



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

do Sacramento PEDROSA, Fabrício Antônio; da SILVEIRA, Rodrigo Richard; YAMAUTI, Monica; de
CASTRO, Carolina Dolabela Leal; de FREITAS, Amanda Beatriz Dahdah Aniceto
Isolamento do Campo Operatório: Panorama de Utilização em Consultórios e Clínicas Privadas de
Belo Horizonte, MG, Brasil
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 3, julio-septiembre, 2011,
pp. 443-449
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63722164021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Isolamento do Campo Operatório: Panorama de Utilização em Consultórios e Clínicas Privadas de Belo Horizonte, MG, Brasil

Rubber Dam: Use in Private Clinics in Belo Horizonte, MG, Brazil

Fabício Antônio do Sacramento PEDROSA¹, Rodrigo Richard da SILVEIRA², Monica YAMAUTI³,
Carolina Dolabela Leal de CASTRO⁴, Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de FREITAS⁴

¹Graduando do Curso de Odontologia da Faculdade de Estudos Administrativos de Minas Gerais (CEOF-FEAD), Belo Horizonte/MG, Brasil.

²Doutor em Materiais Dentários pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP), Bauru/SP, Brasil.

³Doutora em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP), Bauru/SP, Brasil.

⁴Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Faculdade de Estudos Administrativos de Minas Gerais (CEOF-FEAD), Belo Horizonte/MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: verificar a utilização de isolamento em consultórios e clínicas privadas em Belo Horizonte, observando-se: tipo, procedimentos executados com isolamento e o motivo da escolha; além de fatores como: tempo de formação dos cirurgiões-dentistas (CDs), classe econômica dos pacientes e presença de pessoal auxiliar (ASB).

Método: a amostra elegível foi formada por CDs atuantes na região Centro-Sul da cidade. A amostra final de conveniência foi de 115 CDs que responderam a um instrumento de coleta de dados com questões descritivas e objetivas. Os dados foram analisados descritivamente e pelo teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$).

Resultados: dos CDs que participaram da pesquisa, 55% eram do gênero feminino; 63,5% tinham entre 23 e 35 anos; 39% tinham menos de cinco anos de atividade profissional e 59% eram especialistas. Eram da região Central 69% e Sul 31%; têm ASB 66% dos CDs. Os pacientes foram classificados em classe econômica A (11%), B (30%), C (34%), D (16%) e E (9%). Relataram utilizar algum tipo de isolamento 82% dos CDs (36% relativo; 28% absoluto; e 36% ambos). O grau de aceitação dos pacientes quanto aos métodos de controle de umidade foi considerado alto para 52% dos CDs. O principal motivo para escolha do isolamento absoluto foi o controle de infecção (27%) e para o relativo foi a praticidade (24%). O isolamento absoluto é utilizado principalmente na endodontia (38%) e o relativo em restaurações (33%). Gênero ($p=0,6483$), tempo de atividade ($p=0,2576$), especialidade ($p=0,0733$) e presença de ASB ($p=0,4127$), não influenciaram significativamente na escolha do tipo de isolamento.

Conclusão: a maioria dos CDs relatou utilizar algum tipo de isolamento do campo operatório e aponta como principais vantagens a biossegurança, a praticidade e melhor qualidade dos procedimentos executados.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the use of isolation in offices and private clinics in Belo Horizonte, it was observed: the type, procedures performed in isolation and the reason for their choices. In addition to those factors were also observed the duration of the dentists' training, the patients' economic class and the presence of an office assistant.

Method: The eligible sample consisted of active dentist in the south-center region of the town. The final sample of convenience was 115 professionals who answered to an instrument data collection with descriptive and objective questions. The results were analyzed descriptively and by Qui-Square test ($p \leq 0,05$).

Results: Among the dentist in the survey 55% were female, 63.5% were between 23 and 35 years old, 39% had less than five years of professional activity and 59% were specialists; 69% were from the central region and 31% from the south; 66% of the dentists have assistant in office. Patients were classified according to their economic class; class A (11%), B (30%), C (34%), D (16%) and E (9%). 82% of the dentists reported the use of some type of insulation, (36% relative, 28% absolute, and 36% both). The degree of the patients' acceptance to methods of moisture control was considered high, for 52% of the professionals. The main reason for choosing the absolute isolation was the control of infection (27%) and the relative was the practicality (24%). The rubber dam is mainly used in endodontics (38%) and the relative isolation is used in restorations (33%). The gender ($p=0.6483$), professional activity time ($p=0.2576$), training ($p=0.0733$) and presence of an office assistant ($p=0.4127$) haven't significant influence in the type of isolation choice.

