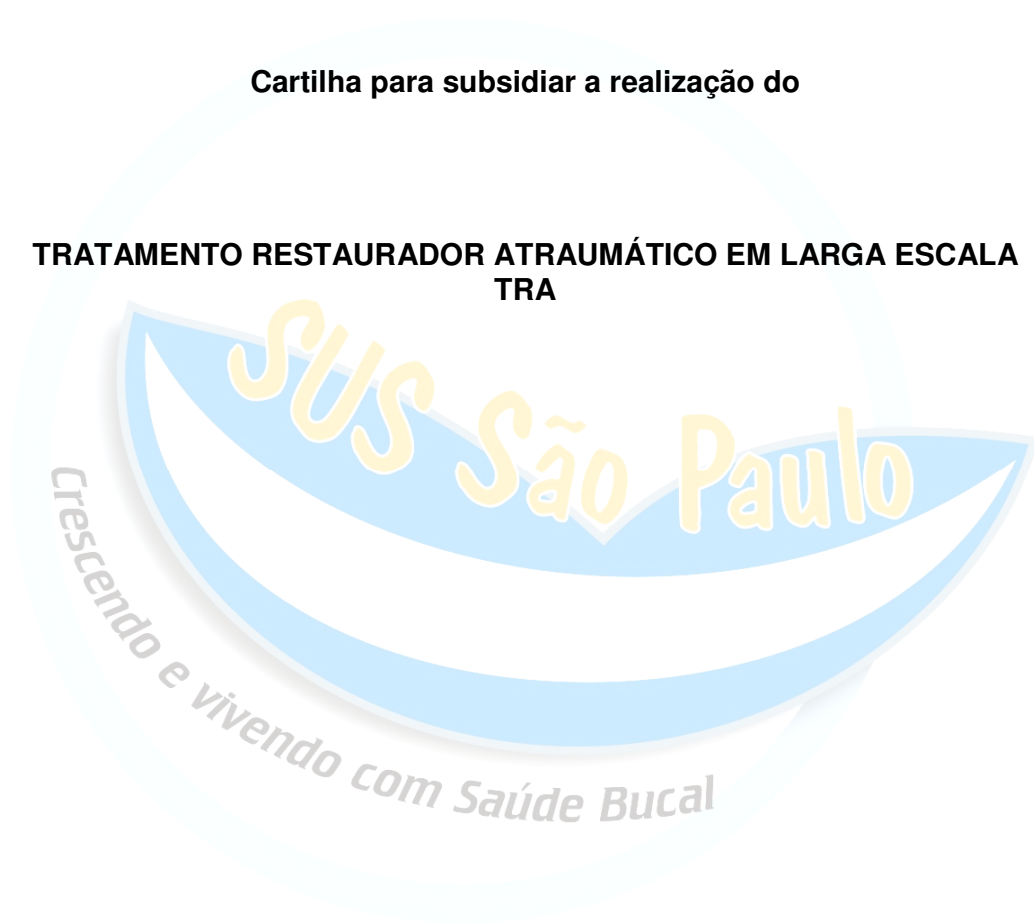


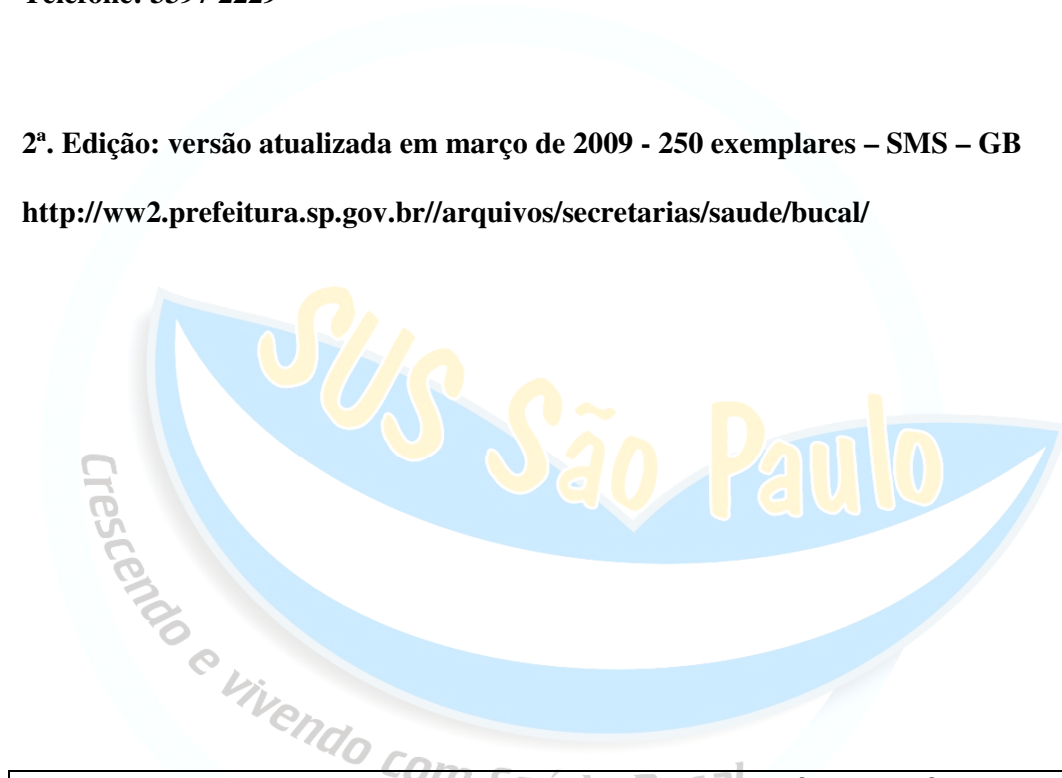
**PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**

Cartilha para subsidiar a realização do

**TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM LARGA ESCALA
TRA**



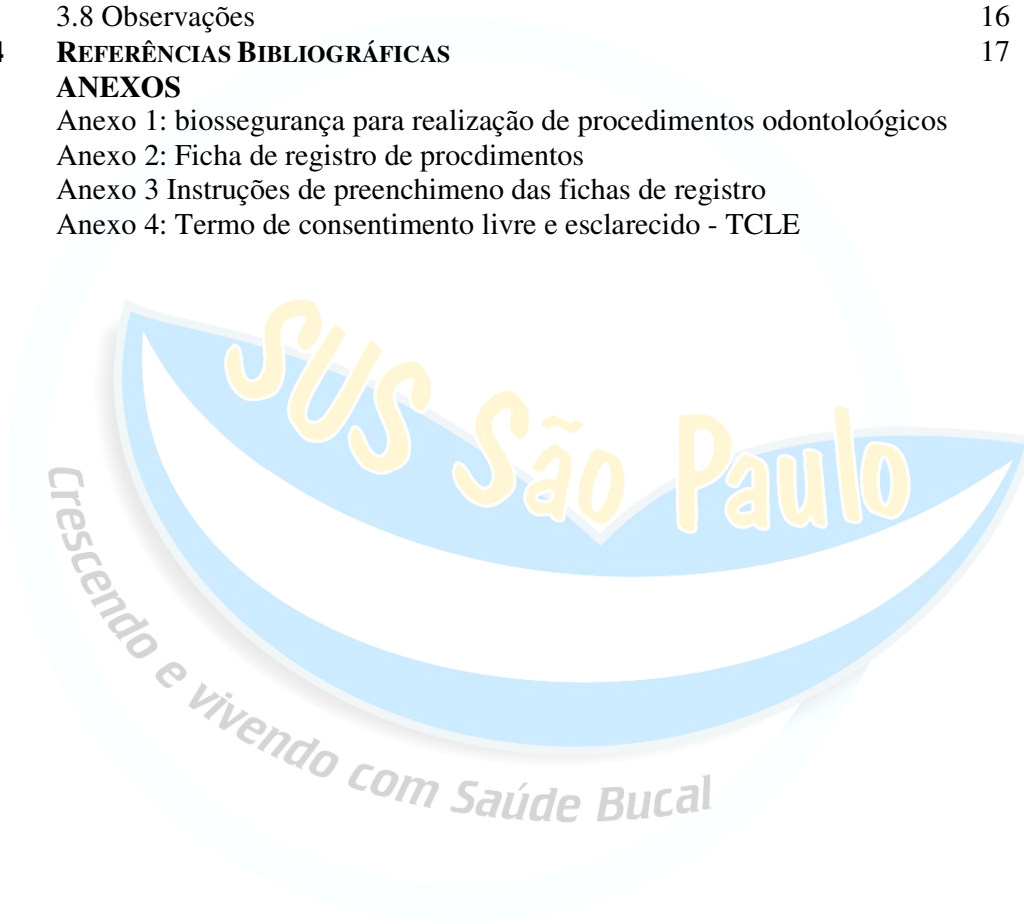
**São Paulo
Março de 2009**

Organização**Equipe técnica de saúde bucal - SMS – Atenção Básica****Maria da Candelária Soares - Coordenadora****Doralice Severo da Cruz Teixeira – Assessora****Regina Auxiliadora Amorim Marques – Assessora****Colaboração José Carlos Alves - Cirurgião Dentista****Área Técnica de Saúde Bucal:****R. Gal. Jardim, 36 - 5º A – Centro – São Paulo – SP. CEP 01223-010****Telefone: 3397 2229****2ª. Edição: versão atualizada em março de 2009 - 250 exemplares – SMS – GB****<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/bucal/>**

