



1

ATUAÇÃO EM DENTÍSTICA

EWERTON NOCCHI CONCEIÇÃO
CARLOS VENTURELLA LEITE

CONCEITO DE DENTÍSTICA

A dentística pode ser definida como sendo a especialidade da odontologia que estuda e aplica de forma integrada o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dental. Os tratamentos preventivos ou restauradores devem resultar na manutenção ou no restabelecimento da forma, da função e da estética, mantendo ainda a integridade fisiológica do dente em relação harmônica com a estrutura dental remanescente, os tecidos moles e o sistema estomatognático.

ATUAÇÃO DA DENTÍSTICA RESTAURADORA TRADICIONAL

Ao longo deste século, a doença cárie foi predominantemente tratada em um modelo cirúrgico-restaurador que incluía o diagnóstico das cavidades de cárie seguido da remoção de tecido cariado e confecção de restaurações. Estabeleceu-se uma forma mecanizada de tratar uma doença infectocontagiosa, ou seja, todos os indivíduos eram tratados da mesma maneira. Esse modelo de tratamento fracassou, pois, ao invés de propiciar um controle da doença cárie, era comum observar a ocorrência de novas lesões de cárie em dentes que tinham sido recentemente restaurados. Com isso, novas restaurações eram executadas e maior desgaste da estrutura dental era promovido (Figura 1.1). A etiologia da doença cárie não era considerada porque era limitado o conhecimento do processo histopatológico e microbiano no desenvolvimento das lesões cariosas quando esse modelo de tratamento foi proposto no início do século, permitindo que houvesse um ciclo repetitivo na progressão da doença. Outro inconveniente dessa prática era que os princípios de preparo que foram estabelecidos por G.V. Black¹, no início do século, incluíam a execução de preparos cavitários com formas geométricas pré-estabelecidas e com “extensão para prevenção”, que recomendava a extensão do preparo até áreas do dente que se acreditava serem menos suscetíveis à cárie¹ (Figura 1.2). Isso gerava, por sua vez, um desgaste adicional de tecido hígido do dente e conseqüente diminuição da resistência à fratura do dente restaurado. A instalação de novas lesões de cárie e as fraturas dentais implicavam a necessidade de execução de tratamentos restauradores cada vez mais complexos, de forma repetitiva, levando muitas vezes à extração do dente.

Esse ciclo restaurador repetitivo que foi tão bem descrito por Elderton, e que ainda é praticado por muitos profissionais, leva a uma frustração tanto para o paciente quanto para o profissional ao longo do tempo². Acreditava-

se que a prática de uma odontologia restauradora tradicional e a visita regular ao dentista resultariam em uma adequada saúde oral para os pacientes. No entanto, Eddie demonstrou em seu estudo que, quanto maior era a frequência de visita ao dentista, menor era a quantidade de dentes hígidos³. Essa certamente é uma evidência negativa desse modelo cirúrgico-restaurador e demonstra que a visita ao dentista envolvia a confecção de novas restaurações. Um efeito ainda pior é verificado se o paciente troca de dentista regularmente, já que o estudo de Davies mostrou que os indivíduos que trocaram de dentista receberam mais tratamento restaurador do que aqueles que permaneceram com o mesmo profissional⁴.

Isso possivelmente ocorre devido à grande dificuldade de padronização do diagnóstico e do tratamento da doença cárie entre os dentistas, mesmo quando analisando a mesma situação clínica⁵.

Além disso, o profissional consome um tempo demasiadamente longo substituindo restaurações. Estima-se que o dentista gasta em média 70% do seu tempo refazendo restaurações. A troca de restaurações pode ocasionar um aumento do preparo cavitário e um eventual dano em dentes vizinhos. Além disso, temos que considerar que o dentista normalmente julga que fará uma restauração de melhor qualidade do que a anteriormente executada, mas isso infelizmente na maioria das vezes não corresponde à realidade. Assim como não há uma padronização quanto ao diagnóstico e ao tratamento da doença cárie entre os dentistas, também não existem critérios bem-definidos para indicar a substituição de restaurações antigas. Isso certamente ocasiona a substituição desnecessária de muitas restaurações que poderiam, perfeitamente, ser recondiçionadas e mantidas em serviço na cavidade bucal. Esse importante aspecto será discutido mais detalhadamente no Capítulo 23.

A linha de raciocínio básico da prática do modelo cirúrgico-restaurador está ilustrada no Quadro 1.1. Essa desconsiderava a etiologia da doença cárie e periodontal e limitava-se ao diagnóstico da cavidade de cárie (dano causado pela doença já ocorrido), à execução do preparo cavitário para remover o tecido cariado clinicamente detectável e ao estabelecimento de uma forma geométrica pré-estabelecida para somente então utilizar o material restaurador (Quadro 1.1).

As evidências do fracasso da proposta do modelo cirúrgico-restaurador tradicional associadas à evolução do conhecimento da etiologia e do diagnóstico da doença cárie e periodontal e do desenvolvimento das técnicas e materiais restauradores adesivos geram a necessidade de questionamento dessa prática.

