

TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO: EXERCENDO A HUMANIZAÇÃO E MELHO- RANDO A QUALIDADE DE VIDA

*ATRAUMATIC RESTAURANT TREATMENT: EXERCISING HUMANIZATION AND IMPROVING THE
QUALITY OF LIFE*

Vânella Mendes dos Santos¹; Mônica Miguens Labuto²

¹Discente do 5º ano do Curso de Odontologia do UNIFESO – 2019; ²Docente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO, Especialista em Docência Superior (SEFLU), Especialista em Saúde da Família (UNIFESO), Especialista em Processos de Mudança no Ensino Superior e nos Serviços de Saúde (UNIFESO), Preceptora da IETC e da Clínica Integrada do SUS.

Resumo

O TRA ou ART é uma técnica criada para promover saúde principalmente às comunidades carentes em locais de difícil acesso ao tratamento odontológico, com renda e outras condições de vida precárias. É uma técnica baseada em evidências e bastante humanista, cujo principal objetivo é inibir o processo carioso com base nas necessidades odontológicas. Para tratar as lesões cariosas, faz uso apenas de instrumentos manuais com o intuito de remover parcialmente o tecido cariado e selar a cavidade com cimento de ionômero de vidro. Pode ser empregada em qualquer local, pois dispensa o uso de instrumentos rotatórios e quaisquer outros que necessite de energia elétrica e anestesia. O objetivo desse trabalho é relatar a importância do TRA, sua eficácia frente às condições impostas, passar confiança para os pacientes devido à exclusão de dor. O estudo será desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa por pretender relatar a importância do Tratamento Restaurador Atraumático. Foi desenvolvido para aplicação em uma população mais carente, vem ganhando espaço na odontologia moderna, porém tem sido negado por profissionais que não conhecem a técnica, que a empregam de forma incorreta ou que fazem uso de cimentos de ionômero de vidro inadequados. A saúde bucal da população mundial é dividida em duas realidades, de um lado estão os recursos profissionais e técnicos disponíveis à população e do outro, onde a odontologia tem dificuldade de se estabelecer pela falta de recursos financeiros, além da alta prevalência de cárie.

Descritores: Cárie dentária; Restauração temporária; Saúde coletiva.

Abstract

The TRA or ART is a technique created to promote health mainly to poor communities in places with difficult access to dental treatment, with income and other precarious living conditions. It is an evidence-based and quite humanistic technique, whose main objective is to inhibit the carious process based on dental needs. To treat carious lesions, it only uses manual instruments in order to partially remove the decayed tissue and seal the cavity with glass ionomer cement. It can be used anywhere, as it does not require the use of rotational instruments and any others that require electricity and anesthesia. The objective of this work is to report the importance of TRA, its effectiveness in the face of imposed conditions, to pass on confidence to patients due to the exclusion of pain. The study will be developed from a qualitative approach of the integrative review type because it intends to report the importance of Atraumatic Restorative Treatment. It was developed for application in a poorer population, has been gaining space in modern dentistry, but has been denied by professionals who do not know the technique, who use it incorrectly or who make use of glass ionomer cements Inadequate. The oral health of the world population is divided into two realities, on the one hand are the professional and technical resources available to the population and on the other, where dentistry has difficulty establishing itself due to the lack of financial resources, in addition to the high prevalence of caries.

Keywords: Dental cavity; Temporary restoration; Collective health.

INTRODUÇÃO

O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) ou ART é uma técnica criada para promover saúde principalmente às comunidades carentes, em locais de difícil acesso ao tratamento odontológico, com renda e outras condições de vida precárias. É uma técnica baseada em evidências e bastante humanista, cujo principal objetivo é inibir o processo cariioso com base nas necessidades odontológicas, o TRA exclui a hipótese de que a única alternativa é a exodontia do elemento dentário prejudicado (MASSARA; WAMBIER e IMPARATO, 2009).

De acordo com Navarro et al. (2015) esse tratamento é originado na Tanzânia em 1980 por conta da:

“[...] dificuldade de tratar os pacientes de maneira convencional, pois em muitas localidades do país não havia energia elétrica para acionar os motores odontológicos. Assim, os precursores do ART preconizaram o uso de escavadores manuais para remover o tecido dentinário cariado e o preenchimento da cavidade com cimento de policarboxilato [...]” (NAVARRO et al., 2015).

