



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Aparecida de MENEZES, Valdenice; Lins CORRÊA, Juliana Cristina; Nunes de LIMA, Juliana; Falcão
LEITE, Angélica; GRANVILLE-GARCIA, Flávia

Percepção dos Cirurgiões-Dentistas da Cidade de Caruaru/PE Sobre o Tratamento Restaurador
Atraumático

Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 9, núm. 1, enero-abril, 2009, pp. 87-
93

Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63712848014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Percepção dos Cirurgiões-Dentistas da Cidade de Caruaru/PE Sobre o Tratamento Restaurador Atraumático

Perception of the Atraumatic Restorative Treatment by Dentists in the city of Caruaru, PE, Brazil

Valdenice Aparecida de MENEZES^I, Juliana Cristina Lins CORRÊA^{II}, Juliana Nunes de LIMA^{III}, Angélica Falcão LEITE^I, Ana Flávia GRANVILLE-GARCIA^{III}

^IProfessora da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Caruaru (FOC/ASCES), Caruaru /PE, Brasil.

^{II}Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Caruaru (FOC/ASCES), Caruaru /PE, Brasil.

^{III}Professora da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Verificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas do serviço público e privado da cidade de Caruaru/PE sobre o Tratamento Restaurador Atraumático (ART), bem como avaliar a aceitação e utilização da técnica entre estes profissionais.

Método: A amostra foi composta por 122 profissionais que responderam a um formulário contendo 18 questões relativas à técnica do ART. Os dados foram analisados por meio do SAS, sendo empregados os testes do Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher. O nível de significância utilizado foi de 5,0%.

Resultados: Verificou-se que o maior percentual de pesquisados correspondeu aos que tinham até 10 anos de formado (43,4%), trabalhavam somente em Serviço Privado (50,8%) e em Serviço Público (30,3%). A maioria dos profissionais tinha conhecimento do ART (89,3%) e já o realizou (63,3%) principalmente os pesquisados do Serviço Público (74,3%) embora, 20% dos entrevistados não souberam como realizar a técnica ($p < 0,05$). As principais indicações do ART foram para dentes decíduos (85,5%) e para crianças com problemas de comportamento (82,6%), esta com diferença significativa de acordo com o local de trabalho. O cimento de ionômero de vidro de presa rápida foi mais utilizado no serviço privado ($p < 0,05$). As principais vantagens da técnica foram dispensar o uso da anestesia, impedir a progressão da doença e a boa aceitação do paciente ($p < 0,05$); a desvantagem mais citada pelos pesquisados foi baixa resistência à fratura ($p < 0,05$).

Conclusões: O conhecimento limitado e a falta de preparo técnico-científico dos profissionais dificultam a utilização do ART. Os profissionais do serviço público são os que mais utilizam a técnica. No serviço particular é pouco empregada e a maioria dos profissionais não acredita na sua efetividade.

ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge of the Atraumatic Restorative Treatment (ART) of public and private practice dentists from the city of Caruaru, PE, Brazil, as well as to evaluate the acceptance and use of this technique by the professionals.

Method: One-hundred-and-twenty-two professionals were interviewed using a standard form containing 18 questions referring to ART and their opinion about its use.

Results: Most interviewed professionals had graduated up to 10 years before the study (43.4%), and worked exclusively in private dental offices (50.8%) or public health services (30.3%). The greatest majority of professionals (89.3%) affirmed to be familiar with the ART and 63.3% of them used this technique, mainly those working in public health services (74.3%). However, 20% of the interviewed professionals affirmed not to know how to perform the technique ($p < 0.05$). The main indications for ART were for primary teeth (85.5%) and for children with behavioral problems (82.6%), the last being significantly different depending on the working site. Fast-setting glass ionomer cements were more frequently used in private practice ($p < 0.05$). The main advantages of the technique were mentioned as being: no need of anesthesia, prevention of disease progression and good acceptance by the patient ($p < 0.05$). The most cited disadvantage was the low fracture resistance of the restorations ($p < 0.05$).