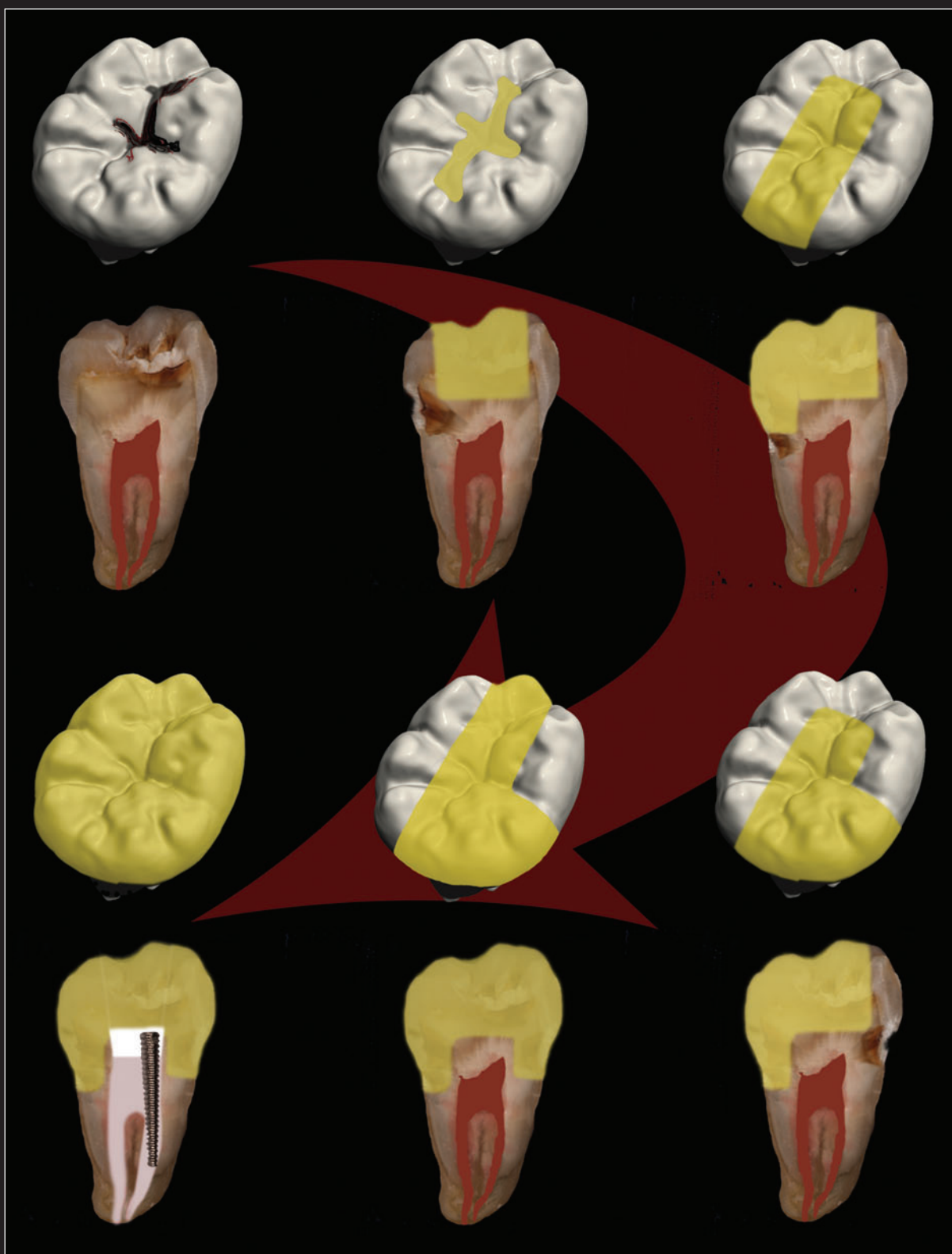
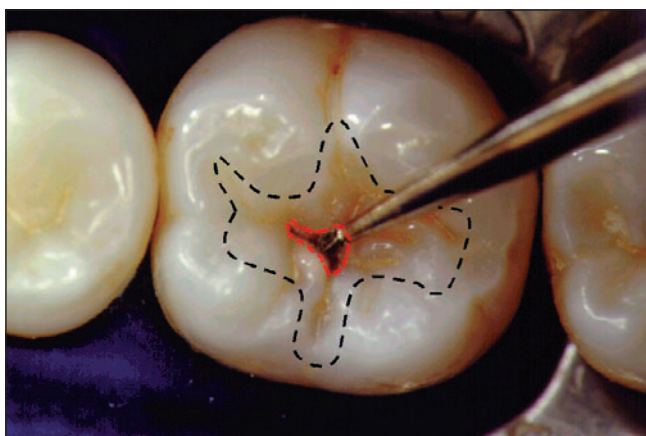


Figura 1.1

Prática no modelo de dentística tradicional que leva a um ciclo restaurador repetitivo. Observe que, se medidas de promoção de saúde não são adotadas, novas lesões de cárie acontecem e procedimentos restauradores cada vez mais amplos são realizados, comprometendo a estrutura dentária hígida, a biomecânica e a saúde bucal do paciente.

