

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNASUS UNIFESP**

**TÍTULO: AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO TRATAMENTO
RESTAURADOR ATRAUMÁTICO PARA CÁRIE EM
ESCOLARES.**

NATALLY FREITAS DA SILVA

ORIENTADORA: PROF. DRA. MARILIA JESUS BATISTA

**SAO PAULO - SP
FEVEREIRO 2015**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 OBJETIVOS.....	05
2.1 Geral.....	05
2.2 Específicos	05
3 METODOLOGIA.....	06
3.1 Cenário da intervenção.....	06
3.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	06
3.3 Estratégias e ações	06
3.4 Avaliação e Monitoramento.....	07
4 RESULTADOS ESPERADOS	08
5 CRONOGRAMA	09
6 REFERÊNCIAS	10

1. Introdução:

A cárie dentária é caracterizada por uma doença, de etiologia multifatorial, pois o desenvolvimento da doença está relacionado a aspectos individuais, ambientais e microbiológicos⁽¹⁾. A cárie atinge as estruturas dentais, comprometendo sua vitalidade, sendo ainda considerada uma preocupação para a população⁽²⁾. Embora existam diversos métodos para a sua prevenção, a doença cárie se faz presente principalmente onde a população encontra-se carente de informações e condições para realizar um tratamento odontológico⁽³⁾.

Em caráter mundial, a cárie dentária é uma das doenças crônicas mais prevalentes, atingindo cerca de 90% da população mundial. No Brasil, por ser considerado um país multicultural e etnicamente diverso, nos deparamos com realidades diferentes. Nas últimas décadas, o país investiu em métodos para a prevenção da saúde bucal, expandindo para todo o território nacional, dentre esses métodos se faz presente a fluoretação da água de abastecimento público, bem como a ampliação do atendimento odontológico na rede pública do SUS (Sistema Único de Saúde)⁽⁴⁾.

Segundo o projeto SBBrasil 2010, os atendimentos odontológicos no SUS aumentaram 57%- saindo de 86 milhões para 147 milhões (Setembro/2010). De 2001 até 2003, 11% de todos os tratamentos odontológicos eram extrações dentárias, porém essa porcentagem veio diminuindo a partir de 2004, atingindo 5,2% em 2009. Contudo, obtivemos uma média de 400 mil dentes salvos por ano, o que se refere aproximadamente 2,5 milhões de dentes salvos no período de 2004 e 2009.⁽⁵⁾

Com a fluoretação da água, através da implantação de 600 sistemas de fluoretação de águas de abastecimento público no país, favorecendo mais de 5 milhões de pessoas, se reduziu cerca de 50% do risco de cárie.⁽⁵⁾

No Brasil, a prevalência e a severidade da cárie dentária têm apresentado queda na população infantil, tornando essenciais esses sistemas implantados no país para a prevenção da saúde bucal.⁽⁶⁾

As crianças apresentam baixa frequência de visitas ao dentista e elevado consumo de açúcar, tanto em forma líquida quanto sólida, principalmente em horário escolar⁽⁴⁾. Com isso, há uma dificuldade em realizar uma boa higienização bucal desta criança, contribuindo para uma elevação severa no índice de cárie.⁽⁸⁾

Analisando os altos índices de cáries, altas extrações dentais e difícil acesso da população ao tratamento odontológico em consultórios dentários, foi desenvolvido o método de prevenção ART (Tratamento Restaurador Atraumático),

com a finalidade de diminuição de extrações dentárias⁽⁹⁾. O ART é uma técnica simples, dispensando o uso de equipamentos odontológicos tradicionais e eletricidade, sendo necessários apenas instrumentos manuais para remoção dos tecidos cariados. É considerado um tratamento definitivo com uma técnica pouco invasiva, e requer restauração imediata da cavidade, utilizando um material restaurador adesivo, o cimento de ionômero de vidro.⁽⁷⁾

Na década de oitenta no oeste da África, o ART é criado como uma alternativa para proporcionar tratamento odontológico às populações impossibilitadas de cuidados restauradores convencionais. O baixo custo é um dos fatores que torna o ART uma alternativa viável, quando comparado às técnicas restauradoras convencionais. O tratamento é eficaz, pois preserva a dentina afetada passível de remineralização na parte mais profunda, promovendo apenas a remoção da dentina infectada por microorganismos cariogênicos responsáveis pela progressão da lesão por estar necrosada e insensível.⁽⁷⁾

