



TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM ESCOLARES DE UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA DE PELOTAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

JOÃO ARZELINDO PEREIRA NETO¹; FILIPI GONÇALVES GOTUZZO²; JOÃO PEDRO RIBEIRO BRIÃO³; HUGO PANTOJA DA COSTA⁴; MAURO CARDOSO RIBEIRO⁵; OTÁVIO PEREIRA D'AVILA⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas – joaoarze@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – filipigotuzzo18@hotmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – jotaperbriao@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – hugopantajaneto@gmail.com

⁵ Universidade Federal de Pelotas – mauro.cardoso1@gmail.com

⁶ Universidade Federal de Pelotas – otaviopereiradavila@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A cárie em crianças no Brasil tem uma elevada prevalência, afeta de modo relevante a vida desses indivíduos e é considerado um problema de saúde pública (Ardenghi TM, Piovesan C, Antunes JL, 2013). A associação entre condição socioeconômica e prevalência de cárie dentária tem sido apontada por estudos que interpretam essa associação como fonte de iniquidade em saúde bucal e a relação entre determinantes individuais e diferentes condições de saúde, entre elas a cárie dentária, é influenciada pelo contexto no qual os indivíduos estão inseridos (Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF, 1996; Diez-Roux AV, 2000). A ação descrita neste trabalho fez parte do projeto OI Filantropia, que integra estudantes de Odontologia em instituições filantrópicas de Pelotas/RS que atendem crianças em período integral ou turno inverso. A intervenção foi feita no Instituto São Benedito, que é uma instituição de Assistência Social estabelecida em 6 de fevereiro de 1901 por Luciana Lealdina de Araújo, uma mulher negra de origem escrava. Hoje, a escola é mantida pelo instituto e gerenciada por uma equipe técnica, oferecendo educação gratuita a cerca de 100 crianças em situação de risco social, incluindo aquelas com necessidades especiais. A instituição oferece ensino Fundamental (1º ao 5º ano) em turno integral, com atividades pedagógicas e culturais à tarde. A proposta pedagógica é baseada na promoção da vida. A instituição se sustenta por meio de promoções, aluguéis, sócios e doações da comunidade local.

Foi realizado TRA (Tratamento Restaurador Atraumático) que segundo Navarro et al., 2015, atualmente é entendido como uma abordagem minimamente invasiva que compreende medidas preventivas, terapêuticas e restauradoras em relação à cárie dental, onde o tratamento é feito fora do consultório e apenas com a utilização de instrumentos manuais e com o uso do cimento de ionômero de vidro (CIV), aplicado para o selamento de cicatrículas e fissuras em risco de cárie e na restauração de dentes com cavidades nas quais as fissuras adjacentes também são seladas.

2. METODOLOGIA

A equipe envolvida neste projeto inclui dois alunos do décimo semestre da Faculdade de Odontologia, dois estudantes auxiliares de semestres anteriores, dois cirurgiões-dentistas tutores, pós-graduandos em Saúde Bucal Coletiva na mesma faculdade, além de um professor responsável. Cada membro da equipe passou por

um processo de capacitação, que consistiu em treinamento teórico ministrado por professores da própria faculdade.

Iniciou-se com a fase de triagem, utilizando uma sala na instituição. As triagens foram divididas em três sessões nos dias 14 e 28 de abril e 05 de maio. Foram identificadas 95 crianças nessa etapa. Foi alcançado 100% de triagem apenas durante as intervenções, incluindo quatro meninas com frequência irregular. Durante cada sessão, foram examinados grupos de 3 a 5 crianças, registrando informações como nome, idade, presença de biofilme, gengivite, histórico de cárie, manchas brancas, cárie inativa e ativa, histórico de cárie, urgência e necessidade de TRA.

Após as triagens, a fase de intervenções começou com a obtenção das autorizações dos responsáveis por todos os pacientes atendidos. Os procedimentos foram realizados na mesma sala das triagens, equipada com uma maca, mesas e cadeiras para suporte. Os pacientes foram chamados de acordo com o ano escolar, mas a ordem foi flexível devido a ausências, complexidades e considerações de conforto.

