



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**O PERFIL DAS ATIVIDADES PREVENTIVAS E RESTAURADORAS  
EM CRIANÇAS COM IDADE ESCOLAR NA CIDADE DE ARACAJU-SE**

ARACAJU  
2018

**SANDRA ZENERE BUGS**

**O PERFIL DAS ATIVIDADES PREVENTIVAS E RESTAURADORAS  
EM CRIANÇAS COM IDADE ESCOLAR NA CIDADE DE ARACAJU-SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Odontologia da Universidade  
Federal de Sergipe como requisito para obtenção  
do grau de cirurgião-dentista.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Lilian Fernanda Santos Paiva

ARACAJU  
2018

**SANDRA ZENERE BUGS**

**O PERFIL DAS ATIVIDADES PREVENTIVAS E RESTAURADORAS  
EM CRIANÇAS COM IDADE ESCOLAR NA CIDADE DE ARACAJU-SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Odontologia da Universidade  
Federal de Sergipe como requisito para obtenção do  
grau de cirurgiã-dentista.

Aracaju, 26 de julho de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Lilian Fernanda dos Santos Paiva  
Universidade Federal de Sergipe  
Orientadora

---

Dr<sup>a</sup> Regiane Cristina do Amaral  
Examinadora

---

Dr<sup>a</sup> Débora dos Santos Tavares  
Examinadora

## **AGRADECIMENTOS**

O meu agradecimento mais que especial vai para: Fernando dos Reis Coutinho, companheiro, cúmplice e amigo que foi durante todos esses anos em que passei na Universidade, eu não teria realizado esse curso se não fosse o seu incentivo e apoio.

Agradeço a família Coutinho pelo acolhimento, em especial aos meus sogros Fernanda e Raimundo por estarem presentes e disponíveis sempre que precisei.

O meu agradecimento também se estende a minha família, que mesmo distante sempre torceram e vibraram com minhas conquistas.

Aos amigos Fernanda Felix, Lucas Anjos, Marcos Antonio, Sthefanne Gondin e tantos outros que a UFS me deu, obrigada por me suportar, sou grata pela paciência e toda contribuição que deram durante essa jornada, sem vocês tudo teria sido mais difícil e entediante.

Aos amigos, Tabitha (a chinesa mais linda e adorável que já conheci), Kaick e Lucas Maguelo (por me carregar no colo quando precisei), Daniel, Lorena, Isaac (pelos momentos hilários que dividimos), Fernando Tunel, João Paulo, Emanuel, Fabrício, Ana Clara, Anne Carvalho, Carla Francielly e tantas outras pessoas queridas que tive o privilégio de conhecer através da odontologia, meu muito obrigada.

Minha gratidão ao secretário do DOD Alexsandro Guimarães de Aragão, por ser muito prestativo, atencioso e eficiente.

Agradeço aos funcionários da UFS que deram suporte para que os atendimentos nos ambulatórios funcionassem.

Obrigada aos professores da UFS que estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, em particular a minha orientadora Lilian, um doce de pessoa que me acolheu e contribuiu para a realização dessa pesquisa, seus conhecimentos foram imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

## RESUMO

Dentre as práticas da Odontologia Minimamente Invasiva, o protocolo do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) foi preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1994, com a finalidade de estacionar a doença cárie. Esta técnica apresenta vantagens quando comparada ao tratamento restaurador convencional, uma vez que é capaz de oferecer uma terapêutica resolutive, minimamente invasiva, de qualidade, acessível e de baixo custo. Caracterizada pela praticidade, por dispensar o uso de equipamentos odontológicos tradicionais e de eletricidade, essa técnica contribui com o acesso aos serviços odontológicos de saúde pública e favorece a abordagem do paciente dentro de seu contexto social. O objetivo do trabalho é analisar o perfil das atividades preventivas e restauradoras realizadas pelos odontólogos das Unidades Básicas de Saúde, em crianças com idade escolar na cidade de Aracaju-SE. Foi realizada uma pesquisa de campo exploratória e descritiva do tipo *Survey*, através de um questionário não disfarçado composto por 21 questões objetivas, aplicado aos cirurgiões dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde do município de Aracaju, Sergipe, Brasil. O instrumento foi dividido e estruturado em 4 partes: Gestão de equipamentos e materiais; Gestão da atenção à saúde e do cuidado; Procedimentos preventivos; e Procedimentos restauradores. O questionário, de carácter investigativo e educativo, foi aplicado por um único entrevistador e as questões foram aplicadas pessoalmente nas Unidades Básicas de Saúde, sendo garantido o anonimato dos participantes. De um total de 44 Unidades Básicas de Saúde visitadas e das 60 Equipes de Saúde Bucal implantadas no município, 44 equipes participaram da pesquisa. Os resultados foram verificados, tabulados e analisados em teor estatístico descritivo. Foram elaborados gráficos representativos para a análise dos resultados. Os resultados demonstram que a maioria dos cirurgiões dentistas que foram entrevistados, (67%) alegam conhecer o Tratamento Restaurador Atraumático, porém, ele não é adotado por todos profissionais e, mesmo quando utilizado, seu uso fica restrito ao ambiente da Unidade Básica de Saúde. Os dados estatísticos também demonstram que não existe um direcionamento efetivo quanto aos atendimentos clínicos preventivos e restauradores realizados em crianças com idade escolar, visto que a maioria desconhece ou afirma não seguir nenhum protocolo disponibilizado pela instituição. Pode-se inferir que existe uma falta de esclarecimento por parte dos cirurgiões dentistas, sobre qual é a política preconizada pelo Sistema Único de Saúde e qual deve ser sua função enquanto profissional integrante da Equipe de Saúde Bucal.

**Descritores:** Atenção Básica em Saúde; Políticas públicas de Saúde; Saúde Bucal; Tratamento Restaurador Atraumático; Odontologia minimamente invasiva.

## ABSTRACT

Among the practices of Minimally Invasive Dentistry, Atraumatic Restorative Treatment (ART) protocol was recommended by the World Health Organization (WHO), since 1994, in order to stop caries disease. This technique presents advantages when compared to the conventional restorative treatment, since it is able to offer a minimally invasive approach, quality, accessible and inexpensive therapy. Characterized by its practicality and dispensing from the use of traditional dental equipment and electricity, this technique contributes to the access to dental services of public health and favors approaching of the patient within its social context. The objective of this study was to analyze the profile of preventive and restorative activities carried out by dentists of the Basic Health Units in school-aged children. An exploratory and descriptive field survey was carried out by means of a non - disguised questionnaire composed of 21 objective questions, applied to dental surgeons working in the Basic Health Units of Aracaju city, Sergipe, Brazil. The instrument was divided and structured in 4 parts: Management of equipment and materials; Management of health care and care; Preventive procedures; and Restorative Procedures. The questionnaire, of investigative and educational nature, was applied by a single interviewer and questions were applied personally in the Basic Health Units, being guaranteed the anonymity of participants. Out of 44 Basic Health Units visited and 60 Oral Health Team implanted in the city, 44 teams participated in the research. The results were verified, tabulated and analyzed by descriptive statistics. Representative charts were prepared in order to analyse the results. The results demonstrate almost the majority of dentists (67%) claim to know ART. However, it is not adopted by all professionals and, even so, it is restricted to the Basic Health Units environment. Statistical data also show that there is no effective guidance regarding preventive and restorative clinical care performed in school-age children, since most are unaware or do not follow any available protocol. It can be inferred that there is a lack of clarification, by the part of dental surgeons, on what is the policy advocated by the Health Unic System and what should be their function as a professional member of the Oral Health Team.

**Key words:** Atraumatic Restorative Treatment; Basic Health Care; Minimally invasive dentistry; Oral Health; Public health policies.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>07</b>
<b>2. Revisão de Literatura .....</b>	<b>09</b>
2.1 Aspectos históricos do SUS e a garantia do direito à saúde bucal .....	09
2.2 Níveis de atenção em saúde bucal.....	11
2.3 Tratamento Restaurador Atraumático (TRA).....	12
2.4 O TRA no Brasil e sua aplicação na saúde pública.....	16
<b>3. Proposição .....</b>	<b>18</b>
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos específicos .....	18
<b>4. Metodologia.....</b>	<b>19</b>
4.1 Delineamento da Pesquisa.....	19
4.2 O Instrumento de Pesquisa.....	19
4.3 A Entrevista .....	20
4.4 A Análise dos Dados .....	20
<b>5. Resultados e discussões .....</b>	<b>21</b>
<b>6. Considerações finais .....</b>	<b>35</b>
<b>7. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>36</b>
<b>8 Apêndices:</b>	
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	41
Apêndice B: Questionário aplicado aos cirurgiões dentistas das unidades básicas de saúde de Aracaju.....	43
Apêndice C: Carta de autorização do Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS) de Aracaju .....	48
<b>9 Anexos</b>	
Anexo a - Parecer consubstanciado do CEP .....	49

## 1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária constitui uma doença multifatorial, e que se desenvolve devido aos fatores ligados ao hospedeiro, aos micro-organismos orais, a dieta ingerida e ao tempo, pressionado por aspectos ecológicos, substratos fermentáveis, baixo Ph e redução do fluxo salivar. Esta doença afeta a população de vários países, principalmente os mais pobres, tornando-se uma das principais causas da perda de elementos dentais. (MASSONI, PESSOA, OLIVEIRA, 2006)

Um dos objetivos da odontologia é a prevenção e o controle da doença cárie. Porém, quando esta se manifesta, existe a necessidade de restaurar a unidade afetada a fim de evitar sua progressão. Dentre as alternativas de restauro, existem aquelas que preconizam uma intervenção minimamente invasiva e a interrupção do processo carioso, que tem como finalidade preservar o máximo de estrutura dental. (MASSON, PESSOA, OLIVEIRA, 2006) Dentre as abordagens restauradoras, uma das opções é o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA), ou ART (do inglês *Atraumatic Restorative Treatment*), considerado um dos métodos com mínima intervenção, capaz de interromper o processo carioso por meio da restauração preventiva associada a fluoretos. Esse tratamento foi desenvolvido pelo Dr. Jo E. Frencken (Universidade de Nijmegen, Holanda) e sua equipe, em meados dos anos 1980. A pesquisa surgiu da necessidade de se encontrar um método de inibição do processo carioso e preservação dos dentes cariados, em pessoas de todas as idades, de comunidades carentes, nas quais a única opção de tratamento era a exodontia. (FRENCKEN, HOLMGREN, 2001)

A técnica do TRA consiste na remoção do tecido dental infectado e amolecido com instrumento manual cortante, com objetivo de remover a dentina cariada, altamente infectada e não passível de remineralização, preservando a dentina afetada, minimamente infectada e remineralizável, e conservando a estrutura dental sadia. Esse tratamento surgiu como uma boa alternativa, visto que, em muitas localidades não havia energia elétrica para acionar os motores odontológicos. (HOLMGREN e FIGUEREDO, 2009) Dessa forma, acredita-se que ele assuma um importante papel perante os problemas encontrados pelos profissionais que trabalham com a saúde pública, pois se aplica à realidade das populações mais carentes, na qual não se tem fácil acesso aos serviços de saúde bucal e não existem equipamentos e insumos adequados para o tratamento restaurador convencional. (MASSONI, PESSOA, OLIVEIRA, 2006)



O TRA é uma estratégia de controle da cárie dentária, indicada pela ONU desde 1994, para utilização no sistema de saúde pública, por ser capaz de oferecer uma terapêutica resolutiva, pouco invasiva, de qualidade, acessível, baixo custo, caracterizada pela praticidade e pelo conforto oferecido ao paciente, contribuindo com o acesso aos serviços odontológicos de saúde e favorecendo a abordagem do paciente dentro de seu contexto social. (FRENCKEN, MAKONI, SITHOLE, 1996; IMPARATO *et al.*, 2005) Embora sejam inúmeras as vantagens do TRA, e o seu reconhecimento pela comunidade científica como uma das melhores alternativas para um tratamento mais conservador e preventivo da doença cárie, não se sabe com que frequência esta técnica é realmente empregada na saúde bucal a nível de atenção básica, ou se ao menos existe estrutura e direcionamento para a aplicação de tal prática. Dessa forma, o objetivo deste trabalho, é, por meio de uma pesquisa de campo com odontólogos, analisar o perfil das atividades preventivas e restauradoras aplicadas em crianças com idade escolar na cidade de Aracaju-SE, visto que essa faixa etária apresenta uma maior incidência da doença cárie ativa. O levantamento realizado visou a caracterizar os atendimentos realizados com a técnica minimamente invasiva do TRA no serviço público, verificar quais são as condições estruturais que os profissionais dispõem para a aplicação da técnica e investigar se os cirurgiões dentistas são instruídos através de diretrizes municipais a utilizarem protocolos de atendimentos preventivos e restauradores baseados no TRA.

Contudo, a ênfase desse trabalho está direcionada para as atividades voltadas para a atenção básica, ou seja, aquelas de menor complexidade que envolvam procedimentos realizados nas UBS, os quais destacam-se: a prevenção da cárie; a terapêutica com flúor; a terapia periodontal básica; dentística restauradora e tratamento restaurador atraumático. Sendo esse último nosso foco de pesquisa.

