

Revisão de literatura

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA AS POPULAÇÕES INDÍGENAS COM UTILIZAÇÃO DO TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO

DENTAL CARE FOR THE INDIGENOUS POPULATIONS WITH THE USE OF ATRAUMATIC RESTORATIVE TREATMENT

Sérgio Spezzia¹

¹ Cirurgião Dentista. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Gestão Pública pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Mestre em Ciências pela Escola Paulista De Medicina – UNIFESP.

Resumo

Introdução: A técnica do tratamento restaurador atraumático (ART) é facilmente executada sem requerer recursos dispendiosos. Para tal, emprega-se apenas instrumentos manuais para retirada do tecido danificado, escavando-se a cavidade com colheres de dentina, uma vez realizada a preparação da cavidade, usa-se materiais restauradores adesivos para complemento, muito comumente o cimento de ionômero de vidro. Objetiva-se realizar preparação cavitária, percorrendo a própria anatomia da lesão e não realiza-se forma de conveniência, etapa do preparo cavitário anterior a sua restauração. Essa manobra visa economizar tecido dental e empreender preparo conservador. Nas localidades remotas, englobando as aldeias ou comunidades indígenas, onde os recursos para tratamento odontológico convencional são escassos, pode-se empregar para atendimento odontológico, o ART. O Programa Brasil Sorridente Indígena preconiza o uso do ART como forma de resolução do problema de saúde pública apresentado. O objetivo do presente artigo foi verificar os reais benefícios do emprego do ART nas populações indígenas. A FUNASA por intermédio do Programa Nacional de Assistência às Comunidades Indígenas preconiza utilização do ART nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Convive-se na saúde bucal indígena com uma demanda aumentada por tratamento restaurador e com uma escassez de tempo para realização dos procedimentos, o que necessita de estratégia para solução, nesse contexto pode-se optar pelo uso do ART. O uso do ART em áreas indígenas e avaliações odontológicas periódicas são capazes de melhorar as condições e a qualidade de vida da população, minimizando a dor e o desconforto que seriam passíveis de ocorrer pela progressão desfavorável das lesões de cárie.

Descritores: Populações Vulneráveis; Saúde Pública; Odontologia Comunitária; Odontologia Preventiva; População Indígena.

Abstract

Introduction: Atraumatic restorative treatment technique (ART) is easily performed without requiring expensive resources. Only manual instruments are used to remove the damaged tissue, excavating the cavity with dentine spoons, once the cavity preparation is done, using adhesive restorative materials to complement, most commonly the glass ionomer cement. The aim is to perform a cavitory preparation, traversing the anatomy of the lesion itself and not performing a form of convenience, a stage of the cavity preparation prior to its restoration. This maneuver aims to save dental tissue and undertake conservative preparation. In remote locations, encompassing villages or indigenous communities, where resources for conventional dental treatment are scarce, ART can be used for dental care. The Brazilian Smiling Indian Program advocates the use of ART as a way of solving the public health problem presented. The objective of this article was to verify the real benefits of ART use in indigenous populations. FUNASA, through the National Assistance Program for Indigenous Communities, advocates the use of ART in 34 Indigenous Special Sanitary Districts. Indigenous oral health is associated with an increased demand for restorative treatment and with a shortage of time to perform procedures, which necessitates a solution strategy, in this context one can opt for the use of ART. Use of ART in indigenous areas and periodic dental evaluations are capable of improving the conditions and the quality of life of the population, minimizing the pain and discomfort that would be likely to occur due to the unfavorable progression of caries lesions.

Key words: Vulnerable Populations; Public Health; Community Dentistry; Preventive Dentistry; Indigenous Population.

Contato: Sérgio Spezzia; E-mail: sergio.spezzia@unifesp.br

Enviado: Fevereiro de 2019
Revisado: Março de 2019
Aceito: Abril de 2019

Introdução

Conforme dados do Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI), no Brasil existem cerca de 600 mil indígenas que residem em aldeias ou comunidades situadas nas regiões norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul¹.