QUADRO 1.1**ATUAÇÃO EM DENTÍSTICA DE ACORDO COM O MODELO CIRÚRGICO-RESTAURADOR**

Localizar cavidade de cárie ↓	Desconsiderava a etiologia da doença cárie.
Realizar preparo cavitário ↓	Seguia princípios gerais, como forma de contorno, forma de resistência, forma de retenção e forma de conveniência, que implicavam a confecção de preparos geométricos pré-estabelecidos, além da "extensão para prevenção".
Confeccionar a restauração	Acreditava que a remoção do tecido cariado evitaria a progressão da doença cárie.

**Figura 1.2**

Seguindo os princípios de preparo cavitário e de "extensão para prevenção" estabelecidos por Black, estaria indicado realizar o preparo na extensão representada pela linha pontilhada preta. Em uma abordagem contemporânea, o preparo para restauração adesiva pode ficar limitado à área representada pela linha pontilhada vermelha.

DENTÍSTICA: UMA ESPECIALIDADE COM ATUAÇÃO ABRANGENTE

Para o estudante ou o profissional mais atento, a leitura rápida desse conceito de dentística já permite uma avaliação a respeito da abrangência e da importância dessa especialidade na formação e na conseqüente atuação clínica do dentista. O profissional que atua na área de dentística necessita ter um conhecimento a respeito dos mecanismos envolvidos na atividade da doença cárie e periodontal para que possa atuar de maneira adequada no que se refere à prevenção.

É necessário, também, ter conhecimento dos materiais e das técnicas disponíveis e que estão em constante evolução para que, frente às necessidades restauradoras, possa selecionar e aplicar a melhor opção de tratamento para

cada paciente e situação clínica. Uma correta seleção do tratamento restaurador implica, obrigatoriamente, um compromisso de preservar o máximo possível de estrutura dental hígida durante sua execução.

Outro aspecto fundamental é a necessidade de realizar uma manutenção periódica – preventiva –, tanto para auxiliar na manutenção da saúde bucal do indivíduo quanto para propiciar um melhor prognóstico para as restaurações executadas.

É fácil perceber que o profissional que deseja atuar em dentística tem que aglutinar conhecimentos de diversas áreas da odontologia, como a cariologia, a periodontia, a endodontia, os materiais dentários, a oclusão, a ortodontia, a radiologia, a implantodontia, entre outras (Figuras 1.3 a 1.9). Com isso, o dentista pode e deve planejar os tratamentos de seus pacientes realizando efetivamente uma inter-relação entre estas diferentes áreas da odontologia e deve estar comprometido com uma prática de promoção de saúde.

Essa visão moderna de atuação em dentística faz com que praticamente desapareçam as fronteiras de ações antigamente bem-estabelecidas entre os profissionais vinculados à dentística e aqueles que atuavam nas áreas de prótese ou de prevenção, por exemplo. Com isso, a amplitude de procedimentos e de alternativas de tratamento ficou ainda maior, fazendo com que a formação e a conseqüente atuação dos profissionais vinculados à dentística tenham um papel cada vez mais significativo para a prática de uma odontologia de qualidade⁶.

EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA CÁRIE E DOS MATERIAIS ADESIVOS

Em função do desenvolvimento do conhecimento científico a respeito do processo dinâmico da doença cárie ocorri-



Figura 1.3

Paciente com manifestações clínicas de atividade de cárie, presença de lesões ativas. É essencial a interação entre a cariologia e a dentística para obter êxito no tratamento. A primeira etapa deve envolver a adoção de medidas para controle da atividade de cárie, e, somente em um segundo momento, eventuais restaurações são confeccionadas para reparar seqüelas da doença cárie. Veja o Capítulo 2.



Figura 1.4

Situação clínica em que há comprometimento do espaço biológico. É essencial que o dentista que pretende realizar o procedimento restaurador tenha conhecimentos da área de periodontia. Veja aspectos importantes da relação periodontia-dentística no Capítulo 5.



Figuras 1.5

Paciente jovem sofreu traumatismo nos dentes 11 e 21. Para tomar uma decisão entre a realização de um tratamento radical ou conservador da polpa exposta, como neste caso, é essencial que o dentista tenha conhecimentos na área de endodontia. Verifique algumas considerações importantes da relação endodontia-dentística no Capítulo 8.



Figura 1.6

Paciente em fase final de tratamento ortodôntico em que será necessária a confecção de restaurações para favorecer o resultado funcional e estético exemplificando a interação entre ortodontia-dentística.

do principalmente nas últimas décadas, o profissional passou a ter mais subsídios, permitindo a elaboração de um diagnóstico mais preciso. A consequência mais importante dessa evolução no entendimento da etiologia da doença cárie é a possibilidade de interferir no seu processo evolutivo.

A prática da odontologia restauradora tradicional baseava o diagnóstico e o tratamento da doença cárie quase que exclusivamente no reparo da lesão, ou seja, na confecção de restaurações nas cavidades de cárie.

