

Uso do tratamento restaurador atraumático na Estratégia Saúde da Família

The use of atraumatic restorative treatment in the Family Health Strategy

Mirian KUHLEN^a, Gisele BURATTO^a, Marcia Pitt SILVA^a

^aUNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC, Brasil

Resumo

Introdução: A Estratégia Saúde da Família constitui um espaço de práticas de promoção de saúde que se utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para melhorar a condição de saúde bucal da população. O Tratamento Restaurador Atraumático é uma técnica de controle da cárie dentária com remoção da dentina infectada e uso de materiais efetivos e seguros, indicado para o serviço público. **Objetivo:** Analisar a percepção e a prática dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia Saúde da Família quanto ao Tratamento Restaurador Atraumático. **Material e método:** Trata-se de um estudo descritivo de caráter quanti-qualitativo realizado por meio de um questionário autoaplicável e pré-testado. Participaram 32 cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde Bucal de um município de médio porte do sul do Brasil, no ano de 2011. **Resultado:** Todos os cirurgiões-dentistas revelaram conhecer a técnica e 84% usam na sua prática clínica diária, sendo que 62% o fazem no ambiente clínico do serviço público e 22% fazem uso tanto no consultório privado como no público. Para apenas 12,5%, a indicação da técnica é de tratamento definitivo. A maioria considera a técnica uma boa alternativa de tratamento para ser empregada na Estratégia Saúde da Família. Quanto à eficácia, 87,5% acreditam na técnica e 40,6% obtiveram sucesso total com o tratamento. Uma pequena parcela indicou corretamente o seu uso em situações clínicas. **Conclusão:** O tratamento restaurador atraumático precisa ser difundido e aprimorado entre os cirurgiões-dentistas para o benefício da saúde bucal da população brasileira.

Descritores: Cárie dentária; cirurgiões-dentistas; atenção primária à saúde.

Abstract

Introduction: The Family Health Strategy establishes an area of health promotion practices and uses technologies of high complexity and low density to improve the oral health status of the population. The Atraumatic Restorative Treatment is a technique for controlling dental caries removing the infected dentin and use of safe and effective materials suitable for the public service. **Objective:** To analyze the perception and practice of dentist surgeons included in the Family Health Strategy about the Atraumatic Restorative Treatment. **Material and method:** This is a descriptive study of quantitative and qualitative character performed by a questionnaire, self-administered and pretested. There were thirty-two participating dentist surgeons of Oral Health teams of a medium-sized city in southern Brazil in 2011. **Result:** All dentists revealed to know the technique and 84% use in their daily clinical practice, and 62% do it in the clinical environment of public service and 22% use both in public and private practice. For only 12.5%, the indication of the technique is definitive. For most of them, the technique is a good alternative treatment to be used in the Family Health Strategy. Concerning the effectiveness 87.5% believe in the technique and 40.6% had total success with the treatment. A small portion indicated correctly its use in clinical situations. **Conclusion:** The Atraumatic Restorative Treatment needs to be enhanced and widespread among dentist surgeons for the benefit of the oral health of the Brazilian population.

Descriptors: Dental caries; dentists; primary health care.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciada em 1994, prioritária para expansão, qualificação e consolidação da atenção primária no Brasil, com um crescimento expressivo nos últimos anos. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma

de trabalho em equipe, dirigidas a populações definidas, e se caracteriza por um conjunto de ações de promoção, proteção, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde¹.

Entretanto, a inserção da Odontologia na ESF consolidou-se apenas com a edição da Portaria 1.444, de 28/12/2000, na qual se estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção

à saúde bucal². A consolidação dessa estratégia representa a possibilidade de substituição de práticas tradicionais, passando a exigir da equipe de trabalho em saúde bucal respostas às demandas da população de forma a ampliar o acesso às ações integrais, por meio de medidas de caráter coletivo³.