A população indígena comumente ocupa regiões isoladas e distantes e a promoção da atenção a saúde desses indivíduos mostra-se extremamente dificultosa. Na América do Sul, advindo principalmente do isolamento geográfico, têm-se dados qualitativos e quantitativos limitados acerca da saúde geral do povo indígena. No Brasil voltado para os aspectos de saúde apresentados pelos indígenas existem indicadores de saúde negativos, ocorrendo taxas elevadas de mortalidade e morbidade².

No contexto geral, em nosso país, em se tratando dos indígenas, convive-se com heterogeneidade sociocultural, geográfica e política e inexistem levantamentos consolidados acerca de dados epidemiológicos e demográficos desse povo, inclusive os levantamentos epidemiológicos voltados para a saúde bucal são escassos, o que impossibilita a acessibilidade à atenção integral à saúde, preconizada pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

No SUS, em conformidade com as Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é o responsável pela prestação de serviços de saúde^{4,5}.

Em contrapartida, existe a necessidade de conhecer-se o perfil epidemiológico de determinado grupo populacional por intermédio da realização de levantamentos epidemiológicos para possibilitar o empreendimento de ações de saúde bucal. É imprescindível que se realize um maior número de estudos para evidenciar melhor como procede epidemiologicamente a saúde bucal indígena no Brasil, pois sabe-se que os estudos relacionados a populações indígenas se mostram escassos, e comumente envolvem amostras pequenas e estudos transversais^{6,7}.

A Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Programa Brasil Sorridente, que foi instituída em 2004 e vigora até os dias atuais tornou possível modificar o perfil das ações de saúde para os indígenas que existiam até então. As Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas formalizada em 2006 e consolidada em 2008, passou a nortear nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) a oferta da assistência à saúde bucal, possibilitando cobertura aos 34 DSEI existentes⁸⁻¹².

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena almejava a prática de ações preventivas, educativas e reabilitadoras na área de atenção à saúde bucal. O Programa Brasil Sorridente Indígena (PBSI) foi criado concomitantemente a instituição da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

O PBSI visava promoção de assistência odontológica integral, garantindo o acesso amplificado à assistência odontológica nas aldeias ou comunidades, buscando estruturação e qualificação dos serviços de saúde odontológica praticados nos DSEI^{13,14}.

A execução do atendimento odontológico, tanto com cunho preventivo como curativo é fornecida para as populações indígenas. Nas localidades remotas, englobando as aldeias ou comunidades indígenas, onde os recursos para tratamento odontológico convencional são escassos, pode-se empregar para atendimento odontológico, o tratamento restaurador atraumático (ART)¹⁵⁻¹⁷.

O PBSI preconiza o uso do ART como forma de resolução do problema de saúde pública apresentado¹⁸⁻²⁰. O objetivo do presente artigo foi verificar os reais benefícios do emprego do ART nas populações indígenas.

Revisão de literatura

Em 1994, fundamentando-se no desfecho satisfatório obtido pela utilização do Atraumatic Restorative Treatment (ART) ou Tratamento Restaurador Atraumático, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a adotar essa prática, visando resolução dos problemas odontológicos em locais distantes onde havia acesso dificultoso ao tratamento odontológico convencional. Nas populações carentes e com baixo nível socioeconômico em localidades onde não existem consultórios ou ambulatórios odontológicos para propiciar tratamento convencional, como nas localidades indígenas, a técnica do ART mostra-se efetiva^{16,17}.

Essa técnica é facilmente executada sem requerer recursos dispendiosos para tal, emprega-se apenas instrumentos manuais para retirada do tecido dentário, escavando-se a cavidade com colheres de dentina, uma vez realizada a preparação da cavidade, usa-se materiais restauradores adesivos para complemento, muito comumente o cimento de ionômero de vidro. Objetiva-se realizar a preparação cavitária, percorrendo a própria anatomia da lesão e não se realiza a forma de conveniência, que é uma das etapas do preparo cavitário anterior a sua restauração. Essa manobra visa economizar tecido dental e empreender preparo conservador. O ART não necessita sequer de energia elétrica para ser realizado. Almeja-se remover somente o tecido cariado amolecido, que corresponde a dentina infectada. Essa técnica possui indicação principalmente em situações em que existem lesões de dentina com abertura cavitária de ao menos 1,6 milímetros, possibilitando acesso do escavador localmente. Sabe-se, entretanto, que pode ocorrer permanência de tecido dentinário cariado na etapa de preparação cavitária, advindo do emprego de instrumentação manual, o que representa uma limitação dessa técnica²¹⁻²⁴.