SMS-SP – COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - ÁREA
TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE DOCUMENTO POR
PROCESSOS FOTOCOPIA DORES. AO USÁ-LO, CITE A FONTE.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	OBJETIVOS	
	2.1 Objetivo geral	04
	2.2 Objetivos específicos	05
3	MATERIAL E MÉTODO	
	3.1 Cariologia – Considerações importantes	05
	3.2 Tratamento Restaurador Atraumático - TRA	07
	3.3 Descrição da técnica de TRA	08
	3.4 Mutirões de TRA em larga escala	12
	3.5 Planejamento e organização do Tratamento Restaurador Atraumático em larga escala - Mutirões	12
	3.6 Preparo do trabalho de campo para o TRA	14
	3.7 Início do mutirão	16
	3.8 Observações	16
4	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
	ANEXOS	
	Anexo 1: biossegurança para realização de procedimentos odontológicos	
	Anexo 2: Ficha de registro de procedimentos	
	Anexo 3 Instruções de preenchimento das fichas de registro	
	Anexo 4: Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE	



1. INTRODUÇÃO

A partir da fluoretação das águas de abastecimento público e da utilização de cremes dentais fluorados, associados a Ações Coletivas - AC observa-se importante redução da prevalência da cárie dentária, particularmente em crianças, tanto na cidade de São Paulo quanto em outras cidades brasileiras.

Entretanto, estudos epidemiológicos recentes confirmam o fenômeno da polarização da doença: em torno de 25,0% da população infantil concentra 70,0% das necessidades de tratamento em saúde bucal, resultando num contingente expressivo de necessidades acumuladas e, portanto identificadas como de elevado risco para a cárie dentária.

A epidemiologia recomenda a avaliação de risco como instrumento de planejamento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O sucesso da utilização dessa avaliação tem estimulado sua aplicação em diversas áreas da saúde.

Para planejamento, implementação e desenvolvimento dessas ações deve se considerar tanto o risco individual quanto o social, tendo em vista os determinantes do processo saúde - doença.

Com base em experiências de sucesso, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP publicou em 2001 um documento para subsidiar o planejamento de ações de saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, recomendando a adoção do rastreamento de risco para doenças bucais. Essas recomendações constam do documento norteador da política de saúde bucal da Cidade de São Paulo intitulado *Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal* - 2005 a 2008.

Dadas às reais dificuldades para equacionar, por métodos tradicionais, as necessidades de tratamento odontológico em curto prazo, a realização de Tratamento Restaurador Atraumático – TRA⁽¹⁾ surge como uma alternativa, quer no atendimento de rotina das Unidades Básicas de Saúde, quer em larga escala, sob a forma de mutirão⁽²⁾

O TRA é um método de tratamento da cárie dentária que dispensa o uso de equipamentos odontológicos tradicionais, aprovado e recomendado pelas autoridades científicas internacionais como a Organização Mundial da Saúde – OMS e a Federação Dentária Internacional – (FDI), como forma de melhorar a saúde bucal de grandes contingentes populacionais, num espaço de tempo menor; pode ser realizado em espaços sociais, como os de escolas públicas, ou em unidades de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo desta cartilha é apresentar a técnica de Tratamento Restaurador Atraumático – TRA, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS, de forma a garantir subsídios teóricos e respaldar as atividades clínicas de aplicação do TRA, pautados em conhecimentos científicos atuais, para a adoção do tratamento em larga escala de necessidades odontológicas acumuladas, tanto em populações adultas quanto na população infantil e adolescente.

⁽¹⁾ Tratamento Restaurador Atraumático ou do original em inglês *Atraumatic Restorative Treatment* – ART (Frencken JE e Holmgren C, 2001).

⁽²⁾ Mutirão: do Tupi *moti'rô*. s.m. Brasil, auxílio gratuito prestado por trabalhadores de uma localidade uns aos outros (na colheita, na construção de uma casa, etc), reunindo-se e trabalhando para um de entre eles. Também definido por alguns autores como Participação Popular. Com as conquistas da Reforma Sanitária e com Constituição Brasileira de 1988 o termo passou a ser usado com muita frequência. O mutirão neste sentido trata-se de um convite à população para realizar algum trabalho em prol da comunidade ou em benefício da coletividade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Estimular e capacitar as equipes de saúde bucal, coordenadas pelo cirurgião-dentista, para:

1. o entendimento do processo dinâmico saúde/doença bucal além da visão biológica, considerando a determinação social das doenças;
2. a identificação de condições de risco para desenvolvimento da cárie para intervenção imediata nesses fatores;
3. o diagnóstico precoce e tratamento imediato para interrupção da evolução da doença cárie;
4. o planejamento de ações de recuperação da saúde utilizando estratégia de alta cobertura e resolutividade.
5. a realização de TRA sob a forma de mutirão em espaços sociais, como creches, escolas, igrejas ou em ambiente odontológico.
6. a realização do TRA, atendendo normas de biossegurança e qualidade dos resultados, melhorando as condições de saúde bucal dos indivíduos atendidos.
7. a redução do número de cavidades de cárie e/ou de focos de infecção e/ou de retenção de biofilme dentário utilizando o TRA

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. CARIOLOGIA -CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Sabe-se da dinamicidade do fenômeno desmineralização - remineralização, conhecido como DES-RE, quando da variação de pH da cavidade bucal (acidificação – tamponamento), pela ação do bicarbonato de sódio presente na saliva quando da presença de substratos fermentáveis.

Considera-se a existência da doença cárie quando ocorre ruptura do equilíbrio do DES-RE, na superfície do esmalte, há mais perda mineral do que reposição, muito embora ainda não se visualize clinicamente a presença dos sinais clínicos de cárie (lesão de cárie sub-clínica – LC 0 – Figura 1 e 2): O processo é dinâmico, há atividade de cárie, há perdas minerais e as alterações são apenas histológicas; se as condições do ambiente bucal forem restabelecidas, pode-se estacionar o processo e repor as perdas minerais ocorridas⁽³⁾, (Figura1: Metáfora do Iceberg, adaptado por Pitts, 1996; Figura 2: Perda Mineral).

Entretanto, se os desafios cariogênicos persistirem há continuidade das perdas minerais e a superfície do esmalte se torna porosa, fosca, sem brilho (LC 1); clinicamente observa-se uma mancha branca denominada mancha branca ativa (MBA). Esta lesão visível pode ser revertida, desde que restabeleçam as condições de equilíbrio do processo DES-RE, pode-se realizar tratamento não invasivo associando medidas educativas de controle do biofilme e de controle da dieta e adotando o uso intensivo de produtos fluorados.

A evolução das perdas minerais é visível clinicamente e verifica-se o desenvolvimento de lesões de sub-superfície; a evolução da lesão de sub-superfície resulta no aparecimento da cavidade de cárie (LC2), inicialmente só em esmalte e a seguir em dentina (LC 3).

Além das medidas de promoção de saúde e fluoroterapia intensiva impõe-se a necessidade de tratamento restaurador. Esse tratamento pode ser realizado por técnicas tradicionais ou de forma atraumática, utilizando-se materiais adesivos, por exemplo.

⁽³⁾ A presença de flúor sob a forma iônica no meio bucal proporciona a formação de apatita fluoretada, composto de menor solubilidade nos ácidos bucais e que melhoram a qualidade do esmalte dentário.

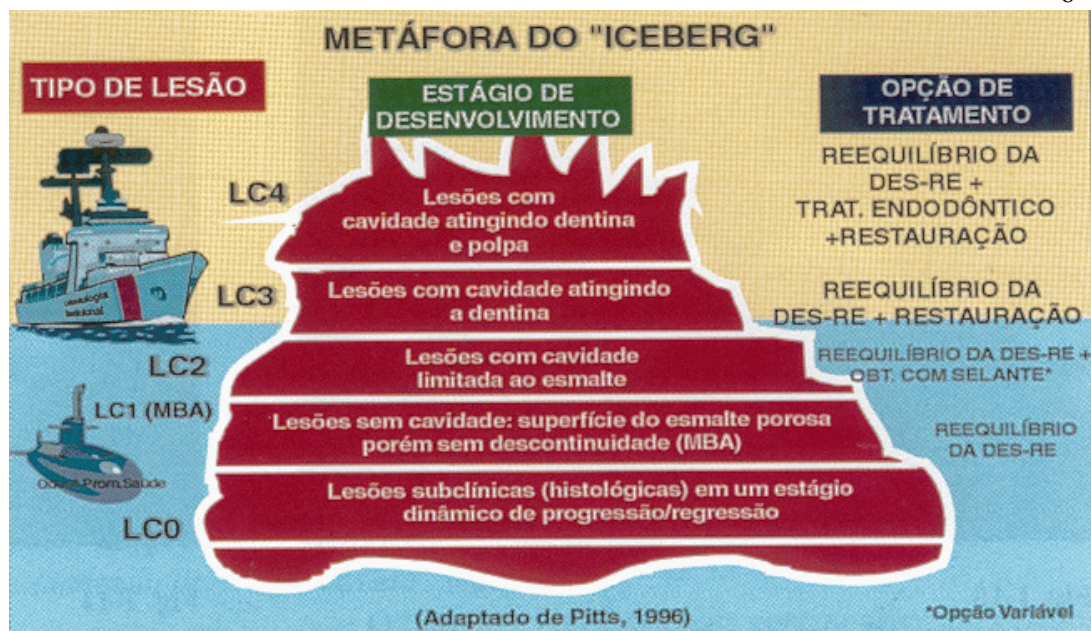


FIGURA 1- METÁFORA DO ICEBERG

Uma vez cavitada a lesão evolui podendo comprometer o tecido pulpar impondo a necessidade de tratamento endodôntico ou a exodontia (LC 4).

