



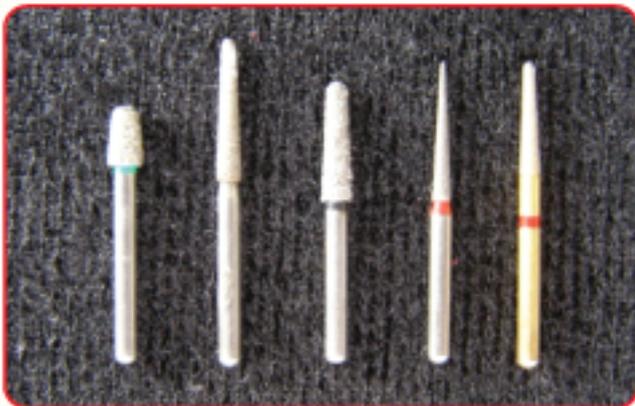
# Colecionando Conhecimentos

2º ANO

## INCRUSTAÇÕES PREPARAÇÃO DENTÁRIA

Para preparar os dentes para incrustações deve-se utilizar as seguintes pontas diamantadas:

- Tronco-cônica grossa
- Tronco-cônica fina
- Fissura fina
- Brocas de polimento



### Incrustações Inlay

Com a tronco-cônica grossa, desgaste a face oclusal com 2mm de profundidade.



Com a tronco-cônica fina, configure a face proximal. O diâmetro da ponta diamantada determina a largura do piso gengival.



A preparação dentária para incrustações inlay deve ter as seguintes características:

- Profundidade do piso oclusal de 2 mm.
- Distância do piso oclusal ao piso gengival de 1 mm no mínimo.
- Paredes convergentes em direção oclusal (aproximadamente de 10o a 20o).
- Ângulos arredondados.



### Incrustações Onlay

Desgaste, com a tronco-cônica fina, a face oclusal aproximadamente 1 mm.



Dê forma à face oclusal com a tronco-cônica grossa (profundidade de aproximadamente 1 mm).



A preparação dentária para incrustações onlay deve ter as seguintes características:

- Espaço inter-oclusal de 2 mm.
- Ombro reto de 1 mm de espessura nas faces proximais e cúspide de suporte
- Ângulos arredondados



Configure as caixas proximais com a tronco-cônica fina. O diâmetro da ponta diamantada determina a largura do piso gengival.



Tópico elaborado por  
Dr. Martin Kcomt Yep  
Professor Auxiliar  
Universidade Peruana Cayetano Heredia

## CONTROLE MECÂNICO E QUÍMICO DA PLACA BACTERIANA

A escovação reduz a biopelícula em 30% com escovas manuais e 45% com escovas elétricas.<sup>1-3</sup>

As cerdas das escovas chegam, subgingivalmente, 0,9 a 1,5 mm. As escovas interproximais penetram 2,5 mm e o fio dental, 3,5 mm abaixo da linha da gengiva.<sup>1-3</sup>



A motivação é de suma importância durante a instrução do controle mecânico da placa. 1-4 São necessárias 3,5 horas de instrução para reduzir a biopelícula.<sup>1</sup>



Recomenda-se usar evidenciadores de placa, como a eritrosina sódica a 3%. Recomenda-se escovar duas vezes ao dia, de 1 a 2 minutos com a técnica de Bass modificada.<sup>2</sup>

A troca das escovas deve ser feita quando as cerdas perdem a forma (flexibilidade), uma vez a cada 3 meses, no mínimo.<sup>1-3</sup>

O fio dental é importante, pois 85% das superfícies não são limpas pela escova.

Os elementos de higiene proximal reduzem entre 30% e 40%, independentemente do método usado nesse tipo de higiene.

Recomenda-se a limpeza interdental pelo menos uma vez ao dia, podendo ser feita também com escovas interproximais.<sup>1-3-4</sup>

A escolha e personalização dos elementos e recursos para a higiene dependem das características da boca, espaço entre os dentes e destreza manual, entre outros.<sup>1-3-4</sup>

A limpeza do dorso da língua com escovas e raspadores, com ajuda de cremes dentais, é útil para o controle dos compostos voláteis de enxofre, que causam a halitose.

A irrigação supragengival com aparelhos de jato pode penetrar até 71% das bolsas periodontais pequenas e 68% das moderadas, sem ser melhor do que o controle mecânico.



### Controle químico da placa

O controle químico é feito com cremes dentais e anti-sépticos bucais. Recomendam-se sempre os cremes dentais com flúor, para a prevenção das cáries e evitar o efeito abrasivo em pacientes com alta incidência de cáries, retração gengival e sensibilidade dentinária de colo dentário.<sup>3-5</sup>

Os seguintes produtos são reconhecidos por sua segurança e eficácia no controle da placa bacteriana e da gengivite: <sup>3-6</sup>

- Cloreto de cetilpiridínio
- Digluconato de clorexidina
- Fluoreto estanhoso (para gengivite)
- Timol, mentol, eucaliptol e metil salicilato

Os anti-sépticos bucais são indicados para: <sup>3-5</sup> pós-cirurgia, complemento de higiene por curto período de tempo, incapacidade temporária, falta de domínio manual, gengivite ulcerativa necrosante e halitose. A clorexidina é a substância mais efetiva. Os anti-sépticos não substituem a remoção mecânica.