O Tratamento Restaurador Atraumático para tratar as lesões cariosas, faz uso apenas de instrumentos manuais com o intuito de remover parcialmente o tecido cariado e selar a cavidade com cimento de ionômero de vidro. Toda dentina cariada que foi infectada por microrganismos é removida com colher de dentina e a parte mais profunda em condições reversíveis irá remineralizar. É uma técnica que reduz o número

de bactérias de forma menos invasiva, é indicada para adultos e crianças independentes da condição socioeconômica (FIGUEIREDO; LIMA e MOURA, 2004).

REVISÃO DE LITERATURA

Histórico

Segundo Silvestre; Martins e Silva (2010), o TRA surgiu em 1980 sendo parte de um programa de atenção em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Dar ES Salaam na Tanzânia.

O TRA envolve medidas que educam e previnem, associadas a restaurações atraumáticas, desenvolvida pelo Dr. Jo E. Frecken na Universidade de Nijmegen, Holanda em meados dos anos 80 (MASSARA; WAMBIER e IMPARATO, 2009).

Essa denominação foi dada a técnica após um estudo clínico realizado em 1992 na Tanzânia após seis meses através de um grupo de controle onde foram comparadas restaurações convencionais que faziam uso de anestesia, brocas em alta rotação e restaurações em amálgama com restaurações que não necessitavam de anestesia e o tecido cariado foi removido manualmente e restaurados com cimento de ionômero de vidro com a técnica de impressão digital que foi chamado de grupo teste (NAVARRO et al., 2015).

Por volta do ano de 2006, o Ministério da Saúde indicou a técnica para populações com alta prevalência da doença cárie, com a finalidade de reduzir as infecções bucais (SILVESTRE; MARTINS e SILVA, 2010).

De acordo com Colares; Franca e Amorim Filho (2009) na Síria, as crianças que apresentassem lesões cariosas tanto em dentição decídua como permanente de 6 a 8 anos poderiam ser tratadas com TRA. No Brasil verificou 80,7% de necessidade de tratamento odontológico invasivo em crianças na faixa etária de 6 a 13 anos de idade e 39,9% dos casos seria TRA. Porém na Tanzânia, a prática comum é a realização da exodontia em 90% dos casos e menos de 5% dos casos são realizados tratamento restaurador. Já no Sul da África, houve uma redução das exodontias e restaurações em amálgama devido a introdução do tratamento restaurador atraumático em um programa de assistência odontológica móvel, favorecendo também a redução dos custos com o TRA em relação aos custos das restaurações em amálgama.

O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA)

Segundo Massara et al. (2012), o TRA é baseado em evidências científicas com o intuito de promover saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas sendo uma proposta inovadora.

O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) aprovado e divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para tratamento de lesões cáries com o uso apenas de instrumentos manuais, dispensando o uso de anestesia e qualquer instrumento rotatório (FIGUEIREDO; LIMA e MOURA, 2004).

De acordo com Lima; Saliba e Moimaz (2008) o TRA tem o objetivo de minimizar as extrações dentárias e é considerado como um tratamento definitivo que se difere da adequação bucal e utiliza somente instrumentos manuais, e quando comparado à técnica convencional, o TRA tem o custo mais baixo que o torna mais viável na promoção de saúde.

Segundo Garbin et al. (2008), a saúde bucal da população mundial é dividida em duas realidades: de um lado estão os recursos profissionais e técnicos disponíveis à população e do outro, onde a odontologia tem dificuldade de se estabelecer pela falta de recursos financeiros, além da alta prevalência de cárie.

O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) desenvolvido para aplicação em uma população mais carente, vem ganhando espaço na odontologia moderna, porém tem sido negado por profissionais que não conhecem a técnica, que a empregam de forma incorreta ou que fazem uso de cimentos de ionômero de vidro inadequados. Outra vertente que leva o profissional a não realizar o TRA é o desconhecimento por parte da população que irá receber o tratamento e nota a falta de diversos materiais utilizados no tratamento convencional (MONNERAT; SOUZA e MONNERAT, 2013).