O material restaurador cimento de ionômero de vidro, tendo como fatores a liberação de fluoretos, biocompatibilidade pulpar e adesão química ao tecido dentário, garante o sucesso desta técnica. Sendo um material restaurador de baixo custo, possui maior acessibilidade, não falhando com a qualidade da restauração.⁽⁷⁾

Tendo como possibilidade de ser exercido em qualquer ambiente, ainda que não haja equipamentos odontológicos tradicionais, o ART é uma técnica útil para a saúde pública, pois pode colaborar na abrangência do atendimento por um maior número de pacientes.

No município de Penápolis, interior de São Paulo, embora os levantamentos epidemiológicos de cárie estejam dentro das metas estabelecidas pela OMS para o ano de 2010, (OMS: 5 anos – ceod= 50% cárie= 0; 12 anos - CPO-D: 1,2 a 2,6. Dados 2013- Penápolis : 5 anos ceod= 63,7% ; 12 anos CPO-D=50% (1,57); Brasil : 5 anos ceod= 46,6%; 12 anos CPO-D =2,1, ainda é possível observar presença da doença em escolares, principalmente em localidades que há ausência de cirurgia dentista na unidade de saúde mais próxima. Este fato chama bastante atenção, pois a cidade disponibiliza todos os meios de prevenção à doença cárie, sendo o serviço de odontologia referência regional.

Portanto o objetivo do presente estudo é avaliar a eficácia do tratamento restaurador atraumático em escolares.

2. Objetivos:

2.1 Geral

Avaliar a efetividade do tratamento restaurador atraumático em escolares do município de Penápolis-SP.

2.2 Específicos

- Avaliar a experiência de cárie em crianças com faixa etária de 05 a 12 anos.
- Avaliar a efetividade do tratamento restaurador atraumático em escolares do município de Penápolis.

3. Metodologia

Trata-se de estudo de intervenção para avaliar a efetividade do ART em escolares do município de Penápolis.

3.1 Cenário da Intervenção:

O estudo será realizado no município de Penápolis, interior de São Paulo. Com 61.726 habitantes, IDH 0,810, possui 9 unidades básicas de saúde com 4 equipes de estratégia de saúde da família. O município conta com 1 pronto-socorro, 1 clínica odontológica (CEO), além do serviço de vigilância sanitária e epidemiológica e controle de zoonoses. A cidade oferece CMEIS (Centros Municipais de Educação Integrada) que atendem a 540 crianças e adolescentes em período oposto a escola regular. Possui 19 Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEIS) e 10 Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEFS). Para o ensino médio oferece além das escolas estaduais e particulares, 1 escola com ensino profissionalizante como Magistério e técnico em contabilidade.

3.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção:

Os sujeitos envolvidos no benefício da intervenção são crianças em fase escolar do município de Penápolis, que tenham como critério básico 05 a 12 anos com autorização do seu responsável legal. Na educação, para a faixa etária de 04 a 06 anos o município conta com 19 Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEIS), com 1500 alunos. Já para alunos entre 07 a 14 anos que pertencem ao ensino fundamental, o município oferece 10 Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEFS), que atendem cerca de 2600 alunos, entre 07 a 14 anos.

3.3 Estratégias e ações:

A metodologia adotada pelo presente estudo será similar ao projeto feito por SALDANHA, et al. 2010, em alunos da Escola Municipal de Ensino Fundamental Joaquim Nabuco, no município de Pelotas, com bons resultados.

Fase I: A equipe de intervenção composta pelo Cirurgião Dentista e 2 auxiliares de saúde bucal irão realizar uma triagem inicial e final de risco de cárie entre os escolares onde será desenvolvido o projeto. Serão classificados segundo o risco de cárie e selecionados para receberem o ART.

Fase II: Com instrumentos manuais (curetas) e ionômero de vidro (material de escolha) inicia-se a intervenção. Os alunos selecionados permanecerão no pátio da escola onde se submeterão ao tratamento realizado nas mesas de salas de aula. O tratamento consiste em remoção de cárie com curetas, seguida da limpeza da cavidade com solução fisiológica, condicionamento e, selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro.