Os cremes dentais usados diariamente são importantes para atingir os objetivos de tratamento e/ou manutenção da saúde bucal. O uso de triclosan com copolímeros (PVM/MA), citrato de Zn demonstrou controlar a placa e a gengivite a longo prazo. Os cremes anticálcus são efetivos em razão de sua associação com pirofosfatos. <sup>4-6</sup>

A associação do triclosan, copolímeros e flúor, tem cada dia mais aceitação por seu efeito prolongado sobre os patógenos periodontais e a redução dos mediadores da inflamação liberados nos processos inflamatórios crônicos, isto é, gengivite de moderada a severa e/ou periodontite.

A estes mediadores: interleucina I beta, interleucina 8, prostaglandinas e fator alfa de necrose tumoral, atualmente tão importantes

em estudos relacionados com doenças crônicas ou condições sistêmicas importantes (diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias e gravidez). <sup>7-9</sup>

O controle mecânico do tártaro é feito por remoção e polimento dos dentes quando a profundidade é, por sondagem, inferior a 4 mm, mas, são iguais ou superiores a 4 mm com sangramento na sondagem, é necessário realizar a raspagem e o alisamento radicular.

## PREPARAÇÃO DENTÁRIA PARA FACETA LAMINADA

### 1o passo:

Faça a delimitação ao redor da face vestibular do dente a ser tratado, a uma distância de 1 mm da margem cervical (Fig.1) com uma broca diamantada redonda de 1 mm de diâmetro, desgaste o limite aprofundando 1/3 da broca no nível cervical e a metade da broca no terço médio e incisal (Fig.2).



*Figura 1*



*Figura 2*

### 2o passo:

Com a broca calibrada de três discos de 0,3 mm, desgaste o terço cervical e médio (Fig. 3), e, em seguida, mude para a broca de três discos de 0,5 mm e desgaste o terço incisal (Fig. 4).



*Figura 4*



*Figura 5*

### 3o passo:

Com a broca tronco-cônica diamantada de ponta redonda, desgaste a face vestibular do dente em dois planos (Fig. 6). O primeiro plano corresponde ao terço cervical e médio e o segundo plano, ao terço incisal (Fig. 7), até chegar às marcas feitas pela broca de três discos. Em seguida, alise toda a superfície com uma broca tronco-cônica de ponta redonda diamantada de granulação fina.



*Figura 6*



*Figura 7*

#### 4o passo:

Nos casos em que a altura vai variar, é preciso desgastar a borda incisal com uma broca tronco-cônica de ponta redonda diamantada aproximadamente 1,5 mm (Fig. 8). Em seguida, arredonda-se o ângulo formado pela face vestibular e o desgaste incisal (Fig. 10), para, depois, alisar toda a preparação com uma broca tronco-cônica de ponta redonda e granulação fina.



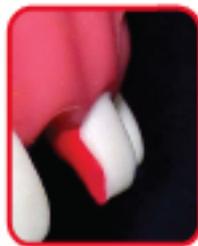
*Figura 8*



*Figura 9*



*Figura 10*



*Figura 11*



*Figura 12*



Tópico elaborado por  
Arturo Kobayashi Shinya  
Mg. Est. Professor Auxiliar  
Universidade Peruana Cayetano Heredia



Martin Quintana del Solar  
Mg. Est. Especialista em Reabilitação Oral  
Professor Associado  
Universidade Peruana Cayetano Heredia

## PREPARAÇÃO DENTÁRIA PARA AMÁLGAMA

### Preparação oclusal

#### 1o passo:

Com uma broca redonda diamantada de 1 mm, comece a preparação cavitária (Fig. 1). A forma de preparo será determinada pela extensão da lesão e deve ter uma profundidade mínima de 2 mm (Fig. 2).



*Figura 1*

#### 2o passo:

Com uma broca diamantada em forma de pêra, realizam-se as retenções (Fig. 3), pondo-a em contato com as paredes da cavidade seguindo o eixo do dente.



*Figura 3*



*Figura 2*



*Figura 4*

## Preparação proximal

### 1o passo:

Quando existe uma lesão proximal, começa-se a cavidade protegendo a peça contígua com uma fita matriz metálica (Fig. 5).



*Figura 5*

### 2o passo:

Com uma broca redonda diamantada de 1 mm de diâmetro, comece a abertura da lesão proximal (Fig. 6 e 7).



*Figura 6*



*Figura 7*

**3o passo:**

Com uma broca diamantada em forma de pêra configure a caixa proximal (Fig. 8), fazendo retenções na vestibular e lingual ou palatina, segundo o caso (Fig. 9).



*Figura 8*

**4o passo:**

Em seguida, com uma broca de fissura, faça um sulco em direção vestibular e outro, lingual ou palatina, conforme o caso (Fig. 10 e 11).



