Tratamento Restaurador Atraumático

Situação clínica	ART
Objetivo e Indicações	•Diminuir o stress do tratamento, permitindo, também, um aumento de cobertura, com a diminuição de custos e o aumento do custo-benefício para o paciente, o serviço e a sociedade. •Indicado principalmente para escolares, pessoas com deficiência e gestantes.
Vantagens	•Remover apenas tecido cariado, o que gera pequenas cavidades e a preservação de tecido dentário sadio; •Minimizar o uso de anestésico local, por limitar o aparecimento da dor; •O material restaurado empregado possibilita a união ao tecido dentário; •Liberação do fluoreto do Cimento de Ionômero de Vidro (CIV) pode prevenir o aparecimento de lesões secundárias e provavelmente remineralizar tecido dentinário; •União de tratamentos curativos e preventivos em um só procedimento; •A restauração danificada é facilmente reparável; •Por não fazer uso de motor e sugador, pode ser considerada uma técnica de fácil aceitação por adultos e crianças;
Materiais necessários	•Exame: Pinça clínica, espelho clínico, sonda clínica •Preparo cavitário: Mordedor de plástico pequeno (rosa), machado para esmalte, colher de dentina, hollemback 3 S; •Inserção de material: Aplicador para cimento de hidróxido de cálcio, colher de dentina, espátula nº 1, porta-matriz para cavidades complexas, matriz parcial metálica (para cavidades classe II), cunha de madeira (para cavidades classes II, III e IV), matriz de poliéster (para cavidades classes III e IV), tesoura; • Remoção de excessos: Cabo para lâmina de bisturi, lâmina de bisturi nº 15 e 12, hollemback 3S

Tratamento Restaurador Atraumático

Situação clínica	ART
Materiais necessários	•Manipulação do material restaurador: Espátula de plástico, bloco de papel, garrafa térmica; • Material de consumo: Equipamento de proteção individual (touca, máscara e luvas), rolos de algodão, bolinhas de algodão, ácido poliacrílico 10%, cimento de ionômero de vidro, cimento de hidróxido de cálcio (para proteção de cavidades mais profundas), formocresol (para eventuais exposições acidentais em dentes decíduos), esmalte de unha incolor ou verniz ou adesivo para esmalte (para evitar sinérise ou embebição do CIV), vaselina, fio dental, hidróxido de cálcio P.A., matrizes de poliéster e metal com anel de fixação, cunhas de madeira, microbrush, espátulas de madeira, copos descartáveis de café (para água), afastador de lábios, fitas carbono e papel Kraft para “bancada”.
Técnica clínica	1. O paciente é posicionado sobre uma mesa com encosto acolchoado para a cabeça, proporcionando conforto e um posicionamento adequado do paciente com relação ao operador. Uma luz auxiliar portátil pode ser utilizada para melhorar a visualização em todas as etapas do tratamento; 2. Limpeza dos dentes é feita com escovação dental ou gaze umedecida, quando não puder ser feita por meio de profilaxia com pedra-pomes e escova tipo Robson; 3. Isolamento do campo operatório é realizado com rolos de algodão, para promover melhor visualização e acesso, sendo trocados periodicamente para prevenir contaminação da cavidade. Pode ser utilizado um afastador de lábios para favorecer a visualização do campo operatório. Quando o dente a ser restaurado estiver localizado na arcada inferior posterior, utilizar um rolete na altura do ducto da parótida localizado na altura do molar superior e dois roletes, um por vestibular e outro por lingual do dente preparado;

Tratamento Restaurador Atraumático

Situação clínica	ART
Técnica clínica	**4**. A escavação é iniciada e realizada com o auxílio de colheres de dentina. Se a abertura da cavidade não for suficientemente extensa para o início da escavação, uma ampliação deve ser realizada com a utilização de Hollemback adaptada, removendo-se o esmalte desmineralizado e sem suporte, melhorando assim o acesso e visualização da lesão. Nesta fase de escavação, a dentina amolecida é removida, iniciando-se pelas paredes circundantes e junção amelo-dentinária, e finalizando-se na parede de fundo. A escavação da dentina cariada deve ser realizada com muita ênfase na junção amelo-dentinária, uma vez que a lesão nesta região além de possuir uma progressão mais rápida vai funcionar após a escavação como área de retenção para a restauração. Em cavidades de classe II, é importante realizar retenções adicionais nas caixas proximais com o auxílio de um instrumento cortante manual (machado ou sonda exploradora). Quando a cavidade for muito profunda (menos de 0,5 mm de dentina entre o assoalho cavitário e a câmara pulpar), têm-se indicado realizar o forramento com cimento de hidróxido de cálcio antes da inserção do cimento de ionômero de vidro; **5**. Preparar a cavidade realizando o acabamento do ângulo cavo-superficial com instrumentos cortantes manuais de forma a manter um ângulo nítido e sem bisel, proporcionando uma espessura adequada de ionômero nas margens; **6**. Realizar a limpeza da cavidade com bolinhas de algodão embebidas em água, para remoção de debris e para visualização da dentina escavada; **7**. Realizar condicionamento das paredes da cavidade e das fissuras adjacentes utilizando-se ácido poliacrílico, aplicado com uma bolinha de algodão de forma ativa, por um período de 10 segundos, para a limpeza da dentina (pode ser usado o próprio líquido do cimento de ionômero de vidro). É feita a lavagem do ácido com uma bolinha de algodão embebida em água morna e secagem da cavidade com uma bolinha de algodão seca. As superfícies condicionadas devem ser lavadas duas vezes com bolinhas de algodão embebidas em água e a secagem da cavidade, até que todo o excesso de água seja removido.

