RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

Qualidade do cuidado em endodontia: evidência clínica, segurança do paciente e gestão de serviços

Quality of endodontic care: clinical evidence, patient safety and service management

Calidad de la atención en endodoncia: evidencia clínica, seguridad del paciente y gestión del servicio

Édina Vendrame
Cirurgiã-dentista; especialista em Endodontia; mestre em Odontologia, área de Saúde Coletiva; professora e gestora de clínica odontológica.

RESUMO
Este artigo discute a qualidade do cuidado endodôntico a partir da integração entre efetividade clínica, segurança do paciente e gestão de serviços. Por meio de revisão narrativa, analisam-se carga da doença, diagnóstico, controle microbiano, obturação, restauração, acompanhamento, experiência do paciente e indicadores de qualidade. A literatura demonstra que diferenças laboratoriais entre técnicas raramente se traduzem em superioridade clínica mensurável e que o resultado depende de uma cadeia que inclui planejamento, execução, continuidade e documentação. Conclui-se que a excelência endodôntica resulta de competência técnica apoiada por processos confiáveis, decisão compartilhada e aprendizagem contínua.
Palavras-chave: Endodontia; qualidade assistencial; periodontite apical; segurança do paciente; gestão clínica.

ABSTRACT
This article discusses the quality of endodontic care by integrating clinical effectiveness, patient safety, and service management. A narrative review addresses disease burden, diagnosis, microbial control, obturation, restoration, follow-up, patient experience, and quality indicators. Laboratory differences between techniques do not always translate into clinical superiority, while outcomes depend on a chain involving planning, execution, continuity, and documentation. Endodontic excellence therefore arises from technical competence supported by reliable processes, shared decision-making, and continuous learning.
Keywords: Endodontics; quality of care; apical periodontitis; patient safety; clinical management.

1 INTRODUÇÃO

A Endodontia ocupa uma posição singular na odontologia contemporânea: ao mesmo tempo que lida com dor, infecção e urgência, procura preservar dentes naturais por meio de intervenções tecnicamente exigentes. O resultado não depende de um único instrumento ou material. Diagnóstico, isolamento, preparo químico-mecânico, obturação, restauração coronária e acompanhamento formam uma cadeia de cuidado na qual uma falha inicial pode comprometer etapas posteriores. Discutir qualidade endodôntica, portanto, exige olhar para o procedimento e para a organização clínica que o sustenta.

A periodontite apical permanece frequente em diferentes populações, e sua ocorrência está relacionada tanto à presença de infecção no sistema de canais quanto à qualidade e ao

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

acompanhamento dos tratamentos realizados. A revisão de Jakovljevic et al. (2020) reuniu estudos epidemiológicos e mostrou variações importantes entre países e métodos de avaliação. Essa heterogeneidade impede conclusões simplistas, mas confirma que a saúde periapical constitui um problema relevante de saúde bucal e que a avaliação de resultados deve ultrapassar a impressão imediata de que o procedimento terminou bem.

Nos últimos anos, revisões produzidas no âmbito da European Society of Endodontology examinaram separadamente instrumentação, irrigação, materiais obturadores, terapias adjuvantes e outras etapas do tratamento da periodontite apical. O conjunto dessas pesquisas é especialmente útil porque demonstra que novidades comerciais nem sempre se traduzem em superioridade clínica mensurável. Para o especialista, essa constatação não significa imobilidade; significa incorporar recursos a partir de indicação, evidência, experiência e necessidades do paciente.

Este artigo analisa a qualidade assistencial em Endodontia a partir de três dimensões inseparáveis: efetividade clínica, segurança do paciente e gestão do serviço. A discussão considera que competência técnica continua central, mas produz resultados mais consistentes quando apoiada por protocolos, comunicação, rastreabilidade, condições adequadas de trabalho e acompanhamento. O objetivo não é transformar o atendimento em sequência rígida, e sim mostrar como uma clínica pode reduzir variações evitáveis sem apagar o julgamento profissional diante de cada caso.