A porção mais externa da lesão de cárie em dentina apresenta-se amolecida, com dureza abaixo de 10 Knoop. O tecido dentinário está morto, sem a capacidade de se remineralizar e não há sensibilidade dolorosa. Ao microscópio há evidente invasão bacteriana

FIGURA 2 - DOENÇA E LESÃO DE CÁRIE



A porção interna da lesão de cárie em dentina demonstra-se atacada pelos produtos microbianos, mas a invasão bacteriana é mínima e a dureza do tecido dentinário está acima de 20 Knoop (à remoção, o tecido sai em lascas). Há sensibilidade dentinária porque esse tecido é vivo, passível de remineralização

3.2. TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO – TRA

Os avanços da Cariologia permitiram a proposição de tratamentos não invasivos, conservadores e recuperadores de estruturas minerais perdidas durante desafios cariogênicos, até o momento em que não se tem cavitação, nem mesmo na superfície do esmalte.

A presença de íons metálicos na saliva como cálcio (Ca^{+2}), fosfato (PO_4^{-3}), magnésio (Mg^{+1}), flúor (F^{-1}), carbonato (CO^{-5}) confere à saliva efeito remineralizador de lesões de cárie. Devido a esse efeito remineralizador da saliva, lesões de cárie em esmalte ou dentina, mesmo cavitadas, que têm contato direto com a saliva, não retentivas de biofilme ou onde é possível o controle do biofilme podem se tornar inativas, podem “cicatrizas”.

Em lesões cavitadas onde a saliva não pode exercer esse efeito há a necessidade de tratamento restaurador associado a medidas preventivas de controle do biofilme, uso do flúor e orientações sobre a dieta.

O desenvolvimento de materiais restauradores adesivos facilitou o tratamento da cárie com abordagens de intervenção mínimas (MI).

À luz desses postulados surge no início dos anos 80, coordenado pela Faculdade de Odontologia de *Dar es Salaam*, na Tanzânia, continente africano, um projeto de tratamento odontológico, o Tratamento Restaurador Atraumático - TRA ou *Atraumatic Restorative Treatment – ART*. Esta proposta de trabalho foi aplicada à população que vivia em campos de refugiados, em locais onde a abordagem ocidental da cárie era impraticável. Não havia energia elétrica e o trabalho se desenvolvia nos alojamentos, sob iluminação natural, sem equipamentos odontológicos, fazendo uso apenas de instrumentos manuais e materiais adesivos à base de cimentos ionoméricos.

Os resultados foram submetidos à apreciação da *International Advanced Dental Research – IADR*, *Fédération Dentaire Internationale –FDI*, *World Health Organization – WHO* entre outras organizações da comunidade científica internacional.

A Organização Mundial da Saúde – OMS tomou a iniciativa de lançar um movimento para promoção mundial do TRA e para tanto lançou um Manual traduzido para dez idiomas no qual descreve a técnica. O lançamento desse manual foi feito em 7 de abril de 1994, Dia Mundial da Saúde, o que marcou o início do ano Mundial da Saúde (1994-95). O manual do TRA está disponível em meio eletrônico e pode ser acessado no site da OMS (<http://www.who.org>).

A partir dessa iniciativa observa-se um crescente número de estudos ao redor da técnica de TRA.

Os ionômeros de vidro têm sido empregado na maioria dos estudos, mas é possível usar outros materiais restauradores adesivos para a TRA.

Os resultados observados nos estudos com TRA permitem avaliar a longevidade das restaurações, que tem sido comparada à de restaurações de amálgama e selantes resinosos. Esse fato tem sido reiterado em estudos realizados em outros países da África, da Ásia e na Oceania, considerando o rigor de execução técnica.

Hoje o TRA é amplamente realizado não apenas em países emergentes (Tanzânia, Nigéria, China, Paquistão, Brasil) e em populações marcadas por desigualdades sociais, mas, em países do primeiro mundo, tanto na Europa quanto das Américas, na clínica privada e no âmbito da saúde pública, quando os métodos tradicionais de tratamento odontológico não podem ser aplicados.

O TRA pode e deve ser adotado em programas onde se objetive aumento da cobertura populacional por ações de manutenção e recuperação da saúde bucal, com qualidade de resultados e segurança, quando as recomendações técnicas forem seguidas.

Todas as restaurações são sujeitas a falha, é importante monitorar os resultados obtidos com esta nova técnica. O TRA pode contribuir para formar prática odontológica tanto em consultório quanto em saúde coletiva. “A odontologia tem a obrigação de aplicar os resultados da pesquisa para melhorar a saúde bucal de seus pacientes”.

“O conhecimento atual sobre a doença cárie é usado para conseguir uma maneira de interromper a progressão das lesões dentinárias”.

Deve-se “incluir prevenção e remineralização máximas, invasão e preparos cavitários mínimos”.

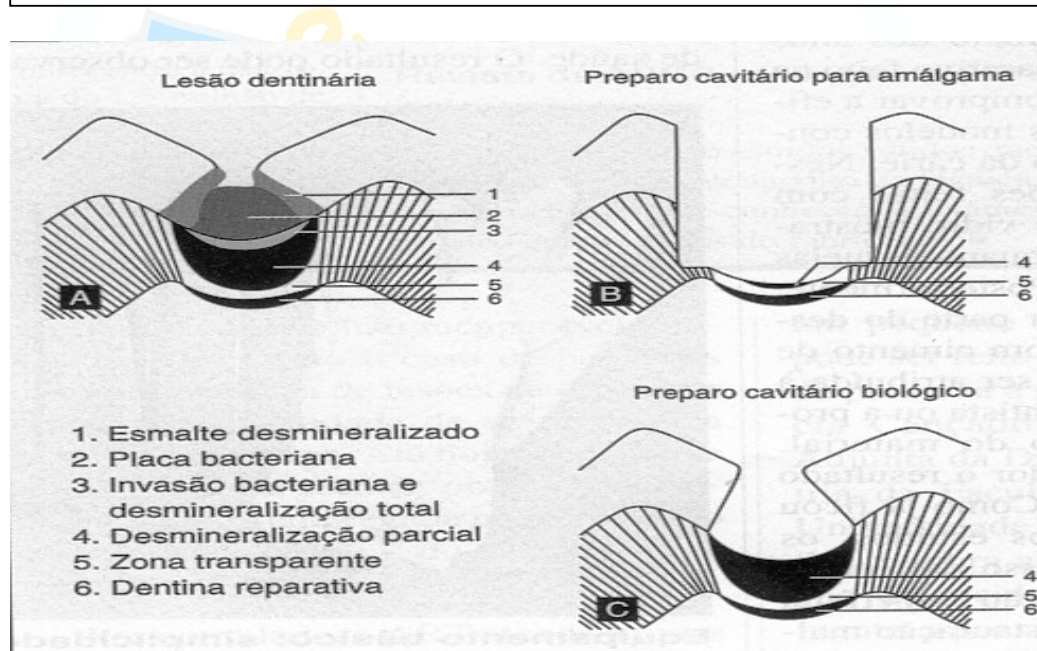
As citações acima, retiradas de publicações indexadas na literatura científica, comprometem ética e tecnicamente todos os profissionais de saúde bucal.

3.3. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DE TRA

É importante destacar a diferença entre os preparos cavitários tradicionais para restaurações em amálgama e os preparos cavitários hoje chamados de biológicos ou de mínima intervenção por serem mais conservadores das estruturas do órgão dental.