A técnica do ART é recomendada para emprego nas dentições decidua e permanente. Em escolares com idade a partir dos 06 anos, a técnica tem enfoque voltado para a dentição permanente.

O público infantil e de pré-escolares pode ser beneficiado, evitando-se tratamentos mais complexos e invasivos. Na Odontopediatria a utilização do ART possibilita o tratamento odontológico de crianças, que convencionalmente mostra-se dificultoso sem fazer-se uso da anestesia^{25,26}.

O ART possui indicação em algumas situações clínicas que envolvem povos indígenas, bebês e crianças, pacientes especiais, gestantes, indivíduos hospitalizados, quando existir dentes com lesões primárias de cárie dentária para tratamento, entre outras^{25,26}.

O controle da cárie dentária consta da principal meta preterida com o ART, que atua como tratamento curativo, visando promoção de saúde. A prevenção, no entanto, também detém papel de extrema importância e no transcorrer do ART, convém orientar os pacientes contactados acerca dos cuidados essenciais com sua higiene bucal, no intuito de empreender controle da cárie²²⁻²⁴.

Os atendimentos odontológicos à população indígena transcorrem nas próprias palhoças indígenas num local situado proximamente à incidência satisfatória de luz natural, improvisando-se e substituindo-se os consultórios dentários e toda a aparatologia das cadeiras odontológicas por cadeiras normais de uso doméstico, pequenos bancos e mesas. Para remoção do tecido amolecido das cáries instaladas por intermédio do emprego do ART, utiliza-se somente curetas dentinárias²⁷.

A operacionalidade dos atendimentos odontológicos aos povos indígenas pode ocorrer com sistema de atendimento por escala, em que a equipe de saúde bucal (ESB) constituída por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) perfaz num intervalo de 30 dias atendimento nas áreas indígenas. A princípio, quando a ESB chega a aldeia ou comunidade procura empreender visitas domiciliares, orientando os indivíduos acerca dos cuidados essenciais com sua saúde bucal e fornecendo escova e creme dental. Passadas 24 horas busca-se realizar improvisadamente tratamento odontológico individual ao ar livre. A intervenção das ESB nas aldeias pode ocorrer três vezes durante o ano. Relacionado ao tratamento odontológico individual, comumente pode-se realizar procedimentos, envolvendo ART, exodontias, adequação do meio bucal, aplicação tópica de flúor e intervenções com raspagens periodontais, entre outros²⁸.

A população indígena em nosso país demonstra estado de saúde bucal preocupante com elevado acometimento por doenças periodontais e cárie dentária. Nessas populações o acesso ao atendimento odontológico é dificultoso; existe prática de higienização bucal deficiente e ocorre consumo de alimentos que possuem carboidratos fermentáveis, o que favorece a instalação da cárie dentária e das doenças periodontais.

Programas preventivos, visando promoção de saúde bucal devem ser instituídos para fornecer subsídios e embasar os indivíduos acerca de como executar uma higienização bucal satisfatória e de como empregar os dentífricos contendo flúor^{15,29,30}.

A convivência com outras culturas não indígenas levou a alteração na dieta tradicional, ocasionando baixos níveis de qualidade nutricional, oriundos da substituição dos alimentos costumeiramente ingeridos anteriormente por outros, como por exemplo os açucarados. Outra manifestação ocasionada pela mudança de hábitos alimentares predisps a manifestações bucais^{31,32}.

O perfil de saúde bucal apresentado pelos indígenas mostra-se deteriorado pela deficiente assistência odontológica prestada; pela falta de programas preventivos; por hábitos alimentares modificados e pelo consumo de alimentos industrializados e por alterações ambientais e socioeconômicas^{31,32}.

A FUNASA por intermédio do Programa Nacional de Assistência às Comunidades Indígenas preconiza a utilização do ART nos 34 DSEI³³.

Convive-se na saúde bucal indígena com uma demanda aumentada por tratamento restaurador e com uma escassez de tempo para realização dos procedimentos, o que necessita de estratégia para solucionamento, nesse contexto pode-se optar pelo uso do ART³⁴.