2 METODOLOGIA

Foi realizada revisão narrativa e documental da literatura, com foco na qualidade do tratamento endodôntico não cirúrgico, nos fatores prognósticos da periodontite apical, na segurança do paciente e na gestão de processos clínicos. A pergunta orientadora foi: quais elementos clínicos e organizacionais permitem avaliar e aperfeiçoar a qualidade do cuidado endodôntico sem reduzir o resultado à execução técnica ou à imagem radiográfica final?

A busca foi conduzida no PubMed/MEDLINE, Scopus e Google Scholar, priorizando revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais de desfecho e documentos de posicionamento da European Society of Endodontology (ESE), da American Association of Endodontists (AAE), da American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology (AAOMR) e da Organização Mundial da Saúde. Utilizaram-se descritores em português e inglês (apical periodontitis, root canal treatment, treatment outcome, irrigation, instrumentation, patient

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

safety, quality indicators, dental care, clinical governance), combinados por operadores booleanos. Não houve restrição de idioma. Os textos foram selecionados por pertinência ao problema, clareza metodológica e possibilidade de verificação bibliográfica. Resultados de estudos laboratoriais foram empregados para explicar mecanismos e desempenho técnico, sem serem tratados como equivalentes a cicatrização, manutenção dentária ou experiência do paciente. Quando as revisões encontraram evidência insuficiente, essa incerteza foi preservada no texto, evitando atribuir superioridade a técnicas que ainda não demonstraram benefício clínico consistente.

A análise foi organizada em seis eixos: carga da doença e preservação dentária; diagnóstico e planejamento; controle microbiano; restauração e continuidade do cuidado; segurança e experiência do paciente; e gestão da qualidade em clínicas odontológicas. O gráfico utiliza estimativas globais da Organização Mundial da Saúde e tem finalidade contextual. Não foram coletados dados de pacientes, produzidas taxas próprias de sucesso ou atribuídos resultados clínicos à autora.

3 CARGA DA DOENÇA, PRESERVAÇÃO DENTÁRIA E FINALIDADE DO TRATAMENTO

A Organização Mundial da Saúde estima que as doenças bucais atinjam cerca de 3,7 bilhões de pessoas (YAN L. et al; 2025). A cárie não tratada em dentes permanentes, uma das condições mais prevalentes, pode evoluir até o comprometimento pulpar e periapical quando prevenção e cuidado restaurador não ocorrem a tempo. A Endodontia aparece, nesse percurso, como possibilidade de controlar a infecção e manter um dente que ainda reúne condições biológicas e restauradoras. Sua relevância não pode ser separada do acesso desigual aos serviços de saúde bucal.

Preservar o dente natural é um objetivo importante, mas não constitui regra absoluta. A decisão deve considerar restaurabilidade, condição periodontal, extensão de fraturas, possibilidade de descontaminação, prognóstico e preferências do paciente. A American Association of Endodontists recomenda avaliação sistemática da dificuldade do caso e dos fatores que podem exigir encaminhamento. Esse cuidado evita tanto tratamentos de baixa previsibilidade quanto extrações adotadas sem uma discussão adequada de alternativas.

O resultado endodôntico possui várias camadas. Redução de sinais e sintomas, cicatrização dos tecidos periapicais, função, permanência do dente e ausência de novas intervenções são

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

desfechos relacionados, mas não idênticos. Um paciente pode estar sem dor e ainda apresentar alteração radiográfica em acompanhamento; outro pode apresentar imagem favorável e relatar desconforto ou dificuldade funcional. Avaliar qualidade requer registrar essas dimensões e respeitar o tempo biológico de reparo.

Jakovljevic et al. (2020) chamaram atenção para a prevalência da periodontite apical e para diferenças metodológicas entre levantamentos. Parte da variação decorre do modo como dentes tratados e lesões são identificados, do perfil das amostras e da tecnologia de imagem empregada. Comparações entre clínicas ou países precisam, por isso, explicitar critérios. Números isolados, sem população e método, podem produzir uma aparência de precisão que a evidência não sustenta.