A pesquisa de campo exploratória foi escolhida para este trabalho, pelo seu objetivo de aprofundar e ampliar o conhecimento existente no uso de técnicas relacionadas à Odontologia Minimamente Invasiva no município de Aracaju, e identificar os benefícios e dificuldades encontradas na implantação do uso do TRA nas UBS, especialmente para crianças em idade escolar devido ao seu caráter indolor.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SUS E A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE BUCAL**

O direito à saúde, como um bem fundamental para o desenvolvimento dos indivíduos e coletivos, faz-se necessário para assegurar a cidadania, esse direito foi reconhecido pela Constituição Federal de 1988, a qual assegura que o acesso aos serviços e atendimentos ocorram pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sistema que disponibiliza o acesso universal e gratuito. (FUNESA, 2011)

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento que marcou a luta pela universalização da saúde pública no Brasil, entretanto, somente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, houve uma maior legitimação do direito ao acesso gratuito, condicionando a saúde como um direito social universal de relevância pública. (CERQUEIRA, 2011)

Desde sua criação, o SUS vem ampliando as responsabilidades municipais na garantia de acesso aos serviços de saúde com base na sua descentralização (regionalização) e reorganização funcional. Um exemplo disso, foi a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, o qual possibilitou maior visibilidade às novas formas de se produzir saúde, particularmente, na Atenção Básica. (ROCHA *et al.*, 2008) Embora houvesse a garantia da saúde assegurada pelo SUS, essa não englobava a totalidade do atendimento à saúde bucal. Foram anos de amplas discussões e reformas, até que no ano 2000, uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal foi então estabelecida, a qual possibilitou a implantação no serviço público de Equipes de Saúde Bucal, na modalidade I (cirurgião-dentista – CD – e auxiliar de consultório dentário-ACD) ou na modalidade II (CD, ACD e técnico em higiene dental – THD). (CERQUEIRA, 2011; FUNESA, 2011)

Em 2003, a criação da Portaria N°. 673/GM6, estabeleceu que os municípios poderiam implantar quantas Equipes de Saúde Bucal (ESB) fossem necessárias, desde que não ultrapassasse a proporção de uma Equipes de Saúde da Família (ESF) para uma ESB. (CERQUEIRA, 2011) Contudo, a integralidade e a garantia dos atendimentos odontológicos só ocorreram a partir de 2004

com a implantação da política do “Brasil Sorridente”, programa de âmbito nacional criado para atender as necessidades odontológicas da população brasileira e ampliar o seu acesso por meio do SUS. (MENEZES *et al.*, 2011)

Segundo as diretrizes do PSF, os profissionais de saúde organizados em equipes, devem trabalhar em território de abrangência definido, desenvolvendo ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao habitat, de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase no promocional e no preventivo, sem descuidar do curativo-reabilitador, com alta resolutividade, baixos custos e estreita articulação com os demais setores que determinam a saúde. (BRASIL, 1997) As orientações do PSF afirmam que os profissionais das ESB devem atuar integrados aos outros profissionais de saúde, desenvolvendo ações de atenção básica, voltadas para a melhoria dos indicadores de saúde bucal da população. (BRASIL, 2003)

De acordo com esse novo modelo, a saúde da boca não deve ser compreendida de forma separada do corpo, uma anamnese que contemple o estado de saúde geral do paciente deve ser realizada, assim como os elementos econômicos, sociais, culturais e ambientais também devem ser observados durante o primeiro atendimento odontológico. (FUNESA, 2011)

A política do “Brasil sorridente” tem como diretrizes e principais linhas de ação, os seguintes propósitos: Reorganização da atenção básica na Saúde Bucal, especialmente por meio da estratégia Saúde da Família; Ampliação e qualificação da atenção especializada, principalmente por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; Expansão da cobertura de fluoretação da água e abastecimento público. (MENEZES *et al.*, 2011)

Essas novas diretrizes referentes a saúde bucal apontam para uma reorganização do sistema, tendo como objetivo atingir todos os níveis da atenção, sendo os locais de desenvolvimento das ações divididas de acordo com sua complexidade. A divisão está estabelecida em atendimentos direcionados à atenção básica, média e alta complexidade, sendo que os dois últimos quando necessário são encaminhados para os CEO, enquanto que os procedimentos caracterizados como de atenção básica são realizados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (BRASIL, 2004a)

## 2.2. NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O primeiro nível da atenção à saúde no SUS é a atenção básica, ela emprega tecnologia de baixa densidade, a qual consiste num rol de procedimentos mais simples e econômicos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. (BRASIL, 2007c) A atenção básica em saúde é definida pela Portaria do Ministério da Saúde n.648/2006 como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. A atenção básica em Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização de acordo com os preceitos do SUS, e a formação desse programa engloba a atenção básica em saúde bucal, que tem como enredo a ampliação de cobertura aos cuidados odontológicos. Ele baseia-se em ações de promoção e prevenção das doenças que acometem a cavidade oral, seu principal objetivo é implementar atendimentos que visem a conscientização individual e coletiva acerca das necessidades de prevenção dessas doenças. (BRASIL, 2007c; BRASIL, 2010)

A infraestrutura necessária para a atenção básica, destaca-se a UBS com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a “garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”. (BRASIL, 2007c)

Como ações de média e alta complexidade, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) as define como: Ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2007a)

No material de apoio conhecido como O SUS de A a Z, fornecido pelo Ministério da Saúde no *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB) e construída conjuntamente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o conceito de alta complexidade está definido como: “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)”. Vale destacar que são procedimentos que “não cabem” nas UBS e na atenção primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida, dessa forma são encaminhados para os centros de especialidades aptos para prestar os devidos atendimentos. (BRASIL, 2007b)

### **2.3. TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA)**

A proposta do Tratamento Restaurador Atraumático foi desenvolvida pelo Dr. Jo E. Frencken (Universidade de Nijmegen, Holanda) e sua equipe, em meados dos anos 1980, dentro de um programa de atenção à saúde bucal implantado na Faculdade de Odontologia de Dar ES Salaam, na Tanzânia. A pesquisa surgiu da necessidade de se encontrar um método de inibição do processo carioso e preservação dos dentes cariados, em pessoas de todas as idades, de comunidades carentes, nas quais o único tratamento oferecido era a exodontia. (FRENCKEN e HOLMGREN, 2001)

Frencken e Holmgren (2001) definiram a técnica do TRA, como “uma restauração que envolve a remoção do tecido dental cariado desmineralizado e amolecido com instrumento manual cortante, com objetivo de remover a dentina amolecida, altamente infectada e não remineralizável, deixando a dentina afetada, minimamente infectada e remineralizável, conservando assim, a estrutura dental sadia”.

Devido as dificuldades estruturais e de recursos, o TRA surgiu como uma boa alternativa, visto que, em muitas localidades careciam de energia elétrica para acionar os motores odontológicos. Sendo assim, os precursores dessa técnica preconizaram o uso de escavadores manuais para remover o tecido dentinário cariado e o preenchimento da cavidade com cimento de policarboxilato. Após nove meses do início da pesquisa, as restaurações realizadas, estavam desgastadas, embora mantidas em função na boca, sem sintomatologia dolorosa. Com o decorrer

do tempo, foram usados os cimentos de ionômero de vidro (CIV) em substituição aos cimentos de polycarboxilatos. (FRENCKEN, LEAL, NAVARRO, 2012)

A denominação de TRA ocorreu em 1992, quando pesquisadores realizaram um estudo clínico durante seis meses na Tailândia. Esse estudo comparou dois grupos: o primeiro com restaurações convencionais, utilizando anestesia, brocas movidas por alta rotação para o preparo cavitário e restaurações de amálgama (grupo controle); e o segundo, com restaurações sem anestesia, a dentina cariada fora removida com instrumentos manuais e a restauração feita com cimento de ionômero de vidro sob pressão digital (grupo teste). Quando os avaliadores chegaram à vila do grupo controle, que recebeu o tratamento convencional, as crianças fugiram, sentindo-se amedrontadas, enquanto que na vila do grupo teste, cujas cavidades foram preparadas com instrumentos manuais e que recebeu as restaurações de ionômero de vidro, as crianças foram amistosas, não demonstrando estarem traumatizadas, e em função disso o nome do inglês *Atraumatic Restorative Treatment*. (NAVARRO *et al.*, 2015)

Em 1992, Frencken publicou um artigo sobre a efetividade desse procedimento, que não necessita de equipamentos sofisticados e nem do emprego de uma fonte de energia elétrica. (GARBIN *et al.*, 2008) Em 1994, a Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou em Genebra, durante a celebração do Ano Mundial de Saúde Bucal, o manual de Tratamento Restaurador Atraumático, e a OMS o descreveu como um novo procedimento revolucionário para tratar a cárie dentária, com grande potencial de melhorar a saúde bucal de muitos cidadãos em diferentes partes do mundo, os quais não estavam tendo acesso aos cuidados bucais. Atualmente, esse manual é considerado uma referência para profissionais que trabalham com atenção a saúde bucal. (FRENCKEN, 1992; GARBIN *et al.*, 2008; LEAL *et al.*, 2012)

Tendo em vista que o TRA exige uma abordagem minimamente invasiva que compreende medidas preventivas em relação à cárie dental e o controle dessa doença, o tratamento é feito apenas com a utilização de instrumentos manuais cortantes e com material restaurador adesivo, via de regra o cimento de ionômero de vidro. Os instrumentos manuais cortantes foram criados para facilitar o acesso à cavidade, quando a abertura não possibilita a penetração adequada das curetas para fazer a escavação do tecido cariado e irreversivelmente desorganizado. Os instrumentos básicos para o TRA são: machado para esmalte “*opener*” (instrumento de forma piramidal), curetas de dentina de tamanhos variados, espátula de inserção, esculpidor, placa de vidro, espátula para manipulação do cimento, além de pinça clínica, espelho bucal e sonda exploradora. Há ainda a

necessidade dos equipamentos de biossegurança (EPIs), cimento de ionômero de vidro, vaselina, verniz ou esmalte incolor, matriz metálica, cunhas de madeira, papel de articulação e pedra para afiar instrumentos. (NAVARRO *et al.*, 2015)

Para realização do TRA, o material mais indicado é o Cimento de Ionômero de Vidro (CIV), graças às suas propriedades satisfatórias, como por exemplo, a liberação de flúor, que ajuda a prevenir e paralisar a progressão da cárie dentária, biocompatibilidade, adesão química ao tecido dentinário e grande capacidade seladora, que funciona como uma barreira física, impedindo a passagem de nutrientes para o crescimento das bactérias que se localizam abaixo da restauração. (LIMA *et al.*, 2008; NAVARRO *et al.*, 2015)

Dessa forma, o selamento marginal conseguido com o emprego dos materiais ionoméricos adesivos pode assegurar a diminuição e paralisação da cárie e até mesmo, a estimulação de dentina esclerótica e reparadora, que poderão garantir um procedimento sem dor e restaurações mais duradouras. A liberação de fluoreto e a possibilidade de sofrer recargas ao ser exposto a este íon, faz com que o ionômero de vidro funcione como um reservatório constante de flúor na cavidade bucal, contribuindo para diminuir o efeito acidogênico da *Streptococcus mutans* e das bactérias da placa em geral sobre as restaurações, que participam ativamente dos processos de desremineralização. (LIMA *et al.*, 2008; PAIVA *et al.*, 2014; NAVARRO *et al.*, 2015)

O TRA quando comparado com restaurações convencionais, evidenciam várias vantagens, como simplicidade, baixo custo, relação custo/benefício e técnica atraumática, sendo considerada uma ótima estratégia de controle da cárie em saúde pública. (DE FIGUEIREDO, 2012)

Os tratamentos restauradores minimamente invasivos compreendem os selantes e as restaurações TRA, ambos podem ser utilizados tanto em dentes decíduos quanto em permanentes. (NAVARRO *et al.*, 2015) Os selantes estão indicados nas seguintes situações clínicas: sulcos e fissuras adjacentes a restaurações de TRA, dentes recém-irrompidos ou que apresentam cicatrículas e fissuras profundas em pacientes de alto risco à cárie, e dentes com lesão de cárie restrita ao esmalte. (NAVARRO *et al.*, 2015) As indicações para restaurações de TRA são: dentes com lesões cariosas envolvendo dentina cuja abertura cavitária seja de no mínimo 1,6 mm ou que seja suficiente para utilização livremente do menor escavador, ou que possam ser abertas com uso de instrumentos manuais para esmalte, para permitir a introdução do menor escavador e a escavação da dentina cariada e que demonstrem ausência de envolvimento pulpar determinado pela presença de sintomatologia dolorosa, abscesso, fistula ou mobilidade. As contraindicações restringem-se às

seguintes situações: lesões cariosas que não estão acessíveis ao uso de instrumentos manuais, dentes com história de sintomatologia dolorosa, presença de fístula, abscesso ou mobilidade dental. (NAVARRO *et al.*, 2015)

O procedimento do TRA é de simples execução e baixo custo, pois utiliza-se para o preenchimento da cavidade um material restaurador adesivo, comumente o CIV, considerado mais econômico que os materiais restauradores convencionais. A técnica do TRA permite que o cirurgião dentista realize o procedimento em local que pode ser improvisado com mesas cobertas por colchonete, onde o paciente deve se deitar, devendo ficar em posição supina e o profissional em posição de trabalho de 12 horas. (FRENCKEN, PILOT, PHANTUMVANIT, 1994; FRENCKEN *et al.*, 2004)

