

Rita Alexandra Sequeira da Silva Carvalho

Avaliação do Grau de Dificuldade e Risco em Endodontia

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2008

Rita Alexandra Sequeira da Silva Carvalho

Avaliação do Grau de Dificuldade e Risco em Endodontia

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2008

Rita Alexandra Sequeira da Silva Carvalho

Avaliação do Grau de Dificuldade e Risco em Endodontia

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Medicina Dentária”.

Resumo

O formulário de classificação de GDR, corresponde a um documento protocolar composto por uma lista de itens de classificação, através dos quais o MD identifica e caracteriza o caso clínico Endodôntico de acordo com o seu GDR.

As escalas de classificação do GDR surgiram como uma tentativa de melhorar o sucesso do tratamento de canais radiculares na prática clínica do MDG. Assim, associado a estas escalas surge a necessidade de referenciação dos casos classificados como de elevado GDR para MD com maior conhecimento na área de Endodontia. (Ree et al., 2003)

Este trabalho está dividido em duas partes: revisão bibliográfica e investigação científica.

A revisão bibliográfica do tema engloba o conceito, objectivos, influência sobre o prognóstico do tratamento de escalas de classificação do GDR; abordagem da escala de classificação utilizada na FCS-UFP; factores que influenciam e como fazer reencaminhamento; a decisão de tratar ou reencaminhar; o intercâmbio profissional entre MDG e Endodontistas.

O trabalho de investigação consistiu na avaliação de 101 MD (53 mulheres e 48 homens), com idades compreendidas entre os 24 e os 50 anos. Cada participante foi analisado com base num questionário.

O objectivo principal deste estudo foi avaliar a frequência de reencaminhamento em Portugal e quais os factores que influenciam o MD no reencaminhamento de casos de elevado GDR.

Ressalta deste trabalho que a percentagem de reencaminhamento é de 39,6% (IC (95%): 30,0% - 49,1%). Os factores que influenciam a decisão do MD no reencaminhamento de casos clínicos são: tipologia de dente; canais com instrumentos fracturados; perfurações ou reabsorções; cirurgia apical; canais calcificados.

Abstract

The case difficulty assessment form is a guideline document composed by several items that may help Dentists to identify the difficulty assessment of endodontic cases.

The case difficulty assessment form appeared in order to improve the success of root-canal-treatment in general practice. Therefore, it became necessary to refer difficulty cases to Dentists with advanced knowledge and training.

This study is divided in two parts: bibliographical review and scientific research.

The bibliographical review includes the concept, objectives and influence over treatment prognosis of the difficulty case assessment forms; description of the difficulty case assessment form used in FCS-UFP; factors influencing and how to make referral; the decision to treat or to refer and the professional relationship between general practitioners and Endodontists.

The study consisted in the evaluation of 101 Dentists (53 female and 48 male) between the ages of 24 and 50. Each one answered a questionnaire.

The aim of this study was to evaluate the frequency of referral in Portugal and what are the factors influencing Dentists to refer difficulty assessment cases.

The percentage of referral is 39,6% (CI (95%): 30,0% - 49,1%). The factors influencing Dentists to refer difficulty assessment cases are: tooth type; canals with broken instruments; perforation or resorption; apex surgery and canal calcifications.

Aos meus Pais,
pelo apoio e amor incondicional.

À minha irmã, Anita,
a minha melhor amiga.

Agradecimentos

Para a elaboração desta monografia, pude contar com o apoio, compreensão, simpatia e amizade de muitas pessoas.

Uma palavra especial de agradecimento à minha orientadora e co-orientadora, Professora Mestre Ana Moura Teles e Professora Doutora Conceição Manso, pela sua extrema dedicação, disponibilidade e amizade.

Ao corpo docente da Faculdade de Ciências da Saúde, pelos muitos conhecimentos que me transmitiu ao longo destes 6 anos.

Aos meus pais por todo o apoio, carinho, amizade e dedicação...

À minha irmã, a melhor amiga de sempre, a pessoa que mais admiro, a pessoa que mais acredita em mim, que me apoia sempre que preciso...

Ao meu cunhado Rui, por me fazer rir, pela a amizade de quase irmão...

Às minhas sobrinhas Joana e Mafalda que são a melhor companhia do mundo...

Ao meu binómio Zéca pelo companheirismo e espírito de equipa...

À Mariana pela ajuda incansável e pelas preciosas dicas...

À minha amiga Inês por me fazer rir, chorar, por todas as aventuras e momentos que passámos juntas, por ser sempre minha amiga em qualquer circunstância...

Às minhas amigas Luísa e Filipa, pelas longas conversas, pelas tardes de Verão, por todas as provas de amizade...

Às minhas amigas Rita, Ângela e Aida que apesar de todas as contrariedades e das intermitências do destino, a amizade permanece e permanecerá sempre intacta...

Ao meu padrinho de praxe, vizinho, colega e amigo, Ricardo pelo espírito académico, por me fazer acreditar que, independentemente de todos os atritos, seremos sempre amigos...

A todos aqueles que participaram nesta investigação.

Muito Obrigada!

Índice

Introdução

.....1

Desenvolvimento

.....3

Capítulo I - Revisão Bibliográfica	3
I.1- Conceito de GDR em Endodontia	3
I.2- Objectivos do GDR em Endodontia	4
I.3- Influência da avaliação do GDR sobre o prognóstico do tratamento	4
I.4- Escala de classificação proposta pela <i>American Academy of Endodontists</i>	6
I.5- Escala de classificação proposta pela <i>Canadian Association of Endodontics</i>	8
I.6- Escala de classificação "DETI"	9
I.7- "CAE" vs "DETI"	9
I.8- Escala de classificação da "FSC-UFP"	10
I.8.1- Considerações do paciente	11
I.8.1.1- História médica do paciente/ Anestesia	11
I.8.1.1.1- História médica do Paciente	11
I.8.1.1.2- Anestesia	12
I.8.1.2- Diagnóstico	14
I.8.1.3- Abertura de boca e limitações físicas/ Dificuldades radiográficas	15
I.8.2- Considerações dentárias	16
I.8.2.1- Tipo de dente/ Posição na arcada/ Inclinação	16
I.8.2.2- Isolamento absoluto e acesso/ Aberrações Morfológicas da Coroa	17
I.8.2.3- Forma dos Canais e Raízes	19
I.8.2.4- Calcificações do Canal	20
I.8.2.5- Reabsorções	21
I.8.2.6- Perfurações Iatrogénicas	22
I.8.3- Factores Adicionais	22
I.8.3.1- História de Trauma	22
I.8.3.2- Retratamento	23
I.8.3.3- Condição Periodontal-Endodôntica	23

I.9- Factores que influenciam o Reencaminhamento do Paciente para o Endodontista.....	24
I.10- A decisão de tratar ou reencaminhar	26
I.11- Como fazer o Reencaminhamento de Pacientes para o Endodontista.....	27
I.12- O Formulário de Reencaminhamento.....	28
I.13- O Intercâmbio Profissional entre MDG e Endodontistas	31
Capítulo II - Investigação Científica	33
II.1- Objectivos	33
II.2- Materiais e Métodos	33
II.2.1- Tipo de estudo	33
II.2.2- Desenho do estudo.....	34
II.2.3- População-alvo e selecção da amostra.....	34
II.2.4- Critérios de inclusão e exclusão	34
II.2.5- Intervalo de tempo em que decorreu o estudo.....	34
II.2.6- Análise estatística	35
II.3- Resultados	37
II.3.1- Caracterização sócio-demográfica da amostra	37
II.3.1.1- Anos de profissão vs tipo de prática clínica.....	38
II.3.1.2- Área de exclusividade e predominância	39
II.3.1.3- Curso de Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento	39
II.3.2- Número de consultas de Endodontia por semana.....	40
II.3.3- Tipos de dentes mais endodônciados.....	41
II.3.4- Intercâmbio profissional entre MDG e MD com maior experiência ou formação em Endodontia.....	41
II.3.5- Reencaminhamento de casos clínicos Endodônticos.....	42
II.3.6- Razões que levam o MD a não reencaminhar casos clínicos de Endodontia com elevado GDR	43
II.3.7- Tipo de profissionais para quem os MD reencaminham com mais frequência	44
II.3.8- Número de pacientes reencaminhados por mês.....	45

II.3.9- Classificação do grau de importância dos factores que influenciam a decisão do MD de reencaminhar o paciente para um colega com formação em Endodontia e factores que levam o MD a reencaminhar pacientes com maior frequência	45
II.3.10- Avaliação do conhecimento sobre a existência de escalas de classificação de GDR em Endodontia.....	49
II.3.10.1- Conhecimento sobre a existência de escalas de classificação de GDR vs tipo de prática clínica, aquisição de curso de Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento e Universidade de Licenciatura.....	49
II.3.11- Escala de classificação do GDR adoptado na clínica	49
II.3.12- Hábito de adicionar informação direccionada ao profissional para quem o MD reencaminha os seus pacientes Endodônticos	50
II.3.13- Execução da restauração definitiva do dente.....	50
II.3.14- Avaliação da necessidade de existência de cursos de formação na área de Endodontia.....	52
II.4- Discussão.....	53
II.5- Limitações do estudo.....	65
II.4- Resumo dos resultados	66
 Conclusão	 68
Bibliografia	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição do número de anos de profissão da amostra	37
Figura 2 - Percentagem de número de consultas de Endodontia que os MD executam por semana.....	40
Figura 3 - Caracterização da amostra por percentagem de dentes mais endodônciados pelos MD.	41
Figura 4 - Principais razões que levam o MD a não reencaminhar os casos de Endodontia de elevado GDR.	44
Figura 5 - Profissionais a quem os MD reencaminham os casos de Endodontia com elevado GDR.	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estatísticas mais relevantes para a distribuição de anos de profissão de todos os inquiridos, por tipo de prática clínica e hábito de reencaminhar..	39
Tabela 2 - Distribuição de número de consultas de Endodontia por semana de todos os inquiridos assim como pelo tipo de prática clínica. Estatísticas mais relevantes.....	40
Tabela 3 - Relação entre reencaminhamento de casos clínicos endodônticos de elevado GDR e o tipo de prática clínica.	42
Tabela 4 - Número de consultas de Endodontia por semana e sua relação com o reencaminhamento de casos clínicos endodônticos de elevado GDR. Estatísticas mais relevantes.....	43
Tabela 5 - Estatísticas mais relevantes para o número de pacientes reencaminhados por mês.....	45
Tabela 6 - Ordenação do grau de importância relativa atribuída aos factores que influenciam a decisão do MD reencaminhar (a partir de 37 respostas completas), e número (%) de respostas obtidas sobre qual/quais os factores mais relevantes a considerar no reencaminhamento dos pacientes (a partir de 36 inquéritos).....	47
Tabela 7 - Distribuição de nº de semanas até à execução da restauração definitiva, considerando se quem realiza a restauração é o colega para quem foi reencaminhado o paciente ou se é o próprio MD a realizar a restauração no paciente que reencaminhou	51
Tabela 8 - Número de semanas para realizar a restauração definitiva (n=28). Estatísticas mais importantes.....	51

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE - American Academy of Endodontists

ASA - American Society of Anaesthesiology

CAE - Canadian Association of Endodontics

DETI - Dutch Endodontic Treatment Index

FMDUC - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra

FMDUL - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

GDR - Grau de Dificuldade e Risco

IC - Intervalo de Confiança

ICSN - Instituto de Ciências da Saúde do Norte

ICSS - Instituto de Ciências da Saúde do Sul

IRM/CAVIT - Cimento de Óxido de Zinco Eugenol Reforçado/ Nome Comercial

MD - Médico Dentista

MDG - Médico Dentista Generalista

MTA - Agregado Trióxido Mineral

RENC - Retratamento Endodôntico Não Cirúrgico

TE - Tratamento Endodôntico

TENC - Tratamento Endodôntico Não Cirúrgico

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UFP - Universidade Fernando Pessoa

Introdução

A Endodontia é a área que se dedica ao estudo da morfologia, fisiologia e patologia da polpa e tecidos periapicais do dente. (Shabahang, 2005).

A Endodontia é, sem dúvida, uma área da Medicina Dentária de extrema importância e que, cada vez mais, ocupa um lugar cativo numa população que procura alcançar uma melhoria substancial da qualidade de vida. Nos últimos anos, temos assistido a um avanço tecnológico e científico que nos obriga a estar atentos e actualizados (Associação Americana de Endodontistas, 2005). Como estudante e futura Médica Dentista, penso que é fundamental acompanhar a evolução técnica e científica para conseguir responder às exigências de uma população que se quer tornar mais saudável e que está cada vez mais envelhecida.

A capacidade de resposta do Médico Dentista fundamenta-se na sua preparação e desempenho técnicos e numa relação que se deve basear na honestidade, na sinceridade e no respeito pelo paciente. Segundo Beverly et al. (2006), esta relação apoia-se, igualmente, na apreensão de um espírito de entreaajuda entre Médicos Dentistas Generalistas e os Especialistas em diversas áreas.

Por outro lado, a qualidade de trabalho do MDG prende-se com a necessidade de satisfação pessoal em querer atingir, sempre, a perfeição dos serviços prestados, bem como, a capacidade de compreensão das suas limitações e habilitações de execução dos diversos tratamentos. Por este motivo, surgiram escalas de classificação do Grau de Dificuldade e Risco na área de Endodontia. Decidi abordar este tema uma vez que considero que as escalas de classificação de GDR desempenham um papel fundamental na prática clínica de um MDG, melhorando a sua capacidade de intervenção e referenciação a outro profissional mais experiente ou com formação na área de Endodontia. Em última análise, acredito que o principal beneficiado é o paciente.

Em Portugal, a especialidade de Endodontia, ainda não existe. Porém, de acordo com Shabahang (2005) existem cada vez mais cursos de formação académica pós-graduada nesta área ao dispor de qualquer MDG, bem como, o acesso a informação creditada e actualizada

sobre novas técnicas e tratamentos. No entanto, o conceito de intercâmbio entre MDG e MD com formação na área de Endodontia continua a ser uma novidade em Portugal. Por este motivo, escolhi abordar esta questão, uma vez que não existe nenhum estudo realizado em Portugal sobre esta relação de intercâmbio, nem sobre o grau de conhecimento acerca da existência de formulários de classificação do GDR e benefícios inerentes da sua utilização em termos de diagnóstico, da execução de tratamento e do prognóstico do caso clínico.

Os principais objectivos desta monografia são:

- verificar qual a frequência de reencaminhamento de casos de Endodontia de elevado GDR, quais os tipos de profissionais para quem os MD reencaminham e determinar quais as razões que levam o MD a não reencaminhar casos de Endodontia;
- investigar quais os factores mais importantes e os que mais influenciam o reencaminhamento de pacientes para MD com formação académica ou com mais experiência na área de Endodontia;
- avaliar o grau de conhecimento dos MD sobre escalas de classificação de GDR em Endodontia;
- verificar a existência de intercâmbio de informação entre MD e os especialistas em Endodontia;
- fazer uma revisão bibliográfica sobre as diferentes escalas de classificação existentes do GDR em Endodontia, bem como a sua utilidade em termos de diagnóstico, de tratamento e de prognóstico;
- justificar a sua existência para o reencaminhamento de pacientes para especialistas na área de Endodontia e referenciar quais os métodos mais eficazes para executá-lo.

Para tal, desenvolveu-se um questionário dirigido a MD, Generalistas ou com formação académica noutra área da Medicina Dentária e efectuou-se uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos, publicados nos últimos 15 anos, nos motores de busca www.pubmed.com e www.blackwell-synergy.com com as seguintes palavras-chave “*endodontic referral*” e “*difficulty risk assessment*”. Obteve-se um total de 15 artigos. Os questionários foram distribuídos e recolhidos durante um período de 5 meses compreendido entre 2 de Março e 31 de Agosto de 2008.

Desenvolvimento

Capítulo I - Revisão Bibliográfica

I.1- Conceito de GDR em Endodontia

O formulário de classificação de GDR corresponde a um documento protocolar composto por uma lista de itens de classificação, através dos quais o MD identifica e caracteriza o caso clínico Endodôntico de acordo com o seu GDR.

Falcon et al. (2001) mencionam a necessidade do desenvolvimento de índices para determinar a necessidade de tratamento restaurador de dentes. Através destes índices, que fazem a comparação entre os parâmetros de necessidade e a prioridade de tratamento, os profissionais atribuem níveis de complexidade de Tratamento Endodôntico, Periodontal e Prostodôntico. (*cit.in* Ree et al., 2003)

Rosenberg et al. (1992) consideram a existência de um formulário de GDR em Endodontia como um documento importante na prática clínica que ajuda o MD a criar metodologias de trabalho, quer na execução de tratamento, quer na decisão de reencaminhar o paciente para o Endodontista. (*cit.in* Ree et al., 2003)

A *American Academy of Endodontists* considera os formulários de classificação do GDR como uma ferramenta de trabalho útil para o plano de tratamento, bem como uma ajuda preciosa na decisão de reencaminhar os casos clínicos para especialistas na área da Endodontia. (AAE, 2005)

De acordo com a AAE, estes formulários constituem um método que torna a abordagem do caso clínico mais eficiente, mais consistente e fácil de documentar. (AAE, 2005).

I.2- Objectivos do GDR em Endodontia

As escalas de classificação do GDR surgiram como uma tentativa de melhorar o sucesso do tratamento de canais radiculares na prática clínica do MDG. Assim, associado a estas escalas surge a necessidade de referência dos casos classificados como de elevado grau de dificuldade para MD com maior conhecimento e experiência na área de Endodontia. Segundo de Cleen et al. (1993), Saunders et al. (1997) e Moor et al. (2000) estas escalas foram criadas para beneficiar, igualmente, o tratamento dos pacientes, facilitando a triagem e selecção consoante o GDR do caso clínico.(*cit.in* Ree et al., 2003)

Nos últimos dez anos, a AAE (2005) refere a existência de inúmeras escolas de Medicina Dentária que têm vindo a explorar novas técnicas de ensino, para que os estudantes possam classificar os casos clínicos de Endodontia quanto ao GDR. O objectivo pretendido foi definir um protocolo que cumprisse os seguintes parâmetros:

- obter uma classificação fidedigna do GDR do caso Endodôntico;
- facilitar a documentação do GDR do caso Endodôntico;
- prevenir erros de procedimento;
- diminuir ou, mesmo, evitar a necessidade de reencaminhar o caso Endodôntico a meio do seu tratamento.

