Mariela Alvarenga Rangel Antunes de Vasoncellos[1],Felipe Nogueira Anacleto[2], Carlos Henrique de Sales Dias Santos[3], Cláudia Alessandra de Campos Cardoso[4], Rodrigo Vance[5]

1. Aluna do Curso de Especialização em Endodontia da Facsete / Ortogeo São José dos Campos
2. Doutorando, Mestre e Especialista em Endodontia pela Universidade Estadual de Campinas e Professor do curso de Especialização em Endodontia da Facsete / Ortogeo São José dos Campos
3. Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba, Especialista em Endodontia pela Universidade de São Paulo, Doutorando em Endodontia pela Universidade Estadual de São Paulo/FOSJC e Professor Coordenador do curso de Especialização em Endodontia da Facsete / Ortogeo São José dos Campos
4. Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba, Especialista em Endodontia pela Facsete / Ortogeo São José dos Campos e Profa. do curso de Especialização em Endodontia da Facsete / Ortogeo São José dos Campos
5. Mestre e Especialista em Endodontia pela Universidade de Taubaté e Professor do curso de Especialização em Endodontia da Facsete / Ortogeo São José dos Campos.

LEVANTAMENTO DO CONTROLE PÓS-TRATAMENTO ENDODÔNTICO NA CLÍNICA DIÁRIA

POST-TREATMENT POST-TREATMENT SURVEILLANCE IN THE DAILY CLINIC

RESUMO

O presente trabalho apresenta levantamento do controle pós-tratamento endodôntico na clínica diária, propondo sinalizar aos profissionais da área possíveis dificuldades que levam ao insucesso e a problemas nesta prática profissional. Através de pesquisa de campo foi possível verificar que a maioria dos profissionais realizam endodontia, sendo que os que realizam controle pós-tratamento endodônticos e os que não realizam são bem próximos. Também descobriu-se que não há consonância de uma frequência específica para esse controle, e que a maioria dos pacientes não assinam um termo de consentimento. Entretanto a maioria dos profissionais realiza o retratamento dos próprios casos de insucesso. Concluiu-se que, apesar da consciência de que este tipo de tratamento apresenta risco de insucesso, muitos profissionais descumprem medidas de segurança consideradas adequadas para o fazer profissional, principalmente do ponto de vista jurídico, podendo ter problemas em seus contratos de prestação de serviço de tratamento endodôntico. Percebe-se a necessidade de se adotar iniciativas que promovam mais segurança ao desenvolvimento dessa prática dentro da clínica dentária.

PALAVRAS-CHAVE: Controle. Sucesso e Insucesso. Tratamento endodôntico.

ABSTRACT

The present study presents a survey of endodontic posttreatment control in the daily clinic, proposing to signal to professionals in the area possible difficulties that lead to failure and problems in this professional practice. Through field research it was

possible to verify that most of the professionals perform endodontics, and those who perform post-treatment endodontic control and those who do not perform are very close. It has also been found that there is no consonance of a specific frequency for this control, and that most patients do not sign a consent form. However, most of the professionals carry out the re-treatment of their own cases of failure. It was concluded that, despite the awareness that this type of treatment presents a risk of failure, many professionals disagree with safety measures deemed adequate to make it professional, mainly from a legal point of view, and may have problems in their service contract. endodontic treatment. It is noticed the need to adopt initiatives that promote more safety to the development of this practice within the dental clinic.

KEYWORDS: Control. Success and Failure. Endodontic treatment.

1 INTRODUÇÃO

Os tratamentos endodônticos são passíveis de insucesso, devido à gravidade de seus fatores etiológicos, seu fator causador, problemas durante os procedimentos clínicos ou ainda pela falta de domínio técnico do profissional. As complicações correlacionam-se com deficiências de conhecimento técnico-científico, de aprimoramento manual e a não-obediência ao protocolo básico [1].

Chama-se a atenção para a questão dos insucessos e suas implicações à vida profissional, explicando que a Odontologia constitui uma prática regulada pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), sendo submetido à legislação. Em casos de falhas e/ou problemas correlacionados ao serviço prestado, fica o profissional sujeito aos órgãos judiciários e administrativos[2]. Justifica-se assim a pesquisa, como forma de contribuir para o enriquecimento da qualidade profissional.