Os passos seguidos pela técnica a diferem das restaurações convencionais por ser menos complexa. Primeiramente a dentina desorganizada deve ser removida com o auxílio de curetas e exploradores. Após a remoção da dentina infectada, realiza-se a limpeza da cavidade com algodão umedecido em água e o condicionamento da cavidade (algodão umedecido com o líquido do cimento ionomérico que, em geral, contém um ácido fraco, o ácido poliacrílico), seguidos da lavagem da cavidade por três vezes (algodão umedecido com água) e secagem final (algodão), e sob o isolamento relativo do campo operatório. É válido ressaltar que existem cimentos ionoméricos, como o Vidrion®, que apresentam o líquido composto basicamente de água, não exigindo essa etapa, já que ácido poliacrílico está inserido no pó. Uma alternativa para esse caso seria o condicionamento da superfície com o ácido poliacrílico a 10%, por 10 segundos. (RIOS e ESSADO, 2003; BAFFI PELLEGRINETTI *et al.*, 2005)

A manipulação do material, conforme Frencken *et al.* (2012), é um passo importante da técnica, pois a proporção pó/líquido, bem como o tempo de manipulação do material, devem seguir rigorosamente as instruções do fabricante para, só então, ser inserido e adaptado à cavidade, pela técnica da compressão digital. Por fim, realiza-se a proteção da restauração com o verniz próprio do material, a vaselina ou o esmalte para unhas para se evitar os fenômenos de sinérese e embebição. (MASSONI, PESSOA, OLIVEIRA, 2006)



## 2.4. O TRA NO BRASIL E SUA APLICAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA

Com o intuito de promover a redução da prevalência de cárie dentária na população brasileira, as estratégias voltadas à promoção de saúde bucal, bem como, recursos financeiros para a realização de suas ações, começaram a ser disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e aplicadas nos setores públicos, exemplo disso, o Programa de Saúde da Família (PSF) que desde 1994 vem buscando melhorar a eficiência e eficácia na atenção básica de saúde. (OLIVEIRA, 1999; BRASIL, 2004c)

Neste contexto, a técnica do TRA foi apresentada aos profissionais brasileiros em uma conferência durante o *5th World Congress on Preventive Dentistry*, realizada na cidade de São Paulo em 1995, ou seja, um ano após ser reconhecido pela OMS. Figueiredo, Lima e Moura (2012) sugeriram que restaurações atraumáticas fossem utilizadas em escolas da rede pública, o que representa, segundo os autores, uma forma de proporcionar atendimento curativo para inúmeras crianças na própria escola. (MASSARA, WAMBIER, IMPARATO, 2012; FIGUEIREDO, LIMA, e MOURA, 2012) Contudo, no ano de 2007, foi instituído a nível nacional o Programa de Saúde na Escola (PSE), esse programa visa a integração e articulação permanente da educação e da saúde, o qual funciona através das “Agendas de educação e saúde, a serem executadas como projetos didáticos nas Escolas”, são escolhidos “recortes” do território integrando escolas e unidades de saúde, a fim de gerar uma articulação das práticas. (BRASIL, 2007b)

O conjunto das medidas educativo-preventivas que integram o programa TRA (fluoterapia, orientações de higiene, dieta e uso de selantes) já era utilizado no Brasil antes de 2007, mas o grande impacto ocorreu na abordagem das lesões cariosas dentinárias em estágio cavitado. Em nosso meio, o tratamento convencional (uso de anestesia, isolamento absoluto e remoção completa da dentina cariada com instrumento rotatório) era o mais comumente empregado no tratamento restaurador, a utilização de instrumentos manuais para remoção da dentina irreversivelmente lesada, era efetuada somente em caráter provisório com uma segunda consulta prevista para a reabertura da cavidade, seguida de nova intervenção na dentina e finalização do tratamento restaurador. Esta prática, por sua vez, prolonga o tempo de atendimento no consultório, e por consequência diminui o acesso de usuários do SUS a este serviço. As abordagens conservadoras se restringiam a duas situações: na fase de adequação do meio bucal, quando várias lesões cavitadas eram curetadas e

seladas temporariamente com cimento de óxido de zinco e eugenol, utilizando-se a técnica da escavação gradativa (EG); ou em lesões profundas, quando a remoção parcial do tecido cariado era feita por meio do capeamento pulpar indireto (CPI), a fim de evitar a exposição pulpar. (MASSARA *et al.*, 2012)

A técnica do TRA é considerada pelos pesquisadores e por profissionais que a conhecem, como uma estratégia adequada para o programa de saúde bucal, por apresentar vantagens quando comparada ao tratamento restaurador convencional, sendo capaz de oferecer uma terapêutica resolutive, pouco invasiva, de qualidade, acessível, baixo custo, caracterizada pela praticidade e pelo conforto oferecido ao paciente, contribuindo para o acesso aos serviços odontológicos de saúde e favorecendo a abordagem do paciente dentro de seu contexto social. (FRENCKEN, MAKONI, SITHOLE, 1996; IMPARATO, 2005)

Frente a realidade brasileira, faz-se necessário ampliar as estratégias de saúde bucal, de forma coerente com as diretrizes e metas propostas, especialmente no que se refere ao aumento da cobertura e do impacto no controle da cárie, pois trata-se de uma terapia minimamente invasiva, centrada na redução do número de bactérias e do aporte de nutrientes. (CHEVITARESE *et al.*, 2002) Dispensando o uso de equipamentos odontológicos tradicionais e de eletricidade, a técnica conta com a facilidade de acondicionar e transportar os instrumentos, aumentando as chances de intervenção precoce e de preservação das unidades dentárias afetadas em estágios iniciais de cárie. (RIOS e ESSADO, 2003; FIGUEIREDO, LIMA e MOURA, 2012)

### **3. PROPOSIÇÃO**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL:**

Analisar o perfil das atividades preventivas e restauradoras, baseadas na Odontologia Minimamente Invasiva, realizadas nas Unidades Básicas de Saúde em crianças com idade escolar na cidade de Aracaju-SE.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Investigar se os profissionais do setor público dispõem de estrutura física, de educação continuada e permanente, ou de protocolos de atendimentos baseados na Odontologia Minimamente Invasiva, ou mais especificamente, o TRA.
- Identificar a opção de escolha dos profissionais que realizam os procedimentos restauradores e preventivos, entre a técnica convencional e de TRA, e suas dificuldades na rede pública de saúde.
- Avaliar o nível de conhecimento dos profissionais possuem a respeito da técnica do TRA e explicar sobre suas vantagens, especificamente para o público infantil.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Delineamento da Pesquisa

No presente estudo foi realizada uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, do tipo *survey*. O público-alvo da pesquisa foram os cirurgiões dentistas que trabalham nas UBS do município de Aracaju, Sergipe, Brasil. De acordo com o Departamento de Atenção Básica-DAB de Sergipe, em 2017 o Estado possuía 87 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na modalidade I, e 421 na modalidade II, sendo que dessas, 60 ESB na modalidade I e nenhuma na modalidade II estavam implantadas em Aracaju-SE. (BRASIL, 2017b)

Todas as ESB implantadas no município foram contactadas, e a definição dos sujeitos da pesquisa foi realizada mediante amostragem não probabilística, intencionalmente constituída pelos profissionais que concordaram em participar das entrevistas, depois de explanado o seu propósito e apresentada a carta com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme APENDICE A.

### 4.2 O Instrumento de Pesquisa

O instrumento utilizado na pesquisa foi baseado em questões previamente validadas por documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, como os Instrumentos de Avaliação do Programa Nacional de Avaliação aos Serviços de Saúde (PNASS) e do Programa de Melhoria ao Acesso e à Qualidade (PMAQ), bem como baseadas nas diretrizes do Material Didático-Pedagógico de Educação Permanente da Fundação Estadual de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde (Volume 7 - Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe). A elaboração do questionário também contou com a colaboração do *Carteira de Serviços: Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde* do município do Rio de Janeiro. (BRASIL, 2017a)

O questionário estruturado não disfarçado com 21 questões objetivas (APENDICE B), foi dividido em 4 partes:

1. Gestão de equipamentos e materiais: 5 itens de verificação;
2. Gestão da atenção à saúde e do cuidado: 4 itens de verificação;
3. Procedimentos preventivos: 5 questões;
4. Procedimentos restauradores: 7 questões.

#### 4.3 A Entrevista

Mediante a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, CAAE nº 87450618.0.0000.5546, de acordo com o Parecer Consubstanciado no ANEXO A, foi dado início às entrevistas nas UBS. Um único entrevistador foi designado para a aplicação dos questionários com as 21 questões, de caráter investigativo e educativo para o público alvo, eximindo-se de intenção política ou auditorial. As questões foram aplicadas pessoalmente nas UBS selecionadas, sendo respondidas num tempo médio de 10 a 15 minutos. Os respondentes não foram identificados, conforme previsto no TCLE.

#### 4.4 A Análise dos Dados

Após a finalização das entrevistas, os resultados foram verificados, tabulados e analisados em teor estatístico descritivo. Foi realizada a tabulação eletrônica e cada questão foi recriada em tabelas no *Microsoft Excel*, existindo uma coluna para cada opção de respostas das questões fechadas. Os dados foram digitados nas planilhas, e com eles foram elaborados gráficos representativos para facilitar a análise dos resultados. Foram definidas como variáveis independentes aquelas ligadas à Gestão de Equipamentos e Materiais e à Gestão da Atenção à Saúde e ao Cuidado, e como variáveis dependentes, aquelas relacionadas às escolhas terapêuticas dos profissionais de acordo com a disponibilidade das variáveis independentes.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com as respostas obtidas sobre a Gestão de Equipamentos e Materiais, os dados foram dispostos em gráficos correspondentes a cada um dos 5 itens de verificação (Figura 01).

À análise dos dados estatísticos, de acordo com o item 1, infere-se que 43% dos participantes consideram os equipamentos utilizados nas UBS em condições adequadas de uso, 22% avaliam como inadequadas e 35% não participaram. Com relação a disponibilidade e quantidades de materiais e insumos, os índices do item 2, apontam que 27% dos entrevistados consideram suficientes, 38% avaliam como insuficientes e 35% não participaram à pesquisa.

Conforme os resultados obtidos, percebe-se que mais da metade dos entrevistados consideram os equipamentos em condições adequadas de uso, e apenas 27% avaliam positivamente a disponibilidade e quantidades de materiais e insumos, ou seja, apesar de existirem condições estruturais adequadas de trabalho, mais de 2/3 dos dentistas entrevistados relatam dificuldades com a quantidade de materiais e insumos fornecidos pela Prefeitura, avaliando como insuficientes para a demanda de atendimentos.

Ao analisar o item 3, observou-se que, 62% dos entrevistados afirmam que existe manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposição de peças, enquanto que, apenas 3% alegam não haver prevenção e manutenção dos equipamentos, nem reposição de peças, e 35% não participaram da pesquisa.

Percebe-se uma inconsistência entre os dados do terceiro e primeiro gráficos, pois 62% dos profissionais relatam que existe manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposição de peças, mas apenas 43% afirmam que os equipamentos estão em condições adequadas de uso. Presume-se que se existe de fato a manutenção preventiva dos equipamentos, estes estariam sempre em funcionamento, evitando que houvesse cancelamento dos atendimentos por falta de manutenção ou de peças. Esta inconsistência pode ser resultado de uma má interpretação do item de verificação por parte dos profissionais entrevistados.

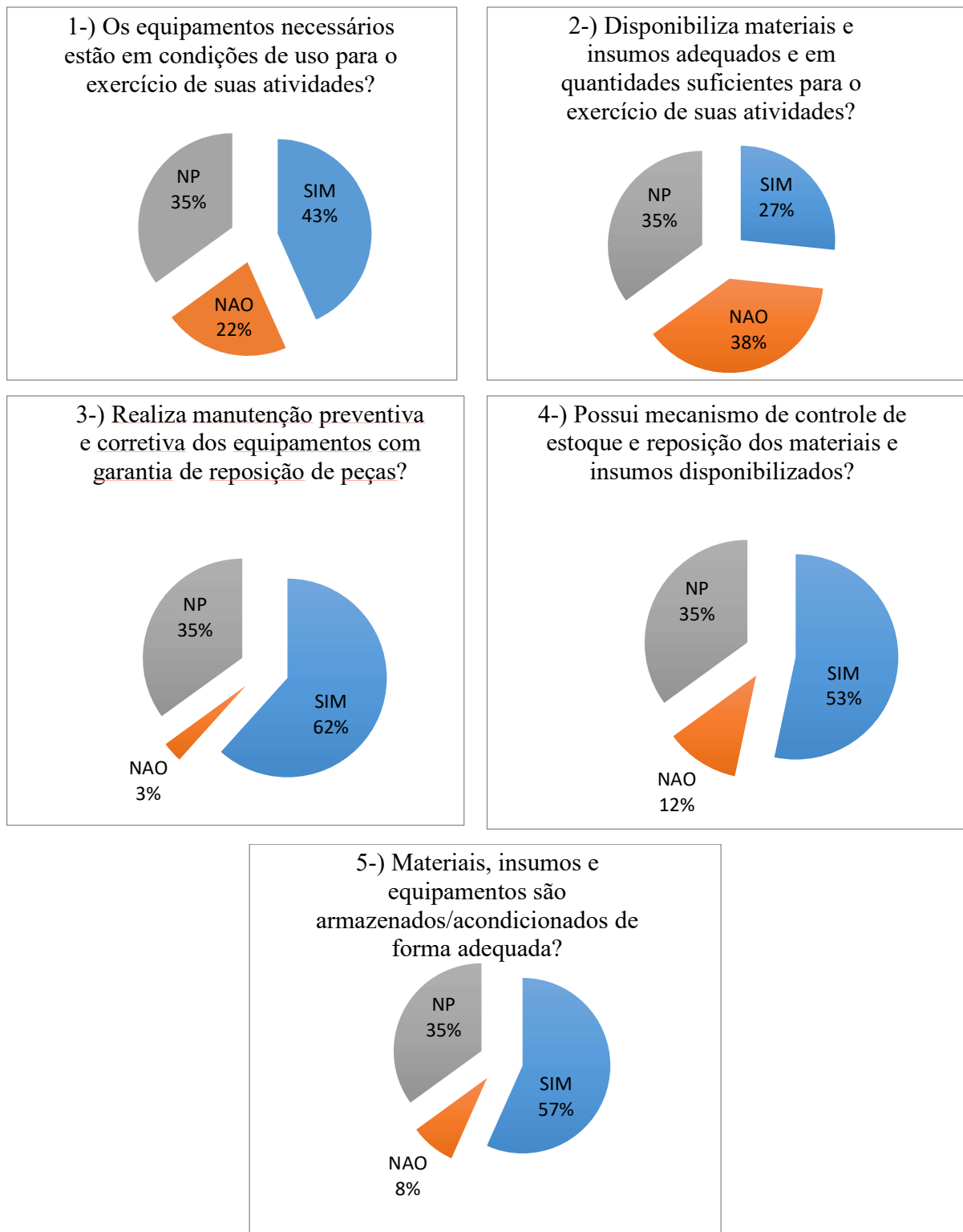


Figura 01 – Gráficos de 1 a 5 referentes aos itens de verificação sobre Gestão de Equipamentos e Materiais.