Para prevenir erros de tratamento que possam causar complicações desnecessárias ao paciente, a AAE desenvolveu um formulário de classificação de GDR em Endodontia, disponível no site oficial www.aae.org, que ajudam o MDG na caracterização dos casos clínicos antes de iniciar o tratamento. (AAE, 2005)

I.3- Influência da avaliação do GDR sobre o prognóstico do tratamento

Segundo Ree et al. (2003), desconhece-se qualquer tipo de relação entre a taxa de referência de casos Endodônticos e o prognóstico do tratamento. No entanto, ainda Ree et al. (2003) especulam que existe um aumento substancial da taxa de insucesso do tratamento

de causa iatrogénica, sempre que o MDG intervém sem ter experiência ou conhecimento adequado a esse tratamento.

Ainda Ree et al. (2003) entendem que, se o MDG tiver a capacidade de reconhecer o GDR do caso antes de iniciar o tratamento, deverá reencaminhá-lo para um Endodontista nessa mesma fase, uma vez que, se o fizer a meio do tratamento, todo o prognóstico poderá ficar comprometido bem como acarretar custos adicionais para o paciente.

A AAE (2005) reforça a ideia do adequado planeamento do tratamento. Este facto, para além de ajudar o profissional a precaver-se de possíveis complicações iatrogénicas (canais por instrumentar; remoção excessiva de dentina coronária aquando da cavidade de acesso; remoção excessiva de dentina radicular aquando da instrumentação canal; perfurações; formação de rolhões dentinários, etc) auxilia-o, também, a desenvolver a capacidade de selecção dos casos clínicos, de acordo com o seu nível de experiência, auto-confiança e conhecimento.

Na determinação de um bom prognóstico do dente que necessita de TE, o MDG deve ter em consideração a patologia Endodôntica ou outra associada ao dente, assim como considerações estruturais e de suporte. (Messer, 1999 ;Rosenberg e Goodis, 1992, *cit.in* Pothukuchi, 2006)

Pothukuchi (2006) publicou um estudo de revisão no qual dividiu factores que interferem com o prognóstico do TE em três fases: pré-operatórias, intra-operatórias e pós-operatórias.

O prognóstico na fase pré-operatória é influenciado por factores directamente relacionados com a Endodontia e, por acréscimo, pelas condições dos tecidos periapicais. Se existir patologia periapical associada, diagnosticada por imagem radiolúcida, o prognóstico tende a ser pior.(Messer, 1999, *cit.in* Pothukuchi, 2006)

Por este motivo, quando se pretende determinar o prognóstico de um dente periodontalmente comprometido, é importante informar o paciente e ajudá-lo a decidir sobre os prós e contras do tratamento do dente.(Pothukuchi, 2006)

O prognóstico, na fase intra-operatória, é influenciado por factores directamente relacionados com a execução e podem surgir em qualquer fase do TE, tais como: falta de utilização de isolamento absoluto, fractura de um instrumento, preparação incompleta dos canais, perfurações de canais, sobre ou subextensão de material obturador e inadequada condensação. Segundo Messer (1999) e Lin et al. (2005) estes factores são previsíveis, desde que o MDG tome a decisão correcta de acordo com o seu nível de conhecimentos e prática clínica.

Perante achados clínicos e radiográficos inconclusivos ou contraditórios que tornam o diagnóstico difícil, o reencaminhamento de pacientes a um Endodontista aumenta a probabilidade de sucesso de tratamento, evitando-se um erro de tratamento resultante da inexperiência do MDG. (Messer, 1999; Rosenberg e Goodis, 1992, *cit. in* Pothukuchi, 2006)

É importante lembrar que nós, como Médicos Dentistas, temos o dever de assistência para com os nossos pacientes e, por isso mesmo, temos a obrigação de desenvolver determinados cuidados de forma a prevenir erros de procedimento, minimizando e, desejavelmente, evitando a sua ocorrência. (Pothukuchi, 2006)

Um dos factores mais importantes que influencia, na fase pós-operatória, o sucesso do TE é a existência de selamento intra-coronário. A sua aplicação tem por objectivo principal é a promoção duma barreira contra a infiltração bacteriana do sistema de canais radiculares, previamente tratados. Outro factor modificador do prognóstico do TE é o estado de higiene oral do paciente. O objectivo é reduzir a taxa de bactérias da cavidade oral, reduzindo a taxa infiltração bacteriana através das margens das restaurações. (Messer, 1999, *cit. in* Pothukuchi, 2006)

I.4- Escala de classificação proposto pela *American Academy of Endodontists*

A escala de GDR desenvolvida pela AAE foi originalmente criada para estudantes de Medicina Dentária, mas não há registos na literatura científica sobre a sua utilização na prática clínica. (Ree et al., 2003).

O formulário de classificação de GDR, desenvolvido pela AAE, classifica os casos de Endodontia em três sub-categorias que interferem com a complexidade do tratamento: considerações do paciente; considerações sobre o diagnóstico e o tratamento, e ainda, outras considerações denominadas de adicionais. Cada sub-categoria corresponde a um certo grau de dificuldade baseando-se em potenciais factores de risco. Os níveis de dificuldade não podem, de certa forma, ser controlados pelo profissional. Cada um dos factores de risco, presentes na escala de classificação, pode influenciar a classificação do caso clínico pelo profissional e conduzi-lo até a um resultado previsível. Para cada nível de dificuldade, existe um protocolo que determina a capacidade de actuação e decisão do profissional, de acordo com as suas habilitações e experiência. (AAE, 2005)

A AAE (1997) divide esta escala de classificação em três níveis de GDR do caso Endodôntico, sendo eles: nível(1) Médio; nível (2) Elevado e; nível (3) Extremo.

Actualmente, a AAE (2005) divide os níveis de GDR da seguinte forma:

Nível 1 (Mínimo): O caso clínico classifica-se de nível 1, quando são preenchidos os itens correspondentes apenas a esta categoria. As condições pré-operatórias indicam estarmos perante um caso não complicado, em que o resultado do tratamento é muito previsível. O MD deve sentir-se confiante para executar o tratamento.

Nível 2 (Moderado): Corresponde a casos clínicos cuja escala de classificação de GDR é preenchida da seguinte forma: combinação de um ou mais itens pertencentes à categoria de Dificuldade Moderada com itens pertencentes à categoria de Dificuldade Mínima. As condições pré-operatórias são complicadas. A execução do tratamento bem como o seu resultado não são totalmente previsíveis. Exige competência e experiência pela parte do MD.

Nível 3 (Elevado): As condições pré-operatórias são, excepcionalmente, complicadas; surgem associados uma série de factores listados na categoria de Dificuldade Moderada ou, pelo menos, a um na categoria de Dificuldade Elevada. Representa um desafio até para o especialista mais experiente.

I.5- Escala de classificação proposto pela *Canadian Association of Endodontics*

A CAE (*Canadian Academy of Endodontics*) criou uma escala de classificação baseada num sistema de graus de dificuldade e risco. Esta escala de classificação é usada desde o ano de 1997 em muitas escolas de Medicina Dentária do Canadá para classificação dos casos de maior dificuldade. (Ree et al., 2003)

O formulário desenvolvido pela CAE é constituído por três partes: considerações do paciente, considerações do dente e considerações adicionais. Cada categoria possui sub critérios que definem e dividem o caso clínico em três graus de risco possíveis: médio, elevado e muito elevado. (Ree et al., 2003)

A cada grau de risco corresponde um determinado valor numérico atribuído por cada item preenchido: Médio (1 unidade por item); Elevado (2 unidades por item); Muito Elevado (5 unidades por item).

O somatório das unidades classifica o caso clínico de acordo com a seguinte escala:

Classe I: Risco Médio (15-19 unidades) - Indica que as condições pré-operatórias e o grau de complexidade estão dentro da normalidade. O Médico Dentista experiente pode obter resultados de tratamento, dentro da previsibilidade. (Ree et al., 2003)

Classe II: Risco Elevado (20-25 unidades) - Indica que as condições pré-operatórias são complicadas. A execução e o prognóstico do tratamento tornam-se difíceis mesmo para um Médico Dentista experiente. (Ree et al., 2003)

Classe III: Risco Muito Elevado (>25 unidades) - Indica que as condições pré-operatórias são de extrema complexidade. O planeamento, a execução e o prognóstico do tratamento constituem um grande desafio para o mais experiente dos especialistas da área da Endodontia. Este tratamento exige um avançado conhecimento e técnica por parte do especialista e recursos materiais específicos. (Ree et al., 2003)

Quando o somatório das unidades classifica o caso clínico em Risco Médio, o profissional deve sentir-se confiante acerca da execução do tratamento. Neste nível de classificação, espera-se que qualquer MDG se sinta à vontade e capaz de realizar o tratamento. Se surgir uma combinação com um ou mais itens pertencentes à categoria de Risco Elevado ou apenas um item na categoria de Risco Muito Elevado, o MD deve proceder ao reencaminhamento do paciente para um Endodontista. (Ree et al., 2003)

I.6- Escala de classificação “DETI”

Segundo Ree et al. (2003) o formulário DETI (*Dutch Endodontic Treatment Index*) consiste em 15 itens que podem ser utilizados para fazer a distinção entre um caso não complicado (DETI nível A) e um caso com elevada complexidade (DETI nível B).

Se nenhum destes 15 itens da escala DETI é aplicável, o caso clínico deve ser considerado como não complicado (DETI nível A). Com efeito, o Médico Dentista pode executar o tratamento sem que este represente qualquer obstáculo. (Ree et al., 2003)

Se um ou mais itens da escala DETI são aplicáveis, a complexidade do TE aumenta (DETI nível B). Com efeito, estamos perante um caso de elevada complexidade e grau de risco. O reencaminhamento do paciente para um Endodontista deve ser ponderado. (Ree et al., 2003)

I.7- “CAE” vs “DETI”

Num estudo realizado por Ree et al. (2003), provou-se que o formulário de classificação DETI é significativamente mais rápido e fácil na identificação do caso clínico como sendo complicado (DETI B) ou não complicado (DETI A), quando comparado com o formulário de classificação desenvolvido pela CAE, apesar deste ter sofrido as seguintes modificações neste estudo:

- foram acrescentados os seguintes itens de classificação correspondentes à categoria de Risco Extremo: presença de falso-coto de compósito na câmara pulpar cuja remoção

representa uma situação de risco elevado, quando comparado com um falso-coto em amálgama; acidentes iatrogénicos como: instrumentos fracturados nos canais, formação de rolhões dentinários, zip apical, perfurações sub-ósseas; presença de fragmento de cone de prata;

- o item correspondente à possibilidade de colocação de grampo foi substituído pelo item correspondente à necessidade de realizar pré-tratamento restaurador para obter um adequado isolamento absoluto.

Ree et al. (2003) concluíram, ainda, que a avaliação do GDR do caso clínico, mediante o formulário CAE modificado, é mais complexa, provavelmente devido ao elevado número de variáveis que o compõe. Contudo, relevam a sua importância e utilidade para a distinção entre um caso de elevada complexidade e um caso de complexidade extrema uma vez que possui maior sensibilidade atendendo ao número de critérios de avaliação. Frisam, no entanto, que o elevado número de critérios de classificação do formulário CAE não é preenchido na sua totalidade e que, na sua maioria, são desnecessários para o reconhecimento de um caso de extrema complexidade.

I.8- Escala de classificação da “FCS –UFP”

Ree et al. (2003) afirmam que os formulários DETI e CAE modificado têm vindo a ser introduzidos nos programas académicos para grau de licenciatura em Medicina Dentária em diversas escolas de Medicina Dentária da Holanda nos últimos anos. Estes formulários são utilizados como ferramentas fundamentais no rastreio de casos clínicos de Endodontia, quanto ao GDR na comunidade académica. Reforçam a ideia de que a aplicação de formulários nas escolas de Medicina Dentária e nos cursos de pós-graduação contribuem para sua futura implementação na prática clínica.

Também as disciplinas de prática clínica Endodôntica na Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa adoptaram um formulário de classificação do GDR para melhorar a aprendizagem dos alunos de Medicina Dentária para que possam apreender quando é conveniente tratar ou reencaminhar os casos Endodônticos. Por este facto, a clínica

da UFP adoptou o formulário desenvolvido pela CAE para que os alunos classifiquem os casos clínicos de Endodontia. Dentro do sistema académico da UFP, existe um docente de Endodontia que tem a seu cargo os tratamentos de maior classificação de GDR na disciplina designada de Estágio.

Nesta revisão bibliográfica, para melhor compreensão do formulário de classificação de GDR adoptada pela UFP, decidiu-se abordar cada categoria que o constitui explicando, detalhadamente, como cada factor interfere na classificação dos casos clínicos, de acordo com a bibliografia existente. Este formulário encontra-se documentado, nesta monografia, no Anexo II.

I.8.1- Considerações do paciente

I.8.1.1- História médica do paciente/ Anestesia

I.8.1.1.1- História médica do paciente

Segundo Rosenberg e Goodis (1992), Messer (1999) e Ree et al. (2003), a epilepsia potencia o aumento da dificuldade de manipulação do paciente desta patologia em consultório, sendo o TE propício ao desenvolvimento de uma crise. (*cit.in* Pothukuchi, 2006)

Doenças como Diabetes Mellitus ou HIV/SIDA estão incluídas nesta categoria. Pacientes imunocomprometidos estão mais sujeitos a infecções e, uma vez estabilizadas, os tecidos demoram mais tempo a remodelar quando observados radiológica e clinicamente. (Messer, 1999)

Estes tipos de pacientes poderão ter de ser reencaminhados para um Endodontista a fim de prevenir complicações durante o tratamento que são melhor controladas ao cuidado de um especialista. (Rosenberg e Goodis, 1992; Messer, 1999; Ree et al., 2003, *cit.in* Pothukuchi, 2006)

Pacientes com Diabetes Mellitus não controlados devem ser classificados segundo a escala de classificação desenvolvida pela AAE como Dificuldade Moderada ou Dificuldade Elevada. (AAE, 1997)

Pacientes com doenças mentais nem sempre são capazes de seguir as instruções que lhes são dadas durante o TE ou durante o período pós-operatório (instruções de higiene oral, por exemplo). (Messer, 1999)

O plano de tratamento deve ser muito bem estudado e ponderado de acordo com as limitações do paciente pois, nem sempre o TE representa a melhor opção. (Pothukuchi, 2006)

1.8.1.1.2- Anestesia

Raramente existem casos de alergia aos grupos amida dos anestésicos locais. (AAE, 1997).

Existem situações em que a anestesia é extremamente difícil de produzir efeito, como por exemplo, pacientes com inflamação pulpar aguda em dentes na arcada mandibular. Esta condição é agravada, quando associada a um fracasso do bloqueio da mandíbula. (Rosenberg e Goodis, 1992, *cit.in* Pothukuchi, 2006)

Segundo Rossman et al. (2006), na presença de patologia pupar e/ou periapical, o sucesso do bloqueio do nervo alveolar inferior é conseguido em aproximadamente 80% a 85% dos casos. Devido à densidade óssea da mandíbula do adulto, o potencial de absorção do anestésico é reduzido. (*cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.49)

Reader et al. (2006) consideram, por sua vez, que a taxa de insucesso do bloqueio do nervo alveolar inferior num paciente com pulpite irreversível é de 44% a 81%. Este facto indica que a anestesia é difícil de obter se for apenas realizado um bloqueio do nervo alveolar inferior. (Reader et al., 2006, *cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.712)

Por este motivo, aconselha-se o reencaminhamento destes casos a um Endodontista. Este por sua vez possui equipamento, experiência e técnica para a manipulação dos pacientes. (Rossman, 2006, *cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.49)

De acordo com Reader et al. (2006) a taxa de sucesso da anestesia local em dentes mandibulares posteriores com pulpite irreversível aumenta para 91% quando se aplica uma anestesia intraóssea mandibular *Stabident System* suplementar (1,8 ml de 2% de lidocaína em 1:00000 de epinefrina) após o bloqueio do nervo alveolar inferior. (Reader et al., 2006, *cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p. 712)

Ainda Reader et al. (2006) acrescentam que, na eventualidade do bloqueio convencional do nervo alveolar inferior não resultar, utilizando uma anestesia intraóssea suplementar através do *X-Tip System* (1,8 ml de 2% de lidocaína em 1:00000 de epinefrina) em pacientes com pulpite irreversível em molares ou pré-molares mandibulares, a taxa de sucesso da anestesia local aumenta para 82%. A injeção do *X-Tip System* deve ser dada a uma distância de 3 a 7 mm apicais da junção mucogegival dos molares e pré-molares mandibulares. (Reader et al., 2006, *cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p. 712)

Segundo a AAE (1997), situações de “hot tooth” (Periodontite Apical Aguda) representam um elevado GDR em Endodontia uma vez que a obtenção de anestesia profunda é extremamente difícil. (AAE, 1997)

No sistema de classificação criado pela CAE, o estado de saúde geral do paciente é determinado pelo sistema de classificação proposto pela ASA (American Society of Anaesthesiology) por McCarthy e Melamed (1979). (*cit.in* Ree et al., 2003)

Da mesma forma, este sistema de classificação desenvolvido pela ASA foi adoptado para escala de classificação do GDR desenvolvido na Holanda por de Jong et al. (1993), dando origem à DETI . (*cit.in* Ree et al., 2003)

Deste modo, na escala de classificação do GDR, criada pela CAE, adotada pela UFP, os casos clínicos de Endodontia podem ser divididos em Classes I, II ou III dependendo da classificação do sistema ASA:

- Risco Moderado - ASA Classe I (sem problemas médicos).
- Risco Elevado - ASA Classe II (atenção especial: pacemaker/alergia a antibióticos); intolerância a vasoconstritores; falta de colaboração/medo.
- Risco Muito Elevado - ASA Classe III e IV (história médica complexa/ doença grave/ deficiência); intolerância à anestesia; resistência à anestesia.

I.8.1.2- Diagnóstico

Antes de iniciar qualquer TE, deve-se determinar o diagnóstico pulpar e periapical mais provável. (AAE, 1997)

A referenciação a outros especialistas é essencial para reduzir o número de casos clínicos com diagnóstico indeterminado, como por exemplo, situações em que existe dor facial idiopática ou atípica, ou seja, sempre que a etiologia de dor seja desconhecida. (Zinman, 2006, *cit in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.405)

Segundo Rossman et al. (2006), o diagnóstico inclui uma avaliação da história do problema decorrente, exame clínico pertinente, testes de vitalidade pulpar, sondagem periodontal e exames radiográficos detalhados. (*cit in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.44)

O formulário adotado pela UFP atribui a seguinte classificação para cada situação clínica:

- Risco Moderado - Situações em que os sinais e sintomas são claros, sendo o caso clínico fácil de diagnosticar.
- Risco Elevado - Situações em que os sinais e sintomas nos conduzem a diagnósticos diferenciais.