O modelo de atuação da dentística atual está vinculado a uma promoção de saúde e contempla a verificação da



Figuras 1.7

Para manter o equilíbrio oclusal existente, antes da realização de um procedimento restaurador, é necessário que o dentista detecte os contatos oclusais para evitar a ocorrência de eventuais contatos prematuros na(s) nova(s) restauração(ões). Observe alguns pontos importantes da relação ocluso-dentística no Capítulo 4.

atividade da doença e a conseqüente adoção de medidas educacionais e preventivas com o intuito de proporcionar um equilíbrio entre o processo de desremineralização do tecido dental, impedindo a progressão da doença. Essas medidas e os métodos de diagnóstico da doença cárie serão discutidos no Capítulo 2.

Nesse modelo de atuação, o procedimento restaurador tem o objetivo de restaurar a forma, a função ou a estética dental que foram eventualmente comprometidas pela presença de cavidades de cárie e de tratar de forma não-

invasiva, quando possível, as lesões iniciais de cárie (Figuras 1.10 a 1.12).

Com relação às alternativas de materiais restauradores, é oportuno traçarmos uma comparação entre aqueles disponíveis na maior parte deste século, quando predominou a prática da odontologia restauradora tradicional, e os disponíveis atualmente.

Ao longo deste século, o dentista tinha à sua disposição como materiais restauradores diretos essencialmente o amálgama para os dentes posteriores e o cimento de silicato e a resina acrílica para os anteriores. A utilização de ambos os materiais implicava a remoção de tecido hígido e do tecido cariado com o objetivo de propiciar uma forma de resistência e de retenção desses nas cavidades preparadas. Outro objetivo dessa remoção adicional de tecido dental hígido era vinculado ao princípio de “extensão para prevenção”.

Com o advento da técnica de condicionamento ácido do esmalte, preconizado por Buonocore⁷, em 1955, e o desenvolvimento das resinas compostas, em 1963, por Bowen⁸, iniciou-se uma nova era na odontologia restauradora. O dentista começava a ter à sua disposição técnicas e materiais restauradores que poderiam ficar aderidos nas cavidades sem a necessidade de realizar preparos cavitários retentivos.

Após um período de descrédito em sua utilização na década de 70, em particular no segmento posterior, as resinas compostas tiveram suas formulações aprimoradas, intensificando-se sua utilização na década de 80 com a introdução das resinas compostas fotopolimerizáveis⁹. Aliado a esse fato, a odontologia restauradora experimentou uma evolução significativa nestes últimos 20 anos



1.8



1.9

Figuras 1.8 e 1.9

Exemplos de situações clínicas em que há interação entre implantodontia-dentística para finalizar o tratamento restaurador de modo mais adequado do ponto de vista funcional e estético. Preenchimento com resina composta em implantes parafusados favorecem a estética, e laminados cerâmicos nos dentes 11 e 21 podem complementar o tratamento associado às próteses sobre implantes nos dentes 12 e 22, por exemplo. Casos gentilmente cedidos pelos Drs. Oswaldo Scopin e Sidney Kina.



Figura 1.10

Restauração de amálgama e presença de cárie na superfície distal do dente 36.



Figura 1.11

Após remoção da lesão de cárie na distal do 36, é possível observar a lesão de cárie na superfície mesial do dente 37. Em um modelo de atuação em dentística contemporâneo, opta-se por um tratamento não-invasivo dessa lesão, pois está restrita ao esmalte e está sem cavitação.



Figura 1.12

Restauração com resina composta direta no dente 36 finalizada.

com relação aos sistemas adesivos¹⁰. Esses sistemas apresentam atualmente capacidade de união tanto ao esmalte quanto à dentina quando empregada a técnica de condicionamento ácido total, que foi inicialmente sugerida por Fusayama¹¹. As vantagens e as limitações dos sistemas adesivos serão discutidos no Capítulo 7. Essa evolução proporcionou alterações significativas nos princípios do preparo cavitário, que basicamente podem ficar limitados à remoção de tecido cariado. Com isso, os preparos tornaram-se menos invasivos, preservando a estrutura dental hígida. Além disso, o desenvolvimento dos sistemas adesivos com potencial de união ao esmalte, à dentina e aos diferentes materiais restauradores, como a resina composta, a porcelana, as ligas metálicas e até o amálgama, fez com que surgissem novas técnicas restauradoras, como os laminados de porcelana, as incrustações de composito ou porcelana, as próteses adesivas e o amálgama adesivo¹² (Figuras 1.13 e 1.14).

Paralelamente a esses desenvolvimentos na área da odontologia preventiva e restauradora, precisamos observar a mudança da sociedade como um todo e da demanda odontológica, em particular. Como o acesso à informação

científica atualmente é muito mais facilitado e a competição na sociedade moderna é cada vez mais intensa, alguns parâmetros do ideal de saúde bucal sofreram transformações. Quando necessário, os pacientes desejam receber tratamentos restauradores que não comprometam a integridade de seus dentes, o que poderia ser definido como uma filosofia de “restaurar preservando” (Figura 1.15). Outro aspecto que tem sido solicitado com mais frequência pelos pacientes é a realização de procedimentos restauradores que melhorem a sua aparência estética. Isso é certamente reflexo da ação de uma mídia poderosa que associa a estética a um referencial de saúde e de sucesso em uma sociedade extremamente competitiva e da evolução dos materiais e técnicas restauradoras disponíveis para atender a essa demanda.