Quanto ao controle de estoque e reposição dos materiais e insumos, o item 4 aponta que 53% dos entrevistados declaram haver um mecanismo efetivo de controle, apenas 12% afirmam o contrário e 35% não participaram. Este resultado, quando comparado com o segundo gráfico, novamente reflete uma discordância entre os dados, pois 53% dos cirurgiões dentistas que participaram da pesquisa declaram que existe um mecanismo de controle de estoque e reposição dos materiais e insumos, mas somente 27% alegam que há disponibilização de materiais e insumos adequados e em quantidades suficientes para o exercício de suas atividades. Sendo assim, fica evidente que o mecanismo de controle de estoque e reposição não tem sido eficiente.

Em relação ao local de armazenamento dos materiais, insumos e equipamentos, 57% afirmaram que existe um local adequado, 8% não disponibilizam de um local apropriado e 35% não participaram. Apesar da maioria dos entrevistados concordarem com o correto acondicionamento dos materiais e insumos, ainda existem indicativos de que há deficiência em alguns casos, o que pode ocasionar a precariedade dos serviços prestados à população, uma vez que a biossegurança e validade dos materiais são imprescindíveis para o atendimento nos serviços de saúde.

De acordo com as respostas obtidas sobre a Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado, os dados foram dispostos em gráficos correspondentes a cada um dos 4 itens de verificação (Figura 02).

Quanto ao mecanismo de contrarreferência, 62% afirmam não haver um sistema efetivo de articulação com a equipe que dará continuidade ao tratamento, apenas 3% consideram que esse sistema existe e funcione, e 35% não participaram a questão. Na sequência, o item 7 da Figura 02 representa a porcentagem relacionada ao controle do fluxo de pacientes adotado pelas UBS, o qual 60% dos entrevistados afirmam existir um mecanismo para controlar a demanda de pacientes, 5% disseram não haver um sistema de controle e 35% não participaram. Sobre o atendimento de retorno, 58% dos estabelecimentos asseguram o retorno aos pacientes atendidos nas UBS, 7% não garantem a vaga e 35% não participaram da pesquisa.



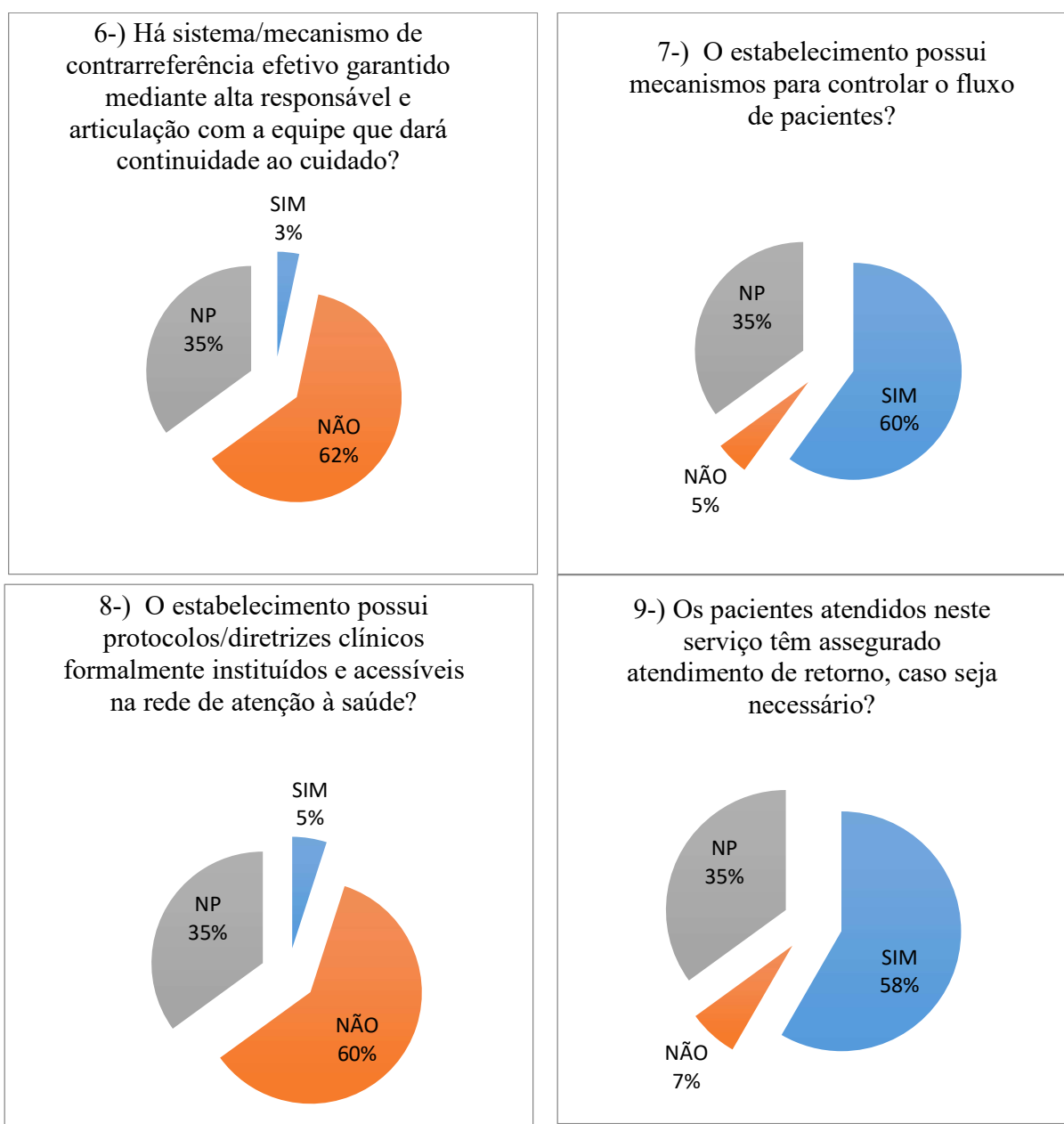


Figura 02 – Gráficos de 6 a 9 referentes aos itens de verificação sobre Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado

Os resultados demonstram que há um controle do fluxo de pacientes na maioria das UBS, assim como os atendimentos de retorno também são assegurados pela maioria dos estabelecimentos, porém, mais da metade dos profissionais alegam que o mecanismo de contrarreferência não é eficiente, mesmo este fazendo parte do fluxo de pacientes. De acordo com relatos dos cirurgiões dentistas, o sistema torna-se deficiente porque não há um sistema de regulação para o controle dos

casos que são encaminhados para os centros de especialidades, não existe um acompanhamento da equipe gestora, fica a cargo do paciente procurar o retorno e muitas vezes esses procedimentos não são concluídos, o que torna o sistema ineficaz.

Ao analisar o item 8, 60% dos participantes da pesquisa afirmam não existir um protocolo formal institucional acessível para realização dos procedimentos, 5% declaram que existe um protocolo na rede de atenção à saúde bucal e 35% não participaram da pesquisa. Contudo, mesmo existindo o Material Didático-Pedagógico de Educação Permanente da FUNESA (CERQUEIRA, 2011) de livre acesso, pode-se inferir que os profissionais da rede municipal não se sentem seguros ou instruídos a estabelecer um protocolo formal para ser utilizado nos atendimentos de acordo com as políticas regidas pelo SUS. Conforme os relatos de mais da metade dos participantes da pesquisa, não há uma capacitação permanente para os profissionais que irão atuar na rede pública de saúde bucal, não existe um direcionamento da prefeitura para que haja atividades específicas como o Tratamento Restaurador Atraumático ou aplicação coletiva de flúor para crianças com idade escolar. Alguns profissionais afirmam que ações coletivas para escolares, resumem-se em visitas esporádicas no ambiente escolar para realização de palestras e orientação de higiene oral.

Baseadas nessas condições de estrutura física e recursos humanos encontradas nas UBS avaliadas, também foram pesquisados os Procedimentos Preventivos realizados por esses profissionais, dividindo o tema em 4 quesitos de 10 a 14: 10) Atividade Educativa/Orientação em grupo na atenção básica; 11) Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel; 12) Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica; 13) Evidenciação de placa bacteriana; e 14) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais e subgengivais.

Dentre os resultados das Atividades Educativas e de Orientação em Grupo, conforme a Figura 03, o Macro modelo com escova dental associada, modelo de evolução das doença cárie e periodontal e fio dental estão disponíveis em todas UBS que foram entrevistadas, ou seja, 65%, e 35% não participaram da pesquisa. Entretanto, nenhum dos entrevistados dispõem de material didático diverso na UBS. Embora todas equipes de saúde bucal tenham acesso ao macro modelo e a escova dental associada, nenhum outro material didático ou lúdico que incentive os cirurgiões dentistas atuarem na prática de saúde preventiva e coletiva são disponibilizados, o que compromete as ações educacionais relacionadas à saúde coletiva do dia-a-dia.

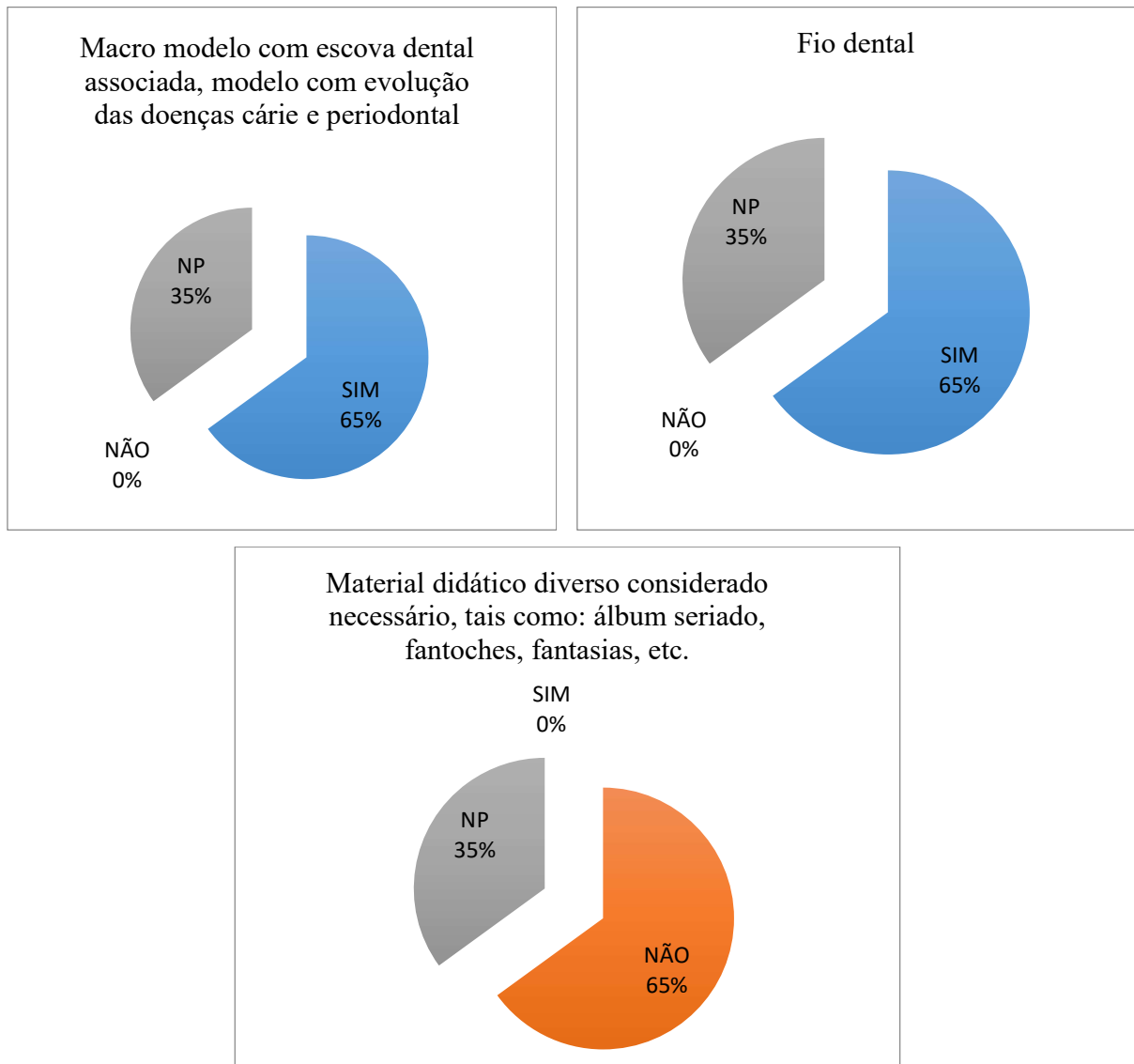


Figura 03 – Gráficos referentes ao quesito 10) Atividade Educativa/Orientação em grupo na atenção básica.