- Risco Muito Elevado - Situações em que sinais e sintomas são confusos, e, portanto, difíceis de chegar a um diagnóstico.

I.8.1.3- Abertura de boca e limitações físicas/ Dificuldades radiográficas

Doenças como a artrite reumatóide, a epilepsia ou outra doença crónica de carácter neurológico influenciam a manipulação do paciente em consultório. Por exemplo, um paciente com artrite reumatóide e com limitação da abertura de boca dificulta a colocação do isolamento absoluto bem como a colocação de películas radiográficas. (Rosenberg e Goodis, 1992; Messer, 1999, *cit. in* Pothukuchi, 2006)

Pacientes com restrição na abertura de boca, reflexo de vômito acentuado, tornam o TE e restaurador mais difíceis de executar. (Rosenberg e Goodis, 1992, *cit. in* Pothukuchi, 2006)

A anatomia local, como a existência de tórus mandibular ou palatino, o palato baixo e as arcadas estreitas dificultam a colocação das películas, aumentando a dificuldade de execução técnica do TE. (Messer, 1999)

Segundo Glickman e Pettiette (2006), a interpretação radiográfica não se baseia apenas na identificação do problema para o estabelecimento de um correcto diagnóstico. Existem muitas estruturas anatómicas (forâmens mentonianos e forâmen incisivo) e lesões osteogénicas (cementoma ou displasia cemento-óssea periapical) que podem não ser identificadas devido a sobreposição radiográfica de lesões pulpares e periapicais. (*cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.115)

O formulário adoptado pela UFP atribui a seguinte classificação para cada situação clínica:

- Risco Moderado - Situações de abertura normal de boca (≥ 35 mm) que permitem executar, normalmente, as radiografias.
- Risco Elevado - Situações de abertura reduzida de boca (25-35mm), em que há dificuldade em segurar as películas radiográficas. Situações de grande reflexo de vômito, abóbada

palatina baixa ou estreita e pavimento alto da boca, dificultam, igualmente, a colocação e execução de radiografias na cavidade oral.

- Risco Muito Elevado - Situações de redução extrema de abertura de boca ($\leq 25\text{mm}$) ou inclinação limitada e sobreposições anatómicas radiográficas difíceis de solucionar, como referidas anteriormente.

I.8.2- Considerações dentárias

I.8.2.1- Tipo de dente/ Posição na arcada/ Inclinação

Rosenberg e Goodis (1992) afirmam que dentes mal posicionados podem dificultar o isolamento absoluto, o posicionamento das películas radiográficas e, nestes casos, há maior probabilidade de acidentes, como por exemplo: perfurações das paredes laterais ou de furca em molares inclinados e má execução da cavidade de acesso com remoção excessiva de dentina coronária ou radicular. (*cit. in* Pothukuchi, 2006)

A rotação do dente pode produzir alterações na execução da cavidade de acesso e, conseqüentemente, afectar o prognóstico do tratamento. (AAE, 1997)

De acordo com Vertucci et al. (2006) a localização do dente na arcada está directamente relacionada com a acessibilidade do MD aos canais: quanto mais posterior é a localização, mais difícil é a visualização e tratamento dos canais. (*cit.in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.170, 177)

Ainda Vertucci et al. (2006) referem que a angulação do dente representa um problema no que diz respeito à sua acessibilidade. Assim sendo, molares mesializados ou dentes com inclinação vestibular ou lingual podem representar um desafio para o MD. (*cit.in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.185)

De acordo com AAE (1997), o número de canais presentes é um factor importante a ter em conta: quanto maior o número de canais presentes, maior a probabilidade de ocorrer uma perfuração ou outro qualquer erro de procedimento proveniente da localização dos canais.

Segundo Vertucci et al. (2006), é importante que o MD procure por um canal extra. Deve-se considerar que todos os molares superiores possuam quatro canais até se comprovar o contrário. Quando temos um canal amplo em que a lima tem um travamento brusco, devemos suspeitar da presença de ramificações em dois ou mais canais de menor amplitude. (*cit.in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.151)

O formulário adoptado pela UFP classifica o dente de acordo com o GDR da seguinte forma:

- Risco Moderado - Dente Anterior ou Pré-molar; Inclinação e rotação normal do dente ($\leq 10^\circ$).
- Risco Elevado - Primeiro ou Segundo Molar; Dente com inclinação e rotação moderada ($10 - 30^\circ$).
- Risco Muito Elevado - Terceiro Molar; Dente com inclinação e rotação extrema ($\geq 30^\circ$).

I.8.2.2- Isolamento absoluto e acesso/ Aberrações morfológicas da coroa

Glickman e Pettiette (*cit.in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.120), descrevem que os objectivos do isolamento absoluto podem ser resumidos em três tópicos principais:

- 1- Segurança: é promovida pela manipulação cuidada dos tecidos moles e a sua protecção de lesões; controlo de produtos químicos usados para limpeza dos canais e durante os tratamentos e pela criação de uma barreira de protecção (lençol de borracha), minimizando a infecção cruzada entre o MD e o paciente.
- 2- Controlo de humidade: é conseguido através de uma barreira física à humidade; ao promover a retracção da gengiva e o controlo da hemorragia gengival; ao reduzir o tempo de trabalho e providenciar um campo de trabalho limpo e seco, de modo a permitir um tratamento eficaz.

3- Controlo do paciente: é simplificado ao evitar a necessidade do paciente bochechar; ao facilitar a visualização e acesso do MD ao campo operatório; ao controlar a língua e bochechas e prevenir a deglutição de instrumentos durante o tratamento.

De acordo com Ruiz e Andrade (2004) o correcto isolamento absoluto depende da estabilidade do grampo que deve ser verificada pelo profissional, antes da colocação do dique no dente, obedecendo aos seguintes critérios:

- encontrar-se abaixo do nível da máxima amplitude dentária;
- não prender na margem gengival;
- os quatro pontos do grampo devem estar em contacto com o dente isolado;
- o arco do grampo deve ficar posicionado por distal do dente isolado.

Ainda Ruiz e Andrade (2004) enumeraram quais as situações que apresentam maior dificuldade na obtenção de um correcto isolamento absoluto, tais como:

- dentes extensamente destruídos por cárie ou fracturados, nos quais está indicada a utilização de grampos especiais, tipo 14A e 26 ou a reconstrução coronária através de materiais restauradores (amálgama, ionómero de vidro, resinas compostas ou cimentos provisórios);
- dentes muito expulsivos ou incompletamente erupcionados que requerem a utilização de grampos especiais de retracção (212, W8A);
- dentes mal-posicionados na arcada (rodados, apinhados ou inclinados) tendem a rasgar o dique de borracha ao passar nos espaços interproximais;
- aparelhos ortodónticos que impedem a colocação do isolamento e o ajuste do lençol a nível cervical do dente isolado;
- pacientes, com condições psicológicas adversas, sentindo dificuldade em respirar, angústia e sensação de sufocamento, após aplicação de dique de borracha.

A maior parte dos TE podem ser realizados através da restauração existente. No entanto, diversos problemas de execução advêm do facto da restauração não representar a anatomia normal da coroa, tais como: dificuldade de localização da entrada de canais e risco previsível

de perfuração por diminuição do volume da câmara pulpar. Por outro lado, é importante avaliar se há presença de sinais de infiltração coronária, a fim de remover toda a restauração contaminada para evitar recidivas de cárie e o insucesso do TE. (AAE, 1997)

Formulário de Classificação da UFP diz-nos que:

- Risco Moderado - Morfologia da coroa normal; sem necessidade de pré-tratamento para permitir isolamento; grampo estável.
- Risco Elevado - Dentes taurodônticos ou microdônticos; pré-tratamento simples necessário para permitir isolamento; grampo instável (sem retenção).
- Risco Muito Elevado - Dente fusionado ou dens in dent; pré-tratamento extensivo necessário para permitir isolamento; acesso obstruído (espigão, falso coto, instrumento fracturado, amálgama, ...); restauração oclusal de cerâmica/ouro ou coroa/ ponte; grampo praticamente impossível de colocar.

I.8.2.3- Forma dos canais e raízes

Nenhum canal é completamente direito, existe uma variedade de curvaturas associadas. (AAE, 1997)

Na maioria dos canais, espera-se encontrar uma curvatura gradual e ligeira. Quanto maior é a severidade da curvatura, maior é a probabilidade de ocorrência de um problema durante a limpeza e conformação dos canais. (AAE, 1997)

Ainda a AAE (1997) considera que o comprimento total dos canais representa igual risco. Assim, dentes com canais curtos (menos de 13 mm) e canais longos (mais de 24 mm) possuem elevado GDR.

Dentes com ápices abertos pressupõem um longo tratamento de apexificação. Este pré-tratamento nem sempre é, necessariamente, difícil. No entanto, podem surgir problemas antes deste estar concluído uma vez que é um tratamento moroso. (AAE, 1997)

A morfologia pulpar e radicular, o comprimento e a curvatura de canais e raízes com ápices imaturos são factores que aumentam o GDR do TE. Raízes com ápices imaturos são situações que prolongam o tratamento. (Rosenberg e Goodis, 1992, *cit.in* Pothukuchi, 2006)

Formulário de Classificação da UFP diz-nos que:

- Risco Moderado - Correspondem a situações de canal em forma de I; sem angulação ou com angulação pequena do canal (-10°); pré-molar ou anterior monocanal; ápice fechado.
- Risco Elevado - Correspondem a situações de canal em forma de J; angulação moderada ($10-30^\circ$); molar com 3 canais ou menos; pré-molar ou dente anterior com 2 canais; TE previamente iniciado; eixo da coroa diferente do eixo da raiz.
- Risco Muito Elevado - Correspondem a situações de canal em forma de C ou S; angulação extrema ($+30^\circ$); molar com 4 canais ou mais; pré-molar com 3 canais; sub-divisão do canal no terço médio ou apical; sistema canal em C; dente extremamente longo ($+30$ mm); ápice aberto.

I.8.2.4- Calcificações no canal

A presença de calcificações no canal afecta significativamente a dificuldade do TE. O nível de experiência do profissional é um requisito muito importante para a correcta localização de canais calcificados; deste modo, o profissional deve considerar se se sente capaz ou não de executar o tratamento, ponderando, sempre, o reencaminhamento para um Endodontista. (AAE, 1997)

Uma calcificação no interior do canal dificulta o tratamento mesmo para um profissional muito experiente. Para o tratamento e localização de canais calcificados são necessários determinados equipamentos e técnicas específicas, como por exemplo: agentes quelantes, transiluminação fibróptica, magnificação, limas, sonda e microscópio endodôntico. (Vertucci et al., 2006, *cit.in* Cohen e Hargreaves, 2006, p. 185)

Segundo o protocolo de classificação adoptado pela UFP, podemos obter os seguintes critérios:

- Risco Moderado - Canal amplo e livre.
- Risco Elevado - Canal e câmara visíveis, mas muito reduzidos; cálculos pulpaes.
- Risco Muito Elevado - Canal praticamente indistinto em parte ou em todo o seu trajecto; canal invisível.

I.8.2.5- Reabsorções

Segundo a AAE (1997), uma reabsorção interna (sem perfuração) nem sempre representa um grande desafio de tratamento. Ao contrário, uma reabsorção externa representa um verdadeiro problema de tratamento, sendo uma situação de risco extremo, uma vez que é mais difícil de actuar na sua evolução.

De acordo com Rosenberg (2006), as reabsorções internas podem ser diferenciadas das reabsorções externas pela aparência radiográfica. A reabsorção externa pode surgir sobreposta no canal, enquanto que a reabsorção interna aparece na continuidade do canal. Quando o processo de reabsorção produz uma perfuração, no sentido exterior para o interior do canal, o prognóstico do dente é reservado. (*cit.in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.89)

De igual modo, na classificação da UFP, este item pode assumir as seguintes classificações:

- Risco Elevado - Reabsorção interna (sem perfuração); Reabsorção apical.
- Risco Muito Elevado - Reabsorção interna com perfuração; Reabsorção externa com ou sem perfuração.

Nota: Na ausência de qualquer tipo de reabsorção (interna ou externa), pressupõe-se, automaticamente, que estamos perante uma situação de Risco Moderado. Por essa razão, este item não consta na categoria de Risco Moderado.

I.8.2.6- Perfurações iatrogénicas

Perfurações iatrogénicas que estejam localizadas abaixo da crista óssea representam, sempre, um caso de risco extremo. (AAE, 1997)

Quando ocorre uma perfuração localizada nos dois terços apicais, a melhor opção de tratamento é a cirurgia apical. Se a perfuração ocorrer ao nível da área da furca é possível repará-la através do seu selamento com uma matriz de hidroxiapatite, cimento de ionómero de vidro ou MTA (Agregado de Trióxido Mineral). Se ocorrer perda óssea, recomenda-se hemisseção micro-cirúrgica, amputação radicular ou, em último recurso, a extracção do dente. (Roda e Gettleman, 2006, *cit.in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.1000)

Assim sendo, a escala de classificação de GDR, adoptada pela UFP, classifica estas situações do seguinte modo:

- Risco Elevado - Perfuração radicular supra-óssea.
- Risco Muito Elevado - Perfuração radicular infra-óssea.

Nota: A ocorrência de uma perfuração iatrogénica representa por si só uma situação de Risco Elevado ou Risco Muito Elevado (dependendo da sua localização). Por esse motivo, este item não consta na categoria de Risco Moderado.

I.8.3- Factores adicionais:

I.8.3.1- História de trauma

Fractura coronal sub-gengival ou infra crista óssea representam situações de elevado GDR ou, mesmo, impossíveis de tratar; por isso, são classificadas de Risco Extremo (3). (AAE, 1997)

Casos de trauma, como subluxação, requerem alguns cuidados, uma vez que aumentam a probabilidade de fracasso do tratamento. Deve-se ter em conta a severidade da lesão, mas, de

um modo geral, uma lesão traumática classifica o dente numa categoria de elevado risco. (AAE, 1997)

No formulário de classificação do GDR em Endodontia, adoptado pela UFP, este item pode assumir as seguintes classificações possíveis:

- Risco Moderado - Fractura coronal não complicada de dentes maduros ou imaturos; fractura radicular no terço apical; história de concussão.
- Risco Elevado - Fractura coronal complicada de dentes maduros; fractura radicular no terço médio; história de subluxação/fractura alveolar.
- Risco Muito Elevado - Fractura coronal complicada de dentes imaturos; fractura radicular no terço cervical; outras luxações/avulsão.

I.8.3.2- Retratamento

Casos de Retratamento Endodôntico Não Cirúrgico são tecnicamente mais difíceis de executar quando comparados com o TE inicial de um sistema de canais infectados. (Friedman, 2002)

Qualquer dente que tenha sido previamente tratado é classificado, automaticamente, como situação de risco elevado ou risco extremo. (AAE, 1997)

Deste modo, a escala adoptada pela UFP também considera um RENC, por si só, uma situação de Risco Muito Elevado.

I.8.3.3- Condição Periodontal-Endodôntica

A avaliação periodontal do dente deve ser tida em conta para determinação do prognóstico do dente em causa. Sempre que exista doença periodontal, o Endodontista e o Periodontologista devem actuar em equipa para otimizar os resultados dos tratamentos. (Messer, 1999)

Nalguns casos, a extracção é considerada a melhor opção de tratamento, atendendo aos factores de risco associados. (AAE, 1997)

Risco Muito Elevado - Mobilidade/ bolsa/ fenestração; envolvimento de furca; amputação radicular/ hemissecção (esperada ou feita).

Nota: Todos os itens que estão assinalados com o sinal de asterisco representam situações que assumem, automaticamente, a classificação de Risco Muito Elevado, independentemente da existência de outros factores de menor risco, tais como: dente fusionado/ dens in dente; canal invisível; reabsorção interna com perfuração; reabsorção externa com ou sem perfuração e perfuração radicular infra-óssea.

I.9- Factores que influenciam o reencaminhamento do paciente para o Endodontista

Ree et al. (2003) salientam o facto de não existirem protocolos estabelecidos para os MDG procederem à referência de pacientes a especialistas em Endodontia, bem como, as circunstâncias em que o devem fazer.

No entanto, os formulários de preenchimento “standard” para classificação do GDR são cada vez mais procurados entre os MDG. (Ree et al., 2003)

Alguns estudos têm sido feitos para investigar as razões que levam um MDG a reencaminhar casos clínicos a Endodontistas. (Harty, 1992; Abbott, 1994; Caplan et al., 1999; Saunders et al., 1999 e Ree et al., 2003).

No estudo realizado por Harty (1992), verificaram-se quais as três razões mais comuns que levam ao reencaminhamento de casos Endodônticos numa população MDG do Reino Unido. Os resultados foram os seguintes: em primeiro lugar, surge a necessidade de RENC como motivo principal, seguido da incapacidade de controlar a hemorragia e/ou dor, e, por último, a incapacidade de diagnosticar qual a origem do problema Endodôntico. (*cit in.* Ree et al., 2003)

Noutro estudo semelhante realizado na Austrália, Abbott (1994) concluiu que o Diagnóstico e o Controlo da Dor representam as principais razões para o reencaminhamento de pacientes (24% dos pacientes), seguido da presença de Canais Calcificados ou Obliterados (18%), RENC (15%), Trauma (13%), Cirurgia Apical (7%) e Perfurações (6%).

Caplan et al. (1999) fizeram uma comparação dos factores que influenciam o reencaminhamento de casos Endodônticos por MDG e os factores que os Endodontistas reconhecem como decisivos para os MDG referenciar. No estudo, Caplan et al. (1999) verificaram que a necessidade de apicectomia/retro-instrumentação em dentes monocanales ou pluricanales representam os tratamentos mais reencaminhados pelos MDG.

Ainda Caplan et al. (1999) salientam que nem sempre os Endodontistas concordam com as indicações para referência dadas pelos MDG. Por exemplo, nesse estudo, provou-se que 100% dos Endodontistas consideram que a presença de canais calcificados, verificados radiograficamente, representa uma situação cuja referência está indicada. Contudo, apenas 61% dos MDG têm a mesma opinião.

Outra diferença encontrada no estudo realizado por Caplan et al. (1999) está associada à dificuldade de diagnóstico da origem da dor. Confirmou-se, mais uma vez, que 100% dos Endodontistas consideram ser um factor em que os MDG devem, sempre ou quase sempre, reencaminhar, enquanto que apenas 37% dos MDG partilham a mesma opinião.