Outro marco histórico é o Programa Brasil Sorridente, lançado em 2004, pautado nos princípios do SUS e de forma a desenvolver ações integradas na educação permanente dos profissionais, na pesquisa e em medidas, como: fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal, diagnóstico precoce e tratamento priorizando procedimentos conservadores⁴.

Desde o seu lançamento, o número de municípios que implantou as equipes de saúde bucal (ESB) cresceu exponencialmente³, como no município pesquisado, que incluiu as ESB a partir de 2004, com dez ESB e, atualmente, conta com 32 equipes compostas por um cirurgião-dentista e uma auxiliar de saúde bucal (modalidade I) atuando em 24 unidades básicas de saúde, abrangendo uma cobertura de 84% da população local.

A partir daí, o cirurgião-dentista passou a ter um papel importante na mudança do modelo assistencial até então centrado no curativismo e na mutilação, e ainda com o desafio de atender às gerações que estavam à mercê do sistema, como os jovens e adultos. A situação em relação à saúde bucal da população brasileira ainda é preocupante. O panorama evidencia o foco da atenção aos problemas de saúde bucal ainda concentrado nos tratamentos restauradores tradicionais e não na prevenção⁵.

Com a maior compreensão do processo cariioso, a Odontologia vem trabalhando na filosofia preventiva mediante a realização de um diagnóstico precoce, mínima intervenção e programas educacionais, buscando promover a saúde bucal de forma integrada⁶.

Para tanto, se faz necessária a busca de técnicas que tragam uma mudança progressiva nos serviços de saúde, fazendo-os migrar de um modelo assistencial, centrado na doença, para um modelo de atenção integral, que incorpore ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

O tratamento restaurador atraumático (ART) é uma técnica alternativa de tratamento para controle da doença cárie, que permite o emprego de preparos cavitários mínimos e o uso de materiais restauradores efetivos e seguros⁷. Trata-se de um método simples, pois utiliza somente instrumentos manuais para a remoção da dentina infectada, com a restauração imediata da cavidade com um material restaurador adesivo, preservando-se a dentina afetada e passível de remineralização⁸.

Desde 1994, o ART tem sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo divulgado em seu manual em 1997⁹; também, pela Federação Dentária Internacional (FDI), é considerado um método de tratamento de Odontologia minimamente invasiva¹⁰, para compor programas de saúde bucal em países em desenvolvimento. No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza ainda o uso, no âmbito da atenção básica, em populações com alta prevalência de cárie e em uma abordagem coletiva para redução da infecção bucal¹¹.

Apesar de ser comprovado como uma alternativa eficaz, o ART ainda é um método pouco difundido entre os programas de saúde pública e, em meio às causas para a não utilização dessa técnica, inclui-se o desconhecimento, por parte dos profissionais, de sua operacionalidade e qualidade¹².

Mesmo com muitos estudos conduzidos em diversas partes do mundo, com evidências científicas sobre as vantagens e desvantagens do ART, a sua aplicação ainda desperta discussões entre os cirurgiões-dentistas quanto a sua viabilidade e eficiência frente aos avanços tecnológicos de materiais e equipamentos, bem como quanto à credibilidade na técnica, por remover parcialmente o tecido cariado. Assim, a presente pesquisa analisa a percepção e a prática dos cirurgiões-dentistas inseridos na ESF sobre o ART.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter quanti-qualitativo, executado por meio de um questionário autoaplicável, elaborado e pré-testado pelos pesquisadores. Participaram da pesquisa todos os 32 cirurgiões-dentistas inseridos nas equipes de saúde da família de um município de médio porte do sul do Brasil.

A coleta de dados foi realizada durante o 1º Encontro dos Profissionais de Saúde Bucal do Município, realizado pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, no auditório da Universidade do Planalto Catarinense, em 16 de novembro de 2011. O questionário foi estruturado em dois blocos de informações, sendo um contendo dados de identificação do cirurgião-dentista e o segundo bloco de perguntas, contendo informações sobre a percepção e a prática do uso do ART. Os dados foram digitados no Programa Excel 2010 para Windows. Para análise descritiva dos resultados, realizou-se a distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%), e a média. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Planalto Catarinense, sob o protocolo número 106-11.