O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) é uma estratégia que tem como característica um custo baixo e de simples execução, o que facilita o alcance de grupos populacionais diferentes, porém Chibinski; Baldani e Wambier (2014) afirmam que o cirurgião-dentista possui pouco preparo técnico-científico e conhecimento para realizar o mesmo. Desde 1994, o TRA tem apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), porém sua técnica é questionada

sob diversas vertentes, sendo uma delas e a principal que os profissionais não possuem preparo para realização de tratamentos alternativos devido ao grande número de currículos direcionados as restaurações tradicionais, e que essas equipes são constituídas por diversos profissionais de idades e formações diferentes, o que sugere que parte deles em sua graduação não foram enriquecidos com o conhecimento de procedimentos conservadores.

Segundo Lima et al. (2008) embora a técnica tenha sido indicada para populações com dificuldades socioeconômicas, acredita-se que possa ser aplicada em toda população independente das condições de vida, e isso é comprovado pelo surgimento do TRA modificado que é empregado em consultórios particulares e preconizado pela odontopediatria. Apesar de ter sido desenvolvido para essas populações, o TRA possui diversas aplicações como: tratamento precoce em bebês, pacientes que sofrem de ansiedade, pacientes com necessidades especiais e crianças com alta atividade de cárie.

O cimento de ionômero de vidro

Segundo Silva et al. (2010), os cimentos de ionômero de vidro surgiram findando a década de 1960 através dos estudos de Wilson & Kent, chegando ao mercado comercial em 1975 e, em seguida, continuaram sua evolução. Atualmente o cimento de ionômero de vidro (CIV) se dispõe em duas formas convencional ou modificado por resina. O CIV convencional possui vantagens como liberação de flúor na cavidade, se tornando anticariogênico e boa adesividade, onde se liga quimicamente a estrutura do dente. As desvantagens são susceptibilidade a desidratação, baixa resistência à tração e à fratura. Tendo em vista as desvantagens do ionômero de vidro convencional, surgiram os modificados por resina que podem ser foto ou auto ativados. O cimento de ionômero de vidro apresenta propriedades importantes que caracterizam sua qualidade, sendo elas a adesividade, liberação de flúor, coeficiente de expansão térmica e compatibilidade biológica.

Lima et al. (2008) afirma que um dos fatores do sucesso da técnica é o uso do cimento de ionômero de vidro devido suas vantagens de liberação de flúor, biocompatibilidade e adesão química.

Adesividade

O cimento de ionômero de vidro se liga quimicamente quando entra em contato com a estrutura dentária, e essa ligação é superior no esmalte do que a dentina por ser uma estrutura mais mineralizada. A adesão do material depende de fatores como a proporção do material que está sendo utilizado, a correta manipulação e a inserção do material na cavidade (FOOK et al., 2008).

Liberação de flúor

Uma das propriedades vantajosas do cimento de ionômero de vidro é a liberação de flúor, e é por meio dessa liberação que o CIV propicia um ambiente favorável a remineralização, pois o mesmo consegue interferir no metabolismo das bactérias quando interage com o esmalte do dente fazendo com que ele se torne mais resistente ao ácido e diminui a desmineralização. O flúor tem uma importância muito grande dentro do cimento de ionômero de vidro por exercer atividade anticariogênica e evitar a instalação de novas lesões cáries (FOOK et al., 2008).

Coeficiente de expansão térmica

O esmalte e a dentina assim como os materiais restauradores passam por alterações dimensionais devido as alterações térmicas que ocorrem na boca. Entretanto essas alterações de temperatura causam lacunas na interface que servirão de porta de entrada para fluidos orais que podem causar irritação pulpar e até mesmo uma cárie reincidir (FOOK et al., 2008).

Compatibilidade biológica

Essa compatibilidade se dá pela eficiência de vedamento marginal que auxilia na entrada de bactérias, além da liberação de flúor, boa adesividade, pH inicial baixo e liberação de cátions metálicos (FOOK et al., 2008).