Fase III: Além do tratamento curativo, será realizado no projeto uma estratégia preventiva. Palestras educativas para alunos/ pais / professores, deverão ser realizadas afim de conscientização da importância da saúde bucal.

-Para o público infantil, deverá ser realizadas atividades interativas com teatros e vídeos sobre orientação de higienização bucal e alimentação saudável.

-Para os pais e professores, a abordagem educativa se dará através de realização de palestras com temática sobre saúde bucal: doença cárie e doenças gengivais.

Durante todo processo de atividades educativas, o Cirurgião Dentista contará com o apoio dos auxiliares de saúde bucal, no intuito de prestar assistência à todos os alunos/pais/professores.

3.4 Avaliação e Monitoramento:

Ao término da intervenção com base na triagem final deverá ser observado o número de crianças que foram submetidas ao tratamento restaurador atraumático e o efeito proporcionado pelas palestras educativas. O monitoramento deverá ser feito após 60 dias do término da intervenção para observar se houve a estabilização da doença cárie com a adequação do meio bucal, se as restaurações se mantiveram em bom estado e como estava a higiene bucal dos escolares.

4. Resultados Esperados:

-Os resultados esperados deste estudo serão beneficiar a comunidade de Penápolis com tratamento da cárie e prevenção desta doença;

-Diminuição do alto índice de cárie dos escolares do município de Penápolis;

-Conscientização dos familiares sobre a importância de dar continuidade ao tratamento odontológico da criança;

- Motivação das crianças e dos pais para um melhor cuidado com a saúde bucal.

5. Cronograma

Atividades	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	X						
Aprovação do Projeto						X					
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de Dados							X	X			
Discussão e Análise dos Resultados									X	X	
Revisão final e digitação										X	
Entrega do trabalho final											X
Socialização do trabalho						X	X	X	X	X	X

6. Referências Bibliográficas

1. ARAÚJO, I.D.T; VASCONCELOS, R.G; BARBOSA, C.A.G; VASCONCELOS, M.G, A prevenção da cárie: uma questão de educação em saúde. Rev Extensão e Sociedade UFRN.Vol 1 nº 4, 2012.
2. VICENTE, V.A; POLETTO, M.M; NEIVA, I.F; PINTO, J.V.T; BRAGA, S.F; MOREIRA, M; LAVORANTI, O.J, Relação entre a prevalência da doença cárie e risco microbiológico,Brazilian Dental Science. Vol 11 nº2, 2010.
3. MASSONI, A.C.L.T, PESSOA, C.P, OLIVEIRA, A.F.B. Atraumatic restorative treatment and its application in public health. Rev Odontológica da UNESP. 2006; 35 (3): 201-207.
4. DONO, M.T.S.,Promoção da saúde com ênfase em saúde bucal em escolares na Ilha do maio, Cabo Verde: Projeto de Intervenção, Florianópolis, 2013.
5. ProjetoSBBRASIL, Ministério da saúde, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf. 11/10/2014.
6. GIBILINI, C; SILVA, E.A; FERREIRA, N.P; BATISTA, M.J; TÔRRES, L.H.N; MEIRELLES, M.P.M.R; GRILLO, C.M; SOUSA, M.L.R, Risco e experiência de cárie em escolares inseridos em Programas de Saúde Bucal. Rev OdontológicaUnesp. 41.4 (260-266)Piracicaba-SP, 2012.
7. LIMA, D.C; SALIBA, N.A; MOIMAZ, S.A.S, Tratamento restaurador atraumático e sua utilização em saúde pública. Rev Gaúcha de Odontologia. Vol 56 nº1. Porto Alegre, 2009.
8. CYPRIANO, S, SOUSA, M.L.R, RIHS,L.B ,WADA, R.S. Saúde bucal dos pré-escolares. Rev Saúde Pública 37(2) 247-53 Piracicaba,Brasil, 2003.
9. ANTUNES, J.L.F; NARVAI,P.C, Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde,Rev Saúde Pública 2010;44(2):360-5.
10. SALDANHA, P.N.R;GEWHER, A; ROSA, A.M, Ações coletivas e individuais de saúde bucal em escolares Faculdade de Odontologia de Pelotas. XII ENPOS, Pelotas-RS, 2010.