RESULTADO

O estudo se deu utilizando-se questionários autoaplicáveis, respondidos por cirurgiões-dentistas da ESF, no ano de 2011. Foram distribuídos 32 questionários, obtendo-se uma taxa de resposta de 100%.

Os dados relativos ao perfil dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF quanto a idade, sexo, tempo de atuação e pós-graduação estão apresentados na Tabela 1.

Todos os cirurgiões-dentistas responderam afirmativamente ter conhecimento sobre o ART, sendo que 16% disseram ter estudado o tema de forma superficial. A pesquisa revelou ainda que 84% dos cirurgiões-dentistas utilizam ART diariamente na sua clínica e o local onde realizam essa técnica está ilustrado na Figura 1.

Na Tabela 2, encontram-se os dados referentes a percepção e prática dos cirurgiões-dentistas quanto ao uso da técnica, resultado obtido, indicação clínica, uso da técnica na ESF, preparo

e aquisição de conhecimento, opinião quanto à sua eficácia e emprego da técnica.

Em se tratando da indicação clínica para o uso da técnica de ART, para a maioria, se faz para dentes decíduos. Citaram, adicionalmente, restaurações classe I e II, pacientes com alto risco de cárie, ausência de instrumentais, condicionamento do paciente, pulpíte com reversibilidade duvidosa, restaurações profundas e restauração provisória (como adequação do meio bucal).

DISCUSSÃO

Apesar de os sujeitos investigados contemplarem uma amostra pequena, de 32 cirurgiões-dentistas, esta é significativa, pois representa todas as equipes de saúde bucal do município pesquisado. Ou seja, são esses os profissionais responsáveis pela execução da atenção básica em saúde bucal da população local.

Tabela 1. Perfil dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família-2011

Características	N	%
Idade (em anos)		
20 a 30	20	62,50
31 a 40	08	25,00
41 a 50	01	3,13
51 a 60	02	6,25
Não respondeu	01	3,13
Sexo		
Masculino	10	31,25
Feminino	22	68,75
Tempo de Atuação na ESF		
De 0 a 6 anos	32	100
Tempo de Formação na Graduação (em anos)		
De 1 a 10 anos	25	78,12
De 11 a 20 anos	05	15,63
Acima de 21 anos	02	6,25
Possui Pós-Graduação		
Sim	24	75,00
Não	8	25,00
Pós-Graduação Coursada*		
Saúde da Família	14	46,67
Saúde Coletiva	02	6,67
Ortodontia	05	16,67
Endodontia	04	13,34
Outros (Dentística, Periodontia, Implantodontia, Odontopediatria e Prótese Dentária)*	06	20,00

Fonte: Elaboração das autoras, 2012. *Mais de uma resposta.

Com a presente pesquisa, é possível verificar a compreensão da filosofia e o conhecimento técnico sobre o ART aplicado na ESF. Contudo, os resultados encontrados neste estudo não podem ser extrapolados para outras populações em razão de contrastes socioeconômicos e diferenças culturais e na organização de serviços de saúde encontrados no Brasil.

Os cirurgiões-dentistas que atuam na ESF no município são, em sua maioria, do sexo feminino (68,75%), caracterizando a denominada feminilização da profissão odontológica, discutida e apresentada em estudo nacional¹³, e evidenciada em estudos sobre perfil dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF^{5,14,15}.

Quanto à idade, os cirurgiões-dentistas estão na faixa etária de 20 a 40 anos, considerada uma força de trabalho bastante jovem. O mesmo foi encontrado por outro estudo, no qual 68% dos cirurgiões-dentistas brasileiros que atuam na ESF se encontram na faixa etária de 20-39 anos¹³.