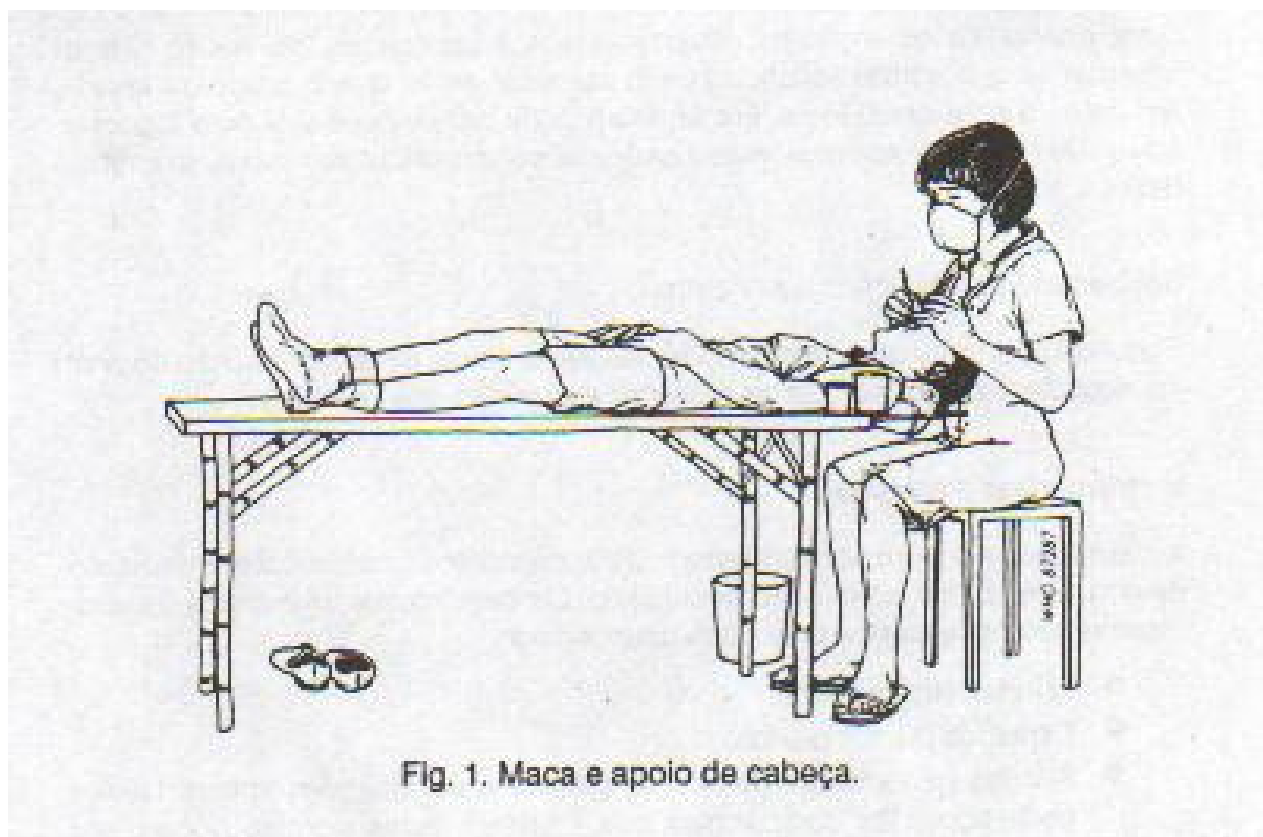
A figura 3 a seguir apresenta uma divisão didática da lesão cavitada de cárie.

FIGURA 3 – LESÃO DE CÁRIE CAVITADA E PREPAROS CAVITÁRIOS CONVENCIONAL E BIOLÓGICO



Todos os preceitos de biossegurança preconizados para atendimento em saúde bucal (ANEXO 1) devem ser observados, quer o TRA seja realizado em ambiente odontológico ou em espaços adaptados. No caso de ambientes adaptados pode se acomodar a pessoa que vai receber o TRA (criança, adolescente ou adulto) em decúbito dorsal sobre superfície plana (mesa, maca, carteiras escolares) e o operador (Cirurgião Dentista) deve se colocar na posição de 12 horas, conforme apresentado na figura 4, a seguir.

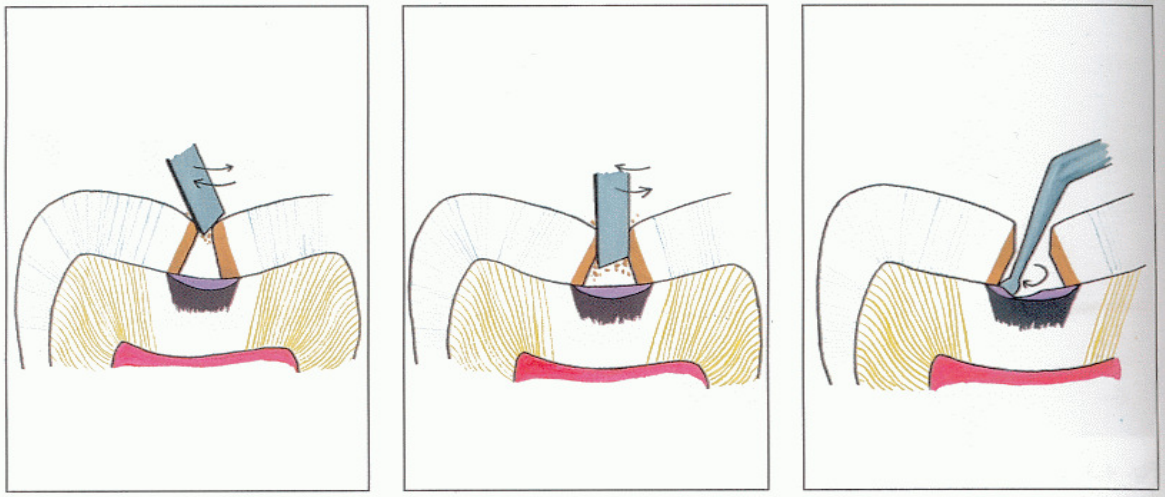
FIGURA 4: Posicionamento do operador e do paciente para realização de TRA



Para realizar o tratamento de lesões de cárie cavitadas com TRA deve-se:

1. Realizar o isolamento relativo com roletes de algodão e gaze. Secar o dente alvo do procedimento com bolinhas de algodão. Após secagem do campo operatório, iniciar o acesso à cavidade de cárie com instrumentos manuais, rompendo o esmalte desmineralizado (porção 1 da figura 3). Deve-se utilizar escavadores em forma de colher de diâmetros crescentes, removendo biofilme dentário (placa bacteriana – porção 2 da figura), conforme é feito o acesso à dentina contaminada (porção 3 da figura 3). Quando for possível perceber a grande extensão da cavitação, apesar da pequena abertura, pode-se acessar a lesão de sub superfície com machados de Black, usados nos primórdios da odontologia restauradora quando não se dispunha de instrumentos rotatórios. Devem ser preservados os tecidos com capacidade de se regenerar, se remineralizar, as porções 4, 5 e 6 da figura 3.

ACESSO À CAVIDADE E REMOÇÃO DE TECIDO CARIADO



1. Para remoção de tecido cariado deve-se fazer movimentos de $\frac{1}{4}$ de volta no intuito de penetrar a porção dentinária da lesão. Depositar o tecido contaminado em compressa de gase.
2. A remoção do tecido dentinário amolecido e contaminado pode ser realizada com auxílio de substância química a base de papaína e cloramina (nome comercial: Papacárie^R). Aplicar a substância sobre a dentina contaminada. Aguardar 15 segundos e iniciar a remoção conforme descrito no item anterior. Reaplicar o produto se ainda houver tecido dentinário contaminado amolecido e indolor, que deverá ser removido. Não remover a dentina com coloração acastanhada e que apresente aumento de dureza em relação ao tecido contaminado. Esta dentina deve se remineralizar e por isso não deve ser removida. Remover somente a dentina amolecida, contaminada³.
3. Limpar a cavidade com soro fisiológico ou água filtrada, secar com bolinhas de algodão.
4. Trocar o isolamento relativo sempre que for necessário e principalmente antes da inserção do material restaurador.
5. Após limpeza da cavidade de lesões de cárie em que a cavitação comprometeu duas ou mais superfícies (oclusal, proximais, vestibular, lingual ou palatina) e antes de inserir o material restaurador deve-se colocar matriz de aço (Classe I de Black ocluso-vestibular ou ocluso-lingual), (classe II de Black) ou de poliéster (classe III e Classe IV de Black) calçadas por cunha de madeira ou de plástico de forma a reduzir os excessos abaixo nas margens gengivais da restauração.
6. Manter o rigorosamente o controle da umidade do campo operatório com isolamento relativo.
7. Manipular o cimento de ionômero de vidro – CIV: Dispensar uma gota de líquido para uma medida de pó, de acordo com as instruções do fabricante. Aglutinar pequenas porções de pó ao líquido, até que todo pó vá sendo umedecido pelo líquido, obtendo uma mistura fina, fluida, homogênea e brilhante.
8. Secar a cavidade preparada e inserir pequenas porções do CIV, até que toda cavidade esteja preenchida com pequeno excesso.
9. Isolar um dedo da luva com vaselina e fazer pressão digital sobre o cimento colocado na cavidade, fazendo com que ele escoe preenchendo completamente todo o interior da cavidade.
10. Aguardar a cura química do material, checar a oclusão, remover os excessos do CIV com instrumentos manuais (Hollembach, espátula de inserção,

escavadores em forma de colher etc). Isolar a superfície da restauração com vaselina sólida para minimizar o efeito hidrófilo do CIV. Esse procedimento melhora a resistência da restauração e aumenta seu tempo de vida.