Segundo os resultados apresentados no estudo de Caplan et al. (1999), mais de três quartos da população de MDG tende a referenciar dentes com instrumentos fracturados ou obstruções no canal.

Saunders et al. (1999) mostram que a presença de uma perfuração é considerada por 87,1% dos inquiridos (MDG), como um factor importante no reencaminhamento de pacientes para um Endodontista, seguido da necessidade de RENC (76%) e, em terceiro lugar, a presença de história repetida de abscesso (66,5%).

Segundo o estudo realizado por Ree et al. (2003), 90% das respostas, no que diz respeito aos factores mais importantes para o reencaminhamento de casos clínicos por MDG da Holanda para Endodontistas, correspondem à presença de uma obstrução no canal, seguido da presença de perfurações ou reabsorções (86% de respostas) e, por último, persistência de sinais e sintomas presentes (71%), como factor importante para a referenciação.

Outros factores que podem aumentar o grau de dificuldade e complexidade do TE incluem: calcificações; incapacidade de colocar isolamento absoluto; defeitos de reabsorção; canais acessórios; RENC; presença de espigão; obstruções e perfurações. O MDG deve ser capaz de reconhecer estes potenciais factores e incluí-los no processo de decisão de tratamento ou reencaminhamento. (Lin et al., 2005)

I.10- A decisão de tratar ou reencaminhar

A avaliação do GDR envolve um exame de auto-avaliação por parte do MDG. Assim sendo, a decisão de reencaminhar ou executar o tratamento representa um processo subjectivo, pois cada profissional tem diferentes perspectivas sobre a sua auto-confiança profissional e capacidades técnicas. Deste modo, Ree et al. (2003) apelam à necessidade de criar um protocolo mais real para a referenciação de pacientes para um especialista. Para ultrapassar esta lacuna, Ree et al. (2003) salientam, ainda, que a decisão de reencaminhar ou tratar deve ser feita com base no cumprimento de todos os procedimentos clínicos listados nos formulários de GDR, mas, também, baseada nos seguintes factores subjectivos:

- nível de auto-confiança sobre a sua competência para a execução do tratamento;
- capacidade técnica para resolver possíveis complicações que surjam durante a execução do tratamento;
- avaliar os recursos materiais e equipamento necessário disponível, bem como conhecimentos técnicos;
- estado emocional do paciente e consequências a nível económico, caso seja necessário reencaminhá-lo para um especialista a meio do tratamento, atendendo aos gastos que isso implica.

Depois de determinar a Endodontia como a melhor opção de tratamento, estando o paciente de acordo, o MDG deve determinar, igualmente, o seu GDR. Isto influencia a sua decisão de executar o tratamento ou referenciar a um especialista. (Rosenberg, 2006, *cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.86-87)

No entanto, quando um MD se sente familiarizado com o reconhecimento de casos clínicos de elevada complexidade, menos necessidade tem de recorrer a formulários de classificação do GDR. (Ree et al., 2003)

Também a AAE (2005) reforça que o poder de decisão do MDG tem grande impacto na qualidade do serviço prestado ao paciente sempre que isto implique reencaminhar ou tratar.

Em todos os casos clínicos que excedam o nível de autoconfiança ou capacidade técnica, o profissional deverá reencaminhá-los para um especialista em Endodontia que possua conhecimentos e capacidade técnica avançada e específica da área. (AAE, 2005)

I.11- Como fazer o reencaminhamento de pacientes para o Endodontista

Segundo a AAE (2005), o primeiro passo do tratamento é planear o caso na sua totalidade. Isto inclui, a identificação do estado de saúde geral do paciente que possa interferir, directamente, com o TE e, desta forma, fazer com que o profissional tome medidas preventivas numa situação de emergência. Da mesma forma, o profissional deve reconhecer factores do próprio paciente, tais como: ansiedade, limitação de abertura de boca, reflexo do vômito, entre outros, que podem comprometer o prognóstico do tratamento.

Depois de uma boa recolha de informação sobre a História Clínica Geral do paciente, segue-se o exame clínico. Através de inspecção extra e intra-oral, palpação dos tecidos moles, testes de vitalidade pulpar e periapical e de exames radiográficos auxiliares de diagnóstico, o MD deve ser capaz de chegar a um diagnóstico que deve ser o mais preciso possível para conseguir atender às necessidades do paciente. (AAE, 2005)

De acordo com Zinman (2006), todo o profissional, incluindo o Endodontista, sente necessidade de referenciar os seus casos clínicos sob determinadas circunstâncias. Sempre que exista a necessidade de consultar a opinião de um especialista, o reencaminhamento do paciente deve ser devidamente documentado. Deste modo, o MDG deve preencher um formulário de reencaminhamento, fornecendo o documento original ao paciente, guardando, de igual modo, uma cópia desse mesmo formulário no arquivo do paciente. Deve ficar documentado, no arquivo do paciente, que o formulário original está na sua posse, assim como, a data em que foi entregue e o nome do profissional que o referenciou. (*cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p. 417)

Da mesma forma, deve ser enviada uma cópia do formulário de reencaminhamento ao médico especialista. Assim, se o paciente perder o formulário de reencaminhamento, esta cópia representa uma prova de que foi feita uma referência. (Zinman, 2006, *cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.417)

Ainda Zinman (2006) salienta o dever do Especialista devolver o paciente ao MD que solicitou a referência do seu paciente, sempre que o reencaminhamento for cancelado. (*cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.417)

O MDG e a sua equipa devem verificar se a consulta de referência ocorreu na data prevista. (Zinman, 2006, *cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.417)

Toda a informação importante deve ser devidamente arquivada: ser a mais completa possível, legível, actualizada e acessível ao MDG e à sua equipa. Todos os diagnósticos, tratamentos e reencaminhamentos devem ser arquivados. (Zinman, 2006, *cit. in* Cohen e Hargreaves, 2006, p.417)

I.12- O Formulário de reencaminhamento

Actualmente, existem inúmeros formulários para o reencaminhamento de casos Endodônticos ao dispor de qualquer MD. Constatase que a maioria dos Endodontistas possui o seu próprio

site de apresentação acessível aos MDG, para que estes possam reconhecer o tipo de serviços e tratamentos que desejam requerer. (AAE, 2005)

Nesta revisão bibliográfica realizou-se um levantamento de exemplos de formulários de referência que se encontram disponíveis na internet, de forma a que o MDG possa preencher, fornecendo informações necessárias sobre o caso clínico ao Endodontista, assim como, o tipo de tratamento que requer, via e-mail, fax ou correio.

Short (2005), membro da AAE, adoptou no seu site de apresentação um formulário de reencaminhamento que engloba a seguinte informação:

- informação sobre o MD que reencaminha o paciente: nome, telefone, data em que realizou o reencaminhamento;
- qual o tipo de tratamento que o MD requer: TE, RENC, cirurgia apical, preparação para colocação de espigão, consulta de diagnóstico;
- informações acerca de radiografias tiradas, tais como: guardadas em e-mail, entregues ao paciente, devolução das películas ao MD, radiografias duplicadas não devolvidas, sem radiografias disponíveis, incidências, datas;
- informações adicionais, nas quais o MD poderá escrever alguns dados importantes sobre o caso clínico a reencaminhar, como por exemplo: história clínica do paciente, medicação prescrita ao paciente, quais os sinais e sintomas presentes, etc;
- mapa e morada para facilitar a localização do consultório do Endodontista.

De acordo com Johnson (2008), membro da AAE, o formulário de reencaminhamento de casos Endodônticos deve incluir a seguinte informação:

- Introdução - este tópico inclui o nome do MD que referenciou o paciente, contacto telefónico do MD e/ou do seu consultório, nome da recepcionista; data e hora do reecaminhamento e, área e/ou dente a ser tratada/o;
- História Dentária - neste tópico o MD pode assinalar, consoante os sinais e sintomas presentes, as seguintes opções existentes: dor espontânea, exposição pulpar, trauma,

instrumentos fracturados no canal, sensibilidade ao frio/quente, TE prévio e radiolucência apical;

- Tipo de Tratamento Requerido - neste tópico, o MD pode escolher qual ou quais os tratamentos que deseja requerer, tais como: consulta de diagnóstico, TE, RENC, remoção de espigão, cirurgia apical, preparação do canal para colocação de espigão ou outros;
- Acabamento - neste tópico, o MD pode escolher de acordo com a sua preferência e/ou necessidade de tratamento, dois tipos de acabamento provisório, que são os seguintes: bola de algodão e CAVIT/IRM ou canal preparado para receber espigão, bola de algodão e IRM.

No formulário sugerido por Johnson (2008) está incluído, também, um mapa para esclarecimento do doente acerca da localização do consultório, bem como, a morada. Tal facto, facilita o acesso do paciente ao consultório do Endodontista e a troca de informação acerca do tratamento entre o MD e o Endodontista.

O formulário de reencaminhamento desenvolvido por da Costa (2004) inclui os seguintes tópicos a preencher pelo MD:

- dados do Médico e paciente: nome do Médico, nome da Clínica, telefone, telemóvel, e-mail, nome do paciente, idade, telefone e telemóvel;
- paciente enviado para: avaliação Endodôntica e eventual tratamento, TENC, RETENC e micro-cirurgia Endodôntica;
- dentes a avaliar/tratar;
- restauração existente: coroa íntegra, restauração a compósito/amálgama/provisória, coroa fixa definitiva, coroa fixa definitiva que vai ser substituída, coroa fixa definitiva cimentada provisoriamente, coroa provisória;
- complexidades: diagnóstico complexo, anatomia radicular complexa, obstruções canulares (instrumentos, espigões, calcificações, etc), e outras complicações que devem ser explicadas no tópico específico denominado “Informações adicionais”.

Um relatório detalhado sobre o caso clínico realizado é, geralmente, enviado 2/3 dias após a sua conclusão. Em alguns casos, o relatório poderá ser enviado 7/10 dias após a conclusão do

tratamento, por forma a permitir o contacto e avaliação da condição pós-operatória do paciente. No formulário de reencaminhamento, o MD pode escolher o modo como pretende receber esse relatório. (da Costa, 2004)

Ainda, da Costa (2004) salienta que, ao referenciar um paciente, a comunicação é fundamental. Por este motivo, sempre que houver necessidade de colocar algumas questões prévias ao atendimento ou sobre a presente fase de tratamento de algum caso clínico, o MDG não deve hesitar em fazê-las.

I.13- O intercâmbio profissional entre MDG e Endodontistas

O conceito de intercâmbio entre MDG e Endodontistas é defendido pela AAE (2005). Esta associação confirma que a apreensão de um espírito de equipa entre os profissionais fortalece e beneficia o desempenho profissional de ambos e garante uma melhoria nos cuidados de serviço prestados ao paciente.

O MDG tem de preocupar-se em garantir a troca de informações relevantes sobre o plano de restauração do dente ao Endodontista, uma vez que o intervalo de tempo entre a obturação do sistema de canais radiculares e a restauração definitiva do dente varia consoante o profissional, assim como o próprio método restaurador. (AAE, 2005)

No entanto, assim que o TE estiver terminado, a respectiva restauração definitiva deve ser feita o mais breve possível, visto que o adiamento deste procedimento compromete a efectividade do TE. (AAE, 2005)

Por sua vez, depois da obturação do sistema de canais radiculares, a AAE (2005) sublinha a necessidade do Endodontista fornecer informação detalhada ao MDG acerca do tratamento executado, incluindo radiografias pré e pós-operatórias, bem como recomendações adicionais do tratamento e o respectivo prognóstico.

Um estudo realizado pela AAE (2005) revelou que apenas um quarto dos TE são realizados por Endodontistas, ao longo do ano. Uma vez que a grande maioria dos TE são desempenhados por MDG, a necessidade de recorrer a um Endodontista para procedimentos que exigem um elevado grau de conhecimento e experiência, torna-se um factor importante para melhorar a metodologia de trabalho dos MDG e a sua interacção com os pacientes, permitindo, assim, maior dedicação a outros tratamentos.

A AAE (2005) aconselha que sempre que um Endodontista inicia a sua carreira profissional numa determinada localidade, deve contactar com os MDG da área para construir a sua própria rede de referenciação. Da mesma forma, os novos MDG recém-licenciados devem criar relações de intercâmbio profissional com os Endodontistas da região onde trabalham. Para o sucesso desta relação, a AAE (2005) menciona, também, princípios éticos que devem ser tidos em conta, como: a capacidade de comunicação entre os dois profissionais, a honestidade, o espírito de entreajuda, a partilha de informação, a defesa, sempre, dos interesses do paciente agindo em seu benefício, etc.

Segundo Ree et al. (2003), para a referenciação de casos clínicos de elevada complexidade de TE, é necessário satisfazer, pelo menos, os seguintes requisitos: um número suficiente de especialistas em Endodontia com conhecimento e capacidade de técnica e uma capacidade de auto-avaliação pela parte do MDG que se classifica como sendo capaz ou incapaz de executar o tratamento.

Capítulo II - Investigação Científica

II.1- Objectivos

Os objectivos do estudo foram:

- verificar qual a frequência de reencaminhamento de casos de Endodontia de elevado GDR para outros profissionais;
- quais as razões que levam o Médico Dentista a não reencaminhar casos de Endodontia;
- quais os tipos de profissionais para quem o Médico Dentista reencaminha e com que frequência (nº de pacientes/ mês);
- quais os factores mais importantes na decisão de reencaminhar casos de Endodontia;
- quais os factores que levam o MD a reencaminhar com maior frequência;
- verificar o grau de conhecimento acerca de escalas de classificação do GDR e sua aplicação na prática clínica;
- investigar sobre o hábito de adicionar informação direccionada ao colega para quem reencaminham os pacientes e que tipo de informação;
- verificar quem fica responsável pela restauração definitiva do dente e quanto tempo após a obturação, ela é executada;
- indagar quais os temas que os MDG mais desejam aprofundar na área de Endodontia.

I II.2- Materiais e Métodos

II.2.1- Tipo de estudo

Este estudo classifica-se como observacional, envolvendo, como Ree et al. (2003) preconizam, um grupo de indivíduos que forneceu dados que são registados para análise, sob a forma de questionário a responder.

II.2.2- Desenho do estudo

Quanto ao desenho do estudo classifica-se como coorte transversal. Os estudos de coorte transversal analisam dados colectados de um grupo de indivíduos em determinado momento. Assim, foram entregues 250 questionários a partir do dia 2 de Março de 2008 e foram recolhidos 108 até à data de 31 de Agosto de 2008. Os questionários foram distribuídos tal como apresentado no Anexo I.

II.2.3- População-alvo e selecção da amostra

A população-alvo deste estudo foi Médicos Dentistas que exercem em Portugal continental e cuja prática clínica pode ser Generalista, predominante numa área ou exclusiva numa área.

A amostra, construída por conveniência, pretende representar todos os Médicos Dentistas de todas as faixas etárias que exercem em Portugal, em 2008 (Agosto). Foram inquiridos MD que exercem a sua actividade em Viana do Castelo, Braga, Guimarães, Vila Real, Bragança, Porto, Aveiro, Leiria, Coimbra, Viseu, Guarda, Alcobaça, Santarém, Ourém, Lisboa, Sintra e Setúbal.

II.2.4- Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de exclusão considerou-se o local onde exerce a actividade. Excluíram-se 7 questionários, por terem sido preenchidos por MD que não exercem a sua actividade profissional em Portugal.

II.2.5- Intervalo de tempo em que decorreu o estudo

Este estudo (recolha de dados) decorreu entre 2 de Março de 2008 e 31 de Agosto de 2008.

II.2.6- Análise estatística

Os resultados obtidos neste estudo foram compilados numa folha de cálculo do programa informático *Microsoft Office Excel (2003)*, sendo os procedimentos de análise estatística realizados utilizando o programa informático *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)* vs.15.0 for Windows, através das ferramentas adequadas.

Para a análise de dados, considerou-se um nível de significância de 0,05 (correspondente a 95% de confiança), ou seja, são identificadas diferenças significativas em todas as situações em que a probabilidade associada à estatística de teste (p) for inferior a 0,05.

Para procurar associações entre variáveis qualitativas em estudo, nominais ou ordinais, recorreu-se ao teste Qui-Quadrado de Pearson que permite verificar se as categorias das variáveis são independentes.

A comparação do número de anos de profissão e o tipo de prática clínica foi efectuada através de um teste não paramétrico de teste de Kruskal-Wallis e, posteriormente, as diferenças detectadas através do teste de Mann-Whitney. Para isso, reagrupou-se a variável em quatro grupos diferentes: grupo 1, correspondente aos indivíduos com até 3 anos de prática clínica; grupo 2, correspondente aos indivíduos com 4 a 7 anos de profissão; grupo 3 correspondente aos indivíduos com 8 a 10 anos de prática clínica; grupo 4, correspondente aos indivíduos que exercem há 11 ou mais anos. Após verificação de que o pressuposto de normalidade falhava (teste de Shapiro-Wilk), foi efectuada o teste de Kruskal-Wallis para procurar diferenças significativas entre os três grupos independentes (“MDG”, “MD Predominantes na área de” e “MD Exclusivos da área de”). De igual modo, para fazer a comparação do número de consultas de Endodontia por semana, por tipo de prática clínica, após a confirmação de que o pressuposto de normalidade falhava, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis, para procurar diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos independentes e sendo detectadas diferenças significativas, estas foram investigadas utilizando o teste U de Mann-Whitney.

Foi realizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson para averiguar se existe associação estatística entre as variáveis “reencaminhamento de casos clínicos” e “tipo de prática clínica”. Uma vez que não existem respostas dadas pelo grupo de MD que exercem em regime de exclusividade na situação de “não reencaminhamento”, reclassificou-se a variável “tipo de prática clínica” em dois grupos: “MDG” e “MD não Generalistas”. Para averiguar se existe associação estatística entre as variáveis “reencaminhamento de casos clínicos” e “anos de profissão”, foi realizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson, tendo sido necessário reagrupar a variável “anos de profissão” em dois grupos distintos: grupo 1, correspondente aos indivíduos com menos de um ano até 7 anos de prática clínica; grupo 2, correspondente aos indivíduos com 8 ou mais anos de profissão. Para indagar a existência de diferenças estatísticas no “número de consultas de Endodontia” realizadas pelos clínicos que fazem ou não fazem “reencaminhamento de casos clínicos” foi efectuado o teste U de Mann-Whitney. Do mesmo modo se indagou a existência de associação estatística do “número de anos de profissão” dos MD e a sua “necessidade de existência de cursos de formação na área de Endodontia”, através do teste Qui-Quadrado de Pearson.