Conclusion: The most of dentists reported using some type of isolation of the operative field and indicated that the main advantages are the biosafety, practicality and quality of procedures performed.

DESCRIPTORES

Dique de borracha; Contaminação; Dentística operatória.

KEY-WORDS

Rubber dam; Contamination; Operative dentistry.

INTRODUÇÃO

Dentre os vários artifícios utilizados na Odontologia, em busca da excelência e longevidade dos procedimentos, está o isolamento absoluto do campo operatório.

Relatos existentes na literatura afirmam que desde o início do século XIX, clínicos e pesquisadores já tentavam fazer o controle de umidade do campo operatório utilizando guardanapos de papel, esponjas de chitas, linho seco, pedaços de algodão^{1,2}.

A realização do isolamento do campo operatório se demonstrou importante, a partir, principalmente, da introdução de restaurações com ouro, quando se fez necessária a presença de um ambiente limpo e seco^{1,3}. Somente em 1864, perante as dificuldades encontradas em manter um campo operatório adequado, surgiu o estudo de Barnum, que culminou no desenvolvimento do dique de borracha, que após evoluções e aperfeiçoamento é utilizado, atualmente, na Odontologia^{1,2,4}.

Existem disponíveis, além do isolamento absoluto, outras formas de controle da umidade do ambiente bucal, que vão desde cânulas de sucção, isolamento relativo com roletes de algodão^{1,5}, até medicamentos antissialalógicos de atuação no sistema nervoso central que controlam a secreção salivar⁶.

O isolamento relativo, utilizando roletes de algodão, sugadores e compressas de gaze é bastante difundido pela sua praticidade e custo relativamente baixo. O seu uso é indicado em procedimentos odontológicos de curta duração (aplicação de fluoretos, restaurações provisórias, cimentação de próteses e de dispositivos ortodônticos)⁵.

O isolamento relativo apresenta bons resultados no que se refere ao controle da contaminação quando utilizado com o auxílio de fio retrator^{5,7}; e também bons resultados clínicos relacionados à longevidade e aparência das restaurações⁸.

Com a utilização do isolamento absoluto é possível realizar procedimentos de maneira mais ágil e de forma segura, pela obtenção de boa visibilidade, minimização do risco de acidentes^{2,5,9,10}, como a ingestão de resíduos e pequenos instrumentos, além de controlar eficazmente a umidade bucal^{4,5,8}.

É observado que os materiais dentários e suas técnicas de aplicação apresentam melhores resultados referentes à adesão, resistência, retenção e longevidade em ambientes sem contaminação por fluidos salivares^{1,7,8}.

O uso do dique de borracha facilita, melhora e torna mais rápida a realização dos procedimentos endodônticos, sendo indicado na obtenção de um ambiente asséptico, para a proteção do paciente contra acidentes com instrumentos perfuro-cortantes, e para evitar sucessivas trocas de roletes de algodão durante o procedimento, que por sua vez aumenta o risco de

capeamento direto, o isolamento absoluto do campo operatório auxilia no controle da contaminação do tecido pulpar, propiciando assim melhor e mais rápida recuperação da polpa¹³.

O isolamento absoluto do campo operatório está indicado para a realização da maioria dos procedimentos odontológicos gerando maior qualidade e longevidade do tratamento. Os estudos mostram que a contaminação do esmalte dentário por saliva prejudica relevantemente a retenção de materiais resinosos como os selantes, pelas alterações no tamanho das projeções resinosas no esmalte condicionado pelo ácido⁷.

O isolamento absoluto só se torna inviável em casos de grande perda coronária causada por cárie ou fraturas, dentes extremamente expulsivos e/ou pouco irrompidos, traumatismos, pacientes alérgicos ao látex, pacientes com deficiência mental ou motora grave, pacientes com dificuldades respiratórias e até por limitações financeiras principalmente de países subdesenvolvidos (saúde pública)^{2,4,6,14}.

O objetivo deste estudo foi fazer um levantamento sobre o uso de isolamento do campo operatório em consultórios e clínicas privadas na cidade de Belo Horizonte, MG, observando-se: o tipo de isolamento, os materiais e instrumentais utilizados para cada técnica, os procedimentos mais executados com isolamento, o motivo da escolha de cada tipo de isolamento, além de fatores relacionados ao tempo de formação do profissional, classe econômica dos pacientes e presença de pessoal auxiliar.