Segundo relatos dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal, existe uma estrutura composta por materiais lúdicos, assim como de escovários móveis, mas que não ficam disponíveis nas UBS. Para ter acesso a este material é necessário um planejamento, com coordenação, para que a ação seja realizada em dia específico, sob uma justificativa específica, pois os materiais ficam na Prefeitura, e são disponibilizados somente com um agendamento prévio.

Os resultados das Ações Coletivas de Aplicação Tópica de Flúor Gel, representadas no quesito 11 do questionário, estão dispostas nos gráficos da Figura 04.

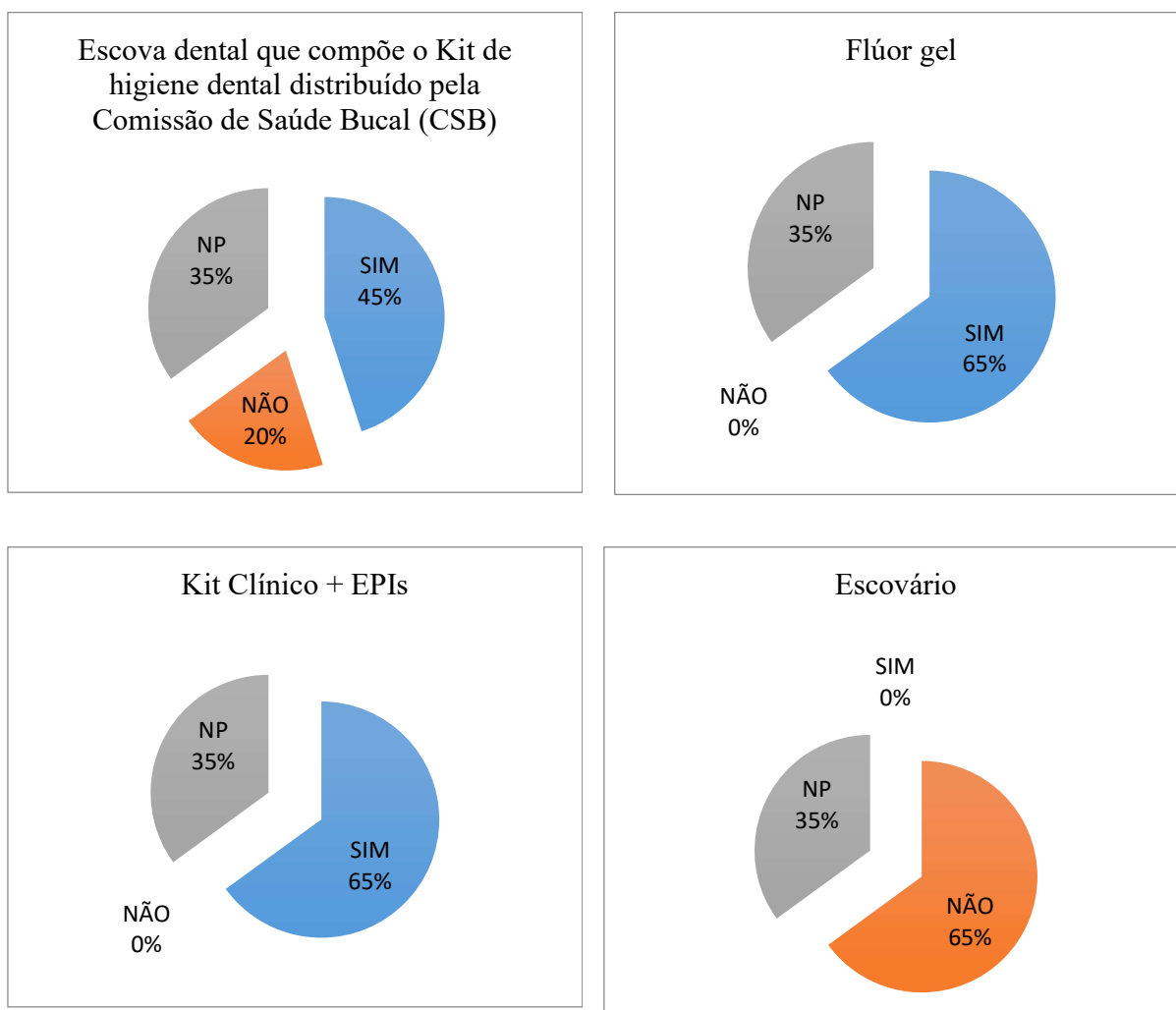


Figura 04 - Gráficos referentes ao quesito 11) Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel.

Com relação aos materiais básicos disponíveis para uso nas UBS para aplicação tópica de flúor gel, 65% afirmaram ter o flúor gel para utilização de aplicação tópica, e 35% não participaram. Ainda, 45% dos profissionais afirmaram ter o kit de higiene dental fornecido pela Comissão de Saúde Bucal para distribuição, 20% não possuem o kit e 35% não participaram. De acordo com a pesquisa, o kit clínico composto por: espelho bucal, sonda exploradora, pinça e colher de dentina + os Equipamentos de Biossegurança não estão em falta nas UBS, dados observados na Figura 04.

Os dados referentes ao quesito 11 representam um ponto positivo, visto que, os materiais básicos indispensáveis para atenção primária estão disponíveis nas UBS em quantidades suficientes para os atendimentos preventivos, como por exemplo, a fluoterapia. Apesar de 38% dos entrevistados considerarem que os insumos são insuficientes, como verificado no item 2 do questionário, todos profissionais odontólogos quando indagados asseguram ter acesso ao flúor. Apesar de faltar insumos em alguns estabelecimentos do SUS, sabe-se que o flúor é um agente de ação coletiva de grande importância quando usado em crianças com idade escolar e este fato é de grande relevância para atendimentos relacionados a prevenção da doença cárie. (BRASIL, 2007b)

Por outro lado, apesar de 45% dos profissionais afirmarem dispor dos kits de higiene dental, 20% ainda é desassistida e não recebem os materiais, o que dificulta o acesso a dentifrícios fluoretados de uso cotidiano para parte da população.

Um ponto negativo ainda observado dentre as UBS que participaram da pesquisa relacionado ao quesito 11, nenhuma delas possui o escovódromo para realização de higiene e fisioterapia oral. Vale destacar que existe um escovódromo móvel e este pode ser requerido na Prefeitura para utilização através de agendamento prévio.

O quesito 12 de Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, que verifica os materiais: espátula de madeira, gaze, sugador e rolete de algodão, confirmou que 65% das UBS possuem estes materiais a sua disposição para utilização, dados representados pela Figura 05.

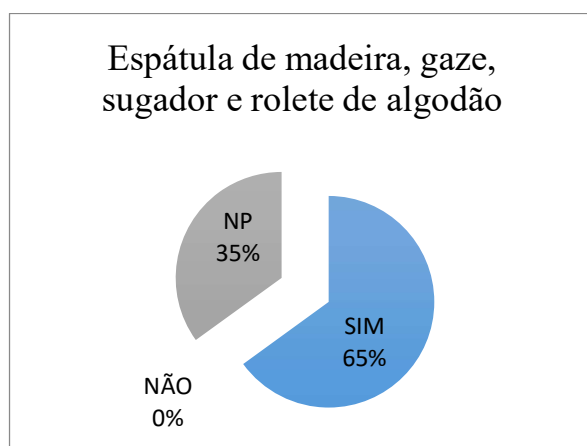


Figura 05 - Gráfico referente ao quesito 12) Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.

Outro ponto observado durante a pesquisa é que o evidenciador de placa é encontrado em 45% das ESB, enquanto 20% não tem acesso a esse material e 35% não participaram, como visto na Figura 05 abaixo. O evidenciador de placa é um indicador para planejar ações educativas, pois reforça visualmente a presença da placa bacteriana a ser removida em ação coletiva na escola ou mesmo nas UBS. (BRASIL, 2007b)

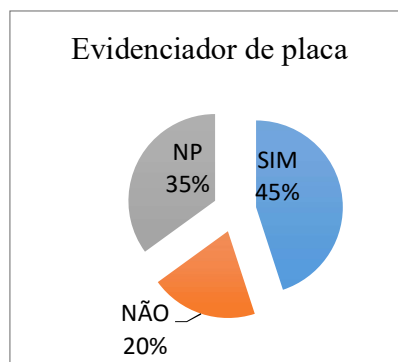


Figura 06 - Gráfico referente ao quesito 13) Evidenciação de placa bacteriana.

Apenas 2% das ESB afirmaram não ter as Curetas periodontais no quesito de Raspagem, alisamento e polimento supragengivais e subgengivais, 68% declararam ter esses materiais e 30% não participaram, de acordo com os resultados expostos na Figura 07. Observou-se ainda que, em 43% das UBS encontram-se no mínimo um aparelho de ultrassom odontológico, 27% alegam não dispor desse aparelho e 30% não participaram.

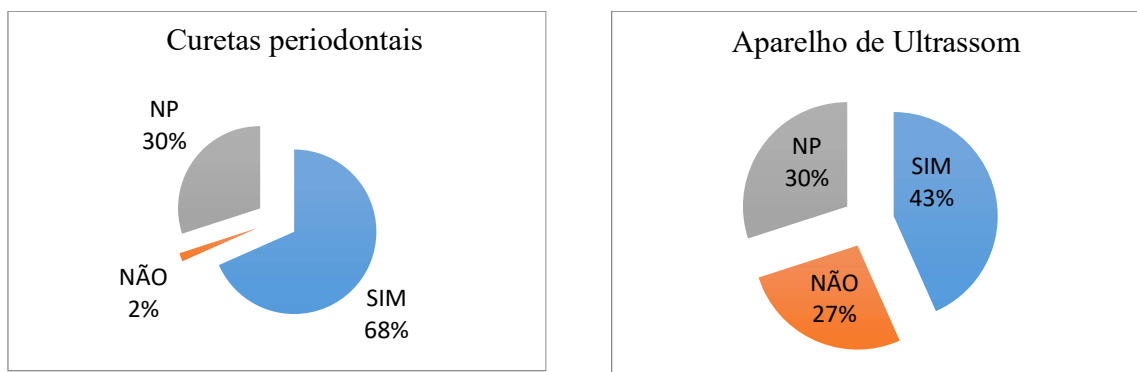


Figura 07 - Gráfico referente ao quesito 14) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais e subgengivais.

Após análise dos dados referentes aos tratamentos restauradores, percebe-se novamente que existe uma inconsistência com relação à escolha de procedimentos clínicos, ou seja, infere-se que não há um protocolo que direcione os profissionais durante os atendimentos e na escolha do tratamento indicado para cada situação. Exemplo disso, observado na Figura 08, é o caso da aplicação de selantes, realizado por 28% dos profissionais odontólogos que trabalham nas ESB, e não utilizado por 42% dos profissionais.

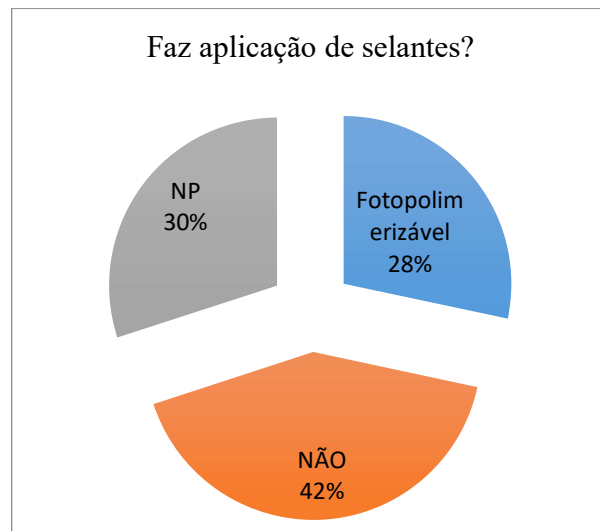


Figura 08 - Gráfico referente ao quesito 15 Aplicação de selante (por dente).

Sobre o quesito 16, quanto ao selamento provisório da cavidade dentária, 35% dos profissionais utilizam o Cimento de Ionômero de Vidro, 29% realizam o selamento com o Óxido de Zinco e Eugenol, 15% usam o Restaurador provisório IRM, 4% fazem uso de outros materiais e 17% não participaram, como disposto na Figura 09. Nota-se que a maioria dos profissionais fazem uso de pelo menos um tipo de selamento provisório, sendo que a maioria opta pelo Cimento de Ionômero de Vidro.