No que se refere ao tempo de formado na Graduação, 78,12% dos cirurgiões-dentistas apresentam até dez anos de graduados e o tempo médio de atuação na ESF é de três anos. Esse dado é consoante com pesquisas que evidenciam uma mudança de paradigma, em que o recém-graduado procura o serviço público por identificá-lo como um nicho de mercado^{14,15}. Outra visão é de que, com o aumento da oferta de trabalho para os cirurgiões-dentistas no SUS, o serviço público se apresenta como uma forma de se ganhar experiência profissional, pois muitos destes estão em seu primeiro emprego. Uma razão para o tempo médio de atuação no serviço ser curto é a recente implantação do Programa Brasil Sorridente⁴, que incentivou a larga inserção do cirurgião-dentista no serviço público.

De acordo com o grau de formação, 75% dos dentistas apresentam Pós-Graduação, sendo o curso mais prevalente o de Saúde da Família (46,67%), seguido por Ortodontia (16,67%), o que vem ao encontro com pesquisa em que todos os cirurgiões-dentistas de uma ESF de um município do sul do Brasil são especialistas¹⁶; contudo, contrapõe-se a um estudo em que 92% dos dentistas brasileiros que atuam na ESF são apenas graduados¹³.

Quanto ao conhecimento sobre ART em sua formação acadêmica (Graduação ou Pós-Graduação) ou em eventos científicos (congressos, seminários, etc.), todos os cirurgiões-dentistas responderam afirmativamente, sendo que 16% disseram

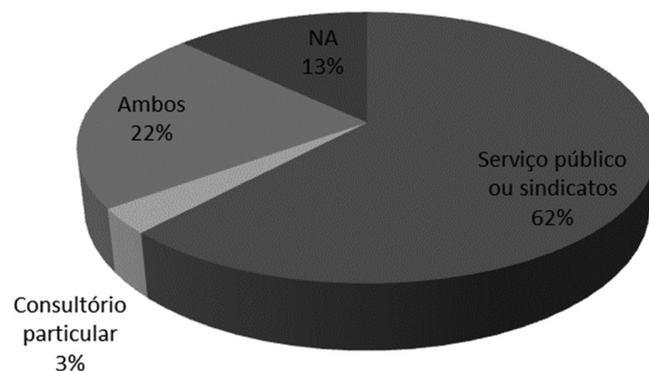


Figura 1. Ambiente Clínico para uso do ART pelos cirurgiões-dentistas da ESF.

ter estudado o tema superficialmente. Tais dados são consoantes com pesquisa em que a maioria dos cirurgiões-dentistas afirma possuir algum conhecimento e atitude positiva em relação ao ART; porém, estes necessitam de mais informação em relação à técnica, à sua eficácia e ao uso no serviço público¹⁷.

Tabela 2. Percepção e prática no uso do ART pelos cirurgiões-dentistas da ESF- 2011

Resultado obtido com ART	n	%
Sucesso Parcial	15	46,88
Sucesso Total	13	40,62
Insucesso	04	12,5
Indicação do tratamento de ART	n	%
Provisório	09	28,12
Definitivo	04	12,5
Ambos	14	43,75
NA	05	15,63
Uso do ART na ESF	n	%
O ART deve ser incluído como tratamento nas ESF?		
Sim	26	81,25
Não	06	18,75
Justifica-se a realização do ART nas ESB?		
Sim	28	87,51
Não	03	9,37
Não sei	01	3,12
Preparo e Aquisição de Conhecimento	n	%
Sente-se preparado para realizar o ART?		
Sim	30	93,75
Não	02	6,25
Faria curso de aperfeiçoamento em ART?		
Sim	28	87,50
Não	04	12,50
Acredita na Eficácia do ART?	n	%
Sim	28	87,50
Não sei	04	12,50
Realizaria a técnica que remove parcialmente a cárie?		
Sim	25	78,12
Não	04	12,50
Não sei	03	9,38
Permitiria o ART em si mesmo?		
Sim	26	81,25
Não	06	18,75

Fonte: Elaboração das autoras, 2012.