As propriedades físicas e químicas do cimento de ionômero de vidro fizeram com que o mesmo fosse eleito material de escolha para o TRA, além disso foram desenvolvidas novas fórmulas em que o tempo de presa reduziu e a sensibilidade a umidade foi controlada (FIGUEIREDO; FORTE e SAMPAIO, 2008).

Vantagem da técnica

Silvestre; Martins e Silva (2010) realizou um estudo do tipo exploratório-descritivo que foi realizado em 2009 na Escola Belarmino Pereira em Porteiras, Ubajara – Ceará. Para iniciar esse estudo foi realizado uma oficina de capacitação de multiplicadores em saúde bucal, e

a inserção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na escola estavam matriculados 74 alunos e apenas 66 consentiram participar do estudo e foram submetidos ao exame inicial. De acordo com as necessidades adequadas para receber a técnica do TRA, pondo em prática os critérios utilizados por Frencken: isolamento relativo do campo operatório com roletes de algodão, remoção do tecido cariado com instrumentos manuais, condicionamento da cavidade e restauração com cimento de ionômero de vidro auto polimerizável, e os alunos que apresentavam dentes com necessidade de extração, dor, edema ou fístulas foram encaminhados para o consultório da Estratégia de Saúde da Família. Após o exame inicial foi constatado os alunos que não necessitaram de tratamento, os que necessitam e os que se recusaram em realizar o exame. Em seguida 69% dos tratamentos realizados foram através do TRA que ultrapassou o tratamento convencional e mostrou sua capacidade de ser favorável ao tratamento da doença cárie resolvendo a questão através de uma técnica simples, objetiva, sem custo elevado e realizada fora do consultório odontológico.

Santana; Pereira e Botelho (2018) enfatizam como vantagem para o profissional a exclusão da execução da técnica em ambiente odontológico, a ausência de dor e isolamento absoluto que resulta em uma maior tranquilidade para o paciente e facilidade na troca de informações onde o paciente recebe instruções e é motivado em relação a saúde bucal; e em casos de recidiva que raramente ocorrem, as mesmas são corrigidas sem maiores dificuldades, garantindo rapidez na execução do procedimento possibilitando duas ou mais restaurações em uma única sessão.

O Tratamento Restaurador Atraumático tem maior sucesso quando utilizada em superfícies únicas ou duas superfícies pequenas fazendo uso do cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade e os modificados por resina (MAS-SARA, WANBIER e IMPARATO, 2009).

Segundo Lima et al. (2008) o CIV tem boa eficácia, a técnica não causa maiores sensibilidades, permite a conservação das estruturas sadias e proporciona uma aceitação maior por parte do paciente.

Desvantagem da técnica

Embora o TRA seja uma ótima técnica, ela ainda não é indicada para todas as classes de restaurações devido a qualidade de resistência dos materiais restauradores quando comparados ao CIV em cavidades mais profundas; pode-se pontuar também que é uma técnica pouco executada pela falta de conhecimento dos profissionais da área e pela aplicação incorreta da mesma que resulta no insucesso; esse insucesso se dá muitas vezes pela remoção inadequada da cárie ou pelo uso de instrumentos muito pequenos (SANTANA; PEREIRA e BOTELHO, 2018).

De acordo com Silva et al. (2010) as desvantagens apresentadas pela técnica são: a necessidade de compreender o processo que a doença cárie tem, conhecimento do material e da técnica utilizado, o uso persistente dos instrumentos manuais utilizados pelo cirurgião-dentista que o leva à fadiga, a falta de habilidade que gera restaurações em situação de desgaste e a reincidência de cárie que não possibilita a técnica pela necessidade de remoção da restauração.

Indicações

Segundo Santana et al. (2018) o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) é indicado para dentes decíduos classe I e II posteriores, classe III anteriores não transfixantes, dentes já tratados endodonticamente e com perda de cúspide, classe V em anteriores e posteriores; já na dentição permanente é indicado para dentes anteriores classe III não transfixantes, classe V, e em dentes posteriores classe I seja ela normal ou extensa, classe II e V.

Segundo Navarro et al. (2015) o TRA é indicado para dentes com lesões cariosas que envolvam a dentina com abertura cavitária de no mínimo 1,6 mm ou que possibilite a utilização de um escavador menor sem dificuldades de acesso a dentina cariada e que não haja envolvimento da polpa determinado pela ausência de sintomatologia dolorosa, abscesso, fístula ou mobilidade.