Portanto, frente a tais modificações profundas por parte dos pacientes que exercem uma “odontologia de escolha” e da evolução do conhecimento científico da etiologia da doença cárie e dos materiais e técnicas restauradoras adesivas, o profissional que atua na área da dentística tem que estar apto a proporcionar uma atuação vinculada à promoção de saúde e de excelência restaura-

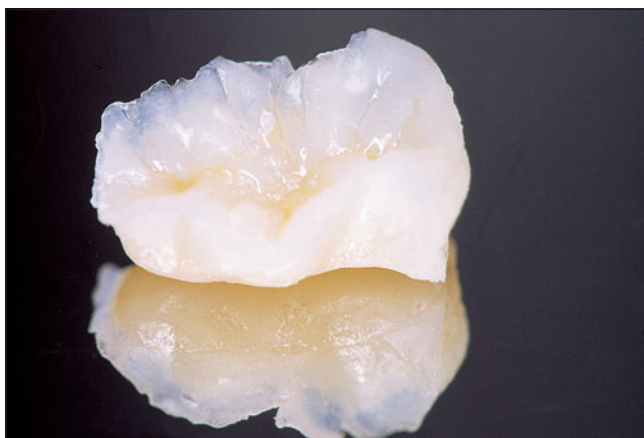


Figura 1.13

Aspecto final de um *inlay* de resina composta. A evolução dos sistemas adesivos e dos materiais restauradores indiretos tem propiciado aumento na utilização das técnicas indiretas.



Figura 1.14

Aspecto final de três laminados de porcelana confeccionados. As técnicas restauradoras adesivas empregando a porcelana tiveram um grande avanço com o desenvolvimento dos sistemas adesivos.

dora, quando necessária, indo ao encontro dos anseios da sociedade.

Por tudo que foi exposto anteriormente, a linha de raciocínio para atuar em dentística atualmente deve ser modificada. A linha básica de raciocínio para atuação em dentística atual preconizada pela disciplina de dentística da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul está disposta no Quadro 1.2.

O princípio de atuação em dentística deve estar vinculado à promoção de saúde e à restauração dos eventuais danos causados pela doença cárie, restabelecendo a forma, a função ou a estética dental. Para tanto, é necessário analisar inicialmente se o paciente apresenta atividade da doença cárie. Os critérios para realizar essa avaliação serão discutidos detalhadamente no Capítulo 2.

Caso o paciente apresente sinais de atividade da doença cárie e a presença de lesão de cárie, é importante determinar, por meio do exame clínico e radiográfico ou métodos complementares de diagnóstico, a localização, o tipo e a extensão da lesão de cárie. Somente então, decidir pela realização ou não do procedimento restaurador.

Apenas em situações clínicas especiais em que a cavidade de cárie está em dentina, mas apresenta formato acessível para uma perfeita higienização, está localizada em uma região que não prejudica a função e a estética e o dente não apresenta risco à fratura ou à sensibilidade dolorosa, é possível não indicar o tratamento restaurador.

Entretanto, essas lesões de cárie, por estarem localizadas em dentina, normalmente implicam uma alteração significativa da forma, da função ou da estética dental,

geralmente requerendo a realização de um procedimento restaurador.

Também é necessário indicar qual a técnica restauradora a ser empregada, se direta ou indireta. Em linhas gerais, a técnica direta apresenta menor custo e permite realizar preparos cavitários mais conservadores. Contudo, a técnica indireta pode possibilitar um comportamento mecânico superior da restauração ao longo do tempo e por isso é normalmente indicada para restaurações mais amplas.

Continuando essa linha de raciocínio, a etapa seguinte é a de seleção do material restaurador. Para tanto, o dentista deve considerar principalmente a localização e a extensão da lesão de cárie, já que esses fatores servirão de guias para estimar o melhor acesso para a remoção do tecido cariado assim como o tamanho da cavidade que



DICA CLÍNICA

- De modo geral, as lesões de cárie limitadas ao esmalte são tratadas de forma não-invasiva. Essa conduta compreende o uso do flúor como agente terapêutico (fluoroterapia), a adoção de medidas educacionais para o paciente relativas ao autocuidado e dieta, além de um controle profissional.
- As lesões de cárie que envolvem a dentina exigem, na sua maioria, uma intervenção restauradora.