Mesmo que existam atualmente fortes evidências que a remoção parcial do tecido cariado apresenta resultados terapêuticos favoráveis, sendo o risco de exposição pulpar reduzido comparado à remoção total de tecido cariado, (RICKETTS, 2001; BJØRNDAL *et al.*, 2010; SCHWENDICKE *et al.*, 2013; LEKSELL *et al.*, 2016) não existe uma clareza dos profissionais quanto a indicação e uso de cada material, assim como não está evidente a compreensão do papel do selamento provisório como protetor da polpa, cariostático e de adequação do meio bucal, quando

realizado com Cimento de Ionômero de Vidro. (KING, CRAWFORD, LINDAHL, 1965; BJØRNDAL e LARSEN, 2000; MALTZ *et al.*, 2007)

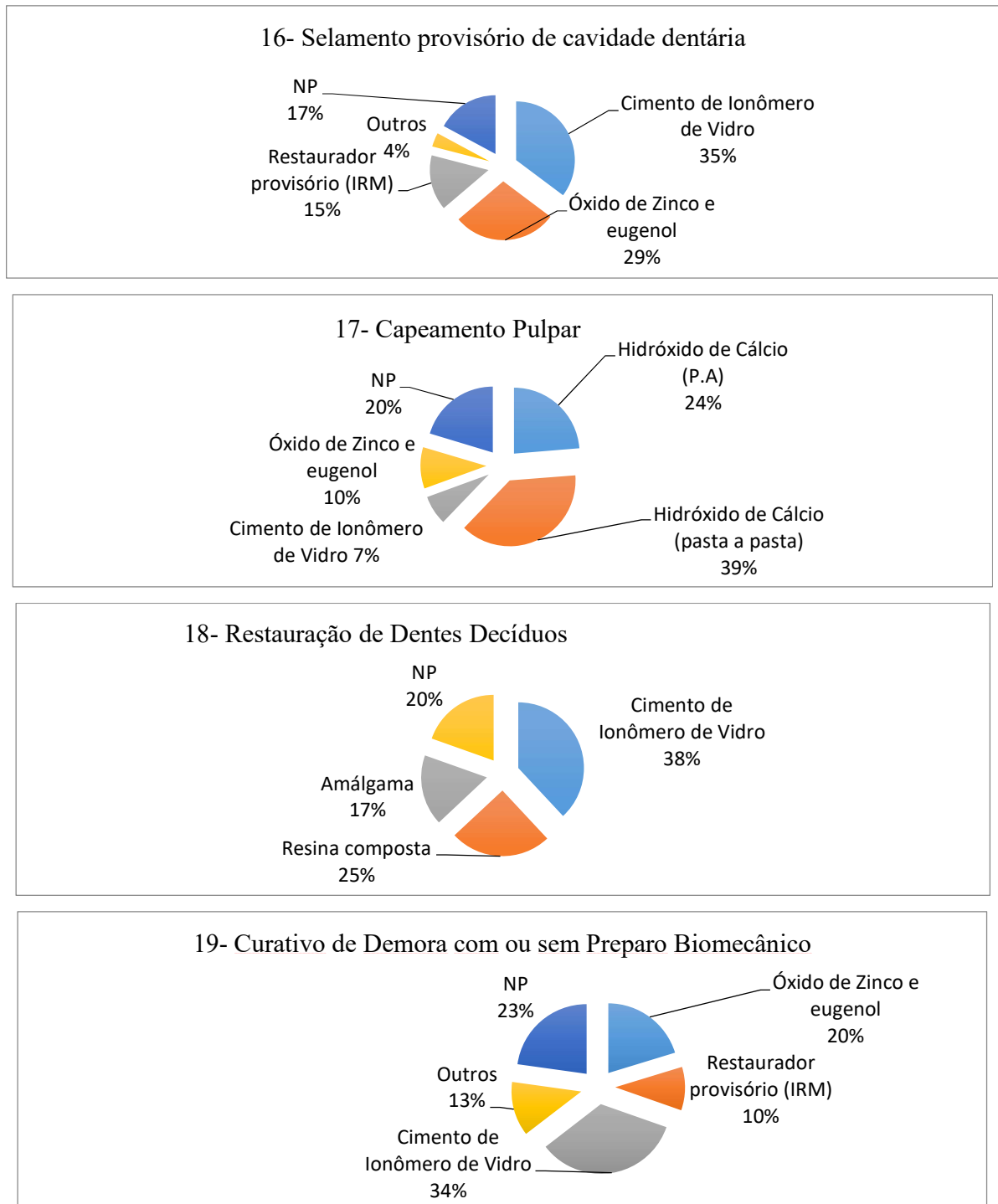


Figura 09 - Gráfico referente aos quesitos de 16 a 19 sobre Procedimentos Restauradores.



Sobre o Capeamento Pulpar, a maioria dos profissionais afirmaram usar o Hidróxido de Cálcio, seja P.A. (24%) ou pasta/pasta (39%), para os procedimentos de capeamento pulpar, e somente 9 % relataram fazer o uso do CIV. Sabe-se, no entanto, que o capeamento pulpar direto, com uso do Hidróxido de cálcio tem altas taxas de insucesso clínico. As taxas de sucesso do tratamento de lesões profundas de cárie reduzem drasticamente quando ocorre exposição pulpar. Mesmo quando realizado capeamento pulpar direto, na presença de tecido cariado, as taxas de sucesso são muito baixas. (JARDIM, SIMONETTI, MALTZ, 2015)

Quanto a restaurações de dentes decíduos, 38% dos profissionais odontólogos dão preferência ao Cimento de Ionômero de vidro, 25% utilizam Resina Composta, 17% usam o Amálgama e 20% não participaram, conforme análise quesito 18 na Figura 09.

Sabe-se que o CIV é um material versátil, e respeitando suas indicações, pode ser grande aliado em procedimentos preventivos e até, em alguns casos, restauradores. Além disso, o CIV proporciona selamento temporário de cavidades durante a etapa de adequação do meio bucal em pacientes de alto risco à cárie. (FRENCKEN *et al.*, 2012) Entretanto, mesmo com evidências concretas, menos de 50% dos profissionais afirmaram usá-lo como restaurações definitivas em dentes decíduos quando há indicação. (SILVA, 2011; LOPES, 2015)

Quando questionados sobre os curativos de demora com ou sem preparo biomecânico, 34% utilizam o CIV, 20% Óxido de Zinco e Eugenol, 10% IRM, 13% empregam outros tipos de materiais e 23% não participaram. Comparando os dados dos quesitos 16 e 19, o Óxido de Zinco e Eugenol é utilizado por 20% dos profissionais quando realizam o curativo de demora e 29% empregam esse material em selamento provisório como mostra a Figura 09. Foi verificado ainda que não há um discernimento entre o selamento provisório e o curativo de demora, e em que situações devem empregar cada material.

Sobre o procedimento de pulpotomia dentária e qual a medicação intra-canal de escolha, 38% dos cirurgiões dentistas afirmaram não realizar Pulpotomia dentária nas UBS, enquanto 32% realizam o procedimento. Dos profissionais que realizam a pulpotomia, 26% afirmam que o Hidróxido de Cálcio P.A é o material de eleição, 2% optam pelo Otosporin, 2% utilizam o Iodofórmio, 3% utilizam o Formocresol, 8% fazem uso do Paramonoclorofenol Canforado, 13% disseram usar outros tipos de materiais e 46% não participaram. Portanto, todos os dados descritos acima, reforçam a ideia de que não há um protocolo capaz de direcionar e atualizar os profissionais

de acordo com os avanços científicos na área da Odontologia Minimamente Invasiva, e o que cada situação clínica exige.

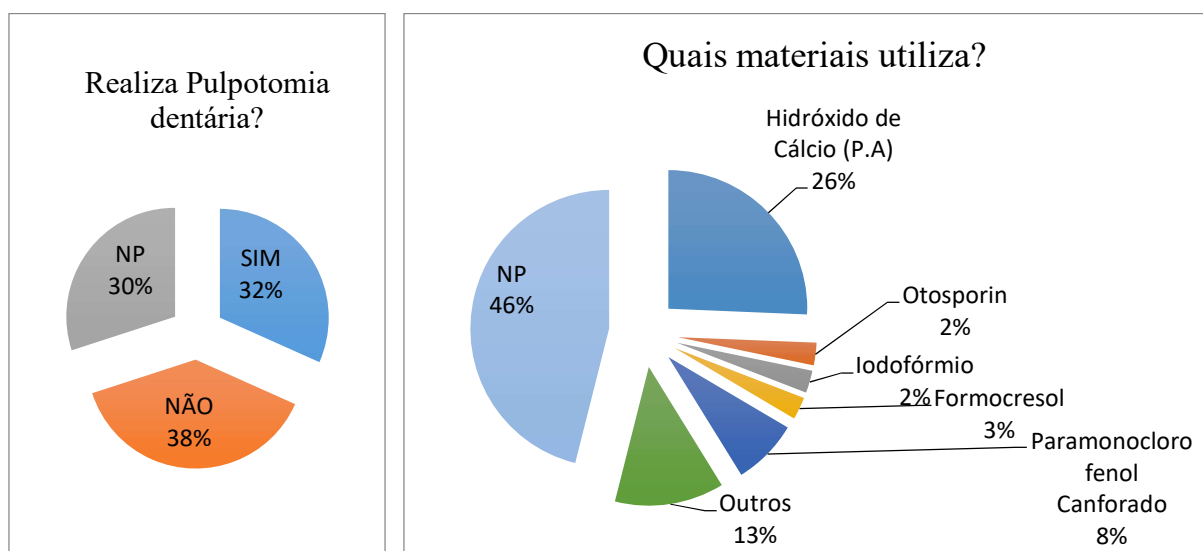


Figura 10 - Gráficos referentes ao quesito 20 sobre Pulpotomia dentária (Medicação intra-canal).

De acordo com os dados da pesquisa, a técnica do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) é do conhecimento de 67% dos profissionais, 3% disseram não conhecer a técnica e 30% não participaram. Em relação ao seu uso, 52% dos profissionais declararam utilizar a técnica, 18% alegaram não fazer uso e 30% não participaram, conforme os dados da Figura 11.

Atualmente, o TRA é entendido como uma abordagem minimamente invasiva que compreende medidas preventivas, terapêuticas e restauradoras em relação à cárie dental e no controle dessa doença, é um sistema preventivo que pode ser desenvolvido sem a necessidade de todo o equipamento tradicionalmente usado em Odontologia. (NAVARRO, 2015)

Enfim, percebe-se que o TRA apesar de ter potencial para contribuir vantajosamente com a condição de trabalho nas ESB, não é adotado por todos profissionais da atenção básica do município de Aracaju-SE. Quando utilizado, seu uso fica restrito ao ambiente da UBS, existindo uma resistência dos profissionais em utilizar o TRA em espaços comunitários ou em visitas domiciliares realizadas junto aos outros profissionais das ESF. Segundo os autores Figueiredo, Lima e Moura (2012), as razões podem incluir o desconhecimento da técnica ou a falta de

segurança, por parte destes profissionais, em relação à sua operacionalidade ou à qualidade e longevidade das restaurações produzidas fora do ambiente clínico dos postos de saúde.

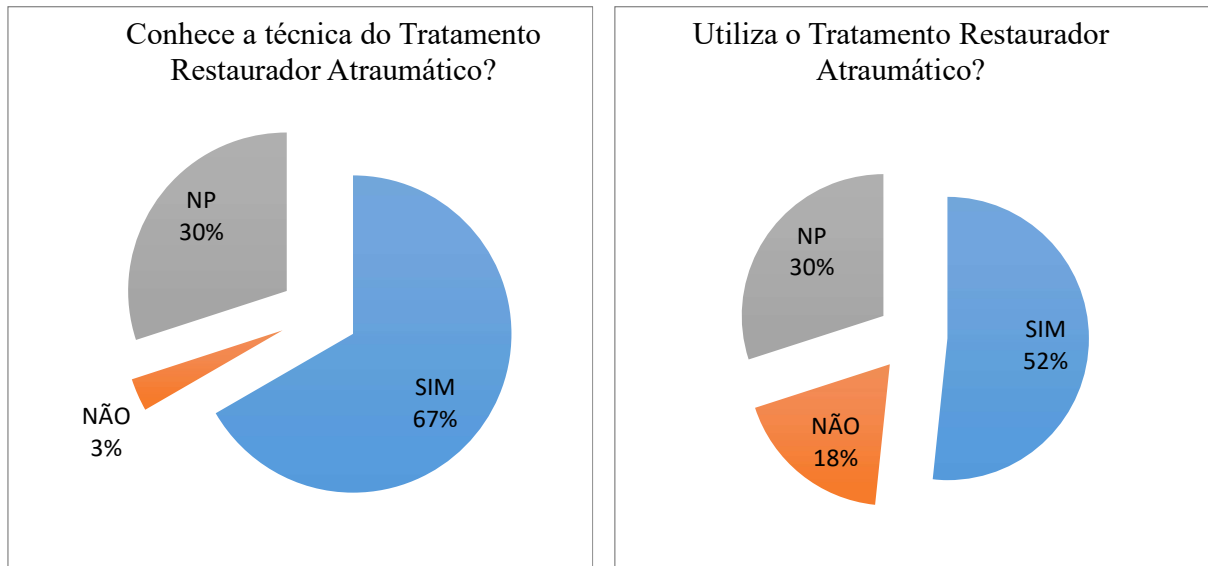


Figura 10 - Gráficos referentes ao quesito 21 sobre Tratamento Restaurador Atraumático (TRA).