Uma visão de saúde coletiva acrescenta outra pergunta: quantos dentes potencialmente preserváveis deixam de receber tratamento oportuno por barreiras econômicas, geográficas ou organizacionais? A excelência de um procedimento individual continua indispensável, mas não resolve sozinha o atraso no diagnóstico nem a fragmentação do cuidado. Qualidade assistencial inclui a capacidade de orientar, encaminhar e acompanhar o paciente, sobretudo quando o tratamento envolve diferentes profissionais e momentos clínicos.

4 DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO E DECISÃO COMPARTILHADA

A dor de origem endodôntica pode se confundir com alterações periodontais, musculares, sinusais ou neuropáticas. Anamnese cuidadosa, testes clínicos, avaliação periodontal e exames de imagem devem ser interpretados em conjunto. Nenhum teste isolado substitui a construção diagnóstica. Quando os achados são contraditórios, adiar uma intervenção irreversível e buscar informação complementar pode representar uma decisão mais segura do que tratar apenas porque existe uma restauração extensa ou uma imagem duvidosa.

O planejamento precisa incluir dificuldade anatômica, abertura bucal, condição sistêmica, restauração existente, isolamento possível e capacidade de concluir a reabilitação coronária. O formulário de avaliação de dificuldade da AAE é útil por tornar visíveis fatores que, na pressa, podem ser subestimados. Ele não funciona como algoritmo automático; serve para apoiar o julgamento, favorecer encaminhamentos responsáveis e preparar recursos compatíveis com a complexidade prevista.

A indicação de exames tridimensionais deve ser seletiva. A posição conjunta da AAE e da AAOMR sustenta que a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) não deve ser

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

utilizada como rastreamento rotineiro sem sinais ou sintomas. Seu valor cresce em situações específicas, como anatomia complexa, suspeita de reabsorção, complicações, trauma ou planejamento cirúrgico. A pergunta correta não é se a imagem tridimensional é superior em detalhe, mas se a informação adicional pode modificar uma decisão relevante para aquele paciente.

Decisão compartilhada significa explicar diagnóstico provável, alternativas, incertezas, etapas, riscos e necessidade de restauração e retorno. A linguagem precisa ser compreensível sem esconder a complexidade. Prometer ausência de dor ou duração indefinida do dente seria incompatível com a variabilidade biológica. Uma conversa bem documentada permite que o paciente participe da escolha e reduz o risco de interpretar uma previsão clínica como garantia.

O plano também deve antecipar o que ocorrerá se a estratégia inicial não puder prosseguir. Calcificação extensa, fratura identificada durante o acesso, dificuldade de isolamento ou alteração inesperada podem exigir interrupção, encaminhamento ou mudança de abordagem. Definir previamente critérios de parada não demonstra insegurança; demonstra maturidade clínica. A segurança melhora quando a equipe sabe reconhecer o limite e comunicar a mudança sem improvisação.