Para averiguar a existência de associação estatística entre o “número de pacientes reencaminhados por mês” e o “número de consultas de Endodontia por semana” foi feito um teste de Qui-Quadrado. Do mesmo modo, realizou-se um teste de Qui-Quadrado para comparar o “número de pacientes reencaminhados por mês” e o “tipo de prática clínica” (“MDG” e “MD não Generalistas”). Para tal, reclassificou-se a variável “número de pacientes reencaminhados por mês” em três grupos diferentes: grupo 1, correspondente aos MD que reencaminham 1 paciente por mês; grupo 2, correspondente aos MD que reencaminham 2 a 3 pacientes por mês; grupo 3, correspondente aos MD que reencaminham 4 ou mais pacientes. Para averiguar diferenças quanto ao grau de importância atribuído aos factores que influenciam o reencaminhamento (20 factores) realizou-se o teste de Friedman e a ordenação da sua importância foi realizada com base no teste de Wilcoxon. A comparação do conhecimento sobre a existência de escalas de classificação do GDR por tipo de prática clínica do MD, assim como, do grau de formação académico pós-graduado, mestrado ou doutoramento e da Universidade de Licenciatura, isto é, o teste para verificar se as variáveis eram independentes, foi realizado através do teste de Qui-Quadrado de Pearson.

II.3- Resultados

Para facilitar a compreensão dos resultados obtidos neste estudo, realizou-se a descrição destes pela ordem patente no questionário aplicado.

II.3.1- Caracterização sócio-demográfica da amostra

A amostra em estudo é constituída por 101 Médicos Dentistas que exercem em Portugal. Destes, 48 (47,5 %) são do género masculino e 53 (52,5 %) do género feminino.

Relativamente à distribuição por faixas etárias, as idades desta amostra estão compreendidas entre os 24 e os 50 anos. A idade mais frequente dos inquiridos neste trabalho é 29 anos, correspondente ao total de 21 dos 101 MD. A distribuição da amostra por idades encontra-se na Tabela 1 em Anexo III.

Em relação aos anos de prática clínica, verificou-se que há indivíduos com o mínimo de menos de 1 ano (0,2 anos) de prática clínica e indivíduos com o máximo de 22 anos de prática clínica (Figura 1). A média do número de anos de profissão da amostra corresponde a 7 anos. Os MD com 4 a 7 anos de profissão são os que apresentam maior frequência de indivíduos (29), tal como se pode observar na Tabela 2 em Anexo III.

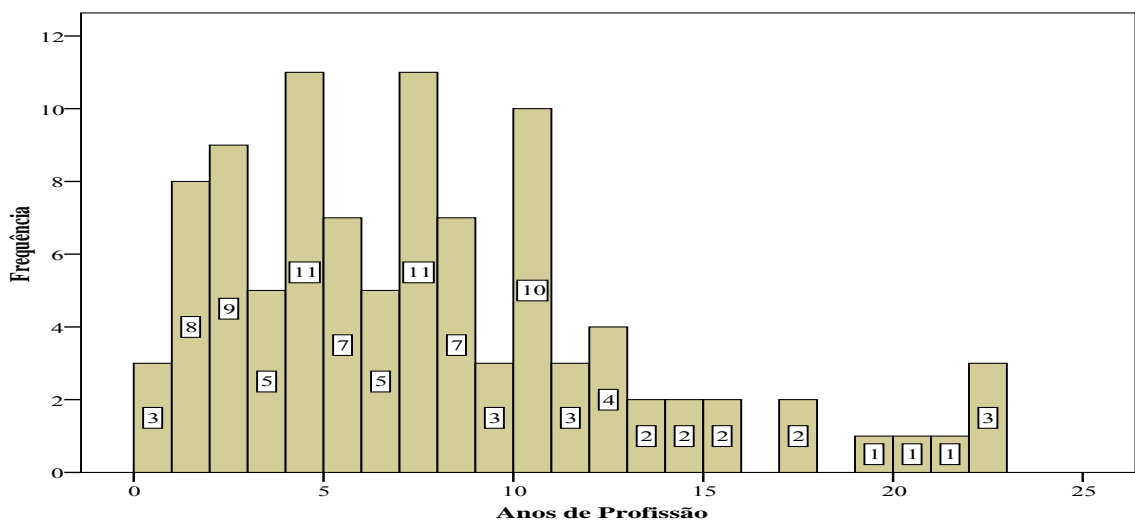


Figura 1 – Distribuição do número de anos de profissão da amostra (n=100).

No que toca ao ano de licenciatura, verificou-se que os MD's terminaram a sua licenciatura entre 1986 e 2008. O ano de formatura com maior número de indivíduos da amostra (12) é o correspondente a 2001. Os resultados referentes ao ano de licenciatura podem ser consultados na Tabela 3 em Anexo III.

De acordo com a distribuição geográfica da amostra (Tabela 4 no Anexo III) cerca de 25% dos MD exercem no distrito do Porto, 10% na região de Leiria seguido de 9% em Braga, sendo estes, os distritos com maior percentagem de indivíduos na amostra.

Em relação à Faculdade em que os MD (n=100) se licenciaram, pode-se verificar que 30 indivíduos se licenciaram na FMDUP, 20 (20%) indivíduos no ICSN, 15 (15%) indivíduos na UFP, 21 (21%) indivíduos na FMDUC, 7 (7%) indivíduos no ICSS, 2 (2%) indivíduos na UCP e 5 (5%) indivíduos na FMDUL.

Relativamente ao tipo de prática clínica, a amostra encontra-se dividida em três grupos de indivíduos: 71 (70,3%) são MD Generalistas, 24 (23,8%) são MD que trabalham predominantemente numa determinada área e 6 (5,9%) são MD que trabalham exclusivamente numa determinada área da Medicina Dentária.

II.3.1.1- Anos de profissão vs tipo de prática clínica

Como se pode visualizar na Tabela 5, no Anexo III, os MD Generalistas desta amostra têm maioritariamente 7 ou menos anos de profissão (73,2%), enquanto que os MD não Generalistas têm, na maior parte dos casos, 8 ou mais anos de actividade (75,9%). De facto, verifica-se que os MD predominantes ou exclusivos de uma determinada área apresentam um tempo de actividade profissional que não é estatisticamente diferente entre si (teste U de Mann-Whitney, $p=0,603$), mas que é significativamente superior à dos MDG (teste U de Mann-Whitney, $p=0,00015$) (ver Tabela 1).

O número de anos de actividade profissional não é significativamente diferente para MD que reencaminham pacientes, relativamente aos que afirmam não o fazer ($p=0,291$). Esta relação será explorada com mais detalhe na §II.3.5.

Tabela 1 - Estatísticas mais relevantes para a distribuição de anos de profissão de todos os inquiridos, por tipo de prática clínica e hábito de reencaminhar.

		n(%)	Anos de actividade profissional			p
			Média (\pm dp)	Me (Q1-Q3)	Min - Máx	
Todos		100 (100)	7,4 (\pm 5,3)	7 (3,3-10)	0,2 - 22	0,001*
Generalistas		71 (71)	6,45 (\pm 5,5)	5 ^a (2,5-8)	0,2 - 22	
Predominante na área de		23 (23)	9 (\pm 4,5)	10 ^b (7,5-11,5)	0,5 - 22	
Exclusiva na área de		6 (6)	9 (\pm 2,7)	10 ^b (8-10)	04 - 12	
Reencaminhamento	Sim	40 (40)	7,6 (\pm 4,8)	7,5 (10,8 - 4)	0,3 - 22	0,291**
	Não	60 (60)	7,2 (\pm 5,7)	6 (9,8 - 3)	0,17 - 22	

*Teste Kruskal-Wallis;** Teste de Mann-Whitney; ^{a,b} – letras diferentes indicam Medianas estatisticamente diferentes de acordo com o teste U de Mann-Whitney

II.3.1.2- Área de exclusividade e predominância

No grupo de MD que trabalham predominantemente numa determinada área da Medicina Dentária, verificou-se que a área da Ortodontia é a que possui maior percentagem de indivíduos (33,3%) inquiridos, seguida da Implantologia (12,5%), enquanto que se trabalham exclusivamente numa determinada área da Medicina Dentária, verificou-se que a área da Odontopediatria é a que possui maior percentagem de indivíduos (33,3%) que respondeu ao inquérito (para maior detalhe, consultar a Tabela 6 no Anexo III).

II.3.1.3- Curso de Pós-Graduação, Mestrado ou Doutoramento

Nesta amostra, 63 (63,6%) MD possuem um curso de Pós-Graduação, Mestrado ou Doutoramento e 36 (36,4%) são Licenciados.

No grupo de pós-graduados verifica-se que elevado número de MD com formação adicional em Ortodontia (33,3%), seguida da Implantologia com cerca de 22,2% de indivíduos. (ver Tabela 7 no Anexo III)

II.3.2- Número de consultas de endodontia por semana

Relativamente ao número consultas de Endodontia semanais, pode verificar-se que 22,2% dos MD da amostra realizam, em média, 10 consultas de Endodontia por semana, sendo este o número de consultas mais frequente. O número mínimo de consultas por semana é 0 e máximo é de 30. (Tabela 8 em Anexo III).

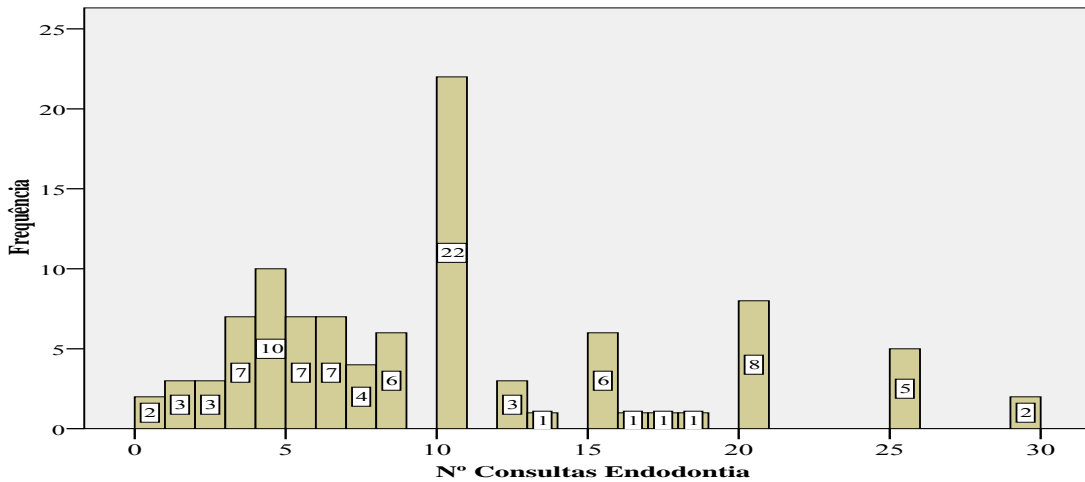


Figura 2- Percentagem de número de consultas de Endodontia que os MD executam por semana.

Tabela 2 - Distribuição de número de consultas de Endodontia por semana de todos os inquiridos assim como pelo tipo de prática clínica. Estatísticas mais relevantes.

	Nº de consultas de Endodontia por semana				
	n (%)	Média (± dp)	Me (Q1-Q3)	Min - Máx	p*
Todos	99 (100)	8,9 (±6,9)	10 (4-13)	0 - 30	0,0004
Generalistas	69 (69,7)	11,1 (±6,6)	10 ^a (6-15)	1 - 30	
Predominante na área de	24 (24,2)	8,4 (±7,0)	5,5 ^b (4-10)	1 - 30	
Exclusiva na área de	6 (6,1)	1,5 (±1,4)	1,5 ^c (0-3)	0 - 3	

*Teste Kruskal-Wallis; ^{a,b,c} – letras diferentes indicam Medianas estatisticamente diferentes de acordo com o teste U de Mann-Whitney

Verificou-se que o número de consultas de endodontia semanais (ver Tabela 2) é significativamente diferente por tipo de prática clínica que os MD exercem (teste de Kruskal-Wallis, p=0,0004), sendo que, do maior ao menor valor de número consultas, se verifica que os MD Generalistas > MD predominante numa área > MD exclusivo numa área (teste U de Mann-Whitney, p<0,05 para todas as comparações).

II.3.3- Tipo de dentes mais Endodônciados

Relativamente ao tipo de dentes mais frequentemente endodônciados pelos MD inquiridos, foram obtidas 133 respostas dadas por 99 MD, uma vez que foram admitidas respostas múltiplas nesta questão. Como pode ser observado na Figura 3, os dentes com 3 canais são referidos como endodônciados com maior frequência (66,2%) (ver detalhes na Tabela 9 no Anexo III).

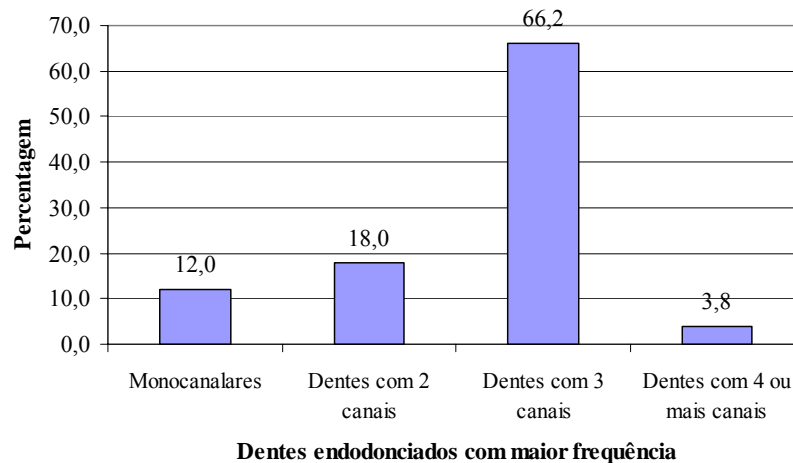


Figura 3- Caracterização da amostra por percentagem de dentes mais endodônciados pelos MD (n=99).

II.3.4- Intercâmbio profissional entre MDG e MD com maior experiência ou formação em Endodontia

Em relação à questão “No seu ponto de vista, a existência de um intercâmbio profissional entre MDG e MD com maior experiência ou formação em Endodontia, melhora significativamente a qualidade de trabalho para ambos?”, verificou-se que todos os MD, 101 (100%), incluídos neste estudo partilham a mesma opinião, de que a existência de intercâmbio profissional entre MDG e MD com formação ou experiência em Endodontia melhora a qualidade de trabalho de ambos.

II.3.5- Reencaminhamento de casos clínicos Endodônticos

Quando questionados sobre “Perante situações que apresentam um elevado GDR de TENC tem por hábito reencaminhar o paciente para outros profissionais?”, 40 (39,6%) MD responderam que fazem reencaminhamento e 61 (60,4%) não fazem reencaminhamento (n=101).

Verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre o reencaminhamento e a prática clínica não Generalista (Teste de Qui-quadrado, p=0,002), significando que os MDG tendem a reencaminhar menos casos Endodônticos de elevado GDR, enquanto que MD que trabalham predominantemente e exclusivamente numa determinada área da Medicina Dentária (MD não Generalistas) tendem a reencaminhar maior quantidade de casos Endodônticos (ver Tabela 3).

Tabela 3- Relação entre reencaminhamento de casos clínicos Endodônticos de elevado GDR e o tipo de prática clínica.

Tipo de Prática Clínica	Reencaminhamento			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Generalista	21	52,5	50	82,0
Predominante	13	32,5	11	18,0
Exclusivo	6	15,0	0	0
Total	40	100,0	61	100,0

Verificou-se, ainda, que o acto de reencaminhar pacientes é independente dos anos de prática clínica dos MD (Teste de Qui-Quadrado; p=0,220) (ver Tabela 10 no Anexo III).

Não obstante ter-se verificado a independência entre o número de anos de prática clínica e o reencaminhamento, verifica-se que intensidade da prática Endodôntica está relacionada com o reencaminhamento, como pode ser observado na Tabela 4. Por este motivo, observou-se que o número de consultas semanais de Endodontia é significativamente superior para os MD que não reencaminham e é significativamente inferior para os MD que reencaminham casos clínicos Endodônticos. (teste de Mann-Whitney, p=0,0039).

Tabela 4 - Estatísticas mais relevantes do número de consultas de Endodontia por semana e sua relação com o reencaminhamento de casos clínicos Endodônticos de elevado GDR (n=99), assim como com o tipo de dente (n=97).

		n (%)	Nº de consultas de Endodontia por semana			p
			Média (± dp)	Me (Q1-Q3)	Min - Máx	
Todos		99 (100)	9,8 (±6,9)	10 (4-13)	0 - 30	0,0039
Reencaminhamento	Sim	39 (39,4)	8,1 (±6,2)	7 ^a (4-10)	0 - 30	
	Não	60 (60,6)	11,0 (±7,2)	10 ^b (5-15)	1 - 30	
Tipo de dente	Monocanales	2 (2,1)	10,5 (± 13,4)	10,5 (20 - 1)	1 - 20	0,537*
	2 Canais	6 (6,2)	9 (± 8,6)	7,5 (13,8 - 2,5)	1 - 25	
	3 Canais	60 (61,8)	10,4 (± 7,1)	10 (15 - 4,3)	2 - 30	
	4 ou mais	2 (2,1)	4 (± 0)	4 (4 - 4)	4 - 4	
	combinações	27 (27,8)	10 (± 5,8)	10 (10 - 6)	1 - 25	

^{a,b} – letras diferentes indicam Medianas estatisticamente diferentes de acordo com o teste Mann-Whitney;
* teste de Kruskal-Wallis

Por sua vez, também não se verifica uma associação estatística entre o “reencaminhar” e o “tipo de dente endodônciado” (teste Qui-Quadrado, p=0,376). No entanto, verifica-se que o reencaminhamento é realizado, tendencialmente, em situações de dentes com 3 canais (ver Tabela 11 em Anexo III).

Não se verificam diferenças significativas no número de consultas semanais para os diferentes tipos de dentes endodônciados (teste de Kruskal-Wallis, p=0,537, Tabela 4), embora esse facto possa estar relacionado com o pequeníssimo número de observações em alguns tipos de dente (monocanales, n=2; dentes com 2 canais, n=6 e dentes com 4 ou mais canais, n=2).

Na Tabela 1, é possível observar que o número de anos de actividade profissional não é diferente para MD que reencaminham ou não os seus pacientes para execução de TE de elevado GDR.