Conclusion: The limited knowledge and lack of scientific and technical training hinder a more widespread use of ART. Professionals working in public health services are the greatest users of this technique. ART is little used by private practitioners and most of these professionals do not believe in its efficiency.

DESCRITORES

Saúde pública; Cárie dentária; Odontologia, métodos.

DESCRIPTORS

Public health; Dental caries; Dentistry, methods.

INTRODUÇÃO

Recentemente, a Odontologia vem trabalhando uma filosofia preventiva mediante realização de um diagnóstico precoce, interferência restauradora mínima e programas educacionais, buscando não só informar, mas também educar para efetivo desenvolvimento de cuidados voltados para a higiene bucal. O Tratamento Restaurador Atraumático, considerada uma técnica menos invasiva e muito eficaz no tratamento de lesões de cárie, tem contribuído para satisfazer as necessidades restauradoras, principalmente em programas de saúde pública.

Conhecido pela sigla do inglês ART, o tratamento restaurador atraumático, envolve restaurações menos invasivas e procedimentos educativo-preventivos. É uma forma simplificada de atendimento, que consiste na remoção parcial do tecido cariado com instrumentação manual. Dispensa o uso de anestesia e isolamento absoluto, permitindo sua aplicação em locais desprovidos de equipamentos odontológicos^{1,2}.

As restaurações realizadas por meio do ART apresentam desempenho clínico satisfatório, embora menor em cavidades compostas do que em cavidades simples (classe I), este desempenho não compromete a viabilidade do uso do ART na saúde pública. A relação custo-benefício do ART e sua aceitação por parte de uma comunidade urbana assistida pelo SUS nos moldes convencionais favorecem sua utilização como estratégia de controle da cárie dental no sistema de saúde pública. O ART não só intervém localmente como orienta, educa e motiva os pacientes^{1,3}.

Dentre as características mais importantes para a realização das restaurações atraumáticas com o ionômero de vidro está a da adesão deste material ao esmalte e a dentina, proporcionando bom selamento marginal. Este material é eleito por aderir quimicamente à dentina e posteriormente emitir e absorver fluoretos⁴. Os cimentos de ionômero de vidro convencionais são mais sensíveis à umidade, enquanto os indicados para o ART são menos sensíveis, apresentam tempo total de trabalho de aproximadamente dois minutos e vinte segundos. A remoção parcial da dentina cariada e o selamento adequado do dente associado à utilização de um material com propriedades antibacterianas, resulta em redução significativa e/ou inativação dos microorganismos presentes na dentina remanescente⁵⁻⁸.

Essa técnica é indicada em dentes com lesões de cárie oclusal e ocluso-proximal sem aproximação pulpar e sintomatologia dolorosa, em pacientes com alta atividade cariogênica, difícil manejo, cárie de acometimento precoce, gestante, paciente com contra-indicação à anestesia local e pacientes especiais. Não estão indicados para o ART dentes que apresentem abscesso, exposição pulpar, fístula

operador. A prevenção e controle de falhas do ART estão diretamente relacionados à correta indicação e no reparo de restaurações falhas, adicionalmente, o treinamento e domínio durante a aplicação do ART são fatores importantes para o sucesso clínico^{1,6,9,10}.

Dentro deste contexto, o objetivo do presente estudo foi verificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas do serviço público e privado da cidade de Caruaru/PE sobre o Tratamento Restaurador Atraumático (ART), bem como avaliar a aceitação e utilização da técnica entre estes profissionais.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa transversal, com abordagem quantitativa e descritiva junto a Cirurgiões-Dentistas inscritos em uma entidade de classe (Associação Caruaruense de Cirurgiões-Dentistas - ACCD) do município de Caruaru-PE que é filiada a ABO-PE. Para tal foi solicitada à Associação mencionada a listagem de cirurgiões-dentistas inscritos no ano de 2006.