Tratamento Restaurador Atraumático

Situação clínica	ART
Técnica clínica	IMPORTANTE: em casos de cavidades compostas e complexas que envolvam faces mesial e/ou distal, depois de realizado o condicionamento e antes da inserção do material, deve-se utilizar matrizes de poliéster ou de metal e cunhas de madeira para se alcançar a forma e adaptação adequadas da restauração. Nas cavidades proximais em dentes anteriores, preconiza-se o uso de tira de matriz de poliéster e, em dentes posteriores, matriz metálica parcial, cunhada e estabilizada com anel metálico, ou total, presa a um porta-matriz; em dentes posteriores. Manter a matriz sob compressão durante o endurecimento do material (ionômero convencional) ou durante a fotopolimerização (ionômero modificado por resina). **8**. A manipulação do material deve seguir as instruções do fabricante principalmente em relação à proporção pó-líquido sugerida. A fluidez do material dependerá desta proporção e do tamanho das partículas de vidro. Assim, os ionômeros indicados para a cimentação e forramento apresentarão uma fluidez maior que aqueles indicados para a confecção de restaurações ou núcleos de preenchimento; **9**. Dividir a porção de pó ao meio, espalhar a gota do líquido no bloco de manipulação e aglutinar o pó ao líquido em 2 etapas totalizando 15-20 segundos de manipulação, obtendo-se uma mistura homogênea e brilhante. Uma maneira para facilitar a agregação de todo o pó na quantidade de líquido sugerida pelo fabricante, bem como prolongar o tempo de trabalho é realizar a manipulação em ambiente refrigerado (aproximadamente 20ºC) e utilizar o bloco impermeável de manipulação que vem no kit do material e uma espátula plástica de ponta fina e flexível;

Tratamento Restaurador Atraumático

Situação clínica	ART
Técnica clínica	**10**. Inserir o material na cavidade com brilho úmido e de preferência com o auxílio de uma seringa de inserção do tipo Centrix; pode-se utilizar uma seringa de insulina com uma agulha de maior calibre preparada, com a mesma finalidade. A inserção do material na cavidade é realizada em pequenas porções, e pode ser utilizada a parte convexa das colheres de dentina ou espátula de inserção número 1. Cuidados durante a inserção do material são importantes para garantir a inserção deste em contato com a parede de fundo e debaixo das cúspides socavadas e prevenir a inclusão de bolhas na restauração. O material também deve ser inserido nas fissuras adjacentes e com ligeiro excesso, a fim de promover o selamento das fissuras que não foram englobadas na restauração, tentando promover uma superfície lisa e facilitar a remoção dos excessos; **11**. Com o dedo enluvado e vaselinado, o operador pressiona o material na cavidade por um período de pelo menos um minuto com o objetivo de promover o selamento de fissuras adjacentes, melhorar a adaptação do material às paredes cavitárias, reduzir a inclusão de bolhas no corpo da restauração, promover uma superfície lisa e facilitar a remoção de excessos; **12**. A matriz deve ser removida no sentido vestíbulo-lingual. Não remover a matriz precocemente e com movimentos intempestivos para não comprometer a adesão. **13**. Não contaminar a restauração com umidade ou permitir o seu ressecamento logo após a remoção da matriz. Aplicar vaselina sobre a restauração e remover os excessos com lâmina de bisturi com movimentos suaves e da restauração para o dente; **14**. Remover o excesso de vaselina com bolinhas de algodão e proteger a restauração com verniz próprio do fabricante ou adesivo para esmalte (Ex.: Magic Bond) para impedir a sinérise ou embebição do CIV neste período inicial de presa;

Tratamento Restaurador Atraumático

Situação clínica	ART
Técnica clínica	16. Deve-se orientar o paciente a não ingerir nenhum tipo de alimento na primeira hora após a realização da restauração. Cuidados para o armazenamento dos cimentos de ionômero de vidro: - Armazená-lo em local fresco e seco, à temperatura ambiente. - O frasco contendo o pó deve ser mantido sempre bem fechado para evitar a entrada de umidade.