Apesar dos resultados apresentados pelas variáveis independentes, ou seja, da estrutura física e de recursos humanos, foi observado na pesquisa de campo que existe sim, uma deficiência de insumos em alguns estabelecimentos que prestam serviços odontológicos pelo SUS. Porém, também foi constatado que os insumos básicos necessários para atenção primária, como tratamentos preventivos, fluorterapia, profilaxia e TRA estão disponíveis em todas as UBS. Através desses resultados descritivos, pode-se inferir que existe uma falta de esclarecimento por parte do cirurgião dentista de qual seria a sua função e o papel que ele deve desempenhar enquanto profissional integrante da ESB, uma vez que relatam carência de materiais, mesmo demonstrando falta de conhecimento relacionado ao uso dos mesmos, e estruturas que não são essencialmente preventivas, mas sim curativas. Nota-se que não sabem da existência de protocolos e diretrizes, ou mesmo uma capacitação permanente monitorada pelo órgão responsável da sua contratação. Sendo assim, não há uma garantia que os serviços sejam prestados de forma adequada. Surge aqui, uma questão majoritariamente de gestão de recursos e capacitação e/ ou atualização dos profissionais para o melhor direcionamento dos serviços prestados à saúde pública.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

A partir dos resultados obtidos, conclui-se que os profissionais operam conforme seus conhecimentos e suas escolhas, ou seja, as Unidades Básicas de Saúde não adotam um protocolo de atendimento padronizado para realização dos procedimentos.

Foi possível constatar que os cirurgiões dentistas que atuam na rede pública de saúde do município relatam não dispor de educação continuada e permanente no que concerne a Odontologia Minimamente Invasiva.

Nota-se que há uma resistência dos profissionais em utilizar o TRA em espaços comunitários ou em visitas domiciliares, o que reflete que os profissionais não obtêm informações suficientes sobre a técnica e as vantagens proporcionadas pelo uso do TRA, bem como a importância que ela tem quando utilizada no público infantil.

Ainda, pode-se inferir que existe uma falta de esclarecimento por parte dos cirurgiões dentistas, sobre qual é a política preconizada pelo SUS e qual deve ser sua função enquanto profissional integrante da ESB.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BAFFI PELLEGRINETTI, M.; PETROSSI IMPARATO, J. C.; BRESSAN, M. C.; PINHEIRO, S. L.; ECHEVERRIA, S. Avaliação da retenção do cimento de ionômero de vidro em cavidades atípicas restauradas pela técnica restauradora atraumática. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 3, 2005.
  
2. BAÍA, K. L. R.; SALGUEIRO, M. C. C. Promoção de saúde bucal através de um Programa Educativo-preventivo-curativo utilizando a Técnica Restauradora Atraumática (ART). **Rev. ABO nac**, v. 8, n. 2, p. 98-107, 2000.
  
3. BARTHEL, Claudia Roxane, ROSENKRANZ, Bianca, LEUENBERG, Ariane, ROULET, Jean-François. Pulp capping of carious exposures: treatment outcome after 5 and 10 years: a retrospective study. **Journal of Endodontics**, v. 26, n. 9, p. 525-528, 2000.
  
4. BJØRNDAL, L.; LARSEN, T. Changes in the cultivable flora in deep carious lesions following a stepwise excavation procedure. **Caries research**, v. 34, n. 6, p. 502-508, 2000.
  
5. BJØRNDAL, Lars, REIT, Claes, BRUUN, Gitte, MARKVART, Merete, KJAELDGAARD, Marianne, NASMAN, PEGGY *et al.*. Treatment of deep caries lesions in adults: randomized clinical trials comparing stepwise vs. direct complete excavation, and direct pulp capping vs. partial pulpotomy. **European journal of oral sciences**, v. 118, n. 3, p. 290-297, 2010.
  
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
  
7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde [citado 2003 Ago 20]. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br>.
  
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004a.
  
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). O SUS de A a Z, 2004b. [acesso em 13 de fevereiro de 2018] Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003- resultados principais. Brasília; 2004c. [acesso em 10 de fevereiro de 2018] Disponível em: [http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art\\_epid.htm](http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_epid.htm).
11. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a.
12. BRASIL. Ministério da Educação. Programa Saúde nas escolas. Brasília, 2007b. [acesso 19/02/2018] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Assistência de Média e Alta complexidade no SUS, 2007c. [acesso em 10 de fevereiro de 2018] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>
14. BRASIL. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde – SUBPAV. Carteira de Serviços: Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2010.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você- acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 2017a.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Histórico e cobertura. Brasília, 2017b. [acesso em 11 de fevereiro de 2018] Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
17. CERQUEIRA, R. A. S. Atenção à saúde bucal no Estado de Sergipe: saberes e tecnologias para a implantação de uma política. 1ª Edição. Aracaju: Fundação Estadual de Saúde-FUNESA, 2011.
18. DE FIGUEIREDO, C. H.; LIMA, F. A.; DE MOURA, K. S. Tratamento restaurador atraumático: avaliação de sua viabilidade como estratégia de controle da cárie dentária na saúde pública. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 109-118, 2012.
19. DE LIMA, D. C.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S. Tratamento restaurador atraumático e sua utilização em saúde pública. **Rgo**, v. 56, n. 1, p. 75-79, 2008.

20. FRENCKEN, J. E. Proyecto de atención de salud bucal para refugiados. **Dent World**, v. 1, p. 20-4, 1992.
21. FRENCKEN, J.; PILOT, T.; PHANTUMVANIT, P. **Atraumatic Restorative Treatment: Technique of Dental Caries**. WHO Collaborating Centre for Oral Health Services Research, University of Groningen, 1994.
22. FRENCKEN, J. E.; MAKONI, F.; SITHOLE, W. D. Atraumatic Restorative Treatment and Glass-Ionomer Sealants in a School Oral Health Programme in Zimbabwe: Evaluation after 1 Year. **Caries research**, v. 30, n. 6, p. 428-433, 1996.
23. FRENCKEN, J. E.; HOLMGREN, C. J. **Tratamento restaurador atraumático (ART) para a cárie dentária**. Santos, 2001.
24. FRENCKEN, J. E., VAN'T HOF, M.A., VAN AMERONGEN, W.E., HOLGREN, C.J. Effectiveness of single-surface ART restorations in the permanent dentition: a meta-analysis. **Journal of Dental Research**, v. 83, n. 2, p. 120-123, 2004.
25. FRENCKEN, J. E.; LEAL, S. C.; NAVARRO, M. F. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: a comprehensive overview. **Clinical oral investigations**, v. 16, n. 5, p. 1337-1346, 2012.
26. FUNESA – Fundação Estadual de Saúde. Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe – Saberes e tecnologias para implantação de uma política. Livro do aprendiz 7/ Fundação Estadual de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe – Aracaju, 2011.
27. GARBIN, C. A. S., SUNDFELD, Renato H., SANTOS, Karina T., CARDOSO, Jader D., Aspectos atuais do tratamento restaurador atraumático. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 13, n. 1, 2008.
28. HOLMGREN, C. J.; FIGUEREDO, M. C. Two decades of ART: improving on success through further research. **Journal of Applied Oral Science**, v. 17, n. SPE, p. 122-133, 2009.
29. IMPARATO, J. C. P. (Org). Tratamento Restaurador Atraumático (ART): Técnicas de Mínima Intervenção para o Tratamento de Doença Cárie Dentária. **Editora Maio, Curitiba, Brasil**, 2005

30. JARDIM, Juliana Jobim; SIMONETTI, Miriam Nunes Doedge; MALTZ, Marisa. Remoção parcial de tecido cariado em dentes permanentes: seis anos de acompanhamento. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 20, n. 1, 2015.
  
31. KING, James B.; CRAWFORD, James J.; LINDAHL, Roy L. Indirect pulp capping: a bacteriologic study of deep carious dentine in human teeth. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 20, n. 5, p. 663-671, 1965.
  
32. LEAL, S. C.; NAVARRO, M. F. L.; FRENCKEN, J. E. Potencialização do tratamento restaurador atraumático. **Pro-Odonto Prevenção**, v. 5, n. 4, p. 103-39, 2012.
  
33. LEKSELL, E., RIDELL, K., CVEK, M., MEJÀRE, L., Pulp exposure after stepwise versus direct complete excavation of deep carious lesions in young posterior permanent teeth. **Dental Traumatology**, v. 12, n. 4, p. 192-196, 1996.
  
34. LOPES, Telmo Filipe Tavares. **Ionómero de vidro vs. resina composta em odontopediatria**. 2015. Tese de Doutorado. [sn].
  
35. MALTZ, M., OLIVEIRA, E.F., FONTANELLA, V., CARMINATTI, G. Deep caries lesions after incomplete dentine caries removal: 40-month follow-up study. **Caries Research**, v. 41, n. 6, p. 493-496, 2007.
  
36. MASSARA, M. L. A.; WAMBIER, D. S.; IMPARATO, J. C. P. Tratamento restaurador atraumático. **Massara MLA, Rédua PCB (coordenadores). Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria**. São Paulo: Santos, p. 156-63, 2012.
  
37. MASSARA, Maria de Lourdes de Andrade, IMPARATO, J. C. P., WAMBIER, D. S., NORONHA, J. C., RAGGIO, D. P., BONECKER, M. Tratamento restaurador atraumático modificado (ARTm). **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 3, p. 303-306, 2012.
  
38. MASSONI, A. C. L. T.; PESSOA, Caroline Pereira; OLIVEIRA, Andressa Feitosa Bezerra de. Tratamento restaurador atraumático e sua aplicação na saúde pública. **Rev Odontol UNESP**, v. 35, n. 3, p. 201-207, 2006.



39. MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde**. 1993. p. 19-91.
  
40. MENEZES, s. C., KICH, D. F., JÚNIOR, J. D., SANTOS, R. C. A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe. 1ª Edição. Aracaju: Fundação Estadual de Saúde-FUNESA, 2011.
  
41. NAVARRO, Maria Fidela de Lima, LEAL, Soraya Coelho, MOLINA, Gustavo Fabián, VIL-LENA, Rita Sarmiento. Tratamento Restaurador Atraumático: atualidades e perspectivas. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 69, n. 3, p. 289-301, 2015.
  
42. OLIVEIRA, Silvio Luiz de. Tratado de metodologia científica. **São Paulo: Pioneira**, v. 2, 1997.
  
43. OLIVEIRA, A. G. R. C., ARCIERI, R. M., UNFER, B., COSTA, I. C.C., MORAES, E. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação coletiva**, v. 2, n. 1, p. 9-14, 1999.
  
44. PAIVA, Lilian Fernanda Santos; FIDALGO, Tatiana Kelly da Silva; MAIA, Lucianne Cople. Mineral content of ionomer cements and preventive effect of these cements against white spot lesions around restorations. **Brazilian oral research**, v. 28, n. 1, p. 1-9, 2014.
  
45. RICKETTS, D\_. Restorative dentistry: Management of the deep carious lesion and the vital pulp dentine complex. **British dental journal**, v. 191, n. 11, p. 606, 2001.
  
46. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde* Rio de Janeiro: SUBPAV/SAP; agosto/2010.
  
47. RIOS, L. E.; ESSADO, R. E. P. Tratamento Restaurador Atraumático: conhecimento, uso e aceitação entre os Cirurgiões Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia [Trabalho de Conclusão de Especialização]. **Goiânia: UFGO**, 2003.
  
48. ROCHA, Paulo de Medeiros, UCHOA, Alice da C., ROCHA, Nadja de Sá P.D., DE SOUZA, Elizabete C. F. ROCHA, Marconi de Lima, PINHEIRO, Themis X. A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s69-s78, 2008.

49. SCHWENDICKE, F., STOLPE M., MEYER-LUECKEL, H., PARIS, S., DORFER, CE. Cost-effectiveness of one-and two-step incomplete and complete excavations. **Journal of Dental Research**, v. 92, n. 10, p. 880-887, 2013.
50. SILVA, Francisco Wanderley Garcia de Paula, DE QUEIROZ, Alexandra Mussolino, DE FREITAS, Aldevina Campos, ASSED, Sada. Utilização do ionômero de vidro em odontopediatria. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 10, n. 1, p. 13-17, 2011.

## 8. APÊNDICES:

### APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE  
SERGIPE**



**INTEGRADA  
À HISTÓRIA  
DE SERGIPE**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** (Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Título da pesquisa: “O perfil das atividades preventivas e restauradoras em crianças com idade escolar na cidade de Aracaju-SE”.

Nome do (a) pesquisador (a): Sandra Zenere Bugs

Nome do (a) orientador (a): Dr<sup>a</sup> Lilian Fernanda Santos Paiva

O (a) sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário, de um projeto de pesquisa universitária para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. A pesquisa tem como título "O perfil das atividades preventivas e restauradoras em crianças com idade escolar na cidade de Aracaju-Se" e a finalidade do estudo é analisar os tipos de tratamentos preventivos e restauradores baseados em odontologia minimamente invasiva que estão sendo realizados nas Unidades Básicas de Saúde pelos cirurgiões dentistas, em crianças com idade escolar na cidade de Aracaju-SE.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista com aplicação de um questionário composto por 25 questões. O entrevistado participará da pesquisa de forma voluntária, tendo a liberdade de recusar-se ou continuar participando em qualquer fase, sem qualquer prejuízo ou penalidade. Sempre que quiser, o participante poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe. Após ser esclarecido(a) sobre as informações do projeto, e aceitando fazer parte do estudo, o (a) participante voluntário(a) deve assinar este documento em duas vias. Uma via permanecerá com o (a) participante voluntário(a), e a outra será entregue a pesquisadora responsável. Em caso de recusa, nenhum profissional será penalizado de qualquer forma.