A partir desta listagem, foram sorteados 130 profissionais que exerciam atividade clínica, destes 8 se recusaram a participar do estudo. Dos entrevistados, 122 responderam um formulário que continha 18 perguntas, por meio de entrevista individual e padronizada, a fim de verificar o conhecimento dos profissionais sobre o Tratamento Restaurador Atraumático.

No momento inicial, foi explicada a finalidade da pesquisa, sendo então solicitada à participação do entrevistado através de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Associação Caruaruense de Ensino Superior sob o número 019/07.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho (consultório particular ou unidade básica de saúde) e, na medida do possível, procurou-se não interferir nas atividades cotidianas dos profissionais. A fidedignidade das respostas foi testada pelo método de validação da "face" em 10% dos entrevistados. Nesse método, o pesquisador solicita aos tomadores de decisão que expliquem, com as suas próprias palavras, o que entenderam sobre cada pergunta¹¹.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e valor máximo da variável idade (Técnicas de estatística descritiva) e foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas (Técnicas de estatística inferencial).

O nível de significância utilizado nos testes

cálculos Estatísticos foi o SAS (Statistical Analysis System) na versão 8.

RESULTADOS

Na Tabela 1 verifica-se que o maior percentual de pesquisados correspondeu aos que tinham até 10 anos de formado (43,4%), um pouco mais da metade dos entrevistados eram clínicos gerais (53,3%). Em relação ao local de trabalho verificou-se que aproximadamente a metade (50,8%) trabalhava somente em Serviço Privado e 30,3% trabalhava somente em Serviço Público.

Na Tabela 2 observa-se que o percentual dos que conhecem a técnica ART foi mais elevado (94,6%) entre os dentistas que trabalhavam somente no Serviço Privado ($p < 0,05$) sendo a maior fonte de informações provenientes de cursos e/ou congressos, seguida dos cursos de graduação.

A Tabela 3 evidencia que 63,3% dos profissionais já realizaram o ART e estes valores foram mais elevados (74,3%) entre os pesquisados do Serviço Público ($p < 0,05$); entre as justificativas para não ter utilizado a técnica a única com associação significativa ocorreu para os que afirmaram que não sabem como realizá-la.

Tabela 1. Distribuição dos pesquisados segundo o tempo de formado, especialidade e local de trabalho.

Variável	Frequência	
	n	%
Tempo de formado (anos)		
Até 10	53	43,4
11 a 20	36	29,5
21 ou mais	29	23,8
Não informou	4	3,3
Especialidade		
Clínica geral	65	53,3
Saúde pública	9	7,4
Implantodontia/Cirurgia	3	2,5
Ortodontia	7	5,7
Protesista	6	4,9
Endodontia	6	4,9
Odontopediatria	5	4,1
Cirurgia buco maxilo facial	4	3,3
Dentística	3	2,5
Estomatologia	1	0,8
Periodontia	1	0,8
Não informou	12	9,8
Local de trabalho		
Público	37	30,3
Privado	62	50,8
Ambos	23	18,9
TOTAL	122	100,0

Tabela 2. Avaliação das variáveis sobre conhecimento da técnica segundo o local de trabalho.

Variável	Local de Trabalho								Valor de p
	Público		Privado		Ambos		Grupo Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Já ouviu falar em Tratamento Restaurador Atraumático?									
Sim	35	94,6	51	82,3	23	100,0	109	89,3	p ⁽¹⁾ = 0,028*
Não	2	5,4	11	17,7	-	-	13	10,7	
TOTAL	37	100,0	62	100,0	23	100,0	122	100,0	
Se não, gostaria de receber informações sobre o uso da técnica									
Sim	2	100,0	8	72,7	-	-	10	76,9	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	-	-	3	27,3	-	-	3	23,1	
TOTAL	2	100,0	11	100,0	-	-	13	100,0	
Se sim, qual foi a sua fonte de informação?									
Curso de graduação	17	50,0	17	34,0	12	54,5	46	43,4	p ⁽²⁾ = 0,173
Curso de pós-graduação	2	5,9	7	14,0	4	18,2	13	12,3	p ⁽¹⁾ = 0,315
Curso e/ou Congressos	16	47,1	21	42,0	10	45,5	47	44,3	p ⁽²⁾ = 0,894
Livros ou periódicos	13	38,2	22	44,0	10	45,5	45	42,5	p ⁽²⁾ = 0,828
Outros	2	5,9	5	10,0	1	4,5	8	7,5	p ⁽¹⁾ = 0,711
BASE ⁽³⁾	34		50		22		106		