II.3.6- Razões para não reencaminhar casos clínicos de Endodontia com elevado GDR

Os principais motivos que influenciam o MD na decisão de não reencaminhar os casos clínicos de Endodontia de elevado GDR foram, como se pode observar na Figura 4, a distância a que residem dos especialistas que conhecem (31,7%) e a falta de relacionamento

profissional com um especialista (26,8%). A questão de poder perder o paciente é muito pouco salientada (4,9%).

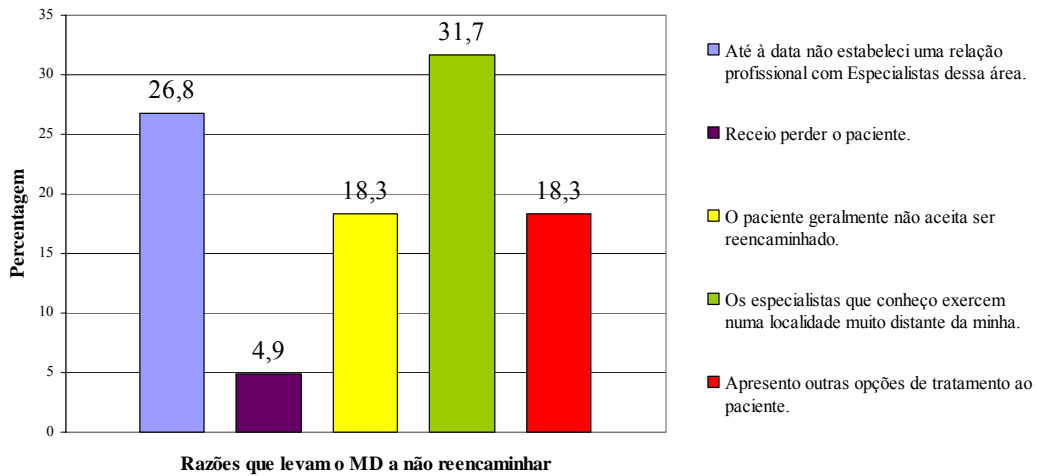


Figura 4- Principais razões que levam o MD a não reencaminhar os casos de Endodontia de elevado GDR (85 respostas, 52 MD).

II.3.7- Tipo de profissionais para quem os MD reencaminham com maior frequência

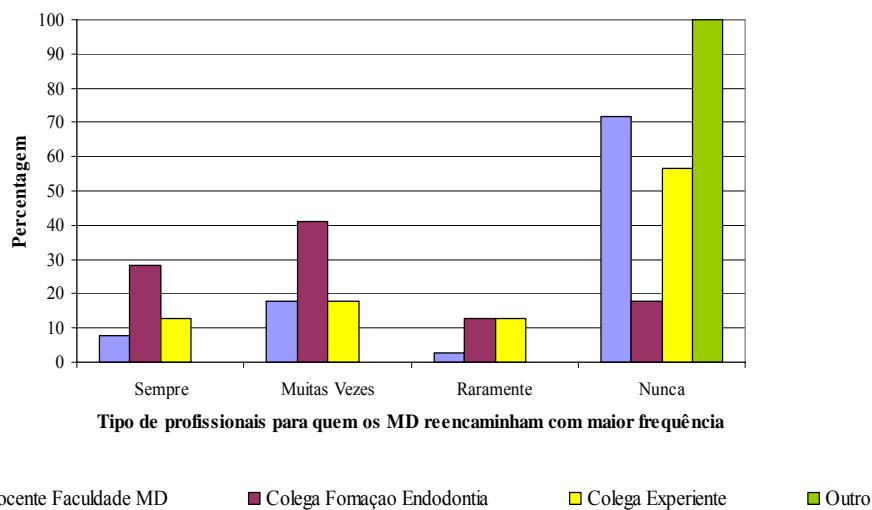


Figura 5- Profissionais a quem os MD reencaminham os casos de Endodontia com elevado GDR (n=39).

Observa-se, na Figura 5, que os profissionais para quem os MD reencaminham com maior frequência os casos de Endodontia são aqueles que possuem formação académica na área de Endodontia (Sempre, 28,2% e Muitas vezes, 41%) (ver Tabela 12 no Anexo III) e que é pouco relevante para a decisão de escolher o profissional a reencaminhar o facto de ser docente de faculdade de Medicina Dentária (71% Nunca) ou ter outra formação (100% Nunca).

II.3.8- Número de pacientes reencaminhados por mês

Os 34 MD que referem reencaminhar pacientes, dizem reencaminhar entre 1 a 21 pacientes, embora a maioria reencaminhem 1 paciente (35,3%) a 2 pacientes (17,6%) por mês (Tabela 13 em Anexo III). O número médio (\pm desvio padrão) de reencaminhamentos mensais é de 3,9 (\pm 4,8), revelando uma assimetria muito grande, sendo que 50% dos MD reencaminham 2 ou mais pacientes e que 25% dos MD reencaminham 4 ou mais pacientes (Tabela 5).

Tabela 5- Estatísticas mais relevantes para o número de pacientes reencaminhados por mês (n=34).

n (%)	Nº de pacientes reencaminhados por mês		
	Média (\pm dp)	Me (Q1-Q3)	Min - Máx
34 (100)	3,9 (\pm 4,8)	2 (1-4,25)	1 - 21

Verificou-se que o número de pacientes reencaminhados por mês é independente do número de consultas de Endodontia por semana (Teste Qui-Quadrado; $p=0,459$; ver Tabela 14 em Anexo III)

De igual modo, verificou-se que o número de pacientes reencaminhados por mês é independente do tipo de prática clínica (teste de Qui-Quadrado, $p=0,064$; ver Tabela 15 em Anexo III). No entanto, o número de pacientes reencaminhados por mês tende a ser superior em MD que exercem em regime de exclusividade ou predominância (“MD não Generalistas”) enquanto que MD “Generalistas” tendem a reencaminhar menor número de pacientes por mês. Se a dimensão da amostra fosse superior, mantendo a mesma distribuição, dever-se-ia verificar que o número de pacientes reencaminhados está associado ao tipo de prática clínica.

II.3.9- Classificação do grau de importância dos factores que influenciam a decisão do MD a reencaminhar o paciente para um colega com formação em Endodontia e Factores que levam o MD a reencaminhar pacientes com maior frequência

Foi pedido aos MD que indicassem o grau de importância para a decisão de reencaminhar para o MD com formação em Endodontia relativa a 20 factores. O grau de importância foi classificado numa escala de 5 pontos (1-muito importante; 2-importante; 3-intermédio; 4-

pouco importante e 5-sem importância), pelo que a atribuição de um valor baixo a um factor reflete a percepção dos MD de um elevado grau de importância desse factor. Os resultados referentes a esta questão podem ser observados na Tabela 6, em que foi feita a análise da resposta obtida para cada um dos factores e do grau de importância relativa a eles atribuída. Infelizmente, cerca de 60% dos MD não responderam a esta questão.

Foi feita a análise da resposta obtida para cada um dos factores e do grau de importância relativa a eles atribuída. Das respostas obtidas sobressaiu que a tipologia do dente (anatomia, curvatura dos canais, posição na arcada) é o factor que mais influencia a decisão do MD no reencaminhamento de pacientes (51,3%, Muito importante; 41% Importante); A perfuração e reabsorção é o segundo factor que mais influencia a decisão do MD no reencaminhamento de pacientes (56,4%, Muito Importante; 25,6%, Importante); A existência de canais com instrumentos fracturados é o terceiro factor que mais influencia a decisão do MD no reencaminhamento de pacientes (43,6%, Muito Importante; 41% Importante); Canais calcificados é o quarto factor que mais influencia a decisão do MD no reencaminhamento de pacientes (43,6%, Muito Importante; 25,6% Importante).

Verificou-se que o grau de importância atribuído aos factores (20 factores) é significativamente diferente (teste de Friedman, $p < 1E-16$) e a ordenação da sua importância foi posteriormente realizada, com base no teste de Wilcoxon (Tabela 6). A tipologia do dente, a perfuração/reabsorção, os canais com instrumentos fracturados e os canais calcificados foram considerados os factores com maior grau de importância relativa na decisão de reencaminhar os pacientes para colegas com formação em Endodontia. Destes 4, os 3 últimos não apresentam um grau de importância significativamente diferente dos outros factores: sinais e/ou sintomas persistentes e cirurgia apical. A existência de canais calcificados não apresenta diferença significativa no grau de importância percebida relativamente aos factores canais calcificados, sinais e/ou sintomas persistentes, cirurgia apical, RENC e dificuldade de diagnóstico.

Tabela 6 em folha horizontal não é para ser paginada!!!!

Quando se pediu para que fossem assinalados os factores (de entre os 20 listados) que o levam o MD a reencaminhar pacientes com maior frequência, para um total de 134 respostas dadas por 36 MD (ver Tabela 6), observou-se que:

- a presença de canais com instrumentos fracturados é o factor mais frequente que leva os MD a reencaminhar os seus casos clínicos de Endodontia de elevado GDR (13,4%);
- a necessidade de RENC é o segundo motivo mais frequente pelo o qual os MD reencaminham os seus casos clínicos de Endodontia de elevado GDR (12,7%);
- a tipologia do dente (anatomia, curvatura dos canais, posição na arcada) corresponde ao terceiro factor que leva o MD a reencaminhar pacientes Endodônticos com maior frequência (11,2%);
- casos de perfuração (iatrogénicas ou não iatrogénicas) ou reabsorção (internas ou externas) representam o quarto motivo mais frequente pelo qual os MD reencaminham os seus casos clínicos de Endodontia de elevado GDR (9,0%);
- necessidade de cirurgia apical e canais calcificados surgem como o quinto factor mais frequente, pelo qual os MD reencaminham os seus casos clínicos de elevado GDR (ambos 7,5%);
- sinais e sintomas persistentes e falta de recursos materiais representam o sexto factor mais frequente no reencaminhamento de casos clínicos edodônticos (ambos 6,0%).

Embora não haja uma total concordância entre grau de importância atribuído ao factor e factor que leva a reencaminhar pacientes com maior frequência (Tabela 6), verifica-se que, genericamente, os 7 factores detectados como mais importantes são os que levam a reencaminhar com mais frequência, pelo que se salienta a importância de “Tipologia Dente”, “Perfuração/Reabsorção”, “Canais com instrumentos fracturados”, “Canais calcificados”, “Sinais e/ou Sintomas persistentes”, “Cirurgia Apical” e “RENC”, em detrimento de factores como “Determinação do Comprimento de Trabalho” e “Tempo insuficiente para realizar TE em sessão única”.

II.3.10- Avaliação do conhecimento sobre a existência de escalas de classificação de GDR em Endodontia

Quarenta MD responderam à questão “conhece algum modelo de ficha de avaliação do GDR para classificação dos casos de Endodontia?”. Verificou-se que 15 (37,5%) têm conhecimentos acerca da existência de escalas de classificação de GDR em Endodontia, enquanto que os restantes 25 (62,5%) não têm.

Dos 15 que referiram ter conhecimentos, 14 responderam qual/quais escalas conheciam (3 possibilidades de resposta) obtendo-se 19 respostas. Assim, verificou-se que a escala de classificação de GDR mais conhecida entre os indivíduos da amostra é a CAE (47,4%), seguida da escala desenvolvida pela AAE (42,1%) e por último a escala DETI (10,5%).

II.3.10.1- Conhecimento sobre a existência de escalas de classificação do GDR vs tipo de prática clínica, aquisição de curso de Pós-Graduação, Mestrado ou Doutoramento e Universidade de Licenciatura

Ainda que o número de MD a responder a esta questão fosse muito baixo, investigou-se uma possível relação entre o conhecimento sobre a existência de escalas de classificação de GDR e o tipo de prática clínica do MD (Generalista vs não Generalista), tendo-se verificado que é independente do (Teste de Qui-quadrado, $p=0,465$), assim como se verificou que o conhecimento é independente do grau de formação académico (Pós-Graduado, Mestrado ou Doutoramento) (Teste de Qui-quadrado, $p=0,524$) e da Universidade de Licenciatura (Teste de Qui-quadrado, $p=0,230$). Assim e, embora não haja qualquer associação, verifica-se genericamente que há pouco conhecimento sobre estas escalas. (ver Tabelas 16, 17 e 18, respectivamente em Anexo III)

II.3.11- Escala de classificação do GDR adoptado na clínica

Ainda relativamente às escalas, quando inquiridos sobre “Qual o modelo que adoptou na sua clínica?”, verificou-se que apenas 11 dos 15 MD que responderam, sendo que 6 MD

adoptaram a escala desenvolvida pela AAE e 5 MD adoptaram a escala desenvolvida pela CAE.

II.3.12- Hábito e tipo de informação adicionada direccionada ao profissional para quem o MD reencaminha os seus pacientes Endodônticos

Dos 40 MD que responderam à questão “Tem por hábito adicionar informação direccionada para o colega para quem reencaminha os seus pacientes?”, verificou-se que 37 (92,5%) incluem informação enquanto que os 3 restantes (7,5%) não o fazem.

Trinta e seis dos 37 MD que afirmaram incluir informação responderam à questão “Que tipo de informação inclui na carta direccionada ao colega?”, de resposta múltipla, com o objectivo de investigar qual a informação incluída na carta de reencaminhamento direccionada ao colega. De entre as 218 respostas obtidas, verificou-se que (Tabela 19 no Anexo III), de uma maneira geral, todos os tópicos listados na pergunta (dados pessoais do paciente; anamnese da saúde geral do paciente; anamnese dentária; diagnóstico pulpar e periapical; descrição do tratamento efectuado e material utilizado; medicação intracanal; medicação prescrita; radiografias efectuadas) apresentam frequências semelhantes, não existindo nenhum tópico que sobressaia por defeito ou por excesso...

II.3.13- Execução da restauração definitiva do dente e número de semanas após a obturação

Dos 40 MD que afirmam reencaminhar os pacientes verificou-se que 12 MD (31,6%) afirmam que após a obturação quem fica incumbido de restauração definitiva do dente é o colega para quem reencaminham os seus pacientes, enquanto que 26 MD (68,4%) afirmam serem eles próprios a executá-la.

Verifica-se ainda que a restauração definitiva é efectuada pela maioria destes MD 1 semana após a obturação (57,1%); 28,6% dos MD responderam que a restauração definitiva é realizada após 2 semanas; 7,1% dos MD afirmam que a restauração definitiva é realizada 3

semanas após a obturação; 7,1% dos MD responderam que a restauração definitiva é aplicada 4 semanas após a obturação; 35,7% dos MD não responderam a esta questão (ver Tabela 7; resultados mais pormenorizados relativos à questão nº 11.1 “Quanto tempo após obturação?” estão expostos na Tabela 20 no Anexo III).

Como se pode observar na Tabela 7, existe um elevado número de não respostas (10) no grupo de MD que respondeu “o colega para quem reencaminhei o paciente”, revelando um desconhecimento do processo relativo ao paciente reencaminhado. Uma vez que apenas se obtiveram 2 respostas neste grupo, correspondentes a “1 semana após obturação”, não foi possível fazer a comparação com o grupo de MD que respondeu “Eu próprio/a”.

Tabela 7 - Distribuição de nº de semanas até à execução da restauração definitiva, considerando se quem realiza a restauração é o colega para que foi reencaminhado o paciente ou se é o próprio MD a realizar a restauração no paciente que reencaminhou.

		Restauração definitiva		
		O colega	Eu próprio/a	Total (%)
Nº de semanas após obturação	1	2	14	16 (57,1)
	2	0	8	8 (28,6)
	3	0	2	2 (7,1)
	4	0	2	2 (7,1)
Total		2	26	28 (100)
Não respondeu		10	0	38

Quando a restauração definitiva é realizada pelo MD que reencaminhou o paciente, verifica-se que, em média, esta é executada em 1,6 semanas ($\pm 0,9$ semanas) após a obturação, sendo que 50% das restaurações definitivas é realizada numa semana e que 75% das restaurações se realizam, no máximo, até ao fim da 2ª semana (ver Tabela 8).

Tabela 8 - Número de semanas para realizar a restauração definitiva (n=28). Estatísticas mais importantes.

n (%)	Nº de semanas para realizar a restauração definitiva		
	Média (\pm dp)	Me (Q1-Q3)	Min – Máx
28 (100)	1,6 ($\pm 0,9$)	1 (1 - 2)	1 - 4

II.3.14- Avaliação da necessidade de existência de cursos de formação na área de Endodontia

Em relação à questão sobre a necessidade de existência de cursos de formação na área de Endodontia, verificou-se que do total de 101 MD, 90 responderam afirmativamente (89,1%) e 11 responderam negativamente (10,9%).

Não se verifica existir uma associação entre “a necessidade de existência de cursos de formação na área de Endodontia e o “número de anos de profissão” (Teste de Qui-Quadrado; $p= 0,063$). Não há uma tendência clara, mas verifica-se que os MD com actividade profissional muito longa (≥ 11 anos) tenderem a responder que necessitam de mais formação na área de Endodontia (faixa em que nenhum diz não necessitar dessa formação) (a distribuição da necessidade de existência de cursos de formação na área de Endodontia por anos de profissão pode ser observada em maior detalhe na Tabela 21 em Anexo III) .

Quando inquiridos sobre que temas da área de Endodontia gostariam de aprofundar num curso de Endodontia, verificou-se que sentem maior necessidade em aprofundar os seus conhecimentos sobre abordagem de canais com instrumentos fracturados (8%), tratamento de perfurações ou reabsorções (7,7%), sobre novas técnicas e/ou materiais para instrumentação de canais (7,3) e RENC (7,1%) (resultados mais detalhados podem ser consultados na Tabela 22 no Anexo III).

II.4- Discussão

Reencaminhamento de casos de Endodontia de elevado GDR para outros profissionais

No estudo realizado por Ree et al. (2003), verificou-se que a maioria dos MD (66%) executam, eles próprios todos os tratamentos Endodônticos, enquanto que apenas 34% dos MD optam por reencaminhar casos clínicos Endodônticos para um especialista, numa amostra de 283 MD. No presente estudo, obteve-se uma percentagem aparentemente maior de reencaminhamento: 40 (39,6%) respostas afirmativas e 61 (60,4%) respostas negativas, mas a percentagem de reencaminhamento em ambos os estudos não é significativamente diferente (teste de Qui-Quadrado de ajustamento, $p=0,234$), o que poderá ser devido à menor dimensão amostral deste estudo.