Comparado as técnicas de dentisteria convencionais, o ART possui características benéficas, que permitem racionalização de tempo e de recursos, pois pode ser executado em número reduzido de fases operatórias com a realização de preparos cavitários mínimos onde não ocorre necessidade do uso da anestesia; possibilita a remoção da dentina amolecida pela cárie em sessão única e não necessita dos consultórios odontológicos ou dos ambulatórios para atendimento às populações em locais distantes e de acesso remoto^{34,35}.

Discussão

Na atualidade, o ART é praticado em inúmeros países, buscando-se enfatizar a necessidade de retirada por completo somente da dentina infectada das cavidades produzidas por cárie, já que subsequentemente a restauração dentária ocorre rotineiramente por sobre tecido desmineralizado com cimento de ionômero de vidro, que possui propriedades de adesividade e de liberação de flúor^{21-24,36,37}.

Convém ressaltar que o uso do ART, que consta de uma técnica com baixo custo, pode propiciar a economia dos recursos públicos e evitar a realização de tratamentos mais complexos, inclusive nos povos indígenas, o que é extremamente importante.

Em contrapartida, advindo das dificuldades de acesso a áreas remotas, algumas vezes determinadas localidades não recebem o contato dos cirurgiões dentistas ou recebem apenas uma vez por ano, ao invés de três como ocorre normalmente. O período prolongado sem a avaliação odontológica, que inclusive pode não ocorrer e que pode estender-se por um ano pode ser danoso, levando possivelmente a eventuais perdas dentárias, que necessitarão posteriormente da instalação de próteses dentárias, o que se mostra catastrófico aos pacientes que dependem da execução desses serviços e custoso aos cofres públicos²⁸.

Os odontólogos responsáveis pela saúde oral nas localidades indígenas devem proceder ao feito de atividades coletivas, monitorando-as; devem incentivar meios de prevenção das doenças bucais e devem realizar agendamentos para os atendimentos individuais. As intervenções odontológicas realizadas são extremamente importantes para evidenciar doenças bucais; a situação periodontal apresentada; a prevalência de cárie dentária e para determinar quanto ao uso e necessidade de próteses, dentre outras finalidades¹⁰.

O cirurgião dentista deve adotar alguns cuidados ao atuar nas comunidades ou aldeias indígenas, são eles: respeitar os costumes tribais e as tradições indígenas; procurar embasar os encarregados de contactar os indígenas, sejam eles religiosos, elementos pertencentes a instituições governamentais ou outros para que os mesmos evitem a incorporação junto aos indígenas da adoção do consumo de alimentos desfavoráveis a saúde bucal, principalmente os ricos em açúcar; utilizar para auxílio nos atendimentos odontológicos se necessário for dos próprios indígenas pertencentes a tribo e empregar mão de obra não pertencente a eles mesmos, apenas em situações restritas³⁸.

Objetiva-se com o emprego do ART promover a restauração de um maior número de cavidades em menor tempo possível, possibilitando uma abrangência aumentada dos atendimentos e uma menor demanda, concomitantemente possibilitando a paralisação mais rapidamente da evolução das lesões por cárie^{34,35}.

Em nosso país torna-se viável com a utilização do ART, o aumento do acesso universal da população à assistência odontológica, uma vez que a demanda para os atendimentos deixa de acumular-se, possuindo o ART maior abrangência populacional^{34,35}.

Existe iniquidade entre a assistência à saúde bucal fornecida aos indígenas e aos demais, tornando os indígenas vulneráveis a instalação de cárie dentária e a outras complicações. Deveria haver adoção de medidas que possibilitassem universalização e equidade aos povos indígenas, evitando-se as desigualdades.

Alguns estudos internacionais também relatam desigualdades nos atendimentos odontológicos ofertados a indígenas e não indígenas, entretanto, outros estudos afirmam terem ocorrido bons resultados no Canadá e nos Estados Unidos, relacionados a saúde bucal voltada para os indígenas por intermédio da integração da assistência odontológica prestada na atenção primária com programas intersetoriais de promoção de saúde bucal, entre outras medidas³⁹⁻⁴⁴.