METODOLOGIA

A amostra elegível para este estudo foi formada por 200 cirurgiões-dentistas atuantes na região Centro-Sul da cidade de Belo Horizonte, MG. A amostra final de conveniência foi composta por profissionais, que concordaram em responder um questionário sobre o assunto "Isolamento do campo operatório". Todos os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informados da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP- FEAD protocolo 117/09).

O instrumento de coleta de dados foi um questionário autoaplicável composto de questões descritivas e objetivas. A primeira parte do questionário referia-se aos dados de caracterização do voluntário: idade, gênero, ano de formatura, especialidade, tempo de atividade profissional, localização do consultório/clínica, presença de pessoal auxiliar e perfil socioeconômico dos pacientes.

A segunda parte do questionário tratava-se da utilização de isolamento do campo operatório. Nesta fase, foi observado se o profissional fazia uso e qual tipo de isolamento, quais são os materiais/instrumentais utilizados para confecção do isolamento, os motivos e

paciente pela opinião do CD.

Os dados foram analisados descritivamente observando frequências absolutas e relativas de cada variável estudada. O teste Qui-quadrado foi realizado para verificar se as variáveis gênero, tempo de formação, especialidade e presença de auxiliar, interferiam na escolha do tipo de isolamento. Os resultados foram considerados significativos para o nível de significância de 5%. ($p \leq 0,05$). Foi utilizado o software Instat 3 para análises.

RESULTADOS

Responderam ao instrumento de coleta de dados 115 cirurgiões-dentistas, com taxa de resposta de 57,5%. A Tabela 1 é referente à caracterização dos voluntários, com dados sobre gênero, idade, ano de formatura, tempo de atividade dos profissionais e posse de título de especialista.

Os resultados referentes à idade, ano de formação e tempo de exercício da profissão são referentes a 114 profissionais, pela não resposta de um voluntário.

Os participantes da pesquisa estavam distribuídos na região Central (68,70%) e Sul (31,30%) da cidade de Belo Horizonte, MG. Aproximadamente 66,10% dos profissionais relataram ter auxiliar de consultório dentário durante a realização dos procedimentos.

Quanto ao perfil econômico dos pacientes, os

cirurgiões-dentistas relataram que 10,80% dos pacientes pertenciam à classe econômica A, 29,60% à classe B, 34,30% à classe C, 16,00% à classe D e 9,40% à classe E. Para esta pergunta os participantes poderiam assinalar mais de uma resposta do questionário, totalizando 213 respostas.

Pode-se notar que nos dados obtidos sobre o uso de isolamento que 81,70% ($n = 94$) dos participantes realizam-no como meio para controle do campo operatório (isolamento absoluto e/ou relativo); e 18,30% ($n = 21$) dos participantes, afirmaram que não fazem nenhum tipo de isolamento do campo operatório.

De acordo com os cirurgiões-dentistas, o grau de aceitação dos pacientes quanto aos métodos de controle de umidade do campo operatório foi alto para 52,20%, médio para 25,20%, baixo para 4,30% e 18,30% não responderam.

Dentre os cirurgiões-dentistas que relataram fazer o controle do campo operatório (94), 36,20% afirmaram fazer uso do isolamento relativo, 27,70% fazem uso do isolamento absoluto e 36,20% fazem o uso de ambos os meios de controle do campo operatório.

Na Tabela 2 pode-se observar aspectos referentes aos materiais utilizados nos procedimentos de isolamento do campo operatório, os motivos da escolha e os principais procedimentos realizados com o isolamento absoluto e relativo.

Pelo teste do Qui-quadrado as variáveis gênero, tempo de atividade profissional, especialidade e presença de auxiliar não influenciaram na escolha do tipo de isolamento ($p > 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas referentes à caracterização dos voluntários.

<i>Características dos voluntários</i>		<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Gênero	Masculino	52	45,2
	Feminino	63	54,8
Idade	23 a 35 anos	73	63,5
	36 a 50 anos	33	28,7
	51 a 64 anos	08	7,0
	Sem resposta	01	0,9
Ano de formatura	1972 a 1983	11	9,6
	1984 a 1995	28	24,3
	1996 a 2008	75	65,2
	Não houve resposta	01	0,9
Tempo de atividade	Menos de 5 anos	45	39,1
	De 5 a 10 anos	30	26,1
	De 10 a 15 anos	19	16,5
	De 20 a 25 anos	9	7,8
	Mais de 25 anos	11	9,6
	Não houve resposta	01	0,9
Formação	Clínico geral	47	40,9

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa sobre materiais utilizados, motivos da escolha e procedimentos realizados com isolamento absoluto e relativo do campo operatório.