11. O isolamento do CIV também pode ser feito com vernizes cavitários a base de copal ou colofônia ou esmalte de unhas transparente (base para unhas).
12. Recomendar ao paciente que não mastigue do lado que recebeu o TRA por 24 horas.

3.4. MUTIRÕES DE TRA - TRA EM LARGA ESCALA

Como muitos países emergentes o Brasil é marcado por severas desigualdades sociais que se refletem marcadamente na saúde da população. Os serviços públicos de saúde existentes no momento são insuficientes para absorver a demanda de pacientes com grandes necessidades de tratamento odontológico acumuladas. Uma das estratégias utilizadas pelas autoridades sanitárias tem sido a realização de mutirões e campanhas no intuito de cobrir com ações educativas e de diagnóstico precoce um contingente populacional que não consegue ser absorvido pelos serviços públicos de saúde.

Particularmente na área da saúde a realização de mutirões adquiriu uma formatação diferente da originalmente adotada. Nos mutirões toda a equipe de saúde é envolvida, para obter um trabalho de maior eficácia e eficiência. O êxito dos mutirões tem sido noticiado pelos meios de comunicação de massa e é objeto de avaliação de estudos de saúde coletiva (mutirão da catarata, de ultra-sonografia, de câncer de mama, de câncer bucal, de hipertensão arterial).

As campanhas de imunização de idosos contra a gripe, as campanhas de imunização em crianças entre outras campanhas são mutirões.

No que refere ao número de indivíduos atendidos, ou seja, da cobertura e da abrangência, os mutirões têm um grande valor social, as forças da equipe da saúde se concentram para equacionar demandas em menor tempo quando comparado à forma tradicional.

A Saúde Bucal também faz mutirões. A campanha de Prevenção do Câncer Bucal, ações educativas e de escovação supervisionada em períodos concentrados específicos como os recentemente realizados pelas Secretarias Municipais da Educação – SME e de Saúde – SMS do município de São Paulo durante a Semana de Saúde nas Escolas podem ser consideradas mutirões.

Tendo em vista as necessidades de tratamento odontológico evidenciadas pelos resultados dos estudos epidemiológicos recentes, diante dos princípios de universalidade de acesso, integralidade das ações de saúde e equidade do Sistema Único de Saúde – SUS e no intuito de oferecer a um contingente maior de indivíduos o controle da cárie dentária, uma das doenças de maior prevalência entre os brasileiros, num curto espaço de tempo, a realização do TRA em larga escala, configurando-se mutirões, é uma tecnologia que precisa ser convenientemente considerada.

⁽³⁾ O uso de substância auxiliar a base de papaína e cloramina para remoção de tecido dentário amolecido e contaminado aumenta um tempo operatório; em estudos de Prática Odontológica Baseada na Evidência demonstram oferecer um conforto maior do paciente quando comparados com a remoção de tecido cariado com instrumentos rotatórios.

3.5. PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM LARGA ESCALA (MUTIRÕES)

O sucesso de todo e qualquer trabalho depende diretamente da forma como foi planejado. Não é diferente com os mutirões da saúde bucal.

O coordenador das atividades de campo, preferencialmente um cirurgião dentista com experiência em saúde bucal coletiva deve ter habilidade para estabelecer contatos institucionais, dinamismo e boa capacidade de organização e liderança.

Esse profissional precisa estar disponível em tempo integral para fazer contatos institucionais e se deslocar para diversas unidades nas quais se realizará o TRA, de modo que acompanhe os trabalhos desde o planejamento e identificação dos espaços sociais quanto da atividade de campo propriamente dita.

Toda a logística do trabalho de campo deverá ser planejada e de responsabilidade desse coordenador desde a identificação do espaço físico quanto o seu preparo para que se realize o TRA, organização do fluxo das crianças/ adolescentes que serão atendidos, limpeza, acondicionamento e esterilização do instrumental, destino dos resíduos sólidos, condições do espaço físico após o seu uso, em atenção aos preceitos de biossegurança que deverão ser seguidos rigorosamente.

PLANEJAMENTO DO TRABALHO

A primeira etapa do planejamento do trabalho diz respeito à identificação dos espaços sociais que acolherão a proposta de realização do TRA.

De posse de uma lista de espaços sociais escolares o coordenador deverá procurar conhecer a distribuição espacial dessas escolas. Escolas mais próximas de unidades de saúde podem ser as primeiras a receber o TRA.

Habitualmente esses espaços são centros ou escolas de educação infantil ou de ensino fundamental, que congregam crianças de 0 a 14 anos de idade.

Nada impede que se procure espaços com estudantes em outras faixas etárias.

Os espaços em que se realizará TRA devem ser identificados preferencialmente a partir, por exemplo, de um sistema de Unidades de Saúde de referência para um grupo de escolas.

Outra alternativa é identificar espaços escolares cadastrados em para ações coletivas (Ações Coletivas – PC), já registrados em arquivos oficiais das unidades de saúde.

Depois da identificação dos espaços recomenda-se que se faça um contato por telefone com as escolas e agende-se uma reunião com cada um dos diretores ou seus representantes na própria escola. O convite deverá ser reiterado por meio de ofício.

Nessa reunião o coordenador do mutirão de TRA deve fazer uma apresentação do que é o TRA e da proposta de trabalho ressaltando porquê particularmente aquele espaço foi escolhido entre outros; deve-se convidar a escola a participar do trabalho, apresentar objetivos e metas a serem alcançadas e salientar vantagens para a população alvo (as crianças que serão assistidas).

Todas as dúvidas deverão ser esclarecidas de modo a aumentar a adesão dos diretores ou de seus representantes à proposta de trabalho com o TRA.

É importante estimular a co-responsabilidade e co-participação para o desenvolvimento das atividades.

Uma vez aceito o convite e pactuada a participação passa-se ao reconhecimento do espaço físico da escola.

Deve-se solicitar que a escola indique os espaços que possam ser utilizados para realização do TRA. Locais amplos, com boa iluminação natural e/ou artificial, em que a circulação de pessoas possa ser limitada ao menos durante a realização do mutirão de TRA são os mais adequados.

Quando a escola já identificou o local para o TRA convém apresentar o TRA ao corpo docente e funcionários utilizando metodologia participativa.

Sugere-se que se façam dinâmicas com os professores e funcionários da escola sentado em semicírculos, pois estas permitem maior interação e participação.

Apresentações em que o público alvo interage com o ministrador apresentam melhores resultados.

Nesse momento se socializam as informações sobre o trabalho a ser desenvolvido, esclarecendo dúvidas e salientando a importância do professor (educador) na saúde dos estudantes, uma vez que no período de desenvolvimento das crianças o professor exerce grande influência na adoção de hábitos que serão levados para a vida toda.

Essa atividade deve também despertar a relação de cumplicidade para torná-los multiplicadores de ações de educação em saúde bucal.

Ao final da reunião deverão ser entregues impressos com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para que sejam enviados aos pais ou responsáveis e esses autorizem a realização do TRA nas crianças/ adolescentes.

Os professores serão os responsáveis pela distribuição e recebimento devidamente preenchido dessas autorizações.

Para aumentar a adesão das famílias, o coordenador pode sugerir que a escola marque uma reunião para apresentar o TRA ou aproveite uma reunião de pais para entrega de avaliações e nessa reunião entregue os TCLE. Nessa reunião os pais ou responsáveis tiram suas dúvidas e já preenchem o TCLE e o entregam, reduzindo o risco de extravio do documento.

A equipe de saúde bucal, idealmente, deveria participar da reunião com pais e responsáveis.

O contato com os responsáveis pode ser retomado periodicamente em outras reuniões da escola com os pais de alunos.

O coordenador do mutirão de TRA também deverá realizar reuniões com os cirurgiões dentistas e pessoal auxiliar de saúde bucal para definição das atividades a serem realizadas em cada espaço escolar, montagem de um cronograma, organização de todo o trabalho técnico e da logística do trabalho nas escolas.

Ações de educação em saúde são indissociáveis da proposta do TRA; deverão permear todo o trabalho e estar previstas no cronograma, constituindo mais uma estratégia para controle do risco para doenças bucais.

Uma vez garantida as ações de educação preferencialmente para todos os envolvidos (alunos, pais de alunos, comunidade, professores etc) deve-se organizar o rastreamento de risco, de todas as crianças/adolescentes do espaço escolar por sala.

O mutirão de TRA propriamente dito inicia-se com uma triagem de risco para doenças bucais. Sugere-se a adoção dos critérios e recomendações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP, que são também adotados pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

O quadro 1 apresenta os critérios e códigos para a triagem de risco.