(*): Significante a 5,0%; (1): Através do teste Exato de Fisher; (2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson; (3): Considerando que um mesmo pesquisado poderia citar mais de uma fonte registra-se apenas a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

Na Tabela 4 verifica-se associação significativa

comportamento, que teve percentual menos elevado entre

Variável	Local de Trabalho								Valor de p
	Público		Privado		Ambos		Grupo Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Acha o ART adequado como tratamento restaurador?									$p^{(2)} = 0,228$
Sim	19	73,1	12	63,2	19	86,4	50	74,6	
Não	7	26,9	7	36,8	3	13,6	17	25,4	
Você utiliza esta técnica em que casos?									
Dentes Decíduos									$p^{(1)} = 0,068$
Sim	23	88,5	14	70,0	22	95,7	59	85,5	
Não	3	11,5	6	30,0	1	4,3	10	14,5	
Dentes Permanentes									$p^{(2)} = 0,110$
Sim	9	34,6	2	10,0	4	17,4	15	21,7	
Não	17	65,4	18	90,0	19	82,6	54	78,3	
Problemas de comportamento									$p^{(1)} = 0,008^*$
Sim	23	88,5	12	60,0	22	95,7	57	82,6	
Não	3	11,5	8	40,0	1	4,3	12	17,4	
Bebês									$p^{(2)} = 0,200$
Sim	11	42,3	4	20,0	10	43,5	25	36,2	
Não	15	57,7	16	80,0	13	56,5	44	63,8	
Cárie Precoce									$p^{(2)} = 0,138$
Sim	18	69,2	10	50,0	18	78,3	46	66,7	
Não	8	30,8	10	50,0	5	21,7	23	33,3	
Gestantes									$p^{(2)} = 0,079$
Sim	10	38,5	2	10,0	5	21,7	17	24,6	
Não	16	61,5	18	90,0	18	78,3	52	75,4	
Pacientes especiais									$p^{(1)} = 0,122$
Sim	15	57,7	7	35,0	15	65,2	37	53,6	
Não	11	42,3	13	65,0	8	34,8	32	46,4	
TOTAL	26	100,0	20	100,0	23	100,0	69	100,0	

(7) $\vdash \neg(\exists x)(\forall y)(x = y)$

Na Tabela 6 constata-se que 97,1% dos entrevistados consideraram que o ART tem vantagens

Na Tabela 7 verifica-se associação significativa a 5,0% do local de trabalho com a desvantagem da técnica: “Baixa resistência à fratura” e para o citado item, o maior percentual (60,0%) foi registrado para os que trabalhavam em ambos os locais e foi bem menos elevado entre os que

Tabela 5. Avaliação das variáveis sobre materiais restauradores usados na técnica segundo o local de trabalho.