Fator estudado	Isolamento absoluto	Frequência absoluta	Frequência relativa(%)	Isolamento relativo	Frequência absoluta	Frequência relativa(%)
Material utilizado	Dique de borracha	60	40,8	Algodão	60	58,8
	Arco de Young	28	19,0	Aspirador	13	12,8
	Grampo	38	25,9	Sem resposta	29	28,4
	Sem resposta	21	14,3			
Motivo da escolha	Visualização	07	7,3	Praticidade	23	23,7
	Segurança	10	10,4	Custo benefício	13	13,4
	Contaminação	26	27,1	Tempo	05	5,2
	Controle do campo	12	12,5	Sem resposta	56	57,7
	Sem resposta	41	42,7			
Procedimento	Restaurações	32	28,6	Cimentação	10	9,4
	Clareamento	8	7,1	Colagem de braquetes	8	7,5
	Endodontia	43	38,4	Restaurações	35	33,0
	Cimentação	04	3,6	Endodontia	9	8,5
	Sem resposta	25	22,3	Sem resposta	44	41,5

Tabela 3 - Resultado do Qui-quadrado para cruzamento entre variáveis e a escolha do tipo de isolamento

Variável X Tipo de isolamento	Valor de P
Gênero	p = 0,6483
Localização do consultório/clínica	p = 0,1394
Especialidade	p = 0,0733
Presença de auxiliar no consultório	p = 0,4127
Tempo de atividade profissional	p = 0,2576

DISCUSSÃO

Na Odontologia a construção do conhecimento, no âmbito científico e clínico, está em evolução constante a fim de aperfeiçoar os procedimentos⁹, buscando qualidade, segurança, assepsia e proteção paciente-profissional^{5,7,8,10,15}. A partir disso o controle do campo operatório por meio de isolamento torna-se fundamental.

O isolamento absoluto é uma técnica muito aceita e difundida universalmente por autoridades reconhecidas e ao mesmo tempo universalmente ignorada pelos cirurgiões-dentistas¹⁶. Por isso, a avaliação do panorama de utilização do isolamento do campo operatório em serviços particulares de Odontologia é importante, pois pode denotar a preocupação dos profissionais com a qualidade e valor agregado aos procedimentos executados.

Neste estudo, foi observado que o isolamento do campo operatório, no município de Belo Horizonte, MG, na região pesquisada (Centro-Sul), é bastante difundido. A maioria dos cirurgiões-dentistas (81,7%)

isolamento relativo. Em estudos semelhantes, já foi observado que a maioria (59%) das restaurações em dentes anteriores é realizada com isolamento relativo e que cerca de 40% dos tratamentos endodônticos são realizados com isolamento absoluto^{4,12}.

A omissão da prática do isolamento absoluto pelos profissionais está vinculada ao não-domínio ou desconhecimento da técnica, à intolerância e queixa do paciente^{16,18}, por considerar perda de tempo, à excessiva confiança no manejo do instrumental e pela falta de materiais necessários¹⁹. Neste estudo, o gênero do profissional não influenciou na escolha do tipo isolamento, relativo ou absoluto, não havendo diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado, p=0,648).

Para procedimentos com isolamento absoluto são necessários dique de borracha, arco porta dique, grampos dentais entre outros^{3,5}, que foram indicados pelos entrevistados deste estudo.

Foram citados como fatores que levam à escolha do isolamento absoluto a diminuição do risco de contaminação (27,1%) e a manutenção do controle de umidade do campo operatório (12,5%), o que está em concordância com outros estudos^{2,8,12,13,18,20,21}. Em estudo recente o isolamento absoluto do campo

odontológico para evitar a contaminação causada pelos aerossóis neste ambiente²². A praticidade (23,7%) e o custo benefício (13,4%) foram relacionados à escolha do isolamento relativo. Em outros estudos, as variáveis tempo e custo foram relatadas como motivo de se praticar o isolamento relativo em detrimento ao absoluto^{12,17}.