Conclusões

O uso do ART em áreas indígenas e as avaliações odontológicas periódicas são capazes de melhorar as condições e a qualidade de vida da população, minimizando a dor e o desconforto que seriam passíveis de ocorrer pela precariedade de atendimentos odontológicos e pela progressão desfavorável das lesões de cárie.

A resolatividade do problema de saúde pública vigente nos povos indígenas relacionado a precariedade do estado de saúde bucal e a progressão desenfreada das lesões de cárie pode ocorrer com a utilização do ART e com a adoção de condutas de orientação acerca dos cuidados essenciais com a higienização bucal com embasamento realizado pelo cirurgião dentista, procurando-se empregar linguagem para tal que vá de encontro aos usos e costumes dos indígenas.

Conflito de Interesses

Os autores alegam não haver conflito de interesses.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010. Brasília: Funasa, 2010. 96p. : II.
2. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, Bergamaschi Jr E, Souza JEA. Percepção de saúde bucal em uma comunidade indígena no Brasil. Rev Fac Odontol Lins, 2001; 13(1):60-5.
3. Siasi - Funasa/MS. Relatório de Indicadores Demográficos. Dados Referentes à 1º de Julho de 2010. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>> Acessado em 19 de janeiro de 2019.
4. Funasa. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
5. Barbosa APS. A política de saúde indígena no Brasil na década de 1990 e o sistema único de saúde: o caso das aldeias do Espírito Santo. 2009. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2009.
6. Narvai PC, Biazevic MGH, Junqueira SR, Pontes ERCJ. Diagnóstico da cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. Rev Bras Epidemiol, 2001; 4(2):72-80.
7. Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: Coimbra JR CEA, Santos RV, Escobar AL. (org). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz/Abrasco, 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, p. 2-7, 2004.
9. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília: Funasa/ Ministério da Saúde ; 2007. 68p.