Essa técnica é indicada para lesões cariosas de dentina em dentes decíduos e permanentes sem alterações da polpa (MASSARA, WAMBIER e IMPARATO, 2009).

Para Figueiredo et al. (2008) essa técnica é indicada para lesões cariosas em face oclusal e

ocluso-proximal de dentes decíduos e permanentes sem envolvimento pulpar.

Contraindicações

A técnica é contraindicada para dentes decíduos classe IV devido à ausência de retenção nessa cavidade e em dentes permanentes também classe IV e III transfixante por questões estéticas, dentes tratados endodonticamente por conta da fragilidade da coroa, classe II com caixa proximal expulsiva, perda total de cúspides e perda da vertente interna da cúspide de trabalho (SANTANA; PEREIRA e BOTELHO, 2018).

As principais contraindicações para o TRA são: presença de fístulas e abscessos e cavidades sem acesso oclusal e proximal (FIGUEIREDO; FORTE e SAMPAIO, 2008).

Técnica do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA)

Segundo Santana et al. (2018) seguimos os seguintes passos para execução da técnica:

- a) Organização do local a ser utilizado;
- b) Elaboração do material e do instrumental estéril;
- c) Profilaxia realizada de forma simples apenas com escovação dos dentes e uso de fio dental;
- d) Acessar a lesão em casos de cavidade aberta já por cárie e quando não houver acesso, utilizar um Opener, machado ou cinzel e para amplificação da lesão utiliza-se uma colher de dentina pequena para remoção da cárie necrosada;
- e) Remoção de cárie seletiva e de forma tênue retirando apenas o tecido necrosado e amolecido;
- f) Remoção seletiva de cárie nos dentes adjacentes caso haja lesão, aproveitando para executar a técnica nos mesmos;
- g) Aglutinação do cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade, dando preferência para a espátula de plástico, espatulando de forma precisa e atentando-se para não alterar a relação pó/líquido descrita pelo fabricante;
- h) Isolar o campo relativamente;
- i) Secagem da cavidade com o auxílio de uma pinça de algodão e bolinhas de algodão;

- j) Colocação do CIV na cavidade com o auxílio de uma espátula 1 ou esculpidor TRA; se houver a possibilidade de inserção do cimento de ionômero de vidro na cavidade com uma seringa do tipo Centrix®, esta será indicada pois minimiza a formação de bolhas;
- k) Aplicação do CIV nos sulcos dos dentes adjacentes pois melhora a exposição do quadrante ao flúor;
- l) Realizar uma pressão digital com o dedo polegar sobre o dente que recebeu o CIV de 4 a 5 minutos causando a compressão do cimento durante a geleificação, evitando a contaminação por saliva;
- m) Remoção dos excessos do material com um esculpidor TRA e quando necessário utilizar papel carbono para checagem da oclusão; fio dental para as proximais dos dentes e tiras de polimento caso haja a necessidade;
- n) Orientações finais: não mastigar por 1 hora e alimentação pastosa por 24 horas.

Entretanto, Navarro et al. (2015) define a técnica do Tratamento Restaurador Atraumático como: a primeira etapa são as instruções sobre prevenção e controle da cárie, instruções de higiene bucal e então a técnica. O paciente pode se acomodar sobre uma cadeira ou uma superfície que possa deitar-se e o dente em questão deve ser isolado com roletes de algodão e sua superfície deve ser limpa com algodão umedecido. Após o preparo da superfície, com uma sonda exploradora será feita a remoção cuidadosa de debris, logo após pressionar sobre a superfície uma bolinha de algodão com ácido poliacrílico por 10 a 15 segundos, lavar duas ou três vezes e secar; de acordo com o fabricante do cimento de ionômero de vidro, aglutiná-lo e inseri-lo sobre as cicatrículas e fissuras, pressionar com o dedo indicador utilizando luvas e vaselina por 40 segundos; remover os excessos e dar ao paciente as instruções de alimentação.