Variável	Local de Trabalho						Grupo Total		Valor de p
	Público		Privado		Ambos				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
A técnica exige material restaurador específico?									
Sim	23	88,5	19	95,0	20	87,0	62	89,9	p ⁽¹⁾ = 0,696
Não	3	11,5	1	5,0	3	13,0	7	10,1	
TOTAL	26	100,0	20	100,0	23	100,0	69	100,0	
Em caso afirmativo, qual?									
Ionômero de vidro Convencional									
Sim	14	60,9	5	26,3	12	60,0	31	50,0	p ⁽²⁾ = 0,046*
Não	9	39,1	14	73,7	8	40,0	31	50,0	
Ionômero de vidro Convencional presa rápida									
Sim	9	39,1	10	52,6	11	55,0	30	48,4	p ⁽²⁾ = 0,528
Não	14	60,9	9	47,4	9	45,0	32	51,6	
Ionômero de vidro foto									
Sim	4	17,4	5	26,3	6	30,0	15	24,2	p ⁽¹⁾ = 0,657
Não	19	82,6	14	73,7	14	70,0	47	75,8	
OZE tipo II									
Sim	1	4,3	1	5,3	2	10,0	4	6,5	p ⁽¹⁾ = 0,828
Não	22	95,7	18	94,7	18	90,0	58	93,5	
Resina									
Sim	1	4,3	-	-	-	-	1	1,6	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	22	95,7	19	100,0	20	100,0	61	98,4	
TOTAL	23	100,0	19	100,0	20	100,0	62	100,0	
Qual o material que você utiliza?									
Ionômero de vidro Convencional									
Sim	20	76,9	8	40,0	12	54,5	40	58,8	p ⁽²⁾ = 0,037*
Não	6	23,1	12	60,0	10	45,5	28	41,2	
Ionômero de vidro presa rápida									
Sim	6	23,1	8	40,0	13	59,1	27	39,7	p ⁽²⁾ = 0,040*
Não	20	76,9	12	60,0	9	40,9	41	60,3	
Ionômero de vidro foto									
Sim	3	11,5	7	35,0	8	36,4	18	26,5	p ⁽¹⁾ = 0,089
Não	23	88,5	13	65,0	14	63,6	50	73,5	
OZE tipo II									
Sim	5	19,2	1	5,0	3	13,6	9	13,2	p ⁽²⁾ = 0,399
Não	21	80,8	19	95,0	19	86,4	59	86,8	
TOTAL	26	100,0	20	100,0	22	100,0	68	100,0	

(*): Significante a 5,0%; (1): Através do teste Exato de Fisher; (2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 6. Avaliação das questões sobre as vantagens da técnica segundo o local de trabalho.

Variável	Local de Trabalho						Grupo Total		Valor de p
	Público		Privado		Ambos				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Esta técnica apresenta vantagens?									
Sim	24	92,3	20	100,0	23	100,0	67	97,1	$p^{(1)} = 0,327$
Não	2	7,7	-	-	-	-	2	2,9	
TOTAL	26	100,0	20	100,0	23	100,0	69	100,0	
Em caso afirmativo, quais?									
Dispensa o uso de anestesia									
Sim	15	62,5	13	65,0	21	91,3	49	73,1	$p^{(2)} = 0,052$
Não	9	37,5	7	35,0	2	8,7	18	26,9	
Impede o progresso da doença									
Sim	13	54,2	18	90,0	18	78,3	49	73,1	$p^{(2)} = 0,022^*$
Não	11	45,8	2	10,0	5	21,7	18	26,9	
Remove apenas tecido desmineralizado									
Sim	11	45,8	8	40,0	15	65,2	34	50,7	$p^{(2)} = 0,214$
Não	13	54,2	12	60,0	8	34,8	33	49,3	
Devolve a estética e a função mastigatória									
Sim	7	29,2	7	35,0	19	82,6	33	49,3	$p^{(2)} < 0,001^*$
Não	17	70,8	13	65,0	4	17,4	34	50,7	
Boa aceitação e diminuição da ansiedade do paciente									
Sim	16	66,7	13	65,0	20	87,0	49	73,1	$p^{(2)} = 0,181$
Não	8	33,3	7	35,0	3	13,0	18	26,9	
Custo relativamente baixo									
Sim	15	62,5	13	65,0	16	69,6	44	65,7	$p^{(2)} = 0,876$
Não	9	37,5	7	35,0	7	30,4	23	34,3	
Possibilita remineralização da dentina									
Sim	6	25,0	8	40,0	14	60,9	28	41,8	$p^{(2)} = 0,044^*$
Não	18	75,0	12	60,0	9	39,1	39	58,2	
Restauração definitiva									
Sim	2	8,3	4	20,0	6	26,1	12	17,9	$p^{(1)} = 0,270$

Tabela 7. Avaliação das questões sobre as desvantagens da técnica segundo o local de trabalho.