Em contrapartida o tempo gasto inicialmente com o isolamento absoluto, pode ser recuperado pela obtenção da boa visualização do campo, no se evitar enxágues bucais constantes³ e trocas de roletes de algodão e/ou compressas de gaze. Já o custo do procedimento poderá ser diminuído mais ainda, com o uso de luvas de procedimento em substituição do dique de borracha².

Em algumas situações onde os recursos financeiros são limitados e inferiores às necessidades de tratamento, deve-se levar em consideração a simplificação da técnica e redução dos custos, sem, contudo, perder a qualidade e eficácia do procedimento realizado. Observando-se a retenção de selantes confeccionados com isolamento absoluto convencional, isolamento absoluto com luva de látex ou isolamento relativo rigoroso não foi observada diferença estatisticamente significativa mesmo após 180 dias²³.

Na Endodontia preconiza-se o isolamento absoluto do campo para a realização do tratamento^{2,3} com o intuito de evitar a contaminação úmida por microrganismos presentes no fluido salivar, que podem ser causa de insucessos^{6,13}.

Foi observado que a maior parte dos cirurgiões-dentistas relatou utilizar isolamento absoluto (82,7%) para realização de tratamento endodôntico. Além de diminuir a contaminação do campo, o isolamento absoluto em Endodontia, é capaz de oferecer segurança e proteção ao paciente contra a deglutição de substâncias químicas, acidentes com limas, acidentes com brocas e evitar inalação de pequenos resíduos^{8,21,24}. Resultados diferentes foram obtidos em outros estudos que observaram pequena utilização do isolamento absoluto em Endodontia^{4,12,17}.

Quando se referencia aos procedimentos odontológicos restauradores, a prática do isolamento absoluto (47,2%) e relativo (52,8%) do campo operatório demonstrou-se equiparada. Estes dados estão em concordância com estudo recente que indica que o isolamento absoluto nunca ou raramente é utilizado na confecção de restaurações de amálgama (73%), resina anterior (63%) ou posterior (55%)²⁵.

Estudos revelam que a contaminação salivar é a maior causa das falhas de restaurações adesivas⁶, sendo a saliva responsável pela redução da força de união entre a resina composta e o esmalte¹. Superfícies condicionadas por ácido e não-contaminadas por umidade bucal e/ou saliva, apresentam melhores resultados de adesão, em comparação a superfícies condicionadas e contaminadas. Este fato poderá estar relacionado à obliteração dos microporos do esmalte condicionado, pela saliva juntamente com suas partículas sólidas⁷.

intimamente relacionado com a realização de uma técnica apurada, especialmente a não-contaminação do campo operatório. Neste cenário, o controle da umidade é essencial, e o emprego do isolamento absoluto com o lençol de borracha é considerado de muita relevância. Porém, o isolamento relativo empregando roletes de algodão, em algumas circunstâncias, principalmente em programas preventivos, também pode ser indicado, desde que mantenha o campo operatório seco²³.

O uso do isolamento absoluto é preconizado para manutenção do controle do campo, melhora da qualidade e desempenho das restaurações, a fim de evitar a contaminação por saliva e fluídos sanguíneos do material restaurador, principalmente os adesivos^{2,18,26}.

Da mesma forma que a literatura afirma que o isolamento absoluto é a escolha mais eficaz para o controle da contaminação do ambiente bucal^{2,7,26}, outros estudos equiparam o isolamento relativo, quando bem realizado, ao isolamento absoluto como forma de manutenção de um campo operatório^{5,8} e até mesmo no desempenho clínico de restaurações de resina composta²⁷.

O cirurgião-dentista e o paciente possuem maiores risco de respirarem partículas do aerossol potencialmente infectado²⁸ e o dentista e sua equipe tem um risco de três a seis vezes maior de contrair doenças infecto contagiosas, quando comparado à população em geral²⁹. A utilização do isolamento absoluto é parte importante na biossegurança¹⁰, pois é capaz de controlar a atmosfera ao redor do campo²⁰, diminuindo significativamente o transporte de detritos por meio do aerossol²⁶, proporcionando proteção das vias aéreas⁵ e diminuindo a aspiração e inalação do aerossol contaminado⁸.