Segundo Caplan et al. (1999), MD's com mais de 10 anos de profissão tendem a reencaminhar mais os seus pacientes para um especialista do que MD com menos de 10 anos de experiência profissional.

Neste estudo, tal como Ree et al. (2003), não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a independência entre as variáveis “anos de prática clínica” e o “reencaminhamento de casos clínicos Endodônticos de elevado GDR” e o mesmo foi observado neste estudo, quer através do teste de Qui-Quadrado ($p=0,220$), quer pelo teste de Mann-Whitney, que permitiu concluir que os anos de prática clínica não são significativamente diferentes para MD que reencaminham ou não os seus pacientes.

Não deixa de ser importante referir a diferença significativa detectada para o número de anos de profissão segundo o tipo de prática clínica ($p= 0,001$), sendo possível afirmar que o número de anos de profissão dos MD Generalistas é significativamente inferior ao dos não Generalistas (50% dos MD Generalistas têm 5 ou menos anos de actividade, enquanto que 50% dos MD não Generalistas (em regime de exclusividade ou predominância) têm 10 ou menos anos de actividade).

Ainda Ree et al. (2003) verificaram que, para além dos anos de prática clínica, a qualificação (tipo de prática clínica) é outra variável independente do reencaminhamento de pacientes.

No presente estudo, verificou-se o contrário. Segundo o teste de Qui-Quadrado de Pearson, existe uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de prática clínica e o reencaminhamento de pacientes ($p=0,002$). Isto significa que os MDG tendem a reencaminhar menos casos Endodônticos de elevado GDR, enquanto que MD que trabalham predominantemente e exclusivamente numa determinada área da Medicina Dentária (MD não Generalistas) tendem a reencaminhar maior quantidade de casos Endodônticos.

Por último, verificou-se ainda, que existe uma associação estatística entre o número de consultas de Endodontia por semana e o reencaminhamento de pacientes ($p=0,0039$). Através do teste U de Mann-Whitney, observa-se que o número de consultas de Endodontia por semana é tendencialmente maior no grupo de MD que não reencaminha casos Endodônticos de elevado GDR. Por sua vez, verificou-se através do teste de Kruskal-Wallis que número de consultas de Endodontia por semana é diferente para o tipo de prática clínica ($p=0,0004$), sendo que o número de consultas semanais é superior para os MDG, seguido da dos MD predominante numa área e, por fim, da dos MD exclusivos numa área.

Parece então possível afirmar-se que o reencaminhamento de pacientes Endodônticos de elevado GDR possui uma associação directa com o tipo de prática clínica e do número de consultas de Endodontia por semana. Salienta-se ainda, o facto destas duas variáveis serem dependentes uma da outra. Assim sendo, os MDG tendem a reencaminhar menos casos de Endodontia de elevado GDR, apesar de terem maior número de consultas de Endodontia por semana. Tal como a AAE (2005) preconiza, cerca de 75% dos TE são executados por MDG, enquanto que apenas 25% são realizados por Endodontistas. Tal facto levanta a seguinte questão: será que os MDG apenas recorrem ao reencaminhamento de pacientes em situações que excedam a sua capacidade técnica e nível de conforto? O contrário se passa com os MD que exercem em regime de exclusividade ou predominância numa determinada área da Medicina Dentária. Estes tendem a reencaminhar mais casos clínicos de Endodontia de elevado GDR apesar de terem menor número de consultas de Endodontia por semana. Os MD

que exercem em regime de exclusividade ou predominância, direccionaram a sua prática clínica para apenas determinados tratamentos específicos da Medicina Dentária. Os pacientes, por sua vez, dirigem-se aos seus consultórios por aconselhamento ou reencaminhamento feitos por outros profissionais ou através de outros meios de divulgação (anúncios, pacientes tratados com sucesso, etc). Posto isto, presume-se que o atendimento dos pacientes por parte destes MD consiste: em primeiro lugar, numa triagem para avaliação da patologia da área em que se tornaram exclusivos ou predominantes; em segundo lugar, num planeamento do tratamento (tratamento principal e tratamentos secundários) mediante as necessidades do paciente. Qualquer tratamento secundário que seja necessário realizar previamente ou posteriormente ao tratamento principal executado pelo MD (exclusivo ou predominante) é, na sua maioria, reencaminhado para outro profissional com formação académica específica ou com mais experiência. Por este motivo, perante a necessidade de TENC, o MD (exclusivo ou predominante) tende a reencaminhar os seus pacientes para profissionais com formação na área de Endodontia, uma vez que este tratamento é considerado secundário ou complementar ao tratamento principal. Tais aspectos poderão explicar o facto dos MD que exercem em regime de exclusividade e predominância terem menor quantidade de casos clínicos Endodônticos e poderá explicar, ainda, a elevada frequência de reencaminhamento desses mesmos casos para especialistas de Endodontia.

Por sua vez, também não se verifica uma associação estatística entre o reencaminhamento e os tipos de dentes mais endodônciados (teste Qui-Quadrado, $p=0,376$). No entanto, o reencaminhamento é realizado, tendencialmente, em situações de dentes com 3 canais (molares superiores ou inferiores), uma vez que representam situações clínicas com maior GDR endodôntico. De acordo com Vertucci et al. (2006), a localização destes tipos de dentes na arcada dificultam a visualização e tratamento dos canais; por sua vez, a AAE (1997) friza que quanto maior o número de canais presentes, maior a probabilidade de ocorrer uma perfuração ou outro qualquer erro de procedimento. Do mesmo modo não se encontraram diferenças significativas entre o tipo de dentes mais endodônciados e o número de consultas de endodontia por semana (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,537$). Este resultado pode estar relacionado com o pequeníssimo número de observações em alguns tipos de dente, tais como: monocanales, $n=2$; dentes com 2 canais, $n=6$ e dentes com 4 ou mais canais, $n=2$.

Razões que levam o MD a não reencaminhar casos de Endodontia

A AAE (2005) refere que sempre que um Endodontista inicia a sua carreira profissional numa determinada localidade, deve contactar com os MDG da área para construir a sua própria rede de referência. Da mesma forma, os novos MDG recém-licenciados devem criar relações de intercâmbio profissional com os Endodontistas da região onde trabalham.

Neste estudo, verificou-se que o motivo que mais influencia o MD a não reencaminhar os casos Endodônticos de elevado GDR é a distância a que residem dos especialistas que conhecem (31,7%), seguido da falta de relacionamento profissional com um especialista (26,8%).

Com os resultados obtidos relativamente às principais razões de não reencaminhamento de pacientes, pode, então, suspeitar-se de uma falta de intercâmbio profissional entre MDG e os profissionais com formação na área de Endodontia. Por um lado, os MD com formação em Endodontia poderão, tendencialmente, fixar-se em grandes localidades, nomeadamente cidades do Litoral do País (como por exemplo Porto, Coimbra e Lisboa), uma vez que correspondem a localidades com um maior número de habitantes. Deste modo, os MDG que exercem no interior do País não reencaminham os seus casos Endodônticos, pois o MD especialista que conhecem exerce numa localidade distante, de difícil alcance para os seus pacientes. Por outro lado, a ausência de relacionamento profissional entre o MDG e o especialista, sugere a hipótese de ausência de divulgação pela parte dos especialistas ou a falta de interesse pela parte dos MDG em criar relações de intercâmbio profissional.

A baixa percentagem de respostas dadas no item “receio perder o paciente” (4,9%) revelou-se surpreendente, uma vez que, a concorrência e a competitividade, nos dias de hoje, entre os profissionais de saúde, são cada vez maiores para conseguir responder às exigências de uma população que se quer tornar cada vez mais saudável. Assim, poderá levantar-se a hipótese de que o medo de perder o paciente durante o processo de reencaminhamento, representa uma realidade partilhada por muitos MD, mas talvez, por motivos éticos, não foi assumida durante o preenchimento do questionário.

Tipos de profissionais para quem o MD reencaminham com maior frequência

Através de uma lista de especialistas na qual os MD poderiam seleccionar mais do que uma resposta, Ree et al. (2003) verificaram que a maioria dos MD preferem reencaminhar os seus pacientes a um endodontista (87%), em segundo lugar, na escala de preferência de reencaminhamento, estão os especialistas em cirurgia oral (31%) e, por último, colegas com mais experiência (19%).

No que toca às frequências de reencaminhamento para determinados especialistas, Ree et al. (2003) verificaram que 26% dos MD referenciam pacientes Endodônticos “Sempre, (16%)” ou “Muitas vezes, (10%)” para Endodontistas. No que toca às frequências de reencaminhamento para determinados especialistas, Ree et al. (2003) verificaram que 26% dos MD referenciam pacientes Endodônticos “Sempre, (16%)”, “Muitas vezes, (10%)”, “Algumas vezes, (51%)” ou “Nunca, (23%)” para Endodontistas. Apesar da especialidade de Endodontia ainda não existir em Portugal, foi possível verificar que, neste estudo, o número total de MD da amostra (39) que respondeu à questão de preferência em reencaminhar os casos de elevado GDR para um “colega com formação na área de Endodontia” [“Sempre, (28,2%)”, “Muitas vezes, (41%)”, “Algumas vezes, (12,8)” e “Nunca (17,9)”], distribuição que é significativamente diferente (teste de Qui-Quadrado ajustamento, $p= 2,0E-11$) da observada por Ree et al. (2003). Verifica-se, ainda, que se o reencaminhamento é feito para um “colega experiente”, a distribuição de respostas, obtida neste estudo é significativamente diferente (teste de Qui-Quadrado ajustamento, $p= 1,8E-16$) da de Ree et al. (2003) que reportam 1%, 4%, 22% e 73% para as categorias “Sempre”, “Muitas vezes”, “Algumas vezes” e “Nunca”, respectivamente.

Frequência (nº de pacientes/ mês)

No estudo realizado por Ree et al. (2003), verificou-se que a maioria dos MD reencaminham de 1 a 5 pacientes por mês (55%).

No presente estudo, obtiveram-se os seguintes resultados: a maioria dos MD reencaminha 1 paciente (35,3%); em segundo lugar 2 pacientes (17,6%) por mês; seguido de 3 pacientes (14,7%); 4 pacientes (8,8%); e por último 5 pacientes (8,8 %) por mês. Isto significa que, se compararmos os resultados obtidos deste estudo com os resultados obtidos no estudo realizado por Ree et al. (2005), verifica-se que a percentagem de pacientes reencaminhados por mês é superior quando se soma cada uma das parcelas, desde 1 a 5 pacientes por mês (85,2%).

Verificou-se, ainda, que o número de pacientes reencaminhados por mês é independente do número de consultas de Endodontia por semana (teste Qui-Quadrado, $p=0,459$) e independente do tipo de prática clínica (teste de Qui-Quadrado, $p=0,064$). No entanto, existe uma tendência. Isto significa que, independentemente do número de consultas de Endodontia que realizam por semana, o número de pacientes reencaminhados por mês tende a ser superior em MD que exercem em regime de exclusividade ou predominância (“MD não Generalistas”) enquanto que MD “Generalistas” tendem a reencaminhar menor número de pacientes por mês.

Classificação do grau de importância dos factores que influenciam a decisão do MD a reencaminhar o paciente para um colega com formação em Endodontia e factores que levam o MD a reencaminhar pacientes com maior frequência

De acordo com Ree et al (2003), dos 12 factores em estudo que mais influenciam a decisão dos MD no reencaminhamento de pacientes para outros profissionais de acordo com o grau de importância, são os seguintes: obstrução (canais calcificados, instrumentos fracturados no interior de canais) é o factor considerado mais frequente sob o ponto de vista do grau de importância (54%, Muito Importante; 37%, Importante); seguido da presença de perfuração ou reabsorção (Muito importante, 34%; Importante, 43%); sinais e sintomas persistentes (32% e 39%, respectivamente); presença espigão ou falso coto combinado com coroa ou ponte (37% e 31%, respectivamente); por último necessidade de RENC (26% e 42%, respectivamente).

No presente estudo, foi feita uma análise semelhante à de Ree et al. (2003) e, ao contrário do que foi obtido por esses autores, os factores que mais influenciam a decisão do MD em reencaminhar pacientes por ordem de importância foram os seguintes: tipologia do dente (51,3%, Muito importante; 41% Importante); canais com instrumentos fracturados (43,6%, Muito Importante; 41% Importante); perfuração e reabsorção (56,4%, Muito Importante; 25,6%, Importante); cirurgia apical (44,7%, Muito Importante; 26,3%, Importante); canais calcificados (43,6%, Muito Importante; 25,6% Importante).

No estudo realizado por Harty (1992) verificou-se quais as três razões mais comuns que levam os MD a reencaminharem. O RENC surge como motivo principal, seguido da incapacidade de controlar a hemorragia e/ou dor, e, por último, a incapacidade de diagnosticar qual a origem do problema Endodôntico. (*cit in.* Ree et al., 2003)

Noutro estudo semelhante realizado por Abbott (1994) concluiu-se que o diagnóstico e o controlo da dor representam as principais razões para o reencaminhamento de pacientes (24% dos pacientes), seguido da presença de canais calcificados ou obliterados (18%), RENC (15%), Trauma (13%), Cirurgia Apical (7%) e Perfurações (6%).

Caplan et al. (1999) verificaram que a necessidade de apicectomia/retro-instrumentação em dentes monocanales ou pluricanales representam os tratamentos mais reencaminhados pelos MDG.

Neste estudo também foram encontrados alguns resultados semelhantes no que toca aos tipos de tratamentos reencaminhados com maior frequência. Determinaram-se os factores que levam o MD a reencaminhar pela seguinte ordem decrescente de frequência: canais com instrumentos fracturados (13,4%); RENC (12,7%); tipologia de dente (11,2%); perfuração/reabsorção (9,0%); cirurgia apical e canais calcificados (7,5%); sinais e sintomas persistentes e falta de recursos materiais (6,0%).

Pode, então, salientar-se que os factores, mencionados acima, representam situações reais de casos clínicos reencaminhados por MD, ou seja, correspondem aos tratamentos

reencaminhados com maior frequência para MD com formação ou experiência em Endodontia. Por sua vez, os factores que influenciam a decisão do MD, pretende investigar qual a opinião do MD relativamente a cada um deles, isto é, qual a classificação atribuída quanto ao grau de importância perante situações clínicas hipotéticas. Por este motivo, não existe uma total concordância entre grau de importância atribuído ao factor e o factor que leva a reencaminhar pacientes com maior frequência. No entanto, verifica-se que, genericamente, os 7 factores detectados como mais importantes, são os que levam a reencaminhar, com mais frequência, pelo que se salienta a importância de “Tipologia Dente”, “Perfuração Reabsorção”, “Canais com instrumentos fracturados”, “Canais calcificados”, “Sinais e/ou Sintomas persistentes”, “Cirurgia Apical” e “RENC”.

Grau de conhecimento acerca de escalas de classificação do GDR e sua aplicação na prática clínica

A questão referente ao conhecimento sobre escalas de classificação do GDR revelou os seguintes resultados: 15 (37,5%) respostas afirmativas e 25 (62,5%) respostas negativas num total de 40 respostas dadas. Uma vez que esta questão foi apenas dirigida aos MD que reencaminham pacientes, não foi possível averiguar qual o grau de conhecimento real sobre a existência de escalas de classificação do GDR na amostra global, independentemente do reencaminhamento. Isto deve-se ao modo como este item foi inserido no questionário, tornando inválida qualquer resposta dos MD que não reencaminham os seus pacientes.

Relativamente à lista de três tipos de escala de classificação de GDR mais conhecidas entre os MD, verificou-se que a escala proposta pela CAE (47,4%) é a mais conhecida, seguida da escala desenvolvida pela AAE (42,1%) e, por último, a escala DETI (10,5%).

Ree et al. (2003) afirmam que a escala de classificação desenvolvida pela AAE e pela CAE foram originalmente criadas para estudantes de Medicina Dentária para classificação dos casos de maior GDR em Endodontia, desde a década de 90. Desde então, estas escalas têm vindo a ser cada vez mais divulgadas e estudadas sobre a sua aplicação clínica, influência sobre o diagnóstico e prognóstico do tratamento na comunidade de MD. Este facto poderá

explicar o porquê destas escalas serem mais conhecidas na comunidade de MD, uma vez que se provou através do teste Qui-Quadrado de Pearson que o conhecimento acerca destas escalas de classificação do GDR é independente do tipo de prática clínica do MD ($p=0,465$), assim como, do grau de formação acadêmico (Pós-Graduação, Mestrado ou Doutorado, $p=0,524$) e do local de formação acadêmica ($p=0,230$). Não foi possível determinar a existência de relação estatística entre o conhecimento sobre escalas de classificação do GDR e estas variáveis, possivelmente devido ao número baixo de respostas dadas (15).

No presente estudo, verificou-se, ainda, que 11 dos apenas 15 MD, adoptaram uma escala de classificação do GDR na clínica onde trabalham: 6 indivíduos adoptaram a escala desenvolvida pela AAE e 5 indivíduos adoptaram a escala desenvolvida pela CAE. Poderá, então, supor-se que a maior parte dos MD que têm conhecimento sobre a existência das escalas de classificação de GDR, reconhecem-nas como uma ferramenta útil e indispensável na sua prática clínica, facilitando o diagnóstico, execução de tratamento e prognóstico dos casos clínicos.

Inclusão de informação e tipo, direccionada ao colega para quem reencaminham os pacientes

Short (2005) e Johnson (2008), membros da AAE e da Costa (2004) adoptaram, no seu site de apresentação, um formulário de reencaminhamento que engloba os seguintes tópicos: dados pessoais do MD que reencaminha o paciente; tipo de tratamento que o MD requer; história médica e dentária do paciente; radiografias tiradas; informações adicionais, no qual o MD poderá escrever alguns dados importantes sobre o caso clínico a reencaminhar: sinais e sintomas da patologia, medicação prescrita, etc; mapa e morada para facilitar a localização do consultório do Endodontista.

No estudo decorrente, foram obtidas 37 respostas afirmativas (92,5%) e 3 respostas negativas (7,5%) em 40 MD, referentes ao hábito de adicionar informação direccionada ao colega para quem os MD reencaminham os pacientes.

No que toca ao tipo de informação adicionada, de 36 MD, foram obtidas 218 respostas múltiplas provenientes da lista de 8 tópicos que constituíam a pergunta. O MD poderia admitir como resposta os seguintes tópicos: dados pessoais do paciente; anamnese da saúde geral do paciente; anamnese dentária; diagnóstico pulpar e periapical; descrição do tratamento efectuado e material utilizado; medicação intracanal; medicação prescrita; radiografias efectuadas.