Variável	Local de Trabalho						Grupo Total	Valor de p	
	Público		Privado		Ambos				
	n	%	n	%	n	%			
Em sua opinião, esta técnica apresenta desvantagens?									
Sim	17	65,4	18	90,0	20	87,0	55	79,7	p ⁽¹⁾ = 0,086
Não	9	34,6	2	10,0	3	13,0	14	20,3	
TOTAL	26	100,0	20	100,0	23	100,0	69	100,0	
Em caso afirmativo, quais?									
Baixa resistência ao desgaste									
Sim	8	50,0	11	61,1	14	70,0	33	61,1	p ⁽²⁾ = 0,473
Não	8	50,0	7	38,9	6	30,0	21	38,9	
Incorporação e a perda de água durante presa inicial									
Sim	6	37,5	6	33,3	7	35,0	19	35,2	p ⁽²⁾ = 0,968
Não	10	62,5	12	66,7	13	65,0	35	64,8	
Baixa resistência à fratura									
Sim	5	31,3	4	22,2	12	60,0	21	38,9	p ⁽²⁾ = 0,044*
Não	11	68,8	14	77,8	8	40,0	33	61,1	
Pouca durabilidade									
Sim	11	68,8	10	55,6	11	55,0	32	59,3	p ⁽²⁾ = 0,654
Não	5	31,3	8	44,4	9	45,0	22	40,7	
Outros									
Sim	1	6,3	3	16,7	1	5,0	5	9,3	p ⁽¹⁾ = 0,503
Não	15	93,8	15	83,3	19	95,0	49	90,7	
TOTAL	16	100,0	18	100,0	20	100,0	54	100,0	

(*): Significante a 5,0%; (1): Através do teste Exato de Fisher; (2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

A evolução de técnicas operatórias e materiais odontológicos adesivos tornaram o tratamento odontológico menos invasivo, porém, ainda restrito a uma pequena parcela da população. A doença cárie ainda se faz presente nas comunidades carentes de atenção odontológica educativa e preventiva e nessas, o tratamento odontológico, na maior parte das vezes inclui atendimento emergencial e exodontias. O tratamento convencional sempre com intervenções invasivas ainda é a realidade do tratamento odontológico. Mesmo sabendo que é necessária uma abordagem visando promoção de saúde, isso não se concretiza^{2,11}. No serviço público 74,3% dos pesquisados utilizam a técnica, e esse número é menor no setor privado (39,2%), o que mostra que o uso restrito se deve, principalmente, a falta de preparo técnico destes profissionais.

Quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a técnica do ART verificou-se que a maioria já tinha ouvido falar sobre o ART, principalmente na graduação e por meio de eventos e publicações científicas, conhecia as indicações e os procedimentos técnicos. Contudo, foi constatada a necessidade de aprimoramento técnico e de um maior conhecimento em relação aos aspectos que diferem o ART da adequação do meio bucal. Observou-se também que a maior parte dos profissionais acreditava na eficácia da técnica e a considerava apropriada para uso nos serviços público e privado. Dados que são concordantes com os de outro estudo¹² realizado com profissionais da cidade de Goiânia-GO.

A técnica ART é simples e de grande eficácia, tem baixo custo, dispensa o uso de anestesia e do isolamento absoluto, sendo realizada a remoção parcial do tecido

grande aceitação pelas crianças^{13,14} o que se confirmou no quesito de indicação (82,6%) e vantagens (73,1%) da técnica para crianças não cooperativas. Outras vantagens citadas como relevantes, segundo os entrevistados, referem-se ao retorno das funções da estética e mastigatória e a remineralização da dentina com percentuais menos elevados entre os profissionais que trabalham no serviço público.