O nível de especialização dos cirurgiões-dentistas não influenciou na escolha do tipo de isolamento (Qui-quadrado, $p=0,0733$). Porém, é importante frisar que a especialidade do profissional não foi considerada. Em contrapartida, num estudo realizado com odontopediatras ligados a cursos de pós-graduação e de clínicas privadas, o isolamento absoluto foi considerado padrão para o atendimento e mais de 80% afirmaram que usam este tipo de isolamento sempre ou frequentemente na prática diária. Neste mesmo estudo, os fatores mais comuns a favor e contra esta técnica foram manter o campo seco, e ansiedade do paciente e o potencial de estímulo doloroso, respectivamente³⁰.

Um fato interessante observado foi que todos os profissionais que relataram não terem pessoal auxiliar também não relataram a utilização de qualquer meio para controle do campo operatório (região Central= 14 / região Sul= 7), seja o isolamento absoluto ou relativo. Na região Central 46,3% dos cirurgiões-dentistas não possuem auxiliar no consultório odontológico, já na região Sul apenas 13,9% dos profissionais não têm auxiliar. A presença de auxiliar no consultório odontológico não teve influência sobre a escolha do tipo de isolamento (Qui-quadrado, $p=0,413$).

Também não houve diferença estatisticamente significativa, na escolha pelo tipo de isolamento, quando

observaram que a prática do isolamento absoluto encontra-se mais presente nos profissionais com idade variando de 31 a 40 anos (61%). Por outro lado, um estudo que avaliou se a idade e qualificação dos cirurgiões-dentistas influenciavam na escolha pelo isolamento absoluto, foi notado que os profissionais mais jovens fazem mais uso desta forma de isolamento, em comparação a profissionais mais experientes¹⁶. Na Endodontia especificamente, profissionais mais jovens com menos de dez anos de experiência profissional, utilizam mais o isolamento absoluto (72%) em relação aos profissionais mais experientes¹⁷.

No presente estudo, 40% dos profissionais com tempo de atividade profissional entre 20 e 25 anos não relataram fazer nenhum tipo de isolamento para controle do campo operatório. Por outro lado apenas 9,1% dos profissionais com cinco anos ou menos de atividade profissional não relataram a utilização de algum tipo de isolamento.

Os profissionais entrevistados relataram que 77,4% dos pacientes têm aceitação média à alta do procedimento de isolamento absoluto, dados que são concordantes com a literatura²⁴ que ainda afirma que os relatos de queixa do paciente muita das vezes estão relacionados a crenças do cirurgião-dentista sobre o procedimento²⁴.

A pouca prática do isolamento absoluto está vinculada a lembranças das dificuldades de sua execução na época da faculdade. Porém, isto pode ser suprimido com a prática e uso rotineiro²⁶.

Ignorar a utilização do isolamento absoluto em procedimentos restauradores e endodônticos reafirma a necessidade de os professores de Odontologia tentem buscar continuamente formas de reduzir a discrepância entre o que é ensinado e a prática clínica²⁵. Sabendo-se das vantagens do controle do campo operatório por meio do isolamento, é dever do cirurgião-dentista executar uma técnica apurada para garantir longevidade dos procedimentos e aperfeiçoar a biossegurança.

CONCLUSÃO

A maioria dos profissionais utiliza algum tipo de isolamento para controle do campo operatório e aponta como principais vantagens a biossegurança, a praticidade e melhor qualidade dos procedimentos executados. O isolamento absoluto é utilizado principalmente para tratamentos endodônticos e o isolamento relativo para restaurações. Nenhuma das variáveis relacionadas à caracterização dos voluntários influenciou na escolha do tipo de isolamento executado pelo cirurgião-dentista. A ausência de auxiliar de consultório leva a dificuldade de execução de qualquer tipo de isolamento.

REFERÊNCIAS

isolamento dental: como provável causa de insucesso endodôntico. RGO 1997; 45(4):212-4.

2. Pizzato E, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA. Uma alternativa viável em saúde pública para a confecção do isolamento absoluto. JBC 2002; 6(34):318-20.

3. Dinin A. Rubber dam: a simple procedure. Dent Items Interest 1951; 73(12):1163.-77

4. Sousa Neto MD, Saquy PC, Sousa YTCS, Silva RG, Pécora JD. Isolamento absoluto do campo operatório com a ajuda de cianoacrilato: casos clínicos. Rev. bras. odontol 1996; 53(6):36-7.

5. Ribeiro CM, Myaki SI. Isolamento do campo operatório. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent 1998; 52(5):371-4.

6. Sousa CJAD, Souza JAD, Carvalho LAP. Redução da secreção salivar: controle medicamentoso da contaminação úmida na endodontia. RGO 1996; 44(6):347-50.