Os resultados positivos nas avaliações da saúde da família são múltiplos e não deixam dúvida do sucesso da estratégia; entretanto, para esse êxito, é preciso que haja alternativas viáveis e profissionais comprometidos para solucionar os problemas de saúde da população. Entre os cirurgiões-dentistas da ESF, 62% aplicam a técnica e 93,75% se sentiam preparados para tal. No mesmo sentido, na pesquisa realizada em Caruaru-PE, a maioria dos cirurgiões-dentistas do serviço público e privado pesquisados tem conhecimento do ART e já o realizou, embora no serviço particular seja pouco empregado¹⁸.

Diante da dificuldade de se estabelecerem bons índices de saúde bucal no serviço público aplicando-se a Odontologia tradicional, estritamente curativista, em muitos países, incluindo o Brasil, o ART se mostra como uma opção de tratamento viável, dada a possibilidade de ser aplicada a toda a população, sobretudo àqueles que não têm acesso ao serviço odontológico⁸. O fortalecimento da atenção primária no Brasil tem sido um processo gradativo e o emprego dessa técnica mostra-se como uma ferramenta apta a ser utilizada no processo de inclusão social por meio do SUS¹⁹.

Essa técnica se traduz em uma boa estratégia de ação clínica da Odontologia dentro do SUS, podendo ser aplicada no contexto da ESF e em diferentes espaços sociais em razão dos diversos aspectos positivos^{7,8,17,20,21}. É assente na literatura que o ART é uma alternativa de tratamento direcionado para a saúde pública capaz de auxiliar e/ou solucionar os problemas causados pela cárie dentária^{12,22}, o que justificaria sua aplicação por todos os cirurgiões-dentistas.

Em se tratando da indicação clínica para o uso da técnica de ART, para a maioria dos cirurgiões-dentistas tal indicação se faz para dentes decíduos; no entanto, o uso pode ser tanto em dentes decíduos quanto em dentes permanentes^{12,23}. Os cirurgiões-dentistas indicaram, adicionalmente, o uso do ART em restaurações classe I e II, pacientes com alto risco de cárie, ausência de instrumentais e condicionamento do paciente. Estudos apontam a indicação em restaurações de pequenas cavidades e aquelas que permitam o acesso dos instrumentos manuais¹²; para tratamentos em crianças, pacientes especiais e idosos como condicionamento e com problemas de comportamento²⁴, e para pacientes com alto risco de cárie como estratégia de ação para o controle das lesões de cárie, sendo um tratamento adequado e resolutivo^{18,20}.

Deve-se observar, no entanto, que o ART não atende às necessidades restauradoras de todos os tipos de cavidades, necessitando de um correto diagnóstico para o sucesso em longo prazo⁷; embora o desempenho clínico em cavidades compostas seja reduzido, esse desempenho não compromete a viabilidade do uso do ART¹⁸.

Indicaram ainda o ART para tratamento de pulpíte com reversibilidade duvidosa e restaurações profundas, discordando dos princípios de utilização da técnica, a qual é indicada para lesões de cárie sem aproximação pulpar e sem sintomatologia dolorosa¹⁸.

Deve ficar claro que, por ser um método definitivo e realizado com cimento ionômero de vidro (CIV) específico para esse fim, o ART é diferente de Adequação do Meio Bucal^{8,24}. Nesse