O tratamento endodôntico é a técnica que procura a manutenção do elemento dentário e recuperação do dente comprometido em seus aspectos funcionais[3,4]. Indicado em decorrência de amplas lesões de cárie, traumas dentários e alterações pulpares com foco em manter o dente e sua função e estética, ocorre através de três processos conhecidos e divulgados, que envolvem abertura coronária, preparo químico mecânico e obturação do sistema de canais radiculares[4]. Apesar de insucessos, o sucesso terapêutico dessa técnica mostra-se crescente, à taxa percentual que varia de 60 a 90%, por causa das técnicas, diagnóstico por imagem, materiais utilizados e profissionais especializados[3,6,7].

Os ótimos resultados ocorrem em função de novas técnicas cirúrgicas, materiais de preenchimento, instrumentais cirúrgicos, bem como por causa dos métodos de manejo de tecido duro e novos conhecimentos em relação às patologias, entretanto, cabe ressaltar que identificar os riscos de insucesso permite a prestação de serviço mais adequado ao paciente [4].

O controle pós-tratamento endodôntico está relacionado ao conhecimento dos fatores que influenciam no sucesso do tratamento. Envolve a apreciação correta dos casos, conhecimento e aprimoramento do método de tratamento e obturação, a perícia do operador, identificação das dificuldades técnicas de cada caso, conhecimento e análise dos recursos da época do tratamento, melhoria do conhecimento completo da anatomia dental, reunião de provas radiográficas de qualidade para estudo e identificação de fatores anatômicos do paciente adequando melhor as intervenções [3].

Desta forma, este trabalho tem como proposição o objetivo de realizar levantamento do controle pós-tratamento endodôntico na clínica diária, a fim de sinalizar aos profissionais da área possíveis dificuldades que levam ao insucesso e a problemas na prática profissional.

Chama-se a atenção para procedimentos pré, durante e pós tratamento, com ênfase na anamnese, no controle clínico e no procedimento de obturação hermética tridimensional do sistema de canais radiculares, responsável por impedir a percolação e a infiltração do exsudato periapical para o interior do canal, bloqueando a reinfecção, favorecendo a cicatrização[1]. O sucesso clínico, assim, pode ser identificado na qualidade da obturação radicular, na recuperação e na ausência de lesões na região periapical dos dentes tratados, comprovados por exame radiográfico [1]. Envolve o máximo de impermeabilização e o mínimo de agressão aos tecidos vivos, conforme orientações da Associação Americana de Endodontia (AAE), no guia para garantia de qualidade (*Qualit Assurance Guidelines*), sendo sucesso a ausência total de sinais ou sintomas clínicos adversos, o que pode ser comprovado por avaliação radiográfica e clínica [7].

O tratamento endodôntico envolve dois aspectos fundamentais, a anatomia do sistema de canais radiculares, com inúmeras ramificações laterais e apicais; e, os microorganismos com suas toxinas e os demais fatores etiológicos dos processos patológicos [6]. Pela terapêutica realiza-se a profilaxia e o preparo do canal principal,

a limpeza química com as soluções irrigadoras e medicamentosas, para chegar às partes não afetadas pela instrumentação [6].

São problemas nessa técnica a entrada ou permanência das bactérias nos canais radiculares do dente, sendo a alta incidência de *Enterococcus faecalis* no sistema de canais radiculares muito comum [8].

Já a boa qualidade da obturação do canal está relacionada com o bom selamento apical que inibe a infiltração de microrganismos no canal radicular [10]. Essa qualidade depende do aspecto ósseo normal da região periapical, da regressão toral ou parcial da lesão identificada na radiografia e da ausência de dor[9,10]. O insucesso está relacionado com a ausência de reparo ósseo na área da lesão periapical e à presença de fístula [6,9].