Dada a distribuição uniforme das percentagens obtidas em cada um dos tópicos, como se pode observar na Tabela 13 de resultados, em Anexo III, é pertinente questionar a veracidade das respostas, uma vez que, não deixa de parecer estranho, o elevado número de informação adicionada na carta direccionada ao colega para quem o MD reencaminham os seus pacientes. Isto leva a supor que os MD, por motivos éticos, admitiram, como resposta, quase todos os tópicos referentes à informação adicionada na carta de reencaminhamento, durante o preenchimento do questionário, omitindo, assim, a possibilidade de existência de falhas de comunicação com o colega para quem reencaminham os seus pacientes.

Responsável pela execução da restauração definitiva e quantificação do tempo para a realizar

Na questão, que visa investigar quem executa a restauração final do dente após a obturação, observou-se que 12 MD (31,6%) responderam que quem fica incumbido dessa tarefa é o colega para quem reencaminham os seus pacientes, enquanto que 26 MD (68,4%) afirmam serem eles próprios a executá-la.

Na questão referente ao número de semanas após a obturação para a realização da restauração definitiva, obtiveram-se os seguintes resultados provenientes de 28 MD: 57,1% responderam 1 semana após a obturação; 28,6% dos MD responderam 2 semanas após obturação; 7,1% dos MD responderam 3 semanas após a obturação; 7,1% dos MD responderam 4 semanas após a obturação; 35,7% dos MD não responderam a esta questão.

O elevado número de não respostas (10) no grupo de MD que respondeu “o colega para quem reencaminhei o paciente”, leva a crer que poderá existir falta de troca de informação entre o

colega que realizou o TENC e a restauração definitiva e o MDG que reencaminhou o paciente. Por esse motivo, o MDG desconhece qual o número de semanas após a obturação para a realização da restauração definitiva do dente, sempre que o colega a quem referiu o caso fica incumbido de a realizar. Tal como a AAE (2005) preconiza, o MDG tem de preocupar-se em garantir a troca de informações relevantes sobre o plano de restauração do dente, uma vez que o intervalo de tempo entre a obturação do sistema de canais radiculares e a respectiva restauração definitiva deve ser realizada o mais breve possível, visto que o adiamento deste procedimento compromete a efectividade do TE. Por sua vez, a AAE (2005) sublinha a necessidade do Endodontista fornecer informação detalhada ao MDG acerca do tratamento executado, incluindo radiografias pré e pós-operatórias, bem como recomendações adicionais do tratamento e o respectivo prognóstico.

Necessidade de formação em Endodontia e temas que os MDG mais desejam aprofundar

No que toca à avaliação sobre a necessidade de existência de cursos de formação na área de Endodontia, verificou-se que, do total de 101 MD, 90 responderam afirmativamente (89,1%) e 11 responderam negativamente (10,9%).

O teste de Qui-Quadrado de Pearson não encontrou diferenças significativas entre “a necessidade de existência de cursos de formação na área de Endodontia” e o “número de anos de profissão” ($p=0,063$); no entanto, há claramente uma tendência, verificando-se que os MD a partir de 8 anos de profissão tendem a responder que necessitam de mais formação na área de Endodontia.

Por um lado, a necessidade de formação em Endodontia partilhada pelo MD que se licenciaram há mais de 8 anos, leva a crer que se sintam desactualizados sobre as novas técnicas e materiais Endodônticos revolucionários no processo de diagnóstico, instrumentação de canais e respectiva obturação. Pressupõe-se que os conhecimentos Endodônticos apreendidos há mais de 8 anos nas faculdades de Medicina Dentária são muito diferentes daqueles que são ensinados nos dias de hoje. De acordo com Shabahang (2005), nos últimos 10 anos assistiram-se a alterações significativas na arte e ciência endodôntica. Com o avanço

da ciência e tecnologia desta especialidade foi possível perceber melhor como a patologia endodôntica se processa, permitindo, assim, o desenvolvimento de diversas modalidades de tratamento tendo como objectivo o restabelecimento da saúde pulpar e periapical. Por outro lado, os MD que se licenciaram há menos de 8 anos tendem a responder que não necessitam de cursos de formação em Endodontia, provavelmente porque os conhecimentos endodônticos adquiridos durante a Licenciatura são mais actuais, ou seja, mais próximos da prática Endodôntica dos dias de hoje.

No que toca aos temas da área de Endodontia que os MD gostariam de aprofundar num curso de Endodontia, verificou-se que os 7 temas mais mencionados são: abordagem de canais com instrumentos fracturados (8%); tratamento de perfurações ou reabsorções (7,7%); novas técnicas e/ou materiais para instrumentação de canais (7,3%); RENC (7,1%); abordagem de canais calcificados e cirurgia apical (6,6%); abordagem de dentes com variações anatómicas radiculares e/ou canales (6,1%). Não deixa de ser curioso o facto de existir uma certa tendência em mencionar temas da área de Endodontia que coincidem com alguns dos 7 factores classificados como sendo mais importantes para decisão do MD em reencaminhar, são eles: tipologia de dente, perfuração ou reabsorção, canais com instrumentos fracturados, canais calcificados e cirurgia apical. Isto leva a crer que perante estes factores, os MD sentem-se inseguros e incapazes de realizar o TENC, uma vez que não possuem conhecimentos sobre técnicas e materiais que existem hoje em dia. Por este motivo, ponderam o reencaminhamento para outro colega com formação em Endodontia.

II.5 - Limitações do estudo

- A amostra não é representativa da população alvo (MD que exercem em Portugal).
- A amostra tem uma dimensão pequena o que inviabiliza a fiabilidade dos resultados relativamente a algumas variáveis, nomeadamente as que correspondem aos MD que afirmam reencaminhar pacientes. Assim sendo, os resultados referentes às seguintes variáveis: tipos de profissionais para quem os MD reencaminham os seus pacientes; frequência de reencaminhamento; factores mais importantes na decisão de reencaminhar casos de Endodontia; factores que levam os MD a reencaminhar com maior frequência; avaliação do grau de conhecimento sobre escalas do GDR e sua aplicação na prática clínica; hábito de adicionar informação direccionada ao colega para quem os MD reencaminham os pacientes e que tipo de informação; avaliação do MD responsável pela execução da restauração definitiva e número de semanas após a obturação estão limitados a um número total de apenas 40 MD.
- A fidedignidade das respostas ao questionário é questionável no que diz respeito às questões sobre as razões de não reencaminhamento e hábito de adicionar informação na carta direccionada ao colega para quem os MD reencaminham os seus pacientes.

II.6- Resumo dos resultados

Através deste estudo podemos concluir:

- 100% dos MD da amostra concordam com o intercâmbio profissional entre MDG e o especialista em Endodontia para melhorar a qualidade de trabalho de ambos.
- A percentagem de MD que reencaminham casos Endodônticos de elevado GDR é de 39,6% (n=101; IC (95%): 30,0% - 49,1%).
- O reencaminhamento de pacientes para outro profissional especializado em Endodontia é independente dos anos de prática clínica (p=0,220). No entanto, conclui-se quanto maior o número de anos de profissão mais específica o tipo de prática clínica se torna (p=0,001).
- O reencaminhamento de pacientes para outro profissional especializado em Endodontia é estatisticamente significativo de acordo com o tipo de prática clínica (p=0,002). Os MDG tendem a reencaminhar menos casos clínicos, enquanto que os MD que exercem em regime de exclusividade ou predominância tendem a reencaminhar maior quantidade de casos clínicos Endodônticos de elevado GDR.
- O número de consultas de Endodontia por semana é estatisticamente superior na sub-amostra de MD que não reencaminham casos clínicos Endodônticos de elevado GDR e estatisticamente inferior na sub-amostra de MD que reencaminham casos Endodônticos de elevado GDR (p=0,0039). Por sua vez, os MDG têm maior número de consultas de Endodontia por semana, ao passo que os MD exclusivos ou predominantes têm menor número de consultas de Endodontia por semana (p=0,0004).
- Os MD (n=39) recorrem com maior frequência (Sempre, 28,2%; Muitas vezes, 41%) aos colegas com formação académica em Endodontia para reencaminhar casos clínicos de elevado GDR.
- A maioria (35,6%) dos MD (n=34) reencaminha 1 paciente por mês para outro colega especializado em Endodontia.
- Os 7 factores mais importantes que influenciam a decisão do MD a reencaminhar casos clínicos Endodônticos de elevado GDR são: tipologia de dente; perfurações ou reabsorções; canais com instrumentos fracturados; canais calcificados, sinais e sintomas persistentes, cirurgia apical e RENC.

- Os 7 factores que levam o MD a reencaminhar casos clínicos de elevado GDR com maior frequência são: canais com instrumentos fracturados (13,4%); RENC (12,7%); tipologia de dente (11,2%); perfuração reabsorção (9,0%); cirurgia apical e canais calcificados (7,5%); sinais e sintomas persistentes e falta de recursos materiais (6,0%).
- Quase a totalidade dos MD (92,5% de 40 MD) tem por hábito adicionar informação direccionada ao colega para quem os MD reencaminham os pacientes.
- O responsável pela restauração definitiva do dente é na sua maioria o MD que reencaminhou o paciente para outro colega para este realizar TENC (68,4% de 38 MD). A execução da restauração definitiva é realizada 1 semana após a obturação (57,1% de 28 MD).
- Os 5 temas mais mencionados da área da Endodontia sobre os quais os MD (n=101) gostariam de aprofundar conhecimentos são: abordagem de canais com instrumentos fracturados (8%); tratamento de perfurações ou reabsorções (7,7%); novas técnicas e/ou materiais para instrumentação de canais (7,3%); RENC (7,1%) e abordagem de canais calcificados (6,6%).

Conclusão

O conceito de intercâmbio entre MDG e Endodontistas, defendido pela AAE e pela totalidade (100%) dos MD deste estudo, confirma que a apreensão de um espírito de equipa entre os profissionais fortalece e beneficia o desempenho profissional de ambos e garante uma melhoria nos cuidados prestados ao paciente.

A AAE considera os formulários de classificação do GDR como uma ferramenta de trabalho indispensável para o plano de tratamento, execução e prógnóstico do tratamento, bem como uma ajuda preciosa na decisão de reencaminhar os casos clínicos para especialistas na área da Endodontia. Encoraja, igualmente, a aplicação destas escalas no âmbito académico e sugere a realização de estudos de investigação científica sobre a sua utilização na prática clínica.

A avaliação do GDR envolve um exame de auto-avaliação por parte do MDG. Assim sendo, a decisão de reencaminhar ou tratar deve ser feita com base no cumprimento de todos os procedimentos clínicos listados nos formulários de GDR, mas, também, baseada em factores subjectivos, tais como: nível de auto-confiança sobre a sua competência para a execução do tratamento; capacidade técnica para resolver possíveis complicações que surjam durante a execução do tratamento; avaliar os recursos materiais e equipamento necessário disponível; estado emocional do paciente e considerações a nível económico.

Neste estudo, concluiu-se que a percentagem de reencaminhamento de casos de elevado GDR na amostra de 101 MD é de 39,6% (IC (95%): 30,0% - 49,1%). O reencaminhamento de pacientes para outro profissional especializado em Endodontia é mais frequente nos MD que exercem em regime de exclusividade e predominância numa determinada área da Medicina Dentária, apesar de executarem menos TENC por semana. Por sua vez, os MDG realizam maior número de TENC por semana, mas, tendem reencaminhar menos casos clínicos de elevado GDR.

Os 7 factores mais importantes que influenciam a decisão do MD de reencaminhar casos clínicos Endodônticos de elevado GDR são: tipologia de dente; perfurações/reabsorções; canais com instrumentos fracturados; canais calcificados, sinais e sintomas persistentes,

cirurgia apical e RENC. No entanto, concluiu-se, neste estudo, que os 7 factores que levam o MD a reencaminhar casos clínicos de elevado GDR com maior frequência são: canais com instrumentos fracturados (13,4%); RENC (12,7%); tipologia de dente (11,2%); perfuração reabsorção (9,0%); cirurgia apical e canais calcificados (7,5%); sinais e sintomas persistentes e falta de recursos materiais (6,0%).

Assim, é premente a realização de estudos longitudinais que ressalvem a importância destas escalas de classificação do GDR nos seguintes aspectos:

- diagnóstico e prognóstico do tratamento;
- consciencialização do estudante de Medicina dentária sobre a complexidade dos casos clínicos, face à falta de experiência inerente à sua fase de formação;
- instituição em meio académico e clínico para a apreensão de um espírito autocrítico;
- desenvolver a necessidade de reencaminhar promovendo o intercâmbio entre MDG e MD especializados em Endodontia;
- motivação para uma constante actualização de novas técnicas e materiais relacionados com a área de Endodontia.

A importância de estudos que forneçam evidência científica que suporte a necessidade de criar uma rede de intercâmbio e torne mais eficaz a utilização clínica destas escalas de classificação do GDR, agudiza-se numa população que é cada vez mais exigente com o seu estado de saúde, optando cada vez mais por possibilidades de tratamento conservadores.

Bibliografia

Abbott, P. V. (1994). Analysis of a referral-based endodontic practice. Part 1. Demographic data and reasons for referral, *Journal of Endodontics*, 20, pp. 93-96.

American Association of Endodontics (2005). Endodontic Case Difficulty Assessment and Referral. [Em linha]. Disponível em <www.aae.org> [Consultado em 06/05/2008].

American Association of Endodontics (1997). Evaluating Endodontic Treatment Risk Factors. [Em linha]. Disponível em www.aae.org [Consultado em 06/05/2008].

Beverly, A. J., Brown, L. J., Kent, D. N. e Warren, M. (2006). The Endodontic Workforce, *Journal of Endodontics*, 32(9), pp. 838-846.

Caplan, D. J., Reams, G. e Weintraub, J. A. (1999). Recommendations for Endodontic Referral among Practitioners in a Dental HMO, *Journal of Endodontics*, 25(5), pp. 369-375.

Costa da, R.P. (2004). Referência de pacientes em Endodontia. [Em linha]. Disponível em <www.rpcendo.com> [Consultado em 06/07/2008]

Friedman, S. (2002). Considerations and concepts of case selection in the management of post-treatment endodontic disease (treatment failure), *Endodontic Topics*, 1, pp. 54-78.

Glickman, G.N. e Pettiette, M.T. (2006). Preparation for Treatment. In: Cohen, S. e Hargreaves, K.M. 9ªEd. *The Pathways of the Pulp*. Canadá, Elsevier, pp. 115-122.

Harty, F.J. (1992). A survey of endodontic procedures performed by practitioners in limited practice, *International Endodontic Journal*, 25, pp. 25-28.

Johnson, C.L. (2008). Referral Endodontic Forms. [Em linha]. Disponível em <www.gaendo.com> [Consultado em 06/07/2008]

Lin, L. M., Rosenberg, P. A. e Lin, J. (2005). Do procedural errors cause endodontic treatment failure?, *Journal of American Dental Association*, 136, pp. 187-193.

McCaul, L. K., McHugh, S. e Saunders, W. P. (2001). The influence of specialty training and experience on decision making in endodontic diagnosis and treatment planning, *International Endodontic Journal*, 34, pp. 594-606.

Messer, H. H. (1999). Clinical judgement and decision making in endodontics, *Australian Endodontic Journal*, 25, pp. 124-132.

Pothukuchi, K. (2006). Case assessment and treatment planning: What governs your decision to treat, refer or replace a tooth that potentially requires endodontic treatment?, *Australian Endodontic Journal*, 32(2), pp. 79-84.

Reader, A., Nusstein, J. e Hargreaves, K.H. (2006). Local Anesthesia in Endodontics. In: Cohen, S. e Hargreaves, K.M. 9ªEd. *The Pathways of the Pulp*. Canadá, Elsevier, pp. 691-716.

Ree, M. H., Timmerman, M. F. e Wesselink, P. R. (2003). Factors influencing referral for a specialist endodontic treatment amongst a group of Dutch general practitioners, *International Endodontic Journal*, 36, pp. 129-134.

Ree, M. H., Timmerman, M. F. e Wesselink, P. R. (2003). An evaluation of the usefulness of two endodontic case assessment forms by general dentists, *International Endodontic Journal*, 36, pp. 545-555.

Roda, R.S. e Gettleman, B.H. (2006). Nonsurgical Retreatment *In: Cohen, S. e Hargreaves, K.M. 9ªEd. The Pathways of the Pulp*. Canadá, Elsevier, pp. 1000-1001.

Rosenberg, P.A. (2006). Case Selection and Treatment Planning. *In: Cohen, S. e Hargreaves, K.M. 9ªEd. The Pathways of the Pulp*. Canadá, Elsevier, pp. 80-96.

Rosenberg, R. J. e Goodis, H. E. (1992). Endodontic case selection: to treat or to refer, *Journal of American Dental Association*, 123, pp. 129-134.

Rossmann, L.E., Hasselgren, G. e Wolcott, J.F. (2006). Diagnosis and Management of Orofacial Dental Pain Emergencies. *In: Cohen, S. e Hargreaves, K.M. 9ªEd. The Pathways of the Pulp*. Canadá, Elsevier, pp. 40-58.

Ruiz, P.A. e Andrade, A.K.M. (2004). Isolamento Absoluto em Endodontia. [Em linha]. Disponível em <www.endodontia.org> [Consultado em 07/07/2008].

Saunders, W.P., Chestnutt, I.G. e Saunders, E.M. (1999). Factors influencing the diagnosis and management of teeth with pulpal and periradicular disease by general dental practitioners. Part I., *British Dental Journal*, 9, pp. 492-497.

Shabahang, S. (2005). State of the art and science of endodontics, *Journal of American Dental Association*, 136, pp. 41-52.

Short, R.D. (2005). Refer Endodontic Form. [Em linha]. Disponível em www.apexendodontics.net. [Consultado em 05/07/2008].

Vertucci, F.J., Haddix, J.E. e Britto, L.R. (2006). Tooth Morphology and Access Cavity Preparation. *In: Cohen, S. e Hargreaves, K.M. 9ªEd. The Pathways of the Pulp*. Canadá, Elsevier, pp. 149-220.

Yeng, T., Messer, H.H. e Parashos, P. (2007). Treatment planning the endodontic case, *Australian Dental Journal Supplement*, 52(1), pp. 32-37.

Zinman, E. J. (2006). Endodontic Records and Legal Responsibilities. *In: Cohen, S. e Hargreaves, K.M. 9ªEd. The Pathways of the Pulp.* Canadá, Elsevier, pp. 400-418.