QUADRO 1 – CÓDIGOS E CRITÉRIOS DE RISCO PARA CÁRIE DENTÁRIA

Classificação	Grupo	Situação individual
Baixo risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Risco moderado	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa
Alto risco	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

O coordenador do mutirão de TRA deve solicitar que as escolas providenciem uma lista nominal das crianças que estão matriculadas para o dia da triagem de forma que o profissional que fará a triagem registre nessa lista a condições de risco de cada examinado.

O número de crianças matriculadas na escola define o seu porte e determina se a triagem será feita em um ou dois dias.

Um ou dois cirurgiões dentistas podem realizar a triagem de risco em bem pouco tempo.

Estima-se que seja possível triar cem crianças em uma hora.

Faltosos não precisam ser reagendados. Eles poderão ser triados durante a realização do TRA.

Os cirurgiões dentistas que realizaram a triagem deverão identificar as crianças com necessidades imediatas de atendimento, que apresentem dor, fístula ou abscesso, código F da triagem, condição de alto risco para cárie dentária.

Essas crianças/ adolescentes deverão ser agendadas na UBS de referência pelo CD responsável pelo TRA para realização de exodontias, polpotomias, abertura de câmara pulpar para drenagem de abscessos etc. (dependendo de algumas situações, como localização do espaço escolar distante de UBS, esse tipo de ação poderá também ser desenvolvido no próprio espaço escolar).

A prioridades seguinte será de crianças e adolescentes que foram identificadas com código D e E.

O documento “Recomendações para o uso de produtos fluorados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS São Paulo em função do risco de cárie” disponível no site da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP deve orientar os procedimentos/ações coletivas em saúde bucal no espaços escolares, particularmente no que se refere à fluoroterapia intensiva.

A remineralização de lesões ativa de cárie promovida pela fluoroterapia associada ao controle do biofilme reduzem significativamente o risco para a instalação de doenças bucais, principalmente do aparecimento de lesões cavitadas.

As crianças e adolescentes identificados classificados com código E constituirão a maior demanda para o TRA.

3.6 PREPARO DO TRABALHO DE CAMPO PARA O TRA

O AMBIENTE:

Preferencialmente piso frio

Paredes passíveis de lavagem ou limpeza com água e solução desinfetante

Janelas que permitam o trabalho com a luz natural

Boa ventilação

Bancada ou mesa para acomodação dos instrumentos estéreis

Mesa para acomodar o kit para o atendimento individual e manipulação do CIV

Carteiras escolares ou mesas para acomodação da criança ou adolescente que receberá o TRA

Suporte para colocar na região cervical para maior conforto da criança ou adolescente durante o atendimento

Cadeira para os profissionais (cirurgião dentista – CD e atendente de consultório dentário – ACD)

Cesto para lixo com saco branco leitoso

Os cuidados com ambiente deverão seguir a normas de biossegurança que constam em anexo a esse documento (Anexo 1).

RECURSOS MATERIAIS

- Sabonete líquido

- Escova para unhas

- Toalhas de papel

- Equipamentos de Proteção Individual – EPI (luva máscara, gorro, avental de mangas longas, óculos de proteção)

- Material de escritório (fichas para registro dos procedimentos, lápis, borracha, caneta, apontador, pasta, plásticos, envelopes de tamanho ofício, etiquetas etc)

Cada equipe de saúde bucal pode programar no mínimo 4 atendimentos por hora. Assim, para um período de 4 horas deve-se providenciar 16 jogos de instrumentos para realização do TRA.

Cada jogo deverá conter:

- 1 espelho clínico plano com cabo serrilhado ou sextavado
- 1 sonda exploradora nº 5
- pinça clínica com guia
- 1 cureta para dentina (escavador em forma de colher, colher de dentina) nº 17
- 1 cureta para dentina (escavador em forma de colher, colher de dentina) nº 18
- 1 cureta para dentina (escavador em forma de colher, colher de dentina) nº 19
- 1 espátula nº 1 para inserção (espátula de inserção de cimento de silicato)

Esses jogos deverão ser acondicionados em embalagens individuais e autoclavados.

Para realização do TRA também deve se dispor de:

- 1 espátula de manipulação de cimento de ionômero de vidro – CIV (espátula plástica)
- 1 placa de vidro fina
- blocos de papel para manipulação de cimento de ionômero de vidro – CIV
- 1 pote dappen de vidro
- 1 pote dappen de plástico
- 1 porta matriz
- cunhas de madeira ou cunhas plásticas
- 1 espátula Lecron
- matriz de aço de 6 mm
- matriz de aço de 8mm
- matriz de poliéster
- vaselina sólida ou esmalte transparente ou base para unhas ou verniz cavitário (a base de copal ou colofônia)
- roletes de algodão
- compressas de gaze
- ionômero de vidro

RECURSOS HUMANOS

Além das equipes de saúde bucal é importante contar com: transporte e evidentemente um motorista além de auxiliares de enfermagem ou auxiliares de saúde bucal para processamento e esterilização dos instrumentos e pessoal auxiliar da área administrativa.

Recomenda-se que mutirões de TRA sejam realizados no espaço escolar em dias alternados para minimizar o desgaste dos profissionais. Por exemplo: agendar atividades na escola às segundas, quartas e sextas feiras e na UBS às terças e quintas feiras. Mas dependendo da situação podem ser executados diariamente como, por exemplo, em semanas de saúde previamente programadas.

As exodontias, polpotomias, aberturas de câmara para drenagem de abscessos etc além dos atendimentos à comunidade devem ser realizadas nos dias em que a equipe fica na UBS ou no próprio espaço escolar, dependendo da situação local. Se isso for programado, o instrumental necessário deve ser previamente disponibilizado, acondicionado e esterilizado.

O registro cuidadoso dos procedimentos deverá ser realizado a cada atendimento (anexo 2)

3.7. INÍCIO DO TRABALHO

O fluxo das crianças/ adolescentes que receberão o TRA deve ficar a cargo de dois funcionários da escola.

Sugere-se a chamada de quatro crianças de cada vez. Enquanto a uma está sendo atendida, três ficam aguardando. Ao dispensar a primeira, atende-se a segunda e

chama-se outra criança/ adolescente, que ficará na espera juntamente com as outras duas que ainda não foram atendidas.

O organizador deve identificar uma pessoa que não deve ser cirurgião dentista nem ACD, para cuidar do fluxo de entrada e saída de alunos da sala de aula, preferencialmente um funcionário da própria escola (inspetor de aluno, auxiliar administrativo, professor readaptados...). Se não for possível esse profissional, isso ficará a cargo da ACD.

No local escolhido para realização de ART haverá sempre, à espera, uma pequena fila. Se houver dois CD atendendo são chamadas quatro crianças. Enquanto uma criança está sendo atendida, outra já fica à espera. Na medida em que é feito o atendimento a fila vai se reduzindo, novas crianças são chamadas e ficam à espera. Antes que esta turma termine, outra tem que estar chegando no local de atendimento, sempre conduzida por um colaborador. Quem espera são as crianças; deve-se otimizar o tempo dos profissionais, não pode haver tempo ocioso.

No TRA o cirurgião dentista deve procurar selar todas as cavidades de cárie - do Tratamento Concluído –TC (TC em CDB) no mesmo dia. Caso isso não seja possível, pelo número de necessidades acumuladas, a criança deve ser reagendada para o dia seguinte, não necessariamente com o mesmo CD. As crianças que estão próximas a receberem o TC devem ser priorizadas.(TC em CDB – controle das doenças bucais – proposto no documento Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com Saúde Bucal – SMS – SP).

Além do TRA pode-se realizar algumas exodontias, com ou sem equipamento transportável. Muitos escolares possuem raízes residuais ou dentes decíduos com mobilidade prestes a esfoliar de fácil remoção; realizar essas exodontias no local evita o deslocamento do escolar para a Unidade de Saúde.

Para as exodontias é preciso garantir em quantidade e esterilizados fórceps, alavancas, sindesmótos, seringas carpule; material de consumo como anestésico tópico, tubetes de anestésico, agulhas curtas descartáveis, gaze etc.

Devido às necessidades acumuladas e suas variedade é possível que um pequeno grupo de pacientes necessite de procedimentos que não podem ser realizados no mutirão (pulpotomias, exodontia de permanentes, endodontia de permanentes etc). Devem ser encaminhados às UBS de referência, de forma programada. Em momento algum, paciente em estado de dor, deve esperar atendimento. Uma vez diagnosticado o caso de dor este deve ser priorizado. Os casos não passíveis de resolução devem ser imediatamente referenciados à UBS de referência ou a uma unidade de pronto socorro ou pronto atendimento.