10. Nunes SAC. Avanços e Desafios na Implantação da Atenção Básica em Saúde Bucal dos Povos Indígenas nos Rios Tiquié e Uaupés – Distrito Sanitário Especial Indígena – Alto Rio Negro – Amazonas: Análise de uma Experiência. [Dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, 2003.
11. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde indígena. Funasa em Revista, 2009; 4(3):28-37.
12. Ministério da Saúde. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Programa Brasil Sorridente, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passa_a_passo_ceo.pdf Acessado em 21 de novembro de 2018.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde lança Brasil Sorridente Indígena. 19 abril 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12467 > Acesso em 27 de maio de 2018.
14. Spezzia S. Odontologia minimamente invasiva e tratamento restaurador atraumático. R Odontol Planal Cent, 2018; 8(1):38-46.
15. Funasa. Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.
16. Frencken JÉ. The state-of-the-art of ART sealants. Dent Update, 2014;41(2):119-20.
17. Arrow P. Restorative Outcomes of a Minimally Invasive Restorative Approach Based on Atraumatic Restorative Treatment to Manage Early Childhood Caries: A Randomised Controlled Trial. Caries Res, 2016;50(1):1-8.
18. Soares OE. Ações em saúde indígena amazônica: o modelo do alto rio Negro. São Gabriel da Cachoeira: Federação dos Organizadores Indígenas do Rio Negro; 2006. 192p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. DAB. Ministério da Saúde entrega 2,6 milhões de kits para higiene bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2489> Acessado em 29 de janeiro de 2019.
20. Brasil. Governo do Brasil. Brasil Sorridente Indígena. População indígena vai receber 2,6 milhões de kits de higiene bucal. Conjuntos são compostos por escova dental adulto ou infantil, creme dental fluoretado e fio dental. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/11/populacao-indigena-vai-receber-2-6-milhoes-de-kits-de-higiene-bucal> Acessado em 10 de setembro de 2018.
21. Frencken JE, Leal SC, Navarro MF. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: a comprehensive overview. Clinical Oral Invest, 2012;16:1337-46.
22. Calvo AFB, Kicuti A, Tedesco TK, Braga MM, Raggio DP. Evaluation of the relationship between the cost and properties of glass ionomer cements indicated for atraumatic restorative treatment. Braz Oral Res, 2016; 30(1):e8.
23. de Medeiros Serpa EB, Clementino MA, Granville-Garcia AF, Rosenblatt A. The effect of atraumatic restorative treatment on adhesive restorations for dental caries in deciduous molars. J Indian Soc Pedod Prev Dent, 2017;35(2):167-73.
24. Giacaman RA, Muñoz-Sandoval C, Neuhaus KW, Fontana M, Chalas R. Evidence-based strategies for the minimally invasive treatment of carious lesions: Review of the literature. Adv Clin Exp Med, 2018 Jul 2. doi: 10.17219/acem/77022. [Epub ahead of print].
25. Navarro MF, Rigolon CJ, Barata TJ, Bresciane E, Fagundes TC, Peters MC. Influence of occlusal access on demineralized dentin removal in the atraumatic restorative treatment (ART) approach. Am J Dent. 2008;21(4):251-4.
26. Estupinan-Day S, Tellez M, Kaur S, Milner T, Solari A. Managing dental caries with atraumatic restorative treatment in children: successful experience in three Latin American countries. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(4):237-43.
27. Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN. Ações em Saúde Indígena Amazônica. O Modelo do Alto Rio Negro. Oscar Espellet Soares, Organizador, 2006. Disponível em: <https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1265.pdf> Acessado em 29 de janeiro de 2019.
28. Carvalho KR. Situação de Atendimento Odontológico à População da Terra Indígena Wajapi nos anos 2004 e 2005. [monografia]. Especialização em Saúde Coletiva. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2006.
29. Parizotto SPCOL. Prevalência de cárie dentária na dentição decidua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.
30. Moura PG, Batista LRV, Moreira EAM. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. Rev Nutr, 2010; 23(3):459-65.
31. Arantes R, Santos RV, Frazão P. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavantes de Mato Grosso, Brasil. Rev Bras Epidemiol, 2010; 13(2): 223-36.
32. Pacheco SSQM, Xavier KO. Práticas alimentares do grupo indígena Kariri-xocó, de Lauro de Freitas-BA: sustentabilidade e desafios em contextos de mudanças. Demetra, 2015; 10(3):649-62.
33. Massara LM, Wambier D, Imparato PCJ. Tratamento restaurador atraumático (ART). In: Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria/Associação Brasileira de Odontopediatria, 2009, cap. 18, p.185-93. Disponível em: <http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-18-Tratamento-Restaurador-Atraumatico-ART.pdf> Acessado em 29 de janeiro de 2019.
34. de Andrade M, Imparato JCP, Wambier DS, Noronha JC, Raggio DP, Bonecker M. Tratamento Restaurador Atraumático Modificado (ARTm). Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, 2012; 12(3):303-6.
35. Menezes VA, Corrêa JCL, Lima JN, Leite AF, Granville-Garcia AF. Percepção dos cirurgiões-dentistas da cidade de Caruaru/PE sobre o tratamento restaurador atraumático. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2009; 9(1):87-93.
36. Dorri M, Martinez-Zapata MJ, Walsh T, Marinho VCC, Sheiham A, Zaror C. Atraumatic restorative treatment versus conventional restorative treatment for managing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 12. Art. No.: CD008072. DOI: 10.1002/14651858.CD008072.pub2.
37. Frencken JE. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. Br Dent J. 2017; 223(3):183-9.
38. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 5 ed. Editora Santos: São Paulo. 2008.
39. Jones DB, Schlife CM, Phipps KR. An oral health survey of Head Start children in Alaska: oral health status, treatment needs, and cost of treatment. J Public Health Dent, 1992; 52:86-93.
40. Bolden AJ, Henry JL, Allukian M. Implications of access, utilization and need for oral health care by low-income groups and minorities on the dental delivery system. J Dent Educ, 1993; 57: 888-9.
41. Caplan DJ, Weintraub JA. The oral health burden in the United States: a summary of recent epidemiologic studies. J Dent Educ, 1993; 57:853-62.
42. Grim CW, Broderick EB, Jasper B, Phipps KR. A comparison of dental caries experience in Native American and Caucasian children in Oklahoma. J Public Health Dent, 1994; 54: 220-7
43. Public Health Service. Healthy People 2000: midcourse review and 1995 revisions. Washington DC: DHHS Pub. (PHS);1995.12.
44. Public Health Service. Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives. Washington DC: DHHS Pub. No. (PHS)91-50212;1990.13.