O cimento de ionômero de vidro apresenta adesão ao esmalte e a dentina⁴, proporcionando bom selamento marginal além de propriedades antibacterianas, que resultam na redução significativa e/ou inativação de microorganismos presentes na dentina remanescente⁵⁻⁸. Estes aspectos são de grande importância no que se refere à vantagem da técnica ART em preservar tecido dentinário sadio, como citado por um alto percentual de profissionais entrevistados e por outros autores^{15,16}.

Os materiais restauradores indicados para a fase restauradora do ART são os cimentos de ionômero de vidro especialmente, o Fuji IX® e o Ketac Molar®¹⁷. Inicialmente, foram utilizados os convencionais, entretanto por apresentarem tempo de presa inicial elevado e baixa resistência ao desgaste, foram substituídos pelos cimentos ionoméricos de alta viscosidade, que apresentam menor tempo de presa e melhores propriedades físicas. Sendo assim, o cimento de ionômero de vidro é evidenciado na técnica do Tratamento Restaurador Atraumático como material clínico adequado e de excelência, tornando assim, a fase restauradora mais simples, eficaz e rápida. Os cimentos de ionômero de vidro indicados para o ART são menos sensíveis à umidade e apresentam tempo total de trabalho de aproximadamente dois minutos e vinte segundos^{6,18}. Um grande número de profissionais ainda

trabalham em ambos os serviços o mais utilizado é o de presa rápida, correspondendo a 59,1% dos entrevistados.

No presente estudo a maioria dos profissionais não utiliza o ART em dentes permanente (78,3%). Contudo, estudos longitudinais mostram bom desempenho do ART, tanto em dentes decíduos como em permanentes, embora o desempenho clínico das restaurações classe I seja melhor quando comparado às de classe II^{1,3,19,20}. Fato que se deve ainda às propriedades físicas dos cimentos de ionômero de vidro, que apesar da utilização dos de alta viscosidade²⁰. Ainda apresentam desempenho inferior quando comparados a outros materiais restauradores. A “baixa resistência ao desgaste” (61,1%) e a “pouca durabilidade” (59,3%) foram citadas pelos profissionais como principais desvantagens do ART. Estes dados são concordantes aos de outros autores^{14,15} que citam como desvantagens da técnica a baixa longevidade das restaurações, restrições quanto à indicação em cavidades próximas à polpa e baixa resistência ao desgaste do CIV.

É fundamental que os profissionais da área possuam ou desenvolvam percepção, e saibam lidar com as questões sociais, culturais e políticas. A formação de profissionais com responsabilidade social e conscientes de transformações, o que é de grande relevância, ainda é precária. A maioria dos profissionais possui algum conhecimento e atitude positiva em relação ao ART, mas necessitam de maiores informações em relação à técnica, à sua eficácia e ao uso, que ainda é restrito pela falta de preparo técnico dos profissionais. Os cirurgiões-dentistas devem aplicar o ART não apenas no serviço público, mas também em consultórios particulares^{12,21}, uma vez que o ART é apropriado para qualquer segmento socioeconômico.

CONCLUSÃO

O conhecimento limitado e a falta de preparo técnico-científico dos profissionais dificultam a utilização do ART, sendo a técnica muitas vezes confundida com a adequação do meio bucal, que apresenta caráter provisório. Os profissionais do serviço público são os que mais realizam o ART. No setor privado é pouco utilizada, uma vez que a maioria dos profissionais não acredita na sua efetividade e afirma que não houve casos com indicação para a mesma.

REFERÊNCIAS

1. Zuanon ACC, Campos JADB, Silva RC. Restaurações atraumáticas como alternativa de tratamento em saúde pública. RBO 2005; 27(1):21-3.
2. Wambier DS, Paganini F, Locatelli FA. Tratamento restaurador atraumático: Estudo de sua aplicabilidade em escolares de Tangará/SC. Pesq Bras Odontop Clin Integr 2003; 3(2):9-13.

controle da cárie dentária na saúde pública. RBPS 2004; 17(3):109-18.