O questionário será aplicado pessoalmente pela pesquisadora supracitada que irá até as Unidades Básicas de Saúde. O tempo médio da entrevista será de 15 minutos.

Os(as) participantes desta pesquisa estarão sujeitos a sofrerem algum incômodo ou constrangimento durante o preenchimento do questionário aplicado pelo pesquisador. Contudo, você tem a liberdade de só responder as questões que não lhe causem desconforto e lhe asseguramos o anonimato.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente secretas, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico - financeiro. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

Ao participar desse estudo o(a) sr.(a) tem o direito assegurado com relação ao desenvolvimento da pesquisa, podendo solicitar ou receber quaisquer esclarecimentos antes, durante ou depois da realização da pesquisa. Esta experiência tem por finalidade transmitir informações importantes para os profissionais da saúde bucal, e alertá-los sobre os benefícios da realização do Tratamento Restaurador Atraumático, uma possibilidade terapêutica dentro da odontologia minimamente invasiva. O (a) sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Os dados serão publicados no trabalho de conclusão de curso da pesquisadora participante citada acima.

#### Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

CRO \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a) responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a) orientador (a)

**Pesquisador:** Sandra Zenere Bugs RG 8.013.976-4

Telefones para contato: (79) 99122-8596 email: sandrazenere@hotmail.com

Av. Oceânica, 1025, apartamento 101, Bairro Atalaia, Aracaju-Se

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Lilian Fernanda Santos Paiva CRO-SE 1762

Telefone para contato: (79) 99860-9141

**Comitê de ética e pesquisa da UFS:** (79) 3194-7208 - E-mail: cephu@ufs.br

Av. Marechal Rondon, s / n - Jd. Rosa Elze, São Cristóvão - SE, 49100-00

**APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CIRURGIÕES DENTISTAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE ARACAJU**

<b>GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS</b>						
ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participam (NP)	NP %
1-) Os equipamentos necessários estão em condições de uso para o exercício de suas atividades?	26	43,33	13	21,67	21	35
2-) Disponibiliza materiais e insumos adequados e em quantidades suficientes para o exercício de suas atividades?	16	26,67	23	38,33	21	35
3-) Realiza manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposição de peças?	37	61,67	2	3,33	21	35
4-) Possui mecanismo de controle de estoque e reposição dos materiais e insumos disponibilizados?	32	53,33	7	11,67	21	35
5-) Materiais, insumos e equipamentos são armazenados/acondicionados de forma adequada?	34	56,67	5	8,33	21	35

<b>GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E DO CUIDADO</b>						
ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participam (NP)	NP %
6-) Há sistema/mecanismo de contrarreferência efetivo garantido mediante alta responsável e articulação com a equipe que dará continuidade ao cuidado?	2	3,33	37	61,67	21	35
7-) O estabelecimento possui mecanismos para controlar o fluxo de pacientes?	36	60,00	3	5,00	21	35
8-) O estabelecimento possui protocolos/diretrizes clínicos formalmente instituídos e acessíveis na rede de atenção à saúde?	3	5,00	36	60,00	21	35
9-) Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado atendimento de retorno, caso seja necessário?	35	58,33	4	6,67	21	35

PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS							
10 - Atividade Educativa/Orientação em grupo na atenção básica.							
	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP %
	Macro modelo com escova dental associada, modelo com evolução das doenças cárie e periodontal	39	65	0	0	21	35
	Fio dental	39	65	0	0	21	35
	Material didático diverso considerado necessário, tais como: álbum seriado, fantoches, fantasias, etc.	0	0	39	65	21	35

11 - Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel.							
	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP %
	Escova dental que compõe o Kit de higiene dental distribuído pela Comissão de Saúde Bucal (CSB)	27	45	12	20	21	35
	Flúor gel	39	65	0	0	21	35
	Kit Clínico <sup>I</sup> + EPIs <sup>II</sup>	39	65	0	0	21	35
	Escovário	0	0	39	65	21	35

12 - Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.							
	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não participaram(NP)	NP %
	Espátula de madeira	39	65	0	0	21	35
	Compressa de gaze esterilizada	39	65	0	0	21	35
	Sugador	39	65	0	0	21	35

	Roleta de algodão	39	65	0	0	21	35
--	-------------------	----	----	---	---	----	----

### 13 - Evidenciação de placa bacteriana.

	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP
	Evidenciador de placa	27	45	12	20	21	35
	Escovário	0	0	39	65	21	35

### 14 - Raspagem, alisamento e polimento supragengivais e subgengivais

	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP
	Curetas periodontais	41	68,33	1	1,67	18	30
	Aparelho de ultrassom	26	43,33	16	26,67	18	30

## PROCEDIMENTOS RESTAURADORES

### 15 - Aplicação de selante (por dente)

	MATERIAIS	SIM	Fotopolimerizável %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP %
	Utiliza?	17	28,3	25	41,7	18	30
	Fotopolimerizável	42	70,0	0	0,0	18	30

### 16- Selamento provisório de cavidade dentária

	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP %
--	-----------	-----	-------	-----	-------	-----------------------	------

	Cimento de Ionômero de Vidro	37	61,7	5	8,3	18	30
	Óxido de Zinco e eugenol	30	50,0	12	20,0	18	30
	Restaurador provisório (IRM)	16	26,7	26	43,3	18	30
	Outros	4	6,7	38	63,3	18	30

17 - Capeamento pulpar							
	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP %
	Hidróxido de Cálcio (P.A)	21	35,0	21	35,0	18	30
	Hidróxido de Cálcio (pasta a pasta)	34	56,7	8	13,3	18	30
	Cimento de Ionômero de Vidro	6	10,0	36	60,0	18	30
	Óxido de Zinco e eugenol	9	15,0	33	55,0	18	30

18 - Restauração de dente decíduo							
	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP %
	Cimento de Ionômero de Vidro	35	58,3	7	11,7	18	30
	Resina composta	23	38,3	19	31,7	18	30
	Amálgama	16	26,7	26	43,3	18	30

19 - Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico							
	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP
	Óxido de Zinco e eugenol	16	26,7	26	43,3	18	30



	Restaurador provisório (IRM)	8	13,3	34	56,7	18	30
	Cimento de Ionômero de Vidro	27	45,0	15	25,0	18	30
	Outros	10	16,7	32	53,3	18	30

## 20 - Pulpotomia dentária (Medicação intra-canal)

	MATERIAIS	SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP %
	Realiza o procedimento?	19	31,7	23	38,3	18	30
	Hidróxido de Cálcio (P.A)	10	16,7	32	53,3	18	30
	Otosporin	1	1,7	41	68,3	18	30
	Iodofórmio	1	1,7	41	68,3	18	30
	Formocresol	1	1,7	41	68,3	18	30
	Paramonoclorofenol Canforado	3	5,0	39	65,0	18	30
	Outros	5	8,3	37	61,7	18	30


## 21 - Tratamento restaurador atraumático

		SIM	SIM %	NÃO	NÃO %	Não Participaram (NP)	NP %
	Tem conhecimento da técnica	40	66,7	2	3,3	18	30
	Utiliza?	31	51,7	11	18,3	18	30

I Kit clínico: Espelho bucal, sonda exploradora, colher de dentina, pinça clínica, gaze.

II EPIs: Luva de procedimento, gorro, máscara, óculos de proteção e jaleco.

# **APÊNDICE C: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (CEPS) DE ARACAJU**



Prefeitura Municipal de Aracaju  
Secretaria Municipal de Saúde  
Centro de Educação Permanente da Saúde  
**CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PESQUISAS**

Parat: 44 UBS

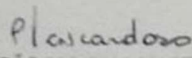
Prezado Coordenador(a),

Considerando a parceria e o compromisso de formação no/para o SUS em nossas Redes de Atenção, como parte estruturante da Integração Ensino-Serviço, vienes apresentar a estudante de graduação **SARLRA ZENERE BUGS**, conforme autorização prévia do Memorando nº 078/2018/CEPS, a fim de que possa desenvolver as atividades necessárias para realização de sua pesquisa, conforme detalhamento a seguir.

Instituição de Ensino	Universidade Federal do Sergipe
Curso vinculado	Odontologia
Nível do Curso	Graduação
Título da Pesquisa	O perfil das atividades preventivas e restauradoras em crianças com idade escolar na cidade de Aracaju/SE.
Professor Orientador	Lilian Fernanda Paiva
Objetivo de estudo	Analisar o perfil das atividades preventivas e restauradoras baseadas na odontologia minimamente invasivas realizadas nas Unidades de Saúde Básicas em crianças com idade escolar na cidade de Aracaju/SE.
Local de pesquisa	44 UBS
Período de coleta	Abril, maio e junho de 2018

Agradecemos antecipadamente seu apoio e colaboração e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Aracaju, 19 de abril de 2018.



**JOÃO SAMPAIO MARTINS**  
Coordenação do Centro de Educação Permanente da Saúde  
Matrícula nº 27.804  
Centro de Educação Permanente da Saúde  
Coordenador  
MAT 438.804

CEPS – CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
Rua Sergipe, 1001 – Bairro Siqueira Campos- CEP 49000-000 – ARACAJU-SE  
E-MAIL: [ceps.estagios@aracaju.se.gov.br](mailto:ceps.estagios@aracaju.se.gov.br) – Tel: 37 11-0903/ 98114-5511

## 9. ANEXOS:

### ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PERFIL DAS ATIVIDADES PREVENTIVAS E RESTAURADORAS EM CRIANÇAS COM IDADE ESCOLAR NA CIDADE DE ARACAJU-SE

**Pesquisador:** LILIAN FERNANDA SANTOS PAIVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 87450618.0.0000.5546

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.688.740

##### Apresentação do Projeto:

O PERFIL DAS ATIVIDADES PREVENTIVAS E RESTAURADORAS EM CRIANÇAS COM IDADE ESCOLAR NA CIDADE DE ARACAJU-SE

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** analisar o perfil das atividades preventivas e restauradoras baseadas em odontologia minimamente invasiva realizadas nas unidades de saúde básica em crianças com idade escolar na cidade de Aracaju-SE.

**Objetivos Secundários:** investigar se os profissionais do setor público dispõem de educação continuada e permanente, ou de protocolos de atendimentos baseados na odontologia minimamente invasiva, ou mais especificamente, o TRA; Verificar através de um levantamento estatístico, a prevalência de atendimentos restauradores e preventivos realizados com a técnica convencional e de TRA pelos profissionais da rede pública de saúde.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** os participantes desta pesquisa estarão sujeitos a sofrerem algum incômodo ou constrangimento durante o preenchimento do questionário aplicado pelo pesquisador. No entanto é informado que caso isso ocorra, o participante tem a liberdade de desistir do processo a qualquer momento sem quaisquer prejuízo ou penalidade.

**Benefícios:** foi informado que a pesquisa poderá ser utilizada pelas Equipes de Saúde Bucal com

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.080-110

E-mail: cephu@ufs.br

## UFS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.688.740

caráter informativo e conscientizador no que concerne ao Tratamento Restaurador Atraumático, além de ser um procedimento que envolve baixos custos econômicos. Não foi informado os benefícios para os participantes da pesquisa.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de campo onde será realizado um levantamento com survey das atividades preventivas e restauradoras em crianças com idade escolar, através da aplicação de um questionário estruturado não disfarçado aos cirurgiões dentistas que trabalham nas UBS do município de Aracaju/SE. A intenção é verificar se os profissionais adotam o protocolo descrito no manual de Tratamento restaurador atraumático (TRA) sugerido pela Organização mundial de saúde (OMS), o qual indica o uso da técnica minimamente invasiva em casos onde o ambiente para o atendimento não disponibilize insumos e estruturas adequadas para a realização dos procedimentos, ou ainda quando é possível uma intervenção mais conservadora com intuito de preservar o máximo de estrutura dentária. Os princípios e fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), atenção primária à saúde e as diretrizes referentes à saúde bucal, fundamentaram esse projeto de estudo.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

FOLHA DE ROSTO: encontra-se de acordo com a resolução 466/12.

TCLE: é informado que a pesquisa tem por finalidade transmitir informações

importantes para os profissionais da saúde bucal e alertá-los sobre os benefícios da realização do Tratamento Restaurador Atraumático como uma possibilidade terapêutica dentro da odontologia minimamente invasiva.

CARTA DE ANUÊNCIA: encontra-se de acordo com a resolução 466/12.

ORÇAMENTO: dentro do previsto para o estudo.

CRONOGRAMA: adequar o cronograma na plataforma; não consta no cronograma "submissão ao CEP"; observar o intervalo entre a submissão e a avaliação pelo CEP.

OFÍCIO AO CEP: ciente

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplicam.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)3194-7208

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.888.740

Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1087083.pdf	15/05/2018 01:37:29		Aceito
Cronograma	cronogramaatualizado.pdf	15/05/2018 01:36:03	SANDRA ZENERE BUGS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPDF.pdf	15/05/2018 01:34:59	SANDRA ZENERE BUGS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoooriginal.pdf	04/04/2018 07:12:10	SANDRA ZENERE BUGS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficioassinado.pdf	04/04/2018 06:45:12	SANDRA ZENERE BUGS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuencia.pdf	04/04/2018 01:47:26	SANDRA ZENERE BUGS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	02/04/2018 03:52:54	SANDRA ZENERE BUGS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ARACAJU, 04 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Anita Herminia Oliveira Souza**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br