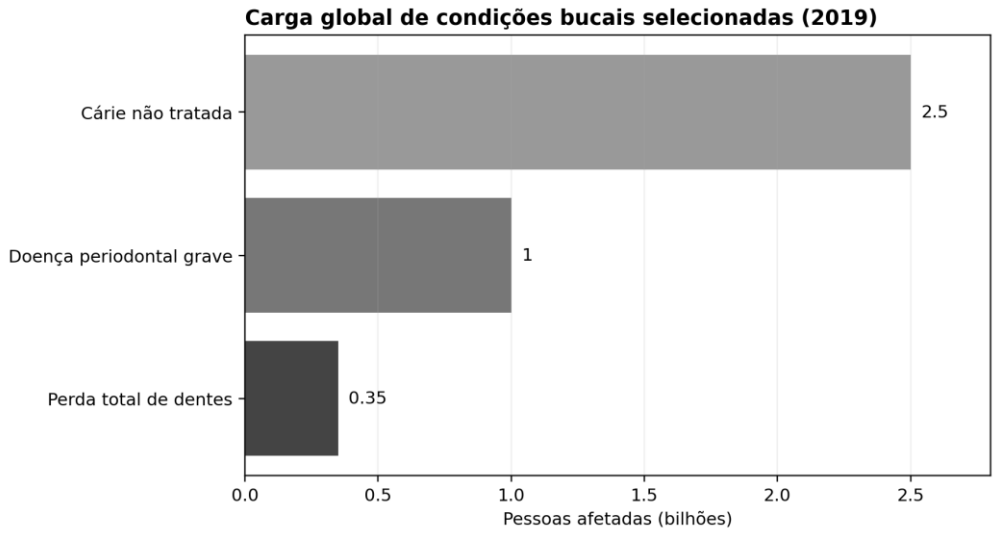

Gráfico 1 – Pessoas afetadas por condições bucais selecionadas

Fonte: elaboração da autora com dados do WHO Global Oral Health Data Portal (estimativas de 2019). As categorias podem se sobrepor.

5 CONTROLE DA INFECÇÃO E COERÊNCIA BIOLÓGICA DO TRATAMENTO

O tratamento da periodontite apical é orientado pelo controle da infecção no sistema de canais.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

Instrumentação, irrigação e medicação intracanal atuam de maneira complementar, mas encontram limites impostos pela anatomia. Istmos, ramificações, curvaturas e irregularidades não são completamente alcançados pelos instrumentos (Siqueira J.J.F. 2018). Por essa razão, ampliar o preparo sem critério pode remover estrutura e ainda não resolver a complexidade microbiológica; a estratégia precisa equilibrar desinfecção, segurança e preservação dentinária. A revisão sistemática e metanálise de Bürklein et al. (2023) examinou a efetividade da instrumentação no tratamento da periodontite apical e encontrou limitações na evidência clínica disponível. A mensagem prática não é que os sistemas de preparo sejam equivalentes em toda situação, mas que diferenças laboratoriais não devem ser convertidas automaticamente em promessas de cura. Seleção do instrumento, anatomia, domínio da técnica e protocolo de irrigação continuam interferindo na execução.

Rossi-Fedele et al. (2023) avaliaram irrigação e medicação e ressaltaram a insuficiência de evidência para várias comparações clínicas. Irrigantes exigem concentração, volume, renovação, tempo e método de aplicação compatíveis com segurança. Extrusão além do ápice pode causar dano importante. O isolamento absoluto, a determinação do comprimento de trabalho e o controle da agulha são componentes de uma mesma barreira de proteção, não detalhes acessórios.

Terapias adjuvantes despertam interesse porque prometem alcançar áreas não tocadas pelos instrumentos. Entretanto, Meire et al. (2023) não encontraram evidência suficiente para recomendar, de modo geral, uma terapia complementar específica para periodontite apical. Isso não impede pesquisa nem utilização justificada; impede que o recurso seja apresentado como substituto de fundamentos bem executados. A inovação precisa acrescentar valor demonstrável ao protocolo, e não apenas uma etapa faturável.

O controle de infecção também depende do ambiente. Organização do campo, processamento de materiais, rastreabilidade de lotes, barreiras, higiene das mãos e descarte de perfurocortantes pertencem à qualidade endodôntica. Uma clínica tecnicamente sofisticada pode produzir risco se a circulação de instrumentos e pessoas não for bem definida. Segurança microbiológica é resultado de comportamento repetido e supervisionado, não de uma declaração genérica de biossegurança.

6 OBTURAÇÃO, RESTAURAÇÃO CORONÁRIA E CONTINUIDADE DO CUIDADO

A obturação busca preencher o espaço preparado depois do controle microbiano, mas não

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

corrige limpeza insuficiente, perfuração ou comprimento inadequado. Pirani et al. (2023) revisaram materiais e técnicas de obturação e mostraram que a evidência clínica não sustenta conclusões fortes de superioridade para muitas alternativas. O desempenho deve ser interpretado dentro do tratamento completo, e não pela popularidade de um cimento ou pelo aspecto visual de uma técnica.

