos pulpectomizados. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2002; 5(23):35-46.
6. Kramer P, Faraco Junior I, Feldens C. Estado atual da terapia pulpar nas universidades brasileiras - Pulpotomia e pulpectomia em dentes decíduos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2000; 3(13):222-30.
7. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Pulp Therapy for Primary and Young Permanent Teeth. *Pediatr Dent* 2009; 31(6):179-86.
8. Primosch RE, Glomb TA, Jerrell RG. Primary tooth pulp therapy as taught in predoctoral pediatric dental programs in the United States. *Pediatr Dent* 1997; 19(2):118-22.
9. Capiello J. Tratamientos pulpaes en incisivos primarios. *Rev Assoc Odont Argentina* 1964; 4:139-53.
10. Coll JA, Josell S, Casper JS. Evaluation of a one-appointment formocresol pulpectomy technique for primary molars. *Pediatr Dent* 1985; 7(2):123-9.
11. Denari W. É possível tratar dentes decíduos com fístula sem instrumentação dos condutos? *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1996; 50(2):186-7.
12. Takushige T, Cruz EV, Asgor Moral A, Hoshino E. Endodontic treatment of primary teeth using a combination of antibacterial drugs. *Int Endod J* 2004; 37(2):132-8.
13. Coser RM, Giro EMA. Tratamento endodôntico de molares decíduos humanos com necrose pulpar e lesão periapical. *PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos* 2002; 5(1):84-92.
14. Dunston B, Coll JA. A survey of primary tooth pulp therapy as taught in US dental schools and practiced by diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent* 2008; 30(1):42-8.
15. Lewis BB, Chestner SB. Formaldehyde in dentistry: a review of mutagenic and carcinogenic potential. *J Am Dent Assoc* 1981; 103(3):429-34.
16. Lewis B. Formaldehyde in dentistry: a review for the millennium. *J Clin Pediatr Dent* 1998; 22(2):167-77.
17. Milnes A. Formocresol revisited. *Br Dent J* 2008; 205(2):62.
18. Milnes AR. Is formocresol obsolete? A fresh look at the evidence concerning safety issues. *Pediatr Dent* 2008; 30(3):237-46.
19. Mortazavi M, Mesbahi M. Comparison of zinc oxide and eugenol, and Vitapex for root canal treatment of necrotic primary teeth. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14(6):417-24.
20. Reddy VV, Fernandes. Clinical and radiological evaluation of zinc oxide-eugenol and Maisto's paste as obturating materials in infected primary teeth - nine months study. *J Indian Soc Pedod*
21. Tchaou W-S, Turng B-F, Minah GE, Coll JA. In vitro inhibition of bacteria from root canals of primary teeth by various dental materials. *Pediatr Dent* 1995; 17(5):351-5.
22. Tchaou W-S, Turng B-F, Minah GE, Coll JA. Inhibition of pure cultures of oral bacteria by root canal filling materials. *Pediatr Dent* 1996; 18(7):444-9.
23. Lana MA, Ribeiro-Sobrinho AP, Stehling R, Garcia GD, Silva BK, Hamdan JS, Nicoli JR, Carvalho MA, Farias LM. Microorganisms isolated from root canals presenting necrotic pulp and their drug susceptibility in vitro. *Oral Microbiol Immunol* 2001; 16(2):100-5.
24. Pazelli LC, Freitas AC, Ito IY, Souza-Gugelmin MC, Medeiros AS, Nelson-Filho P. Prevalence of microorganisms in root canals of human deciduous teeth with necrotic pulp and chronic periapical lesions. *Pesqui Odontol Bras* 2003; 17(4):367-71.
25. Cunha CBCS, Barcelloss R, Primo LG. Soluções irrigadoras e materiais obturadores utilizados na terapia endodôntica de dentes decíduos. *Pesq Bras Odontopediatr Odontol Integr* 2005; 5(1):75-83.
26. Siqueira JF Jr, Rocas IN, Favieri A, Lima KC. Chemomechanical reduction of the bacterial population in the root canal after instrumentation and irrigation with 1%, 2.5%, and 5.25% sodium hypochlorite. *J Endod* 2000; 26(6):331-4.

Recebido/Received: 16/04/09
Revisado/Reviewed: 30/11/09
Aprovado/Approved: 18/01/10

Correspondência:

Fernanda Barja Fidalgo
Av. 28 de Setembro, 157 - 2º Andar
Rio de Janeiro/RJ CEP: 20551-030
Telefone: (21) 8847-8505
E-mail: fbarja@gmail.com