Para Monnerat; Souza e Monnerat, (2013) para a aplicação do TRA é preciso obter uma organização prévia do local, materiais e instrumentais esterilizados e preparados, definição do atendimento e a questão do lixo contaminado e seu descarte correto. Partindo dessa primeira etapa segue uma sequência da técnica:

- Profilaxia: deve ser realizada pelo ASB ou Agente de Saúde através de uma escovação e uso do fio dental;

- Seleção do quadrante: Essa seleção pode variar de acordo com a cooperação do paciente, idade, tamanho das cavidades e tempo do profissional para execução da técnica;

- Acesso à lesão: A cavidade pode estar aberta decorrente de cárie e em casos que não haja acesso, utilizamos o Opener (Duflex®, Brasil) ou um machado ou cinzel;

- Alargamento da lesão: Utilizando uma colher de dentina pequena para ter acesso a lesão e remover a cárie necrosada, em casos que o instrumento não consiga remover o tecido, pode-se utilizar o Alargador (Duflex®, Brasil) ou um machado e cinzel;

- Remoção seletiva de cárie: Deve ser realizada de forma muito suave, removendo apenas o tecido amolecido e necrosado;

- Remoção seletiva de cárie dos dentes vizinhos: É uma etapa que visa aproveitar para trabalhar nos dentes adjacentes;

- Espatulação do CIV de alta viscosidade: O CIV exige cuidado com sua proporção pó/líquido e espatulação dando preferência a espátula de plástico;

- Isolamento relativo: O paciente deve inclinar sua cabeça para o lado oposto ao do dente que será restaurado para reduzir a contaminação por saliva. A equipe deve atentar-se para a troca dos roletes de algodão;

- Secagem da cavidade: Com a pinça de algodão juntamente com bolinhas feitas de algodão;

- Inserção do CIV na cavidade: Utilizando uma espátula 1 ou esculpidor TRA (Duflex®, Brasil) porém havendo a possibilidade da utilização de pontas tipo Centrix®, a mesma diminuirá a formação de bolhas, o que melhora a qualidade da restauração;

- Aplicação do CIV nas fósulas e fissuras dos dentes vizinhos: O selante nos dentes vizinhos aumenta a exposição do quadrante ao flúor;

- Pressão digital: A pressão digital sobre o(s) dente(s) pode ser feita com o dedo indicador ou com o dedo polegar durante 4 a 5 minutos com objetivo manter a compressão no CIV durante sua geleificação evitando assim a contaminação com a saliva;

- Remoção dos excessos: Utilizando o esculpidor TRA (Duflex®, Brasil), e quando necessário, utilizar papel carbono para checagem

oclusal e ajuste. Nas proximais, utilizar fio dental e em casos de necessidade utilizar tiras de polimento;

- Orientações: Manter-se por 1 hora sem mastigar e após realizar alimentação pastosa por 24 horas.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa qualitativa envolvendo uma revisão integrativa referente ao Tratamento Restaurador Atraumático (TRA): exercendo a humanização e melhorando a qualidade de vida.

A busca por conteúdo será feita por meio de pesquisas de livros, artigos científicos, teses e dissertações na SciELO, MEDLINE, PUBMED, BVS, LILACS, BBO. A estratégia usada foi pesquisar os seguintes descritores: cárie dentária; restauração temporária; saúde coletiva.

DISCUSSÃO

Segundo Massara et al. (2009) o TRA é uma técnica baseada em evidências, criado para promover saúde, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas sendo uma proposta inovadora. Com isso Figueiredo; Lima e Moura (2014) acrescentam que a técnica foi aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para tratar lesões cáries fazendo uso apenas de instrumentos manuais, dispensando o uso de anestesia e qualquer instrumento rotatório que comprova uma inovação na técnica.

Com o objetivo de minimizar as extrações dentárias, Figueiredo; Lima e Moura (2014) e Lima; Saliba e Moimaz (2008) concordam com a utilização apenas de instrumentos manuais excluindo o uso de anestésicos e isolamento absoluto.