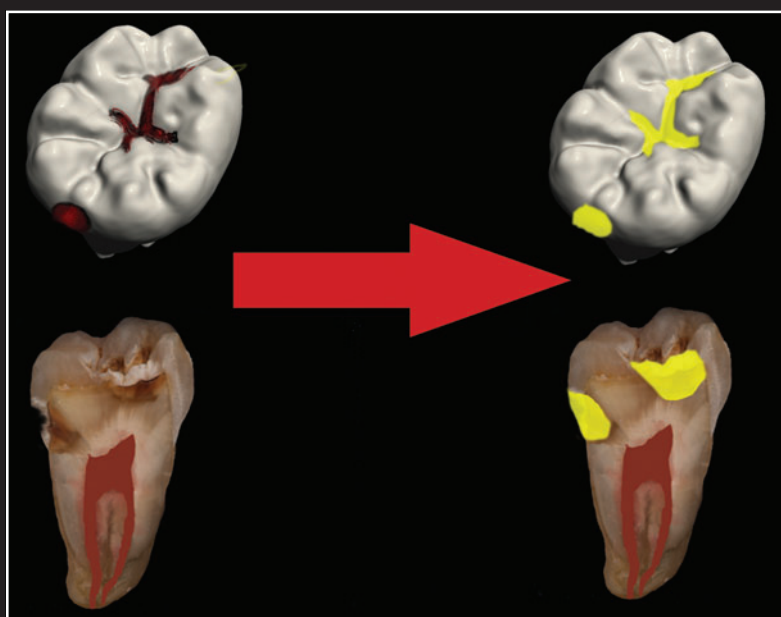
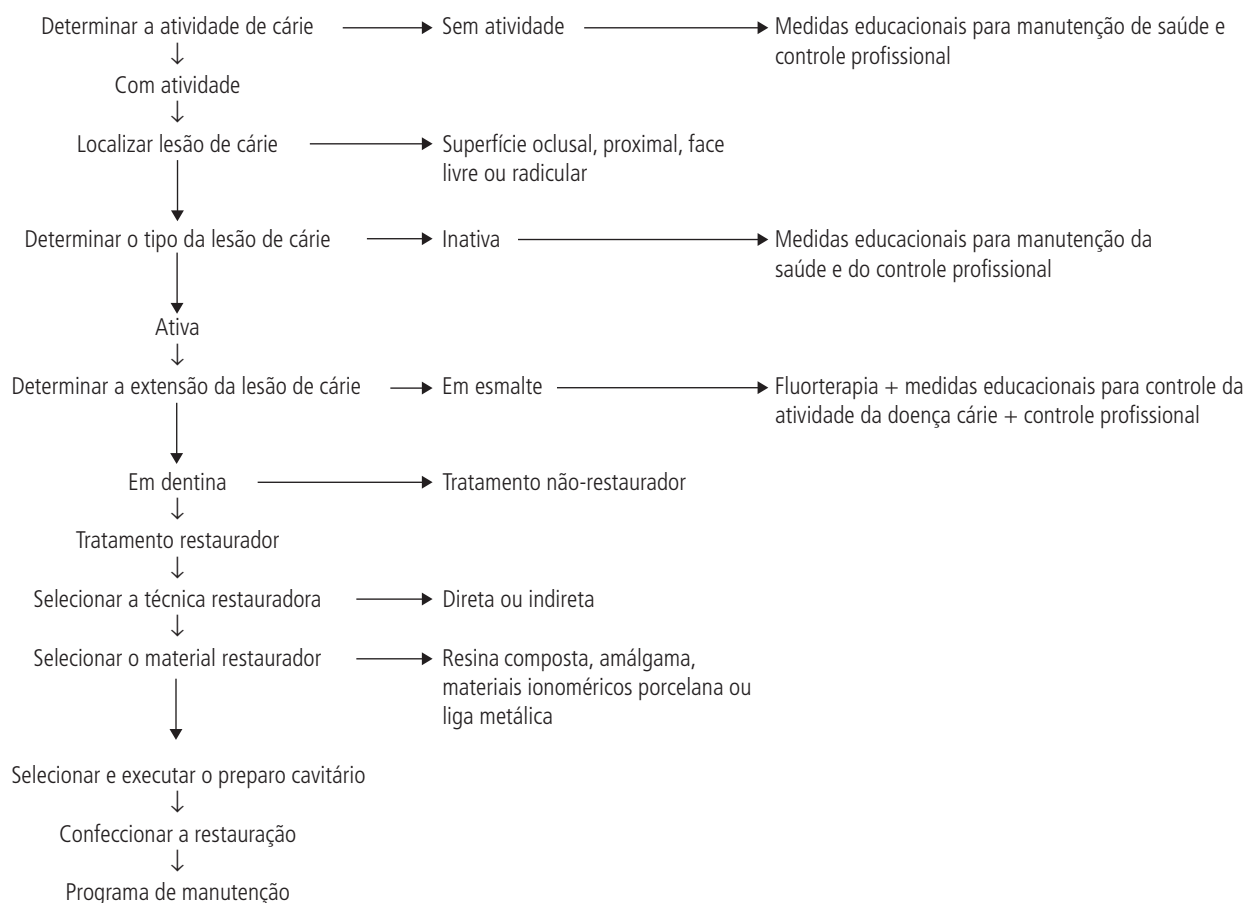


Figura 1.15

Prática de modelo de atuação em dentística contemporâneo em que realizam-se procedimentos restauradores adesivos, quando necessários, que permitem a preservação de estrutura dentária hígida favorecendo o comportamento biomecânico do dente a longo prazo. Outro aspecto fundamental é adotar medidas de controle da atividade da doença cárie para que não ocorram novas lesões de cárie adjacentes e, por via de consequência, incorra-se no erro de um ciclo restaurador repetitivo.

QUADRO 1.2

ESQUEMA RESUMIDO DA LINHA DE ATUAÇÃO EM DENTÍSTICA PRECONIZADA PELA DISCIPLINA DE DENTÍSTICA DA FO/UFRGS



deverá ser preparada. É essencial que o profissional tenha sempre em mente o compromisso de “restaurar preservando”, ou seja, minimizar ao máximo a remoção de tecido dental hígido durante a etapa de preparo cavitário. Logicamente, as características inerentes aos diferentes materiais restauradores, como resistência ao desgaste, potencial adesivo à estrutura dental, estética, custo, dentre outros, são essenciais para permitir uma correta seleção.

