



A implementação do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) na rede de atenção à saúde bucal de São Paulo - SP



Contexto e antecedentes

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a cárie dentária é um dos principais problemas de saúde pública e a doença não transmissível mais prevalente em todo o mundo, afetando, diretamente, a perda de dentes permanentes de mais de 2 bilhões de adultos, e decíduos de mais de 560 milhões de crianças. A doença pode ter consequências como dor, sofrimento, piora no desempenho e frequência escolar, no trabalho, entre outras, impactando negativamente a qualidade de vida das pessoas.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente (BS) garante acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nos três níveis de atenção do sistema (Atenção primária, média e alta complexidade), a partir dos primeiros anos de sua implantação, a incidência da cárie dentária diminuiu muito, entretanto, a doença encontra-se polarizada, ou seja, ainda existe uma distribuição desigual da doença, estando ela concentrada em grupos sociais mais vulneráveis.

Vale ressaltar, que o SUS garante a saúde como direito de todos e deve induzir programas e políticas baseadas nos princípios da universalidade do acesso, na integralidade e equidade das suas ações. Nesse sentido, destaca-se o papel do Programa Saúde na Escola (PSE), como rede política intersetorial que aproxima saúde e educação e destina ações de promoção, prevenção e cura aos estudantes no ambiente escolar. Portanto, o SUS, BS e PSE, constituem, no Brasil, uma janela de oportunidades para que gestores e profissionais de saúde cuidem das crianças e seus problemas mais prevalentes no local onde elas passam a maior parte do dia e ficam sob a guarda do estado, colocando – se como protagonistas e indo de encontro aos problemas da população. Em São Paulo – SP, que é a maior e mais rica metrópole do Brasil, mas com profundas desigualdades sociais e locais, existem mais de 400 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cerca de 2,400 profissionais de saúde bucal, divididos entre Dentistas, Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal, que atendem uma população em sua maioria SUS dependente.

Descrição do problema

No município de São Paulo, segundo dados fornecidos pela gestão, a Avaliação de Risco realizada em 2017 nas escolas municipais, revelou que cerca de 80.000 crianças estavam com pelo menos uma cavidade de cárie com necessidade de intervenção e foi identificada, por parte das equipes de saúde bucal e gestão municipal, grande dificuldade em deslocar essas crianças até as unidades de saúde para tratamento, através de elevados índices de absenteísmos. Um dos desafios de se tratar a cárie em crianças está no fato de que elas não são autônomas e dependem de um adulto para seu deslocamento até as unidades de saúde. A consulta marcada em horário de trabalho ou escola, o medo de perder o emprego, a própria miséria, a falta de informação e as dificuldades que o próprio território impõe à locomoção foram reconhecidas como as principais raízes do absenteísmo enfrentado.

Opção escolhida para enfrentar o problema

Na década de 1980, um tratamento foi idealizado para ser realizado em espaços sociais onde não houvesse acesso à energia elétrica, impossibilitando a realização de tratamentos odontológicos convencionais. Após a realização de 28 restaurações com instrumentos manuais e cimento de poliacrilato, em espaços sociais, o idealizador retornou ao local e percebeu que com exceção de um procedimento, os demais estavam presentes, e mesmo com a necessidade de alguns reparos, as lesões de cárie dentária estavam inativas. Em 1992 foi realizado outro estudo, em que as crianças que foram tratadas com o novo procedimento (grupo teste), já realizado com cimentos de ionômero de vidro, foram mais carinhosas e receptivas aos dentistas do que as que receberam o tratamento convencional (grupo controle), que fugiram dos profissionais. O estudo deu origem ao nome da técnica: Tratamento Restaurador Atraumático (ART). A partir de 1994, o ART passou a ser amplamente divulgado pela OMS. Em 2002 a instituição publicou o documento "The Basic Package of Oral Care", que insere o ART em um pacote de cuidados essenciais à todas as pessoas.

Atualmente, o ART é entendido como uma abordagem minimamente invasiva, perfeitamente inserida na filosofia moderna de atenção a saúde, que compreende medidas preventivas, terapêuticas e restauradoras em relação aos agravos em saúde, como é o caso da cárie dentária. Através de pesquisas ao redor do mundo, hoje em dia, o material restaurador apresenta biocompatibilidade e propriedades mecânicas desejáveis, com longevidade semelhante às técnicas convencionais, segundo atuais e robustas evidências científicas (revisões sistemáticas e meta análises). Portanto, tem potencial de enfrentamento para o problema apresentado. Além de estar prevista pela OMS, a técnica restauradora está incluída Caderno 17 (Saúde Bucal) e nas diretrizes municipais de São Paulo-SP.