4. Pellegrinetti MB, Imparato JCI, Bressan MC, Pinheiro SP, Echeverria S. Avaliação da retenção do cimento de ionômero de vidro. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2005; 5(3):209-13.
5. Sampaio MS, Maltz M, Sperb J, Caufield P, Rosenblatt A, Costa MC et al. Tratamento restaurador atraumático no Brasil. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=291&idesp=13&ler=s>>. Acesso em: 1 Out. 2007.
6. Cordeiro MLVP, Tokuniga EMC, Brusco EHC, Imparato JCP. Materiais restauradores ionoméricos para a técnica de tratamento restaurador atraumático. J Bras Clin Odontol Int 2001; 25(30):507-11.
7. Hebling J. Remoção parcial de cárie: conveniência ou possibilidade. Anais do 15º Conclave Odontológico Internacional de Campinas; 4: 1-4.
8. Pinheiro SL, Simionato MR, Imparato JC, Oda M. Antibacterial activity of glass-ionomer cement containing antibiotics on caries lesion. Am J Dent 2005; 18(4):261-6.
9. Afonso MCSF, Castilho DM, Gomes MC, Vias Boas PC, Cantarutti RR. Sem choro, sem cárie, Cem sorrisos. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária 2004: 20.
10. Mickenauttsch S, Grossman E. Tratamento restaurador atraumático (ART): fatores que afetam o sucesso. J Appl Oral Sci 2006; 14(1):34-6.
11. Chibinski ACR, Wambier DS. Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2005; 5(3):281-90.
12. Rios LE, Essado REP, Freire MCM. Tratamento restaurador atraumático: conhecimentos e atitudes de CD's do serviço público de Goiânia-GO. Rev Odontol UNESP 2006; 35(1):75-80.
13. Van Amerongen W, Rahimtoola S. Is ART really atraumatic? Community Dent Oral Epidemiol 1999; 27:431-5.
14. Freire MCM, Rebelo AB, Nascimento AP, Valle DG, Antunes de Coelho JF, Umaki LM et al. Tratamento restaurador atraumático (ART): estágio atual perspectivas. Rev ABO Nac 2003; 11:37-43.
15. Frencken J, Pilot T, Songpaisan Y, Phantumvanit P. Atraumatic restorative treatment (ART): rationale, technique, and development. J Public Health Dent 1996; 56(3):135-40.
16. Frencken J, Van Amerongen E, Phantumvanit P, Pilot T. Manual for the atraumatic restorative treatment approach to control dental caries. Dental Health International Nederland. Disponível em: <http://www.dhin.nl/art_manual___main.htm>. Acesso em: 1 Out. 2007.
17. Ramos M, Santos M, Carvalho F. TRA: uma história de sucesso. RBO 2001; 58(1):13-5.
18. Zanata RL. Research proposal: evaluation of ART in adult patients. J Appl Oral Sci 2006; 14:25-29.
19. Lo EC, Holmgren CJ. Provision of atraumatic restorative treatment (ART) restorations to Chinese pre-school children: a 30 month evaluation. Int J Paediatr Dent 2001; 11(1): 3-10.
20. Yip HK, Smales RJ, Gao W, Peng D. The effects of two cavity preparation methods on the longevity of glass ionomer cement restorations: one-year results. Quintessence Int 2002; 33:17-21.
21. Moraes NM, Knupp R, Cabral I. Avaliação de dezoito meses de um programa de saúde bucal em alunos de uma escola municipal do Rio de Janeiro. RBO 2004; 61(3/4):227-228.

Recebido/Received: 15/05/08
Revisado/Reviewed: 18/08/08
Aprovado/Approved: 23/09/08

Correspondência:

Valdenice Aparecida de Menezes
Rua Carlos Pereira Falcão, 811/602 - Boa Viagem