3.8 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Identificar uma Unidade Básica de Saúde para processar os instrumentais. A Supervisão de Saúde pode disponibilizar um motorista, que dentre outras coisas, pode encarregar-se de o transportar o instrumental (do local do mutirão para o posto e vice versa).
- As Unidades Básicas que realizarão a esterilização precisam ser esclarecidas. Pactuar com o gerente da unidade e com as enfermeiras as quantidades de vezes que se precisara ligar a estufa ou autoclave ao longo do dia.
- Providenciar a estratégia para a retirada do lixo hospitalar.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baratieri, L.N. Dentística, Procedimentos Preventivos e Restauradores. 1ª ed., Rio de Janeiro, Quintessence, 1989.
2. Cardoso R J A, Gonçalves E A N. Odontologia e Prevenção. Odontologia 4 – Livro do 20º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. Ed Artes Médicas, 2000.
3. Frenchen J E, Holwgren J. Tratamento Restaurador Atraumático – ART para a Cárie Dentária. Ed Santos, 2001.
4. Newbrun, E. Cariologia, 2a ed., São Paulo, Ed. Santos, 1988
5. Secretaria de Estado da Saúde São Paulo – SES –SP. Recomendações sobre o uso de produtos fluorados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS São Paulo – SP em função do risco de cárie dentária. 2000(RSS 95 27/06/2000).
6. Secretaria de Saúde da Cidade de São Paulo – SMS –SP. Relatório final do Mutirão de TRA em Cidade Tiradentes, 2006. [documento interno].
7. ?Secretaria Municipal da Saúde – Cidade de São Paulo. Coordenadoria de Políticas e Programas de Saúde. Área Técnica de saúde Bucal. Diretrizes para a atenção em saúde bucal: Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal [documento interno disponível no site www.prefeitura.sp.gov.br].
8. Thylstrup, A. & Fejerskov, O. Tratado de Cariologia, Rio de Janeiro, Ed.Cultura a Médica, 1988
9. Thylstrup, A., Fejerskov O. Cariologia Clínica. 2 ed Ed.Santos, 1995
10. Bo Krasse. Risco de cárie Quintessence Book 2ª ed Gotemburg, 1988.
11. Parajara F Leal K. Simplicidade contra a cárie. Rev APCD.56(1) 2002 p 9- 20
12. Imparato JCP e cols. ART Tratamento Restaurador Atraumático- Técnicas de Mínima Intervenção para o Tratamento da Doença Cárie Dentária. 1º Ed. Curitiba, Editora Maio, 2005.
13. Simpósio de Mínima Intervenção em Odontologia. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 30 a 31 de agosto de 2007.
14. MI Dentistry Compendium – Minimum intervention - A new approach in dentistry 2nd extended edition. [acesso www.midentistry.com em 01/09/2007]

ANEXO 1:**BIOSSEGURANÇA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS**

Em qualquer local que os procedimentos odontológicos sejam realizados se faz necessário a execução de procedimentos de biossegurança, como segue.

I – ÁREA FÍSICA:

1. Iluminação, ventilação e espaço físico adequado (mínimo de 9 m²) e se mais de uma cadeira (ou local de atendimento) com espaço mínimo de 2 m entre uma e outra;
2. Piso e paredes revestidos de material lavável, sem rachaduras, reentrâncias, enfeites, papéis afixados e outros;
3. Persiana lavável, em local com incidência solar direta (não é permitido o uso de cortinas de tecido);
4. Pia para lavagem de mãos dos profissionais, sendo uma pia para cada profissional;
5. Acionamento que impeça o contato das mãos com o registro da torneira;
6. Instalações elétricas e hidráulicas embutidas.

II – PROCEDIMENTOS DE TRABALHO:

1. Profissionais (dentista e auxiliar) devem utilizar EPI completo (luvas, máscaras, avental de mangas longas, óculos de proteção e gorro) apenas na sala de atendimento; as luvas devem ser trocadas a cada paciente;
2. O profissional deve proceder à lavagem das mãos após cada atendimento e antes da colocação das luvas de procedimentos novas;
3. Instrumentais devem ser esterilizados em jogos individuais (por paciente), em embalagem de papel grau cirúrgico ou papel crepado, devidamente identificado, com data do processamento e data de validade da esterilização. Caso a esterilização seja realizada em estufa, os mesmos deverão ser acondicionados em caixas fechadas e lacradas com fita crepe, também identificadas e com data de processamento e validade;
4. A esterilização deve ser realizada em central de esterilização ou em consultório odontológico, seguindo o fluxo correto, sem cruzamento de material sujo com material limpo; caso haja necessidade de transporte de instrumentais esterilizados deverá ser realizado em caixas adequadas, devidamente lacradas, garantindo a qualidade da embalagem até o local de destino, com identificação da procedência, data de processamento e validade e cópia do controle biológico da eficácia da esterilização da carga em questão. Todas as embalagens devem conter integrador químico, que deverá ser anexado no prontuário do paciente.
5. O transporte dos instrumentais utilizados deve ser realizado em caixa fechada e devidamente travada até a Central de Esterilização, com identificação de material contaminado;
6. Os materiais de consumo utilizados deverão ser usados dentro da validade;
7. Os materiais de consumo deverão ser acondicionados em recipientes que impeçam a incidência solar direta, limpo e seco, dispostos de forma organizada e com a validade visível;
8. As cadeiras (ou local destinado ao paciente) devem ser limpas com sabão neutro e escova, depois desinfetados com álcool 70° e protegidos com barreiras físicas de proteção (papel filme ou outro tipo de protetor).
9. Realizar procedimentos de assepsia de superfícies, lavagem de mãos e paramentação para cada atendimento.
10. Recolher o material usado e colocar na caixa destinada a esse fim., descartar o que for necessário, colocar o material sujo na caixa plástica.

III – RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Os resíduos provenientes do atendimento odontológico devem ser acondicionados em sacos brancos leitosos e armazenados durante o atendimento em lixeiras com tampa e pedal; caso existam materiais pérfuro – cortantes, os mesmos devem ser acondicionados em recipientes de paredes rígidas e perfeitamente vedados, fixos em suporte que evite acidentes;
2. Após o atendimento os resíduos de serviços de saúde devem ser retirados por empresa habilitada para este tipo de coleta, sendo na cidade de São Paulo por LIMPURB;
3. Neste caso, ao final do período, fechar o saco de lixo cujo recolhimento fica a cargo da Unidade Básica de Saúde.

IV -LIMPEZA DA SALA/LOCAL DE ATENDIMENTO

1. Local de atendimento

Não exclusivo para este fim → deverá ser realizada limpeza antes e após o término dos atendimentos com lavagem de pisos, paredes, janelas, vidros, portas, pias e bancadas. A lavagem deve ser realizada por profissionais devidamente paramentados e com produtos apropriados.

Exclusivo para este fim → deverá proceder a limpeza antes e após o término do atendimento, com limpeza de piso, pias e bancadas. Deverá ser elaborado um cronograma de limpezas **terminais**.

Legislação utilizada:

Res SS 15 de 18/01/1999

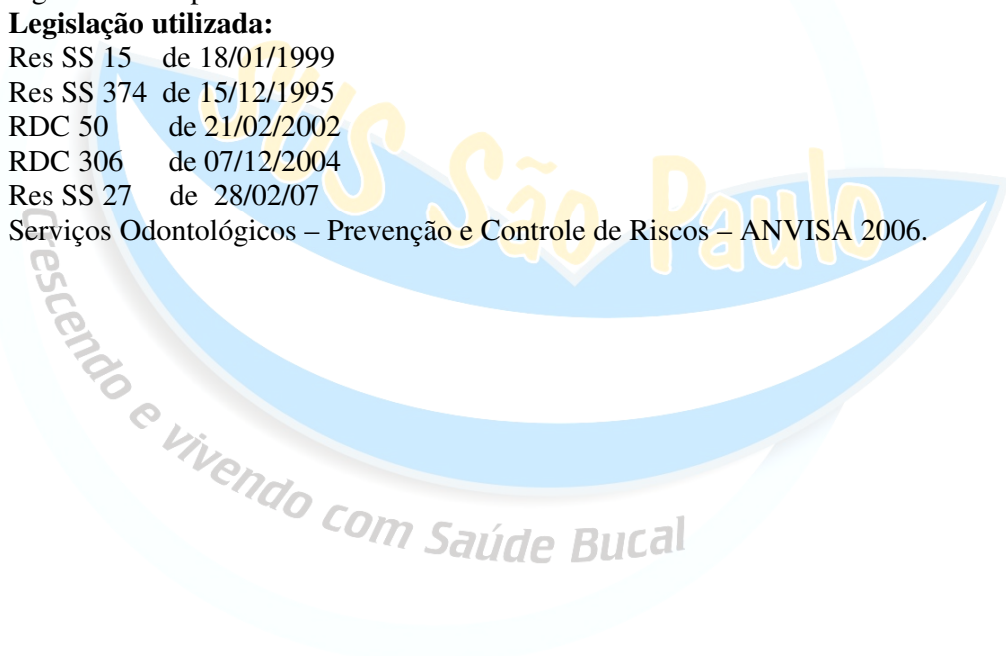
Res SS 374 de 15/12/1995

RDC 50 de 21/02/2002

RDC 306 de 07/12/2004

Res SS 27 de 28/02/07

Serviços Odontológicos – Prevenção e Controle de Riscos – ANVISA 2006.