No que diz respeito ao contexto global do ART como política pública, foi identificado que a incorporação do ART nos serviços de saúde, em especial nos sistemas públicos de saúde, mostrou-se uma estratégia promissora, tendo maior abrangência e sendo mais custo eficaz quando comparado às estratégias convencionais, ampliando o acesso e reduzindo iniquidades em saúde. Entretanto, foram encontrados poucos estudos que descrevem sistematicamente as diferentes etapas de implementação dessas políticas. Não se sabe ao certo se a técnica tem sido utilizada, geralmente, em ações pontuais e em projetos de pesquisa, sem que haja o envolvimento de tomadores de decisão para inclusão na agenda política, ou se a estratégia é utilizada como política, porém sem avaliação e publicação dos resultados na literatura.



Considerações sobre a implementação da opção

O NEv-SB/FOUSP reuniu dois grupos de especialistas, um em políticas públicas de saúde bucal e outro em cariolgia. Em um momento inicial, a “ideia” era formular um curso de atualização sobre a técnica para as Equipes de Saúde Bucal (ESBs), mas após o envolvimento dos diferentes atores, ficou evidente a necessidade de se rever o processo de trabalho, havendo a oportunidade para que a técnica fosse incorporada na rotina dos serviços como restauração definitiva, para ser realizada nos próprios espaços escolares, e que fosse aplicada em todos os serviços do município de São Paulo.

O que fizemos até aqui?

1. Diagnóstico situacional
2. Capacitação dos profissionais da rede (Curso semi presencial disponibilizado no moodle da FOUSP e parte presencial nas salas de aula e laboratórios da faculdade com envolvimento de professores, alunos de pós graduação e graduação, gestores e profissionais da rede)
3. Planejamento, com um grupo de especialistas e cirurgiões dentistas da rede, “apoiadores” do projeto, o que favoreceu o vínculo e a própria relação Ensino - Serviço
4. Implementação:
Foram 10300 crianças atendidas e 23690 dentes tratados em cerca de seis meses. Foi relatada exposição pulpar em 314 dentes, 1,3% do total de tratamentos executados.

Dados quantitativos após os primeiros meses de implementação do ART na rede de atenção à saúde bucal de São Paulo – SP:

Supervisão Técnica de Saúde	Nº de UBS participantes	Nº de educandos tratados	Nº de dentes tratados	Média de dente por aluno tratado	Exposição Pulpar
CENTRO	5	137	443	2,5	2
LESTE	93	3074	6996	2,3	84
NORTE	47	1162	2764	2,6	64
OESTE	20	526	1048	2	11
SUDESTE	73	2437	5314	2,3	53
SUL	93	2964	7073	2,5	100
TOTAL	331	10300	23638	2,3	314

(Resultados após os 6 primeiros meses de implementação)

Barreiras identificadas

1. Falta de insumos em algumas unidades
2. Senso comum de que o ART é uma restauração de qualidade inferior
3. Resistência de alguns profissionais em se deslocarem às escolas e de algumas escolas em recebê-los.
4. Falta de protocolos em casos de exposição pulpar



Proposta de implementação para o Estado de São Paulo

- Mínima intervenção (MI) na Atenção Primária à Saúde (Além de procedimentos e ações de prevenção, envolve o ART, tratamento ultraconservador, entre outros);
- Início pelos 411 municípios do programa Sorria São Paulo, com verba destinada à material permanente (instrumental, equipo móvel, etc);
- Parceria entre a FOUSP, Secretaria Estadual de Saúde, Kings College, sediada em Londres, afim de possibilitar 2 cursos de capacitação à distância disponibilizados via cultura e extensão da USP, com certificação para todos os profissionais (ART - 10.000 vagas / Planejamento Estratégico Situacional - 4.000 vagas).
- Ampliação do uso do Aplicativo de Saúde Bucal do estado para possibilitar diagnóstico situacional, levantamentos epidemiológicos e constante atualização dos dados relacionados à implementação

Estudos relacionados com a mínima intervenção na política estadual:

- Avaliação da longevidade dos procedimentos
- Avaliação de custo efetividade
- Descrição e análise das etapas de formulação e implementação
- Pesquisas qualitativas

Objetivos:

1. Melhorar a qualidade da prestação de atendimento odontológico e oferta de cuidado em saúde bucal para crianças
2. Aumentar o impacto das evidências de MI, compreendendo e avaliando a prática atual, bem como as barreiras para adotá-las na rotina dos serviços de saúde, os pontos de vista sobre os cuidados atuais prestados e também as barreiras à aceitação e adoção da MI por parte do público leigo, famílias e crianças com cáries, líderes de opinião e formuladores de políticas
3. Divulgar amplamente a experiência e definir um método que permita a sua utilização em outras localidades, com enfoque nos países da América Latina

Link para acessar o trabalho completo (Também disponível no QRcode abaixo) : <https://qrqo.page.link/gvqQN>



Nossos contatos:

1. **Fernanda Campos de Almeida Carrer** - Coordenadora do Núcleo de Evidências FOUSP (email: fernandacsa@usp.br)
2. **Fábio Carneiro Martins** – Doutorando pelo Departamento de Odontologia Social FOUSP (email: fabio.carneiro.martins@usp.br)