De acordo com Lima; Saliba e Moimaz (2008) o TRA é considerado um tratamento definitivo, o que se difere da adequação bucal, e tendo um baixo custo o torna viável na promoção de saúde. Garbin et al. (2008) reiteram que as duas realidades da população mundial fazem com que o baixo custo do Tratamento Restaurador Atraumático favorece o lado em que a odontologia tem dificuldade de se estabelecer pela falta de recursos financeiros, além da alta prevalência de cárie.

Monnerat; Souza e Monnerat (2013) e Chibinski; Baldani e Wambier (2014) concordam

que ainda há profissionais que desconhecem a técnica ou que a empregam de forma incorreta, chegando a conclusão de que o cirurgião-dentista possui pouco preparo técnico-científico para realizar a técnica devido ao grande número de currículos direcionados para restaurações tradicionais.

Lima et al. (2008) acrescentam à Monnerat; Souza e Monnerat (2013) que apesar do Tratamento Restaurador Atraumático ter sido criado para uma população mais carente, ela pode ser aplicada em toda população independente da condição de vida, e isso se comprova pelo surgimento do TRA modificado que é muito utilizado na odontopediatria em consultórios particulares.

Silvestre; Martins e Silva (2010) realizaram um estudo em âmbito escolar que mostrou a realização do TRA em 69% dos casos e Santana; Pereira e Botelho (2018) agregam que a exclusão da execução da técnica em ambiente odontológico, a ausência de anestesia e isolamento absoluto resulta em uma maior tranquilidade para o paciente, o que facilita a troca de informações e as orientações e motivações com os cuidados com a saúde bucal.

Santana; Pereira e Botelho (2018) não indica a técnica para todas as classes de restaurações devido a qualidade de resistência dos materiais restauradores quando comparados ao CIV em cavidades mais profundas. Pontua também que é uma técnica pouco executada pela falta de conhecimento dos profissionais da área e pela aplicação incorreta da mesma. Silva et al. (2010) concorda e acrescenta a compreensão do processo da doença cárie, o conhecimento do material e da técnica utilizada, a fadiga do profissional, restaurações desgastadas e reincidência de cárie.

Massara; Wambier e Imparato (2009) dizem que o TRA tem maior sucesso quando executado em superfícies únicas ou duas superfícies pequenas utilizando CIV de alta viscosidade e modificados por resina e Lima et al. (2008) anexa que o CIV tem boa eficácia e a técnica não causa maiores sensibilidades.

Segundo Santana et al. (2018) o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) é indicado para dentes decíduos classe I e II posteriores, classe III anteriores não transfixantes, dentes já tratados endodonticamente e com perda de cúspide, classe V em anteriores e posteriores; já na

dentição permanente é indicado para dentes anteriores classe III não transfixantes, classe V, e em dentes posteriores classe I seja ela normal ou extensa, classe II e V, com isso Navarro et al. (2015) acrescenta que o TRA é indicado para dentes com lesões cariosas que envolvam a dentina com abertura cavitária de no mínimo 1,6 mm ou que possibilite a utilização de um escavador menor sem dificuldades de acesso a dentina cariada.

Massara, Wambier e Imparato (2009) e Figueiredo et al. (2018) consentem e acrescentam que a técnica é indicada para lesões cariosas em dentina, em face oclusal e ocluso-proximal sem envolvimento pulpar.

Santana; Pereira e Botelho (2018) apontam como contraindicação da técnica dentes decíduos classe IV devido à ausência de retenção nessa cavidade e em dentes permanentes também classe IV e III transfixante por questões estéticas, dentes tratados endodonticamente por conta da fragilidade da coroa, classe II com caixa proximal expulsiva, perda total de cúspides e perda da vertente interna da cúspide de trabalho, porém Figueiredo; Forte e Sampaio (2008) contrapõem as principais contraindicações para o TRA sendo elas a presença de fístulas e abscessos e cavidades sem acesso oclusal e proximal.

Santana et al. (2018) e Monnerat; Souza e Monnerat (2013) concordam e acrescentam o passo a passo da técnica do Tratamento Restaurador Atraumático, porém Navarro et al. (2015) mostra a técnica de uma forma menos elaborada e com instrumentais que se diferem da técnica descrita por Santana et al. (2018) e Monnerat; Souza e Monnerat (2013) e acrescenta o uso do ácido poliacrílico.