As crianças eram inicialmente chamadas na sala de aula por um membro da equipe escolar para se sentirem mais confortáveis ao iniciar o procedimento no consultório. Após o primeiro contato, as crianças eram informadas sobre o procedimento, confirmavam sua identidade, recebiam orientações e, com seu consentimento, eram posicionadas na maca. A maioria dos procedimentos foram realizados por duas pessoas, com um terceiro auxiliar para manipulação de material.

O processo de preparação da cavidade envolveu isolamento relativo, remoção do tecido cariado por meio de curetas de dentina e com instrumentos como alargadores de cavidade e removedores de margem gengival, quando necessário. Para cavidades com envolvimento proximal, foram empregadas bandas matrizes, com ou sem o suporte de cunhas. Simultaneamente à manipulação do CIV, um dos operadores preparava o microbrush com ácido poliacrílico para que o operador principal pudesse realizar o condicionamento adequado da cavidade. Posteriormente, pensos de algodão umedecidos com água filtrada foram aplicados em camadas, seguidos por um penso de algodão seco para secar a cavidade, sem retirar toda a umidade.

Enquanto o condicionamento ocorria, o manipulador preparava o CIV de alta viscosidade (Gold Label IX da Fuji, na cor A3) usando espátulas para manipulação e blocos de papel. O material era então inserido pelo operador na cavidade com espátula ou, em alguns casos, com uma seringa de inserção de material restaurador (Maquia Precision). Por fim, a restauração é pressionada cuidadosamente com o dedo untado com vaselina sólida por alguns minutos. Após a presa inicial do material, as matrizes (se presentes) eram removidas, os excessos retirados e verificava-se qualquer contato prematuro, bem como excesso proximal, utilizando fio dental. Quando necessário, as curetas eram usadas para remover quaisquer excessos, e a avaliação era refeita.

Após os procedimentos, as crianças recebiam tatuagens infantis como reforço positivo. Entre um procedimento e outro, toda a área de trabalho passava por higienização com álcool 70% e os materiais repostos. Cada dia atendia de 3 a 5 pacientes, totalizando de 1 a 9 procedimentos, dependendo da complexidade. Os registros foram feitos no Microsoft Office e incluíam data, nome da criança, procedimento e observações, abordando casos que não se enquadram na técnica de TRA, como envolvimento pulpar e mobilidade dentária.

Foi realizada também a aplicação tópica de flúor em todas as cinco turmas da escola, abrangendo 82,82% das crianças. A terapia ocorreu na sala de escovação

da escola, com as turmas acompanhadas pelas professoras. As crianças receberam instruções usando macro-modelos e modelagem, seguidas da aplicação de flúor na maxila e mandíbula, com 1 minuto em cada arco. A supervisão da escovação foi feita por dois alunos do décimo semestre e um cirurgião-dentista, dividindo cada turma em três grupos para melhor supervisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de triagem foi aplicado a todas as crianças da escola, abrangendo um total de 99 meninas, distribuídas da seguinte forma: 20 meninas do primeiro ano, 23 do segundo ano, 21 do terceiro ano, 21 do quarto ano e 14 do quinto ano. Após a triagem, obtivemos os seguintes resultados: 86 das 99 crianças apresentaram biofilme dental; 41 crianças apresentaram algum grau de gengivite; 12 crianças mostraram manifestações de fluorose em diferentes graus; 23 meninas tinham pelo menos um dente previamente tratado para cárie; 34 possuíam cavidades inativas em coroa ou raiz e 43 crianças apresentavam manchas brancas de cárie; 27 meninas tinham 54 dentes com cárie ativa. Foram identificadas 21 situações de tratamento urgente, abrangendo uma variedade de condições, incluindo seis remoções de restos radiculares, quatro necessidades de tratamento endodôntico devido a exposição da polpa, três casos relatados de dor, três casos com presença de fistulas, dois casos com presença de pólipos e um caso de HMI. Além disso, durante a triagem, foram identificadas 82 indicações de Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) em 39 crianças. Após exames clínicos mais detalhados, intervenções de TRA foram realizadas em 53 dentes pertencentes a 36 crianças, com duas aplicações de selante em outras duas crianças.