ANEXO 2: Ficha de registro de procedimentos

		Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Área Técnica de Saúde Bucal			
SECRETARIA DA SAÚDE					
Espaço Social					
Endereço	Nº				
Bairro	telefone/fax				
	email				
Supervisão de Saúde		Supervisão de Educação			
Nº de crianças em Alto Risco de cárie	D		E	F	
Nome legível do CD				RF	CRO SP
Contactada em:	Nome do (a) Diretor (a)				
Número de classes:					
triagem de risco:	já realizada	data	levantar dados por classe		
	não realizada	agendar			
ver mapas pc					

- Providenciar lista nominal das crianças em condição de alto risco para cárie dentária (códigos D, E F)., caso já tenha ocorrido a triagem; caso contrário, fazer o rastreamento de risco em todas as crianças da escola.
- A escola deve providenciar a autorização dos pais para que a criança receba as Ações Coletivas, incluindo-se o TRA, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (autorização).
- Deverão ser atendidas 16 crianças em um período de 4 horas por Cirurgião Dentista
- As crianças cadastradas em PC do espaço escolar a alvo do TRA deverão receber orientações educativas e realizar escovação supervisionada com creme dental, em grupo de até 12 crianças, se essa providência ainda não foi realizada no quadrimestre. Todas as crianças de alto risco deverão fazer escovação também com gel fluorado .
- Ações educativas e escovação com creme dental fluorado e com gel fluorado deverão ser realizadas pelo ACD quando esse profissional fizer parte da equipe de saúde bucal da UBS de referência do espaço escolar; quando não houver ACD essas ações serão realizadas pelo CD nos dias em que não se programou o TRA.



Prefeitura da Cidade de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde
Tratamento Restaurador Atraumático em larga escala - Ficha de registro das ações

Coordenadoria Regional de Saúde _____ Supervisão de Saúde _____ Unidade Básica de Saúde _____
Cirurgião-Dentista _____ RF/RG _____ CRO _____ ACD/THD _____ CRO _____
ESCOLA _____ SÉRIE _____ DATA ____/____/____

Nº	NOME	IDADE	CÓD. RISCO	DENTE	Nº DE SUPERFÍCIES*					PAPACÁRIE		EXPOSIÇÃO PULPAR		TEMPO DE TRABALHO (em minutos)	ENCAMINHAMENTO - ANOTAR PARA ONDE E A RAZÃO		
					V	P	O	M	D	S**	N***	S**	N***		Endo.	Exo.	Outros
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
Total																	

* V - vestibular; P - palatina; O - oclusal; M - mesial; D - distal; ** SIM; *** NÃO

Total de crianças por idade:		Total de crianças por classificação de risco:		Total de dentes por tipo:		Total de dentes tratados por face:	
Número	Idade	Número	Risco	Decíduo	Perman.	1 face	Mais de 1 face

São Paulo

Crescendo e vivendo com Saúde Bucal

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Data: Preencher com 2 dígitos o dia, mês e ano em que se realiza o TRA.

Nome: preencher com primeiro e último nome do paciente

Série: preencher com a série (numérica) e turma ou turno (alfabética) a que pertence o paciente. Ex: 7ª D ou 7ª manhã

Idade: preencher com 2 dígitos a idade do paciente que recebe o TRA

Dente: preencher com a notação da FDI/OMS (18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 38 37 36 35 34 33 32 31 41 4243 44 45 46 47 48)

Superfície: Identificar as superfícies seladas utilizando: V (vestibular), P (palatina), L (lingual), M (mesial) e D (distal)

Papacárie: Preencher com S (sim) quando utilizar o papacárie e N (não) quando não utilizá-lo

Exposição Pulpal: Preencher com S (sim) quando ocorrer exposição pulpar e N (não) quando não ocorrer.

Tempo de trabalho: Anotar o tempo utilizado em minutos para realizar o TRA em cada criança

Lançar o dado no mapa diário e no S I A/SUS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Data: Preencher com 2 dígitos o dia, mês e ano em que se realiza o TRA.

Nome: preencher com primeiro e último nome do paciente

Série: preencher com a série (numérica) e turma ou turno (alfabética) a que pertence o paciente. Ex: 7ª D ou 7ª manhã

Idade: preencher com 2 dígitos a idade do paciente que recebe o TRA

Dente: preencher com a notação da FDI/OMS (18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 38 37 36 35 34 33 32 31 41 4243 44 45 46 47 48)

Superfície: Identificar as superfícies seladas utilizando: V (vestibular), P (palatina), L (lingual), M (mesial) e D (distal)

Papacárie: Preencher com S (sim) quando utilizar o papacárie e N (não) quando não utilizá-lo

Exposição Pulpal: Preencher com S (sim) quando ocorrer exposição pulpar e N (não) quando não ocorrer.

Tempo de trabalho: Anotar o tempo utilizado em minutos para realizar o TRA em cada criança

Lançar o dado no mapa diário e no S I A/SUS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Data: Preencher com 2 dígitos o dia, mês e ano em que se realiza o TRA.

Nome: preencher com primeiro e último nome do paciente

Série: preencher com a série (numérica) e turma ou turno (alfabética) a que pertence o paciente. Ex: 7ª D ou 7ª manhã

Idade: preencher com 2 dígitos a idade do paciente que recebe o TRA

Dente: preencher com a notação da FDI/OMS:

(18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 38 37 36 35 34 33 32 31 41 4243 44 45 46 47 48)

Superfície: Identificar as superfícies seladas utilizando: V (vestibular), P (palatina), L (lingual), M (mesial) e D (distal)

Papacárie: Preencher com S (sim) quando utilizar o papacárie e N (não) quando não utilizá-lo

Exposição Pulpal: Preencher com S (sim) quando ocorrer exposição pulpar e N (não) quando não ocorrer.

Tempo de trabalho: Anotar o tempo utilizado em minutos para realizar o TRA em cada criança

Lançar o dado no mapa diário e no S I A/SUS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Data: Preencher com 2 dígitos o dia, mês e ano em que se realiza o TRA.

Nome: preencher com primeiro e último nome do paciente

Série: preencher com a série (numérica) e turma ou turno (alfabética) a que pertence o paciente. Ex: 7ª D ou 7ª manhã

Idade: preencher com 2 dígitos a idade do paciente que recebe o TRA

Dente: preencher com a notação da FDI/OMS (18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 38 37 36 35 34 33 32 31 41 4243 44 45 46 47 48)

Superfície: Identificar as superfícies seladas utilizando: V (vestibular), P (palatina), L (lingual), M (mesial) e D (distal)

Papacárie: Preencher com S (sim) quando utilizar o papacárie e N (não) quando não utilizá-lo

Exposição Pulpal: Preencher com S (sim) quando ocorrer exposição pulpar e N (não) quando não ocorrer.

Tempo de trabalho: Anotar o tempo utilizado em minutos para realizar o TRA em cada criança

Lançar o dado no mapa diário e no S I A/SUS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Data: Preencher com 2 dígitos o dia, mês e ano em que se realiza o TRA.

Nome: preencher com primeiro e último nome do paciente

Série: preencher com a série (numérica) e turma ou turno (alfabética) a que pertence o paciente. Ex: 7ª D ou 7ª manhã

Idade: preencher com 2 dígitos a idade do paciente que recebe o TRA

Dente: preencher com a notação da FDI/OMS (18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 38 37 36 35 34 33 32 31 41 4243 44 45 46 47 48)

Superfície: Identificar as superfícies seladas utilizando: V (vestibular), P (palatina), L (lingual), M (mesial) e D (distal)

Papacárie: Preencher com S (sim) quando utilizar o papacárie e N (não) quando não utilizá-lo

Exposição Pulpal: Preencher com S (sim) quando ocorrer exposição pulpar e N (não) quando não ocorrer.

Tempo de trabalho: Anotar o tempo utilizado em minutos para realizar o TRA em cada criança

Lançar o dado no mapa diário e no S I A/SUS

Termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome da Escola: _____

Nome do(a) aluno(a): _____

Idade _____ série _____

Declaro saber que serão desenvolvidas nessa escola, pela equipe de saúde bucal da Secretaria Municipal da Saúde, ações coletivas de saúde bucal – que constam de atividades preventivas e **tratamento restaurador atraumático**, em larga escala, para as crianças que apresentarem lesões de cárie. Esse tratamento consta de remoção do tecido cariado com instrumentos manuais e selamento das cavidades com um material denominado ionômero de vidro e tem o objetivo de restabelecer a saúde bucal de um número grande de crianças, impedindo a progressão da cárie dentária. As crianças que necessitarem de exodontias (extração de dente) ou outro tipo de tratamento serão encaminhadas para a unidade de saúde mais próxima. Alguma intercorrência observada após a realização do TRA deve ser imediatamente levada à UBS de referência .

Desta forma, **autorizo** que o (a) aluno(o) supra citado participe desse projeto.

São Paulo, (data: dia, mês e ano) _____

Pai ou responsável: nome e RG _____

Assinatura _____

crescendo e vivendo com Saúde Bucal