O tratamento de qualidade depende da melhora dos instrumentos, dos materiais e da técnica [7]. Mostra-se fundamental conhecer a anatomia dos dentes; a fisiologia e patologia; o diagnóstico; os instrumentos; as técnicas de limpeza, modelagem e obturação do canal; e os procedimentos pós-operatórios [7,8]. Salienta-se que as alternativas para a terapia e a escolha da melhor conduta dependem de alguns fatores, como as condições sistêmicas do paciente, idade, sexo, duração dos sintomas, sinais clínicos, entre outros [8].

Conforme a Associação Europeia de Endodontia, o sucesso e o insucesso relacionam-se a três categorias: (1) a cura completa, onde há ausência de sintomas clínicos, espaço periodontal normal e ausência de alterações radiográficas; (2) a cura incompleta, onde há ausência de sintomas clínicos e uma diminuição do tamanho da lesão periapical; e, (3) a sem cura, onde há a manutenção e presença de sintomas clínicos, sem diminuição da lesão periapical, e inclusive apresentando aumento do tamanho ou neoformação, podendo, inclusive, haver presença de reabsorções radiculares [4]

Os casos onde a obturação fica de 0 a 1mm e 1 a 2mm do ápice apresentam maiores taxas de sucesso, enquanto os problemas relacionam-se com presença e persistência de microrganismos, baixa qualidade de restaurações e do selamento coronário, material obturador que não promove adequado selamento, não localização de um ou mais canais radiculares, calcificações, perfurações, presença de anomalias dentárias, reabsorções dentárias e canais laterais, má interpretação da localização da infecção (se intra ou extra-canal), fissuras na raiz e iatrogenias [4,6,10].

Percebe-se importância do tema na responsabilidade civil do cirurgião dentista frente aos insucessos [11]. Métodos diferentes podem ser utilizados para o mesmo tratamento, contudo, precisa ter a permissão do paciente e/ou responsável para desenvolvê-lo, inclusive, deixando claro, as implicações pós-tratamento. Há jurisprudência de casos de imperícia, considerados como negligência nos tribunais[2,11]. O dentista deve guardar os registros acurados, principalmente após o tratamento, tendo cuidado e diligência no diagnóstico, evitando escrever garantias, deve ter registro formal do plano de tratamento, termo de consentimento para o tratamento assinado e arquivado, registros sobre a cooperação do paciente, e indicações de especialistas qualificados segundo as regras odontológicas do Estado, pois, estão sujeitos a processo jurídico [11,12]. O consentimento manifesta as condições e limitações do profissional, junto com o aceite e entendimento do paciente sobre o serviço prestado[4,11,12].

Ao término do tratamento o paciente necessita ser alertado a respeito dos prazos para a reabilitação final do dente tratado [2]. O dentista precisa estipular uma data para efetuar o procedimento em tempo suficiente para que não ocorra contaminação bacteriana dos canais radiculares via infiltração coronária [2]. No caso de encaminhamento para outro profissional, quem efetuou o tratamento endodôntico deve elaborar documento oficial, por escrito, entregue em vias para o paciente, determinando prazo hábil para que a reabilitação dentária aconteça para evitar que complicações aconteçam[2].

Mostra-se necessário, além do exame radiográfico, acompanhamento do caso dentro de um parâmetro temporal, o tempo não é específico, variando de 1 ano à 5 anos para que se possa considerar a recuperação de um caso [6]. Pode-se optar por 1º controle radiográfico seja feito após 1 ano do término do tratamento, e se no 2º controle de 2 anos, ainda persistir a lesão periapical, deve-se considerar o tratamento como mal sucedido[6]. O fracasso da terapia endodôntica deve ser considerado após sucessivas tomadas radiográficas que mostram ocorrência ou permanência da patologia periapical [6]. O diagnóstico clínico e radiográfico sugere problemas quando a avaliação clínica o exame visual detecta coloração alterada, elevações ou depressão na face, presença de abscessos, fístula, edema, assimetria facial. No exame intrabucal observa-se a coloração alterada da coroa dentária que pode indicar necrose pulpar ou reabsorção dentinária interna; presença de dor; na