7. Castro JCMD, Sundfeld RH, Holland Júnior C, Komatsu J. Estudo "in vitro" da penetração de selantes de fósulas e fissuras no esmalte dental humano, com ou sem contaminação. Rev. bras. odontol 1991; 48(4):14-20.

8. Soldani F, Foley J. An assessment of rubber dam usage amongst specialists in paediatric dentistry practicing within the UK. Int J Paediatr Dent 2007; 40(1):50-6.

9. Hyatt AT. Rubber dam. Br Dent J 2002; 193(10):548-9.

10. Teixeira CS, Pasternak-Júnior B, Silva-Sousa YTC, Correa-Silva SR. Medidas de prevenção pré e pós- exposição a acidentes perfurocortantes na prática odontológica. Rev. odonto ciênc. 2008; 23(1):10-14.

11. Brady M. Using rubber dam. Br Dent J 2002; 193(7):363-4.

12. Lynch CD, McConnell RJ. Attitudes and rubber dam by Irish general dental practitioners. Int Endod J 2007; 40(6):427-32.

13. Pesente ALB. Estudo histológico do tecido conjuntivo pulpar de ratos novoginús, frente à exposição acidental experimental, com e sem isolamento absoluto, seguida de capeamento direto com óxido de zinco e eugenol modificado – IRM. Rev. Odontopediat 1997; 5(2):61-8.

14. Chin SM, Ferguson JW, Bajurnow T. Latex allergy in dentistry. Review and report of case presenting as a serious reaction to latex dental dam. Aust Dent J 2004; 49(3):146-8.

15. Miller MB. The amazing rubber dam. Pract Proced Aesthet Dent 2002; 14(9):765.

16. Whitworth JM, Seccombe GV, Shoker K, Steele JG. Use of rubber and irrigant selection in UK general dental practice. Int Endod J 2000; 33(5):435-41.

17. Koshy S, Chandler NP. Use of rubber dam and its association with other endodontic procedures in New Zealand. N Z Dent J 2002; 98(431):12-6.

18. Druttman ACS. Rubber dam. Br Dent J 2002; 193(10):549.

19. Egozcue R, Hilú RE. Aislación absoluta: un procedimiento lógico e insustituible. Rev. Soc. Odontol. Plata 1993; 6(12):8-10.

20. Samaranyake LP, Reid J, Evans, D. The efficacy of rubber dam isolation in reducing atmospheric bacterial contamination. J Dent Child (Chic) 1989; 56(6):442-4

21. Carotte P. Using rubber dam II. Br Dent J 2002; 193(7):364.

22. Yüzbaşıoğlu E, Saraç D, Canbaz S, Saraç YS, Cengiz S. A survey of cross-infection control procedures: knowledge and attitudes of Turkish dentists. J Appl Oral Sci. 2009; 17(6):565-9.

23. Garbin CAS, Garbin AJI, Santos KT, Pizzatto E, Moroso TT. Comparação da Retenção de um Selante de Fósulas e Fissuras sob Três Tipos de Isolamento. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2008; 8(2):175-8.

24. Case DM. Rubber dam use. J Am Dent Assoc 1976; 93(3):517.

25. Hill EE, Rubel BS. Do dental educators need to improve their approach to teaching rubber dam use?. J Dent Educ 2008; 72(10):1177-81.

26. Christensen GL. Using rubber dams to boost quality of

27. Fraga RC, Andrade SJ, Martins LRM, Lovadino JR. Hidrólise e resistência ao cisalhamento de uma resina composta polimerizada em condições úmidas (simulação do isolamento relativo). Rev Bras Odontol 1997; 54(1):22-4.
28. Jackes ME. A laboratory comparison of evacuation devices on aerosol reduction. J. Dent. Hyg 2002; 76(3):202-6.
29. Burgardt CI, Leão MTC. Controle de infecção em odontologia. Curitiba, Champagnat, 1997.
30. Slawinski D, Wilson S. Rubber dam use: a survey of pediatric dentistry training programs and private practitioners. Pediatr Dent. 2010; 32(1):64-8.

Recebido/Received: 06/10/2010

Revisado/Reviewed: 12/02/2011

Aprovado/Approved: 27/03/2011

Correspondência:

Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas
R. Desembargador José Satyro, 561/302 – Castelo
Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil
CEP: 30.840-490
Email: amandafreitas@hotmail.com