O mais importante é que o dentista deve perceber que somente agora é que ele vai estabelecer os princípios de preparo cavitário a serem seguidos, ou seja, em função da situação clínica e do tipo de material e de técnica restauradora a ser empregada é que o preparo cavitário deve ser executado. Portanto, as regras rígidas de princípios de preparo que contemplam formas geométricas pré-estabelecidas e “extensão para prevenção” devem ser esquecidas. O profissional tem que conjugar os conhecimentos da etiologia da doença cárie com os de materiais dentários para selecionar a melhor opção de material e de técnica restauradora para cada tipo de paciente e situação clínica, e então adequar o preparo cavitário de acordo com essa escolha.

A execução do procedimento restaurador deve seguir um protocolo clínico bem-estabelecido e que será apresentado nesse livro em diferentes capítulos que abordam as técnicas restauradoras.

O compromisso do profissional que atua em dentística com seu paciente não termina com a realização de eventuais restaurações, pois ele deve executar um programa de manutenção periódico e preventivo tanto do quadro de saúde quanto das restaurações de seu paciente ao longo do tempo. Os critérios para a realização de um programa de manutenção serão abordados no Capítulo 25.

Frente a essa nova linha de atuação em dentística exposta até aqui, entendemos que é preciso questionar a forma de comunicação com relação aos princípios de preparo cavitário preconizados por Black¹ no início do século e principalmente com relação à classificação das cavidades sugeridas pelo mesmo autor, disposta a seguir:

- **Cavidade classe I** – cavidades preparadas em regiões de cicatrículas e fissuras, na face oclusal de pré-molares e molares, dois terços oclusais da face vestibular dos molares e na face lingual dos incisivos superiores; ocasionalmente, na face palatina dos molares superiores (Figura 1.16).
- **Cavidade classe II** – cavidades preparadas nas faces proximais dos pré-molares e molares (Figura 1.17).
- **Cavidade classe III** – cavidades preparadas nas faces proximais dos incisivos e caninos, sem remoção do ângulo incisal (Figura 1.18).
- **Cavidade classe IV** – cavidades preparadas nas faces proximais dos incisivos e caninos, com remoção e restauração do ângulo incisal (Figura 1.19).
- **Cavidade classe V** – cavidades preparadas no terço gengival, não de cicatrículas, das faces vestibular e lingual de todos os dentes (Figura 1.20).

Nesse contexto, é preciso tentar modificar a linha de raciocínio da prática em dentística, inclusive com a alteração da nomenclatura das cavidades. É inadmissível que

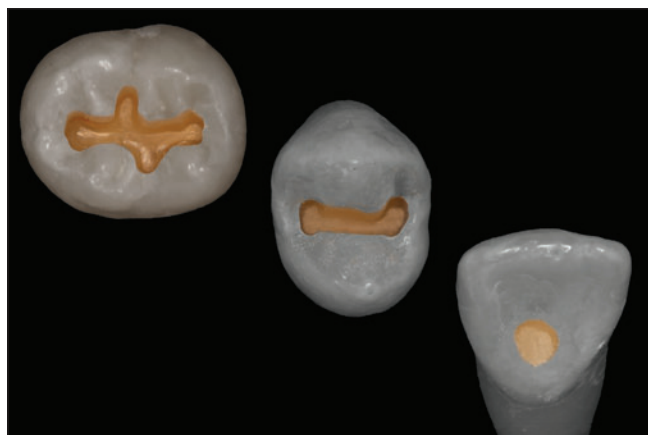


Figura 1.16
Cavidades classe I de Black.

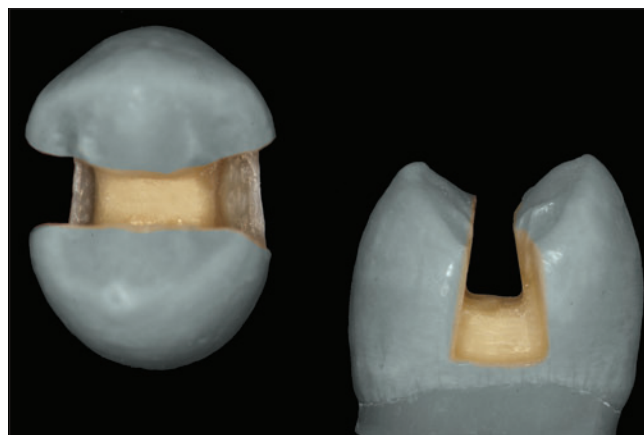


Figura 1.17
Cavidades classe II de Black.