palpação, alterações na textura dos tecidos, aderência, lisura; mobilidade; identificação sonora diferente nos dentes não saudáveis. No teste térmico encontra-se a vitalidade comprometida, e no teste de cavidade há excessiva sensibilidade. Na avaliação anestésica determina-se a origem da dor dentária. A avaliação radiográfica permite identificar o preenchimento perfeito do canal radicular pela obturação com imagem na íntegra do periodonto, sem ausência de radiofuscência periapical atestando sucesso no tratamento [5,6]. Observa-se a necessidade de se instruir o paciente sobre a autoavaliação, sendo esta capaz de proporcionar ao indivíduo o entendimento de sua própria condição bucal [13].

Nos insucessos verifica-se a necessidade de nova intervenção endodôntica. A reintervenção endodôntica pode ser realizada na sua forma convencional ou através da cirurgia[6]. O retratamento endodôntico convencional costuma ser a primeira opção nos casos de insucessos endodônticos, mas também pode-se optar pelo retratamento cirúrgico e suas modalidades (curetagem, apicectomia, apicectomia com obturação retrógrada, apicectomia com instrumentação e obturação do canal radicular por via retrograda), principalmente como boa alternativa de custo-benefício. Além destas opções, a exodontia também deve ser avaliada [4,6].

Acrescenta que a escolha do tratamento depende da motivação do paciente em manter o dente, sua disposição para o tratamento a longo prazo, a condição financeira envolvida no tratamento, principalmente em termos de custo para esse paciente. Salienta-se que a cirurgia além de mais rápida, mostra-se mais rentável quando do retratamento. Tudo isso é claro, após a análise de cada caso (condições do dente e opções de tratamento) [6].

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de campo onde foram feitas perguntas sobre o grau de envolvimento dos cirurgiões dentistas na prática endodôntica (Quadro 02):

Quadro 02- Considerações sobre a metodologia empregada

CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA	CONSIDERAÇÕES
TIPO DA PESQUISA	O tipo de pesquisa adotado foi a pesquisa exploratória.
NATUREZA DA PESQUISA	Quantitativa
AMOSTRA	39 cirurgiões dentistas, de ambos os sexos, com idades entre 22 e

	75 anos.
LOCAL	Profissionais que atuam na região do Vale do Paraíba e Litoral, região sudeste (SP e RJ).
INSTRUMENTO	Questionário
PROCEDIMENTO	Questionários entregues e recolhidos pessoalmente, bem como uso do meio eletrônico (e-mail) para preenchimento e devolução, buscando possibilitar maior participação dos profissionais dentistas.
PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS	Estatístico
RISCOS E BENEFÍCIOS	Sem maiores riscos identificados. A entrevista pode contribuir para a compreensão da prática clínica nos aspectos de pós-tratamento endodôntico.

Fonte: Autor

Os resultados obtidos foram utilizados para contabilizar dentre os profissionais que realizam endodontia, sua formação complementar, gênero, profissionais, aqueles que realizam o controle após a terapia endodôntica, a frequência desse controle, a adesão dos pacientes ao termo de controle, e a identificação de quantos realizam o tratamento novamente em caso de insucesso.

RESULTADOS

Numa abordagem geral, conforme apresenta Tabela 01, observa-se que a maior parte dos profissionais que participaram da pesquisa realiza endodontia, contudo, esse percentual cai consideravelmente considerando o controle pós-tratamento endodôntico. Os que realizam demonstram ter maior organização e conhecimento a cerca da frequência com que realizam. Um dado que chama a atenção é o fato de que a maioria dos pacientes tratados, não assinam o Termo de consentimento. Os pesquisados foram unânimes em optar pela realização de retratamento em caso de insucesso.

TABELA 01- Questionamentos da pesquisa e principais resultados

Questionamentos	SIM %	NÃO%	Não Responderam	Encami-nhamento
Realizam Endodontia?	87,17%	7,69%	5,12%	-
Realizam Controle?	46,15%	41,02%	12,82%	-

Informa A Frequência?	43,58%	43,58%	12,82%	-
Paciente Assina O Termo?	10,25%	76,92%	12,82%	
Realizam Retratamento Em Caso De Insucesso?	82,05%	0%	15,38%	2,56%

Fonte: Autor

Neste trabalho foram entrevistados 39 cirurgiões dentistas, sendo estes, 23 do gênero feminino (59,00%) e 16 do gênero masculino (41,00%).