CONCLUSÃO

O Tratamento Restaurador Atraumático é uma técnica que se mostrou eficaz diante das condições impostas pela sociedade que vive precariamente, diminuindo e até mesmo encerrando esse conceito de mutilação como única forma de tratamento dentário.

Uma técnica baseada em evidências científicas que faz uso de um material que favorece a cavidade bucal por suas propriedades características, o cimento de ionômero de vidro. É uma técnica simples, mas que necessita que seu passo a passo seja seguido para que se obtenha sucesso na execução da mesma.

Suas indicações fazem um link com as vantagens, assim como, as contraindicações e desvantagens facilitando o entendimento da mesma e nos dando caminhos para que seja executado da melhor forma, com qualidade e atendendo as necessidades da sociedade, seja ela de vida precária ou não.

Concluindo, então, que o TRA seja cada vez mais conhecido e exercido pelos cirurgiões-dentistas e que possam desenvolver atitudes humanistas ao longo de sua profissão e aprendendo cada vez com o lado crítico da vida, sabendo lidar com as diversas situações e trabalhar independente da dificuldade.

REFERÊNCIAS

1. Massara MLA, Wambier D, Imparato JCP. Tratamento Restaurador Atraumático (ART). In: Massara MLA, Redua PCB. Manual de referência abo-odontopediatria 2009; 18:185-193.
2. Navarro MFL, Leal SC, Molina GF, Villena RS. Tratamento Restaurador Atraumático: atualidades e perspectivas. RevAssoc Paul Cir-Dent. 2015; 69(3):289-301.
3. Figueiredo CH, Lima FA, Moura KS. Tratamento restaurador atraumático: avaliação de sua viabilidade como estratégia de controle da cárie dentária na saúde pública. RBPS 2004; 17(3):109-118.
4. Silvestre JAC, Martins P, Silva JRV. O Tratamento Restaurador Atraumático da Cárie Dental Como Estratégia de Prevenção e Promoção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. SANARE 2010; 9(2):81-85.
5. Colares V, Franca C, Amorim Filho HA. O Tratamento Restaurador Atraumático nas Dentições Decídua e Permanente. RevPortEstomatolCirMaxilofac. 2009; 50:35-41.
6. Massara MLA, Imparato JCP, Wambier DS, Noronha JC, Raggio DP, Bonecker M. Tratamento Restaurador Atraumático Modificado (ARTm). PesqBrasOdontopedClinIntegr. 2012; 12(3):303-06.
7. Lima DC, Saliba NA, Moimaz SAS. Tratamento restaurador atraumático e sua utilização em saúde pública. RGO 2008; 56(1):75-79.
8. Garbin CAS, Sundfeld RH, Santos KT, Cardoso JD. Aspectos atuais do tratamento restaurador atraumático. RFO 2008; 13(1): 25-29.
9. Monnerat AF, Souza MIC, Monnerat ABL. Tratamento Restaurador Atraumático. Uma

Técnica que Podemos Confiar? Revista Brasileira de Odontologia 2013; 70(1):33-36.

10. Chibinski AC, Baldani MH, Wambier DS. Tratamento restaurador atraumático: percepção dos dentistas e aplicabilidade na atenção primária. Rev. bras. odontol. 2014; 71(1):89-92.

11. Silva RJ et al. Propriedades dos cimentos de ionômero de vidro: uma revisão sistemática. Odontol.Clin. - Cient. abr/jun, 2010; 9(2):125-129.

12. Fook ACBM et al. Materiais odontológicos: cimento de ionômero de vidro. Revista Eletrônica de Materiais e Processos 2008; 3(1):40-45.

13. Figueiredo KSP, Forte FDS, Sampaio FC. Desempenho clínico de restaurações ART (Tratamento Restaurador Atraumático) em crianças atendidas na clínica de cariologia da UFPB. Revista de Odontologia da UNESP 2008; 37(4):351-355.

14. Santana VKR, Pereira EF, Botelho KVG. Tratamento Restaurador – TRA, o que é, indicações, contraindicações, protocolo clínico do TRA, e como implantar esta técnica na rotina do cirurgião dentista. Ciências Biológicas de Saúde Unit 2018; 3(3):11-24.