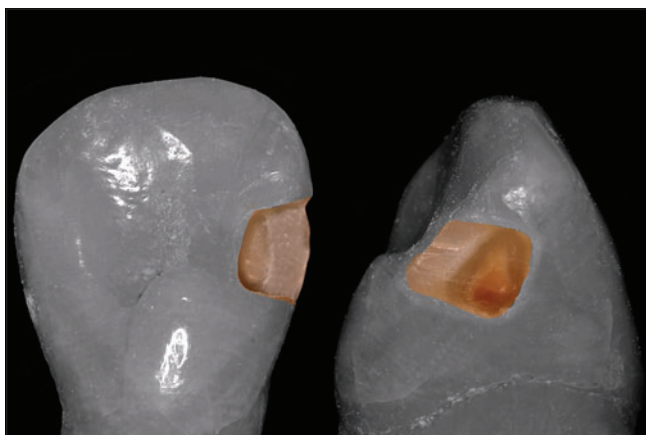


Figura 1.18
Cavidades classe III de Black.

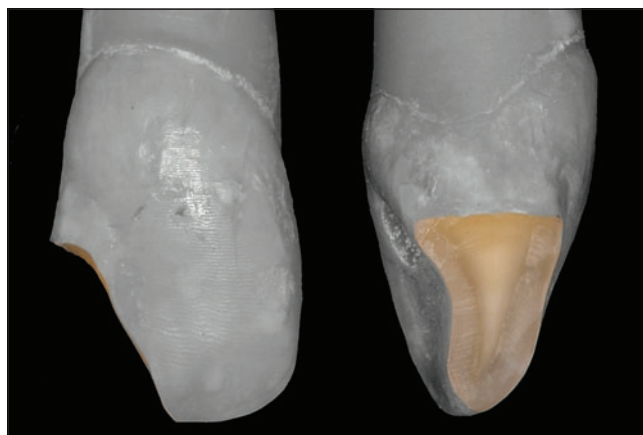


Figura 1.19
Cavidades classe IV de Black.

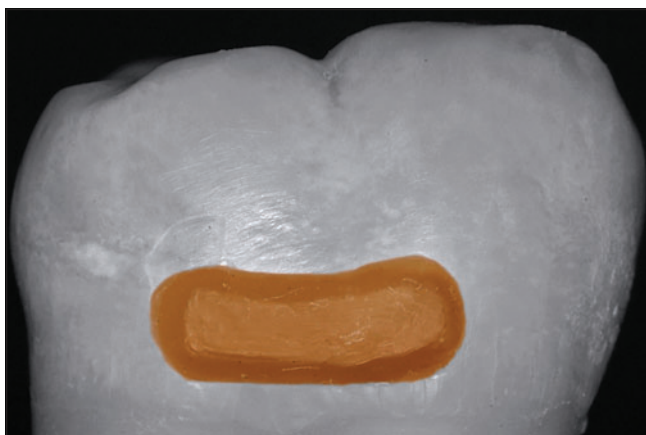


Figura 1.20
Cavidades classe V de Black.

atualmente os dentistas ainda se referem à confecção de cavidades utilizando a denominação proposta por Black¹ no início do século. Se continuarmos nos referindo, por exemplo, a uma cavidade classe II, o que imediatamente vem à mente do profissional é a execução de um preparo cavitário com forma geométrica preestabelecida e com “extensão para prevenção”.

Em relação às lesões de cárie localizadas nas faces proximais de pré-molares e molares, seguindo a classificação proposta por Black¹, são preparadas as cavidades classe II que contemplam a remoção da crista marginal e o envolvimento das faces proximais e oclusal. Atualmente, por tudo que já foi colocado relativamente ao conhecimento científico da etiologia da doença cárie e da evolução dos

materiais e técnicas restauradoras adesivas, existem várias alternativas de preparo cavitário para essa situação clínica – preparo “tipo túnel”, “acesso direto”, “acesso vestibulo-lingual” e “microcavidade” e “cavidade composta” e “complexa”. Esse exemplo já permite uma avaliação da drástica e significativa mudança quanto às possibilidades restauradoras e conseqüentes formas de preparo cavitário existentes hoje comparativamente àquela proposta por Black¹.

Com o intuito de adequar a nomenclatura e conseqüentemente a comunicação entre os profissionais que atuam na área da dentística com relação aos tipos de cavidades que são preparadas frente às diferentes situações clínicas é que estabelecemos uma nova classificação das cavidades.

CLASSIFICAÇÃO DAS CAVIDADES

- **Cavidade tipo I** – cavidade preparada na superfície oclusal de pré-molares e molares e que ainda pode ser subdividida em:
 - sem envolvimento de cúspide (Figura 1.21);
 - com envolvimento parcial de cúspide (Figura 1.22).
- **Cavidade tipo II** – cavidade preparada na(s) superfície(s) proximal(is) de pré-molares e molares e que ainda pode ser subdividida em:
 - sem envolvimento de crista marginal, tendo como exemplos as cavidades tipo “vestíbulo-lingual”, “túnel”, e “acesso direto” (Figuras 1.23 a 1.25);
 - com envolvimento de crista marginal, tendo como exemplos as cavidades “microcavidade”, “composta” e “complexa” (Figuras 1.26 a 1.28).
- **Cavidade tipo III** – cavidades preparadas nas superfícies proximais dos dentes anteriores sem envolvimento do ângulo incisal (Figura 1.29).



Figura 1.21
Cavidade tipo I – sem envolvimento de cúspide.