sentido, quando indagados sobre o ART ser uma técnica de tratamento definitivo, 43,75% disseram considerar a técnica tanto provisória quanto definitiva; 28,12%, como provisória, e 12,5%, como tratamento definitivo, embora em outro estudo o ART não tenha apresentado aceitação como procedimento restaurador definitivo⁵. Esse resultado confirma o engano que ainda ocorre no meio odontológico. Entretanto, não há de se confundir o ART com a técnica de Adequação do Meio Bucal^{17,18}. Muitos cirurgiões-dentistas consideram, equivocadamente, o ART semelhante a uma importante etapa do plano de tratamento conhecida como Adequação do Meio Bucal²¹. Isso ocorre porque, nas duas situações, há a associação de procedimentos preventivos e curativos, e a remoção parcial do tecido cariado. Entretanto, as restaurações atraumáticas têm caráter definitivo e, por isso, sua execução clínica deve ser criteriosa e todos os passos técnicos devem ser cuidadosamente considerados, além de ser imperativo o uso do CIV de alta viscosidade.

Acerca do resultado obtido com o ART, 46,8% dos cirurgiões-dentistas alcançaram o sucesso parcial no tratamento. Uma hipótese para não se ter um índice mais expressivo no êxito da utilização do ART passa pela habilidade, pelo desempenho e pela experiência do operador, sendo o treinamento e o domínio da técnica durante a aplicação do ART fatores importantes para o sucesso clínico da técnica^{25,26}. Outro fator está relacionado com o desgaste do material, a perda parcial ou completa do material e a cárie associada à margem da restauração²⁵.

A maioria dos cirurgiões-dentistas (87,5%) acredita na eficácia e que o ART é uma boa alternativa de tratamento para ser empregada e incluída como tratamento pelas ESB, como parte de um programa educativo e preventivo. A partir da aprovação do ART pela OMS, inúmeros estudos clínicos, laboratoriais e pesquisas de campo têm sido realizados em diversos países, demonstrando a boa aceitação e a eficácia da técnica⁸. Assim, a adoção do ART dentro da ESF pode demonstrar-se bastante promissora, considerando as vantagens do seu emprego, com amplo respaldo científico: é uma técnica simplificada²⁰; há menor desconforto ao paciente⁷; dispensa anestesia¹⁸; boa eficácia¹⁷; mínima sensibilidade operatória e pós-operatória²⁷; remove apenas o tecido infectado; origina pequenas cavidades preservando o tecido dentário sadio²¹, e boa aceitação por parte das comunidades assistidas¹².

Outra vantagem da técnica do ART é o baixo custo²⁴, um dos fatores que fazem com que esse tratamento seja uma alternativa viável na promoção da saúde, quando comparado a qualquer técnica restauradora convencional²³; pode, assim, ser utilizada rotineiramente no serviço público juntamente com programas preventivos e de educação em saúde bucal, para que os fatores etiológicos da cárie sejam verdadeiramente controlados⁸.

Portanto, o ART se mostra como uma estratégia adequada aos indicadores socioeconômicos e de saúde bucal das populações de baixa renda, oferecendo uma terapêutica resolutiva, de qualidade e acessível, contribuindo com o acesso aos serviços odontológicos de saúde e favorecendo a abordagem do paciente dentro de seu novo contexto social. Embora pareça simples, o ART segue os rumos de uma filosofia baseada em uma vasta evidência científica acumulada ao longo de cerca de 20 anos de pesquisas²³.

Constata-se, ainda, que a doença cárie mutila, inclusive aquelas comunidades tão próximas e, ao mesmo tempo, tão distantes da alta tecnologia. É fato ver crianças perdendo os primeiros molares nos contornos dessa Odontologia de primeiro mundo. Por isso, em determinadas situações, o simples deve se sobrepôr ao sofisticado²³.

Mesmo com a tecnologia atual da Odontologia e o avanço das resinas compostas somado ao seu sistema adesivo, os cirurgiões-dentistas (94%) responderam que se justifica o uso do CIV em ART. É compreensível o resultado obtido, sobretudo quando se analisa que um dente não totalmente erupcionado apresenta ao seu redor uma umidade e que, além disso, dificilmente se consegue o isolamento absoluto. Esses fatores prejudicam a adesão dos selantes resinosos, uma vez que necessitam de um campo livre de contaminação. Considerando-se que o cimento de ionômero de vidro não é tão sensível à umidade, somado à sua capacidade de aderir quimicamente tanto ao esmalte quanto à dentina, é o material mais adequado para o caso. Além disso, há outra vantagem que é a liberação de flúor, responsável por promover a remineralização ou a inativação de lesões de cárie incipientes²³.