O selamento coronário e a restaurabilidade influenciam a continuidade do resultado. Infiltração, fratura e demora para concluir a restauração podem comprometer um tratamento endodôntico tecnicamente aceitável. O planejamento restaurador, portanto, deve começar antes do acesso. Quando endodontista e profissional restaurador trabalham sem comunicação, o paciente pode concluir uma etapa e permanecer exposto justamente no intervalo em que acredita que o problema já foi resolvido.

A documentação de saída precisa informar o que foi realizado, intercorrências, materiais relevantes, condição provisória e prazo recomendado para restauração. Radiografias e registros devem permitir comparação posterior. A utilidade do prontuário não se restringe à defesa jurídica: ele sustenta continuidade, possibilita auditoria e evita que o próximo profissional dependa apenas da memória do paciente para compreender o caso.

O acompanhamento não deve ser apresentado como formalidade. Sintomas, função e reparo radiográfico evoluem em ritmos diferentes. Casos com lesão periapical, trauma, reabsorção ou dúvida prognóstica podem exigir controles individualizados. A ausência ao retorno também é um dado de qualidade do serviço, pois pode revelar falha de comunicação, dificuldade financeira, distância ou percepção equivocada de que o desaparecimento da dor encerrou o cuidado.

Quando o reparo não ocorre como esperado, a análise precisa ser ampla: diagnóstico inicial, canal não tratado, restauração, fratura, infecção persistente, condição periodontal e tempo de acompanhamento. Retratamento, cirurgia ou extração têm indicações distintas. Bucchi et al. (2023) observaram diferenças entre desfechos de tratamento não cirúrgico, retratamento e cirurgia, reforçando que escolha e comparação dependem do desfecho considerado, como cicatrização, sobrevida ou necessidade de nova intervenção.

7 SEGURANÇA, EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E COMUNICAÇÃO CLÍNICA

A segurança do paciente em Endodontia começa pela identificação correta do paciente, do dente e do procedimento. Radiografias, testes e marcação no prontuário precisam convergir antes da

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

anestesia e do acesso. Uma pausa de confirmação é simples, mas protege contra eventos de grande impacto. Em tratamentos com múltiplas sessões, a checagem deve ser repetida, porque mudanças de agenda e atendimento por equipes diferentes aumentam a possibilidade de confusão.

O dique de borracha protege contra aspiração ou deglutição de instrumentos, reduz a contaminação e organiza o campo operatório. Sua utilização deve integrar o padrão assistencial e não depender de conveniência. O mesmo raciocínio vale para controle de comprimento, prevenção de fratura instrumental e monitoramento de soluções irrigadoras. Barreiras efetivas costumam ser discretas; tornam-se visíveis apenas quando falham.

Dor e ansiedade merecem avaliação antes, durante e depois do procedimento. Explicar sensações esperadas, duração aproximada e sinais que exigem contato reduz incerteza. Acolhimento não significa minimizar queixas nem atribuir toda dor ao medo. Uma escuta clínica cuidadosa ajuda a diferenciar evolução pós-operatória esperada de intercorrências que precisam de reavaliação.

A prescrição de medicamentos deve responder a indicação clínica e considerar alergias, interações, condições sistêmicas e risco de uso inadequado. Antibióticos não substituem o tratamento local da infecção endodôntica quando este é possível. Protocolos institucionais podem apoiar decisões, mas não dispensam avaliação individual. Registrar indicação, orientação e resposta do paciente favorece uso responsável e continuidade.