*Figura 10*



*Figura 9*



*Figura 11*

## Preparação oclusal e proximal

### 1o passo:

Quando existe uma lesão proximal e outra oclusal cuja distância entre ambas seja inferior a 1 mm, é preciso unir ambas as preparações. Seguem-se os passos mencionados acima para a preparação oclusal (Fig. 1 a 4).

A abertura da lesão proximal é feita com uma broca redonda diamantada de 1 mm (Fig. 12).



**Figura 12**

### 2o passo:

Com uma broca diamantada em forma de pêra, dê forma à caixa proximal (Fig. 13), fazendo retenções em vestibular e lingual ou palatina, segundo o caso, configurando duas caixas situadas em nível diferente, uma superior, que é a oclusal unida mediante por degrau a uma inferior, que é caixa proximal (Fig.14).



**Figura 13**



**Figura 14**



Tópico elaborado por  
Arturo Kobayashi Shinya  
Mg. Est. Professor Auxiliar  
Universidade Peruana Cayetano Heredia



Martin Quintana del Solar  
Mg. Est. Especialista em Reabilitação Oral  
Professor Associado  
Universidade Peruana Cayetano Heredia

## POSIÇÕES ERGONÔMICAS DE TRABALHO (OPERADOR, ASSISTENTE)

**Ergonomia:** estudo e análise do trabalho humano, incluindo os aspectos anatômicos e psicológicos das pessoas e seu ambiente de trabalho.

Sua prática correta pode economizar tempo de trabalho e evitar a tensão nos músculos e a fadiga.

Trabalho odontológico a quatro mãos: quando o dentista e o assistente trabalham juntos ao redor da cadeira.

**Zonas de trabalho ou atividade:** baseiam-se no “conceito do relógio” e permitem identificar as posições de trabalho da equipe (operador/assistente). As zonas de atividade são determinadas mediante a visualização da cabeça do paciente no centro do relógio. Quando o dentista e o assistente se encontram em posição ao redor da cabeça do paciente, tem-se:

- Boa visibilidade e fácil acesso a todas as áreas da boca do paciente
- Fácil acesso ao equipamento, instrumentos e materiais
- Segurança e comodidade para o paciente, o dentista e o assistente

A área ao redor da boca do paciente divide-se em quatro zonas:



1) Zona de operação ou trabalho, a partir da qual o operador tem o melhor acesso à cavidade bucal do paciente e a melhor visibilidade desta. Para o trabalho a quatro mãos, esta área estende-se da posição 7 à 12 do relógio. Se o operador não for destro, estende-se da posição 12 à 5 do relógio.

2) Zona do assistente, a partir da qual tem fácil acesso aos instrumentos, materiais, sucção e a unidade dentária sem qualquer interferência. Para o trabalho a quatro mãos, esta área vai da posição 2 a 4 do relógio. Se o operador não for destro, a área vai da posição 8 à 10 do relógio.

3) Zona estática é a área que se encontra na parte posterior dos sistemas de entrega (bandeja de trabalho). Vai da posição 12 à 2 do relógio. Se o operador não for destro, vai da posição 10 à 12.

4) Zona de transferência, localizada debaixo do nariz do paciente e por cima do peito deste, onde os instrumentos e materiais são passados e recebidos. Esta área estende-se da posição 4 à 7 do relógio. Se o operador não for destro, vai da posição 5 à 8 do relógio.

### Posição do paciente



- 1) Deve estar na cadeira na posição supina.
- 2) A parte posterior da cabeça deve estar apoiada perto da borda do apoiador de cabeça. O paciente deve usar óculos de proteção e suas pernas devem apoiar-se completamente na cadeira.

### Posição do operador

Os principais elementos para o desenvolvimento de sua atividade é o acesso e a visibilidade. Para conseguir isso:

- 1) deve sentar-se de forma a apoiar-se totalmente no encosto do mocho, em ângulo reto, com o peso do corpo distribuído uniformemente.
- 2) manter as coxas paralelas ao chão ou joelho ligeiramente mais baixos do que o quadril, com os pés apoiado no piso e sem cruzar as pernas.

3) A altura do mocho deve ser ajustada de maneira que permita ao operador manter o antebraço paralelo ao piso quando dobrar o cotovelo, mantendo-o o mais perto do corpo.

4) A distância entre o rosto do operador e a cavidade bucal do paciente deve ser de aproximadamente 35 a 40 centímetros.



### Posição do assistente

Na frente do operador, tendo boa visibilidade e fácil acesso à cavidade bucal do paciente e à bandeja de trabalho e instrumental adicional. Por isso, deve:

- 1) Posicionar seu mocho 10 ou 15 centímetros mais alto do que o do operador.
- 2) Sentar-se de maneira que seu peso se encontre distribuído uniformemente sobre o assento.
- 3) Descansar os pés sobre a base ou no aro plano que se encontra na base do mocho.



Tópico elaborado por  
Dra. Maria López Pinedo  
Docente Associada  
Especialista em Periodontia  
Universidade Peruana Cayetano Heredia