Outra questão pesquisada abordou se os profissionais 'realizariam uma técnica que remove parcialmente o tecido cariado', à qual 78,12% disseram que sim. Essa talvez seja a questão mais debatida acerca da técnica, já que durante muito tempo a remoção total do tecido cariado, aliada à limpeza e ao preenchimento da cavidade com material restaurador, foi considerada requisito *sine qua non* para o sucesso de uma restauração. Entretanto, não há evidências conclusivas de efeitos negativos da não remoção da camada de dentina afetada. A manutenção de uma quantidade de bactérias na cavidade parece ser irrelevante quando há restabelecimento da integridade dental, de forma que o paciente consiga realizar um bom controle do biofilme²³.

A pesquisa revelou que 18,75% dos cirurgiões-dentistas não aceitariam se submeter a esse tipo de tratamento. Na prática, parece uma escolha razoável resolver o problema a ficar suscetível ao agravamento do quadro clínico. A adoção da abordagem do ART tem uma série de barreiras, como o medo de deixar cárie sob restaurações, o que, por sua vez, levaria a uma pulpíte irreversível, e as preocupações sobre a confiabilidade do material restaurador a ser utilizado²⁷.

Muitas pesquisas relacionadas aos aspectos positivos do ART foram publicadas e outras tantas surgirão. Contudo, para alcançar resultados de qualidade com o ART, é preciso lançar mão de outras estratégias preventivas relacionadas à cárie, pois não pode esse procedimento ser considerado isoladamente. O ART deve ser parte de uma abordagem baseada em evidências para a saúde bucal, com uma base sólida ancorada na prevenção²⁸.

CONCLUSÃO

Acredita-se no ART como uma estratégia adequada aos indicadores socioeconômicos e de saúde bucal da população, oferecendo uma terapêutica resolutiva, de qualidade e acessível, contribuindo com o acesso aos serviços odontológicos e

favorecendo a abordagem do paciente dentro de seu contexto social.

Todavia, para que essa técnica tenha maior aplicabilidade na estratégia saúde da família, necessário se faz esclarecer que esta difere da técnica de Adequação do Meio Bucal, já que é um tratamento definitivo, e que, para promover a saúde, deve figurar entre as hipóteses de intervenção nos casos em que sua aplicação

possibilite um resultado positivo para o cirurgião-dentista e, principalmente, para o paciente.