A comunicação com a equipe é igualmente importante. Auxiliares precisam conhecer a sequência do atendimento, materiais críticos, sinais de reação e procedimentos diante de acidentes. Treinamentos curtos, simulações e discussão de quase falhas produzem aprendizagem mais concreta do que manuais que ninguém consulta. Uma cultura segura permite relatar o erro potencial cedo, antes que ele alcance o paciente.

8 GESTÃO DA QUALIDADE E INDICADORES EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

Gestão da qualidade não significa transformar o consultório em linha de produção. Seu objetivo é garantir que tarefas repetíveis ocorram de forma confiável e deixem espaço para decisões clínicas individualizadas. Agendamento compatível com a complexidade, disponibilidade de materiais, manutenção de equipamentos e prontuário acessível reduzem interrupções que aumentam fadiga e improvisação. O cuidado começa antes de o paciente ocupar a cadeira.

Indicadores devem ser poucos, compreensíveis e ligados a decisões. Retornos não concluídos,

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

restaurações definitivas pendentes, intercorrências, encaminhamentos, repetição de imagens, tempo entre diagnóstico e tratamento e falhas de identificação são exemplos possíveis. Taxas de sucesso exigem denominador, período e critério clínico definidos. Sem esses elementos, o número serve mais à divulgação do que à melhoria. Indicadores de processo (como percentual de casos com isolamento documentado ou com plano restaurador registrado) costumam ser mais úteis para a melhoria contínua do que taxas isoladas de "sucesso", sujeitas a perda de seguimento e critérios heterogêneos.

A auditoria clínica pode revisar amostras de prontuários, qualidade da documentação, presença de isolamento, plano restaurador e acompanhamento. O propósito não é procurar culpados, mas identificar onde o sistema facilita omissões. Quando a mesma informação falta em diversos prontuários, a resposta mais útil pode ser redesenhar o formulário ou o fluxo, e não advertir profissionais isoladamente.

A formação continuada precisa aproximar literatura e casos reais. Reuniões clínicas podem discutir uma revisão sistemática ao lado de tratamentos concluídos, inclusive aqueles que exigiram mudança de plano. Professores e especialistas exercem papel decisivo ao mostrar raciocínio, incerteza e limites, e não apenas resultados visualmente satisfatórios. Essa postura fortalece a autonomia crítica dos alunos e da equipe.

Por fim, sustentabilidade financeira e qualidade não são objetivos opostos, mas também não coincidem automaticamente. Retrabalho, estoque vencido, agenda inadequada e falhas de comunicação consomem recursos sem beneficiar o paciente. Processos mais estáveis podem reduzir desperdício, enquanto decisões de investimento devem considerar volume, manutenção, treinamento e evidência. O crescimento saudável de uma clínica depende de coerência entre proposta assistencial, capacidade operacional e responsabilidade profissional.

CONCLUSÃO

A qualidade em Endodontia resulta de uma cadeia de decisões clínicas e organizacionais. O procedimento técnico permanece no centro do tratamento, mas não pode ser separado do diagnóstico, do controle de infecção, da restauração, da comunicação e do acompanhamento. Avaliar apenas a radiografia final oferece uma visão curta de um processo que começa antes do acesso e continua depois da obturação.

A literatura confirma a relevância da periodontite apical e, ao mesmo tempo, expõe limites importantes da base de evidências. Muitos materiais e tecnologias apresentam desempenho

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

laboratorial promissor sem demonstração equivalente de superioridade clínica. Reconhecer essa distância protege a ciência e o paciente, pois evita transformar inovação em promessa antes que resultados consistentes estejam disponíveis.

O diagnóstico deve permanecer integrado e prudente. Testes, exame clínico e imagem respondem a perguntas diferentes. Exames tridimensionais oferecem informação valiosa em situações selecionadas, mas não devem ser usados como rastreamento automático. A indicação responsável considera se o novo dado tem potencial de alterar o cuidado.

O controle microbiano exige coerência biológica e atenção à anatomia. Instrumentação, irrigação e medicação não atuam como soluções independentes, e terapias adjuvantes não substituem fundamentos. Segurança durante irrigação, isolamento e manipulação de instrumentos integram o resultado tanto quanto a capacidade de alcançar o comprimento de trabalho planejado.

