



Protocolo clínico para o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA)

A cárie ainda tem grande impacto na saúde das crianças brasileiras e o tratamento restaurador continua sendo importante, desde que aplicado, somente, quando necessário. Neste contexto, surge o “Tratamento Restaurador Atraumático (TRA)” que, embora desenvolvido para ser aplicado em comunidades sem acesso à infraestrutura para a odontologia convencional, vem ganhando muito espaço, em virtude dos seguintes aspectos:

- Técnica minimamente invasiva.
- Redução de exposições pulpare.
- Método econômico e eficaz.
- Aumenta o número de altas, uma vez que o atendimento é quatro vezes mais veloz.

A resolutividade do TRA impacta na redução dos custos, quando comparado às restaurações convencionais, pois reduz tempo clínico e não dói, sendo uma excelente escolha na Odontopediatria.

É considerada uma estratégia sólida, baseada em promoção de saúde e prevenção da cárie, permitindo grande alcance populacional.

Para aplicação do TRA há necessidade de:

- organização prévia do local.
- preparação do material e instrumental esterilizados.
- definir como será o atendimento e a remoção do lixo contaminado.

O passo a passo para o TRA, em ambiente não odontológico:

- 1) Profilaxia** - Escovação de todos dentes e uso do fio dental (feito pela ASB).
- 2) Seleção do quadrante** - Pode variar de acordo com a cooperação e idade do paciente, tamanho das cavidades e o tempo disponível (feito pelo CD).
- 3) Acesso à lesão** - A cavidade pode estar aberta e o acesso já ter ocorrido pela cárie. Caso não haja acesso, utiliza-se o *Opener* (Duflex, Brasil) ou um machado ou cinzel (feito pelo CD).
- 4) Alargamento da lesão** - Caso uma colher de dentina pequena não consiga remover o tecido cariado, utilizar o *Alargador* (Duflex, Brasil) ou o mesmo machado ou cinzel (Black) (feito pelo CD).
- 5) Remoção seletiva de cárie** - Deve ser feita de forma muito suave, removendo apenas o tecido totalmente amolecido, necrosado. Isto não significa que, este procedimento não deva ser minucioso, principalmente sob as cúspides e na linha amelo-dentinária (feito pelo CD).
- 6) Remoção de cárie dos dentes vizinhos** - Caso haja cooperação e necessidade, aproveitar para trabalhar nos dentes adjacentes (feito pelo CD).
- 7) Espatulação do CIV de alta viscosidade** (*Fuji IX*, GC; *Vitro Molar*, Nova DFL ou *Ketac Molar*, 3M ESPE) - Os cimentos de ionômero de vidro (CIV) exigem dosificação e espatulação precisas. Os CIVs de alta viscosidade não podem ser substituídos pelos convencionais para restauração, sob o risco das restaurações falharem, precocemente (feito pelo TSB ou ASB).
- 8) Isolamento relativo** - Inclinar a cabeça para o lado oposto ao da(s) cavidade(s), para reduzir a contaminação por saliva. Atenção à troca dos roletes de algodão (feito pelo CD ou TSB).
- 9) Secagem da cavidade** - Utilizar bolinhas de algodão (feito pelo CD ou TSB).
- 10) Inserção do CIV na cavidade** - Utilizar espátula nº 1 ou *Esculpidor TRA* (Duflex, Brasil). Opção para aplicar o material com *Pontas Centrix* (Nova DFL, Brasil), inserindo menos bolhas (feito pelo CD ou TSB).
- 11) Selamento dos dentes vizinhos** - Aumenta a exposição do quadrante ao flúor.
- 12) Pressão digital** - Pode ser feita com o dedo indicador ou com o polegar, por 4 a 5 minutos, sobre as restaurações e selantes, com o objetivo de comprimir o material na cavidade e evitar a contaminação com a saliva (feito pelo CD ou TSB).
- 13) Remoção de excessos** - Utilizar o *Esculpidor TRA* (Duflex, Brasil). Quando necessário, utilizar carbono para ajuste oclusal, fio dental e, eventualmente, tiras de polimento (feito pelo CD).
- 14) Orientações** - Não mastigar, por 1 hora. Alimentação pastosa, por 24 horas.



Autor:

Antônio Fernando Monnerat – CD (CRO-RJ 16.490)

- Professor Associado do Departamento de Dentística da FO/UERJ
- Coordenador do Projeto de Extensão TRA (UERJ)

E-mail: antoniofmonnerat@gmail.com



CRO-RJ

Almiro Reis Gonçalves
Coordenador da
Comissão de
Educação Continuada
do CRO-RJ
Agosto de 2014

Protocolo Clínico