A resistência ainda encontrada, por vezes, passa pelo desconhecimento do profissional de Odontologia acerca da técnica, bem como pela falta de qualificação para aplicá-la. Agora, é visível que esses obstáculos são perfeitamente transponíveis com ações, como a difusão do ART.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [citado em 2012 Maio 18]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário da União. Brasília, 28/12/2000.
3. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Equipe de Saúde Bucal [citado em 2012 Maio 27]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/estrategia_saude_da_familia.php
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [citado em 2012 Maio 15]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf
5. Busato IMS, Gabardo MCL, França BHS, Moysés SJ, Moysés ST. Avaliação da percepção das Equipes de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR) sobre o tratamento restaurador atraumático (ART). Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(supl.1):1017-22.
6. Tyas MJ, Anusavice KJ, Frencken JE, Mount GJ. Minimal intervention dentistry - a review. FDI Commission Project 1-97. Int Dent J. 2000; 50: 1-12. PMID:10945174. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1875-595X.2000.tb00540.x>
7. Tourino LFPG, Imparato JCP, Volpato S, Puig AVC. O tratamento restaurador atraumático (ART) e sua aplicabilidade em saúde pública. J Bras Clin Odontol Int. 2002;6(31):78-83.
8. Lima DC, Saliba NA, Moimaz SAS. Tratamento restaurador atraumático e sua utilização em saúde pública. RGO. 2008;56(1):75-9.
9. Frencken JE, Van Amerongen E, Phantumvanit P, Songpaisan Y, Pilot T. Manual for the atraumatic restorative treatment approach to control dental caries. 3rd ed. WHO Groninger: Collaborating Centre for Oral Health Services Research; 1997.
10. FDI. Federação Dentária Internacional. FDI policy statement: minimal intervention in the management of dental caries. Ferney-Voltaire, França: FDI; 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica, n.17. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Massoni ACLT, Pessoa CP, Oliveira AFB. Tratamento restaurador atraumático e sua aplicação na saúde pública. Rev Odontol UNESP. 2006;35(3):201-7.
13. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press International; 2010.
14. Martelli PJJ, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, et al. Perfil do cirurgião dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(2):3243-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800029>
15. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). Rev Odonto Ciência. 2007;22 (55):48-54.
16. Lenzi TL, Rocha RO, Dotto PP, Raggio DP. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do sul do Brasil. Stomatol. 2010 Jan/Jun; 16(30): 58-64.
17. Rios LE, Essado REP, Freire MCM. Tratamento restaurador atraumático: conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas do serviço público de Goiânia-GO. Rev Odontol UNESP. 2006;35(1):75-80.
18. Menezes VA, Corrêa JCL, Lima JN, Leite AF, Granville-Garcia AF. Percepção dos cirurgiões-dentistas da cidade de Caruarú/PE sobre o tratamento restaurador atraumático. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2009;9(1):87-93. <http://dx.doi.org/10.4034/1519.0501.2009.0091.0015>
19. Mendonça CS. Saúde da família, agora mais do que nunca!. Ciênc Saúde Colet. 2009; 14(Supl. 1): 1493-7.
20. Silva AM, Maia LC, Pierro VSS. O tratamento restaurador atraumático no contexto do sistema único de saúde. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2006;60(4):272-5.
21. Oliveira LMC, Neves AA, Neves MLA, Souza IPR. Tratamento restaurador atraumático e adequação do meio bucal. Rev Bras Odontol. 1998;55(2):94-9.
22. Ramos ME, Santos MA, Carvalho F, Medeiros U. TRA: uma história de sucesso. Rev Bras Odontol. 2001;58(1):13-5.
23. Imparato JCP. ART tratamento restaurador atraumático: técnicas de mínima intervenção para o tratamento da doença cárie dentária. Curitiba: Editora Maio; 2005.
24. Garbin CAS, Sundfeld RH, Santos KT, Cardoso JD. Aspectos atuais do tratamento restaurador atraumático. RFO. 2008;13(1):25-9.

25. Mickenautsch S, Grossman E. Atraumatic restorative treatment (ART) – factors affecting succes. J Appl Oral Sci. 2006; 14(spec issue):34-6. PMID:19089085. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572006000700008>
26. Franca C, Colares V, van Amerongen E. The operator as a factor of success in ART restorations. Braz J Oral Sci. 2011;10(1):60-4.
27. Hermosillo VH, Quintero LE, Guerrero ND, Suárez SDD, Hernández MJA, Holmgren CJ. The implementation and preliminary evaluation of an ART strategy in Mexico: a country example. J Appl Oral Sci. 2009;17(spec issue):114-21. PMID:21499665. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700019>
28. Frencken JE. Evolution of the the ART approach: highlights and achievements. J Appl Oral Sci. 2009; 17(spec issue):78-83. PMID:21499660. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572009000700014>

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Mirian Kuhnen

Departamento de Pós-Graduação, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense, 88509-900 Lages - SC, Brasil
e-mail: mirian.kuhnen6@gmail.com

Recebido: 12/04/2013

Aprovado: 25/07/2013