A obturação encerra uma fase, não o cuidado. Selamento coronário, restauração e acompanhamento influenciam a manutenção do dente. A clínica precisa organizar a transição entre profissionais e informar o paciente sobre prazos e retornos; caso contrário, um tratamento tecnicamente correto pode perder continuidade por falha do serviço.

Segurança do paciente é construída por conferências simples, prontuários claros, barreiras efetivas e liberdade para interromper um processo duvidoso. Quase falhas devem ser discutidas, porque oferecem oportunidade de correção sem danos. Uma equipe que aprende com pequenas inconsistências tende a responder melhor quando enfrenta situações complexas.

Indicadores podem tornar a qualidade observável, desde que possuam critérios e finalidade. A clínica não precisa medir tudo; precisa acompanhar o que ajuda a decidir. Dados de retorno, restauração pendente, intercorrência e retrabalho revelam pontos que a percepção cotidiana costuma normalizar.

A integração entre prática, docência, pesquisa e gestão favorece uma leitura mais completa da Endodontia. O especialista que ensina e administra também observa como conhecimento, pessoas e processos se encontram no atendimento. Essa perspectiva não diminui a habilidade operatória; cria condições para que ela seja exercida com constância.

A literatura examinada permite concluir que a excelência endodôntica não se resume a executar uma técnica sofisticada. Ela se manifesta na capacidade de indicar com critério, tratar com segurança, reconhecer limites, documentar decisões e acompanhar resultados. Uma clínica orientada por evidência e aprendizagem contínua preserva melhor não apenas os dentes, mas a confiança do paciente no cuidado recebido.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 22/09/2025 | aceito: 25/09/2025 | publicação: 28/09/2025

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS. AAE endodontic case difficulty assessment form and guidelines. Chicago: AAE, 2022.

AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS; AMERICAN ACADEMY OF ORAL AND MAXILLOFACIAL RADIOLOGY. Use of cone beam computed tomography in endodontics: 2015 update. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, v. 120, n. 4, p. 508-512, 2015.

BUCCHI, C. et al. Non-surgical root canal treatment and retreatment versus apical surgery in treating apical periodontitis: a systematic review. International Endodontic Journal, v. 56, supl. 3, p. 475-498, 2023.

BÜRKLEIN, S. et al. Effectiveness of root canal instrumentation for the treatment of apical periodontitis: a systematic review and meta-analysis. International Endodontic Journal, v. 56, supl. 3, p. 395-421, 2023.

JAKOVLJEVIC, A. et al. Prevalence of apical periodontitis and conventional nonsurgical root canal treatment in general adult population: an updated systematic review and meta-analysis. International Endodontic Journal, v. 53, n. 5, p. 617-634, 2020.

MEIRE, M. A. et al. Effectiveness of adjunct therapy for the treatment of apical periodontitis: a systematic review and meta-analysis. International Endodontic Journal, v. 56, supl. 3, p. 439-465, 2023.

PIRANI, C. et al. Effectiveness of root canal filling materials and techniques for treatment of apical periodontitis: a systematic review. International Endodontic Journal, v. 56, supl. 3, p. 436-472, 2023.

ROSSI-FEDELE, G. et al. Effectiveness of root canal irrigation and dressing for the treatment of apical periodontitis: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. International Endodontic Journal, v. 56, supl. 3, p. 421-435, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO, 2022.

YAN, L. et al. Global burden of oral disorders with projections over the next 30 years. Journal of Periodontology, v. 96, issue 11, p. 1291-1303, 2025 Nov. doi: 10.1002/JPER.24-0638. Epub 2025 Jul 17

SIQUEIRA J.J.F. et al. Unprepared root canal surface areas: causes, clinical implications, and therapeutic strategies. Brazilian Oral Research, v. 32, e65, 2018.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.