O perfil de idade contempla desde profissionais recém-formados, com a idade mínima de 22 anos até profissionais com vasta experiência profissional, tendo idade máxima de 75 anos.

Sobre a formação acadêmica dos entrevistados, 7 profissionais (17,94%) realizaram cursos de atualização, enquanto 10 (25,64%) realização especialização; 12 profissionais realizaram tanto atualização quanto especialização (30,76%). Apenas 01 profissional (2,56%) realizou atualização, especialização e mestrado, enquanto também 01 (2,56%) profissional realizou atualização, mestrado e doutorado. Realizou especialização, mestrado e doutorado apenas 01 profissional (2,56%) e mestrado e doutorado apenas 01 profissional também (2,56%). 6 profissionais (15,38%) são apenas graduados, não realizando nenhum curso de evolução profissional até o momento, conforme mostra Figura 01:

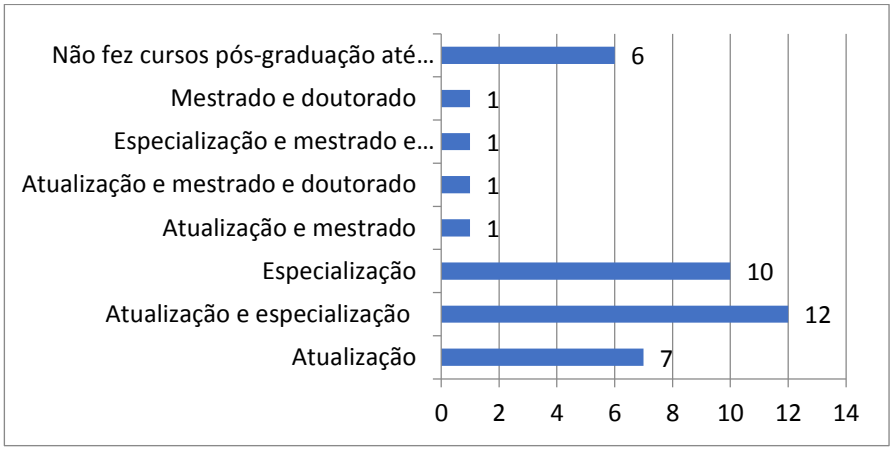


Figura 01- Formação acadêmica dos profissionais participantes da pesquisa

Fonte: Autor

Questionados sobre o controle pós-tratamento endodôntico, 18 profissionais (46,15%) realizam o controle, já 16 (41,02%) profissionais disseram não fazer o

controle após o término do tratamento e 5 profissionais (12,82%) não responderam, conforme mostra a Figura 02:

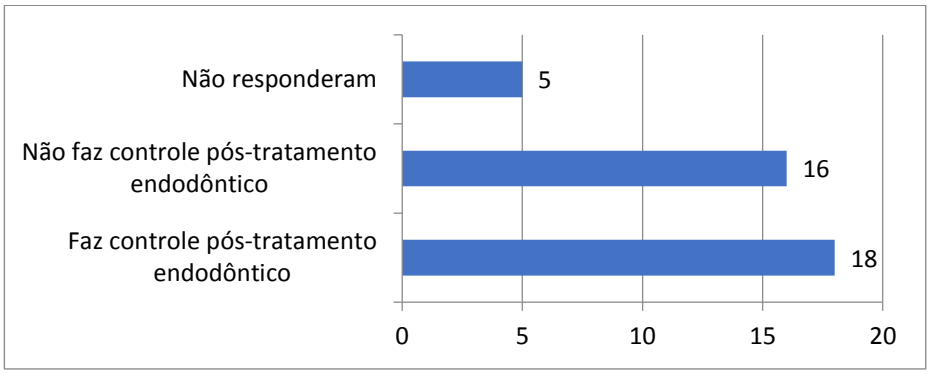


Figura 02- Realização de controle pós-tratamento endodôntico

Fonte: Autor

Considerando os profissionais que fazem o controle pós-tratamento dentário apenas 1 profissional (5,55%) acompanha por 3 meses após o término do tratamento endodôntico; 2 profissionais (11,11%) acompanham por 6 meses; 7 profissionais (38,88%) acompanham por 1 ano; 1 profissional (5,55%) respondeu que o acompanhamento se dá de 3 meses à 1 ano; 3 profissionais (16,55%) consideram o acompanhamento de 6 meses a 1 ano; 2 profissionais (11,11%) consideraram o acompanhamento necessário de 6 meses a 2 anos; apenas 1 (5,55%) profissional respondeu de 1 ano a 4 anos. Só 1 profissional (5,55%) considerou o período de 3 meses a 4 anos, conforme Figura 03:

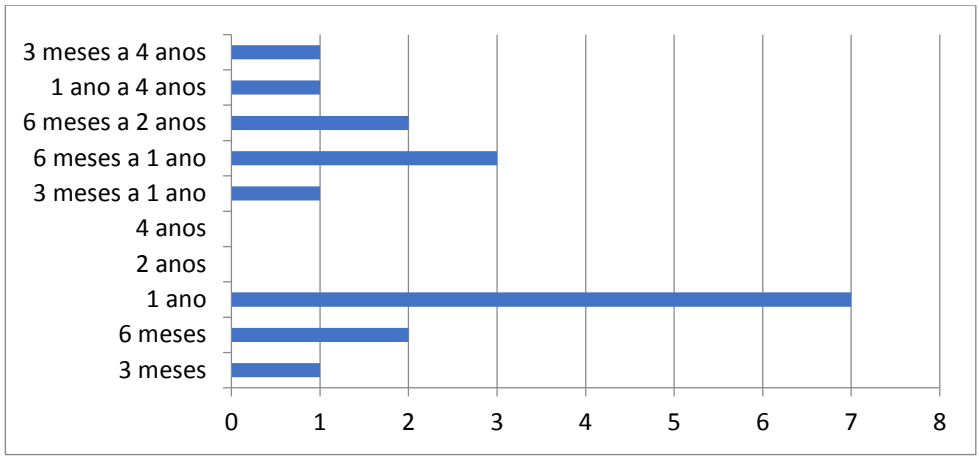


Figura 03- Frequência do controle pós-tratamento endodôntico

Fonte: Autor

Sobre a adesão dos pacientes ao termo de controle apenas 4 profissionais (10,25%) responderam que seus pacientes assinam o termo de controle; 30

profissionais (76,92%) disseram que os pacientes não assinam, e 5 profissionais (12,82%) não responderam, conforme mostra Figura 04:

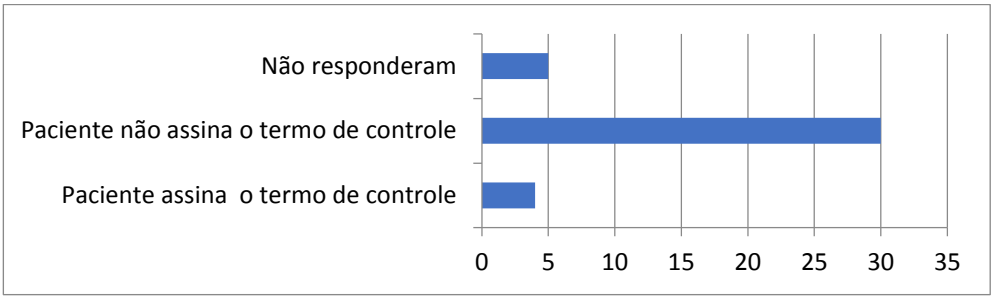


Figura 04- Adesão dos pacientes ao termo de controle pós-tratamento endodôntico

Fonte: Autor

Em casos de insucesso, 32 profissionais (82,05%) realizam retratamento dos próprios casos, já 01 profissional (2,56%) encaminha para retratamento, enquanto 6 profissionais (15,38%) não responderam, de acordo com a Figura 05:

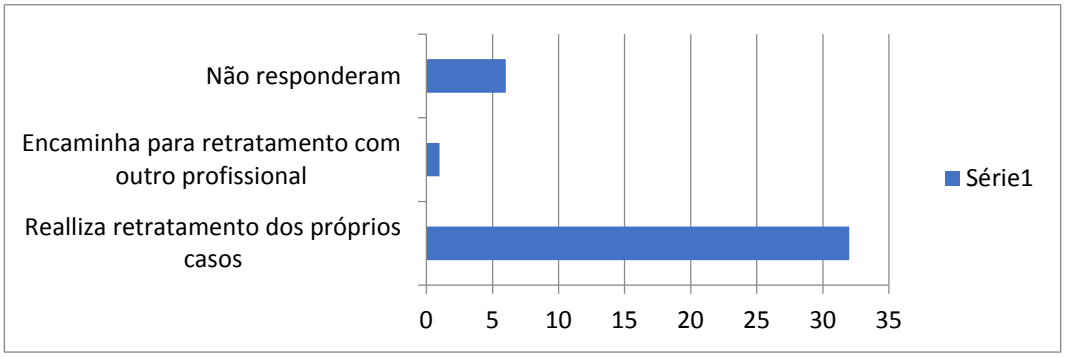


Figura 05- Realização de retratamento dos próprios casos de insucesso

Fonte: Autor

Passa-se agora à discussão dos resultados encontrados.

DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados realiza a endodontia em clínica odontológica, tendo prática em casos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças que afetam a polpa dental relacionadas à lesões de cáries, traumas dentários e alterações pulpares. Consonante com a teoria, concordam que esse tipo de tratamento mostra-se passível de insucesso [1,2,4].

Sobre a realização de controle pós-tratamento endodôntico, verificou-se que a maioria realiza controle, entretanto, percebe-se que aqueles que não o realizam

também mostrou percentual alto, sendo que alguns foram, inclusive, omissos em relação a sua prática. Salienta-se que o cirurgião dentista tem responsabilidade civil nos procedimentos clínicos e na orientação do paciente, inclusive no pós-tratamento[2,7,8,10, 11].

Considerando a frequência de controle pós-tratamento, ouve equilíbrio entre os que informam e os que não informam, estando de acordo com o levantamento sobre quanto tempo deveria durar esse controle. A escolha do tratamento depende da motivação do paciente, não sendo claro o período em que esse deve acontecer[4]. Não há consonância sobre a frequência e o tempo ideal para controle pós-tratamento, mas todos sinalizaram que devem ser considerados, a disposição de tempo do paciente para o tratamento, o custo envolvido e a necessidade de retratamento [2,7,8,10, 11].

Sobre a assinatura do termo de controle pós-tratamento endodôntico, os resultados estão consonantes, sendo que a maioria não assina o termo, enquanto todos os cirurgiões dentistas deveriam utilizar-se desse consentimento em sua prática clínica, em função da relação jurídica e dos deveres secundários envolvidos[2,4,11,12,13].

Um último ponto abordado foi a realização do retratamento dos próprios casos de insucesso, e, consonante com o considerado na teoria, a maioria realiza o retratamento [4,6,7,8,9,10].

Pode-se considerar, que, apesar de ser uma garantia o controle pós-tratamento, ainda não se possui protocolo estabelecido entre os profissionais que realizam a endodontia.

CONCLUSÃO

Identificou-se que apesar da grande adesão à prática clínica de endodontia, o controle pós-tratamento mostra-se bem limitado, não sendo claros, inclusive, a adesão ao controle pós-tratamento, bem como a frequência em que esse controle se efetiva. Os resultados são ainda mais negativos quando se questiona sobre a assinatura do termo de consentimento por parte dos pacientes, mostrando que muitos acordos e esclarecimentos acontecem apenas de forma verbal, dando

margem para falhas e insucessos, bem como, e ressalta-se como muito importante, até para eventuais demandas jurídicas.