É importante destacar que o processo de busca ativa realizado na Escola do Instituto São Benedito teve um impacto significativo. Para muitas meninas, essa foi a primeira vez que tiveram contato com um profissional de saúde bucal, já que mais da metade delas não se recordava de ter ido ao dentista anteriormente. Além disso, algumas meninas que já tinham experiência prévia com consultas odontológicas e relatavam enfrentar desconforto inicial, tiveram esses sentimentos superados durante o atendimento, resultando em consultas subsequentes mais tranquilas.

A introdução do TRA em programas de saúde voltados para pré-escolares e crianças pode desempenhar um papel crucial na redução da necessidade de procedimentos invasivos, que muitas vezes exigem maior colaboração por parte dos pacientes e podem ser de difícil acesso. Há vários fatores que tornam o TRA um componente valioso das políticas de saúde bucal, entre eles, destacam-se as altas taxas de eficácia e resolutividade e sua capacidade de ser aplicado em locais com infraestrutura limitada. Isso não apenas promove a saúde bucal das crianças, mas também contribui para a equidade no acesso aos serviços odontológicos, especialmente em comunidades desfavorecidas.

É importante destacar que este trabalho está em total alinhamento com as políticas do Ministério da Saúde, especialmente no que diz respeito aos critérios de avaliação do desempenho em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. A Portaria GM/MS Nº 960, de 17 de julho de 2023, propõe o TRA como um dos indicadores de desempenho ampliados em saúde. Esse reconhecimento não apenas valida a eficácia do TRA, mas também oferece incentivos à adoção dessa prática na promoção da saúde bucal, fortalecendo ainda mais sua importância na política de saúde pública do país.

4. CONCLUSÕES

As intervenções realizadas resultaram em melhorias significativas nas condições de saúde bucal das crianças, reduzindo a necessidade de procedimentos mais invasivos a curto e médio prazo. Isso contribuiu para uma experiência positiva no Instituto São Benedito, tanto para as crianças que já tinham experiência com dentistas quanto para aquelas que nunca tinham passado por avaliações odontológicas.

Essa experiência na graduação é fundamental, permitindo aos estudantes aplicar o conhecimento teórico na prática, desenvolver habilidades clínicas, entender a importância da prevenção na odontologia e promover responsabilidade social. Além das habilidades técnicas, os estudantes aprendem a lidar com o medo dos pacientes, promovendo relações positivas, enriquecendo sua formação e preparando-os para serem profissionais comprometidos com a promoção da saúde bucal e o bem-estar da comunidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Ardenghi TM, Piovesan C, Antunes JL. Inequalities in untreated dental caries prevalence in preschool children in Brazil. Rev Saúde Pública 2013;47(Supl 3):129-37.DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004352
- 2.Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996.Cad Saude Publica. 2002;18(3):755-63.DOI:10.1590/S0102-311X2002000300024
- 3.Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research.Annu Rev Public Health. 2000;21:171-92.DOI:10.1146/annurev.publhealth.21.1.171
- 4.Navarro, M. F. de L., Leal, S. C., Molina, G. F., & Vilhena, R. S. (2015). Tratamento Restaurador Atraumático: atualidades e perspectivas. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, 69(3), 289–301.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p. : il. ISBN 978-85-334-1987-2
6. BRASIL. Portaria n.º 960, de 17 de julho de 2023. Institui o pagamento por desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde – APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, n. 135, p. 237. 18 jul. 2023. Seção 1.
7. Souza, A. M. da C. ., Capella, G. S. ., Silva, J. R. M. de P. e. , & Martins, J. L. . (2021). O Uso do Tratamento Restaurador Atraumático na Saúde Pública . *E-Acadêmica*, 2(3), e142347. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i3.47>
8. MONNERAT, Antônio Fernando; SOUZA, Maria Isabel De Castro De; MONNERAT, Aline Borges Luiz. Tratamento Restaurador Atraumático. Uma técnica que podemos confiar?. 1. ed. Rio de Janeiro: Rev. bras. odontol., 2013. 33-6 p. v. 70.
9. SALES, Emily, V. B.; Et al. Tratamento restaurador Atraumático: paradigmas e progressos da técnica. Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal) v.6, n.1, January - April, 2021.