REFERÊNCIAS

1- GIUSTI, Eliete Conceição, et al. Avaliação radiográfica da qualidade de tratamentos endodônticos realizados por especialistas de um plano de saúde odontológico. ConScientiae Saúde, 2007; 6:2, 371-375. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/929/92960221.pdf>

2- SILVA Rhonan Ferreira da, et al. Importância das informações prestadas ao paciente antes, durante e depois do tratamento endodôntico: abordagem à luz do Código de Defesa do Consumidor. Revista Sul-Brasileira de Odontologia- RSBO, 2010; 7:4, 481-487. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rsbo/v7n4/a16v7n4.pdf>

3- OCCHI, Ingrid Gomes Perez; SOUZA, Adalberto Alferes de; RODRIGUES, Vanessa; TOMAZINHO, Luiz Fernando. Avaliação de sucesso e insucesso dos tratamentos endodônticos realizados na clínica odontológica da UNIPAR. Uningá Review, 2011; 8:2, 39-46. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/633/285>

4- MARTINS, André Milioli. Indicações e Contra-Indicações do Retratamento Endodôntico: Revisão de Literatura. 2017. 37 f. [Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia]. Florianópolis: UFSC, 2017. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://150.162.242.35/bitstream/handle/123456789/176838/tcc%20corrigido2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5- CRISPIM, Eric Alves; SOUSA, Lays Neves de; SILVA, Fabrício Bezerra da; FIAMENGUI FILHO, Jorge Francisco. A importância da fotografia odontológica na odontologia contemporânea. Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica-JOAC, 2016;2:.2, 01-04. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/joac/article/viewFile/979/761>

6- DENARDI, Daniele Reverte et al. Considerações sobre o sucesso do tratamento endodôntico. Uningá Review, 2010; 4:1, 52-64. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/527/186>

7-BARBIERI, Dayse Bortoluzzi; PEREIRA, Lilian Paula; TRAIANO, Maria Luiza. Controle e avaliação dos tratamentos endodônticos realizados pelos acadêmicos do componente curricular de Endodontia II, em 2008/1, do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Unoesc & Ciência-ACBS, 2010; 1:2, 117-124. [Acesso 10 nov 2017] Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/595/pdf_56https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/595/pdf_56>.

8- CANTO, Debhora do; VICTORINO, Fausto Rodrigo. Avaliação do índice de sucesso de tratamentos endodônticos realizados por alunos de graduação. VIII EPCC. 22 a 25 de outubro de 2013. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Dhebora_do_Canto.pdf>.

9-CANTO, Debhora do; HERNANDES, Beatriz do Nascimento; VICTORINO, Fausto Rodrigo. Avaliação de tratamentos endodônticos realizados por alunos de graduação com proservação de seis meses. VII Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica. 21 a 24 de outubro de 2014. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/sete_mostra/dhebora_canto.pdf>.

10- ZOTI, Márcia; HARTMANN, Mateus Silveira Martins. Avaliação de tratamentos endodônticos realizados por alunos de graduação da Escola de Odontologia da IMED. J. Oral Invest, 2016; 5:1, 04-12. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/JOI/article/download/1030/pdf>

11-FERNANDES, Fernando. Responsabilidade civil do cirurgião dentista: o pós-tratamento ortodôntico. 2000. 176 f. [Dissertação de Mestrado em Odontologia]. São Paulo: USP, 2000. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23142/tde-26102001-124313/en.php>

12-PARANHOS, Luiz Renato, SALAZAR, Márcio; RAMOS, Adilson Luiz; SIQUEIRA, Danilo Furquim . Orientações legais aos cirurgiões-dentistas. Odonto, 2007; 15:30, 55-62. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/Odonto/article/view/590>

13-SANTOS, Katia Simone Alves, et al. Conhecimento e percepção dos pacientes sobre saúde bucal. Revista da Faculdade de Odontologia- RFO, 2015; 20:3, 287-294. [Acesso 23 jan 2018]. Disponível em: <http://www.seer.upf.br/index.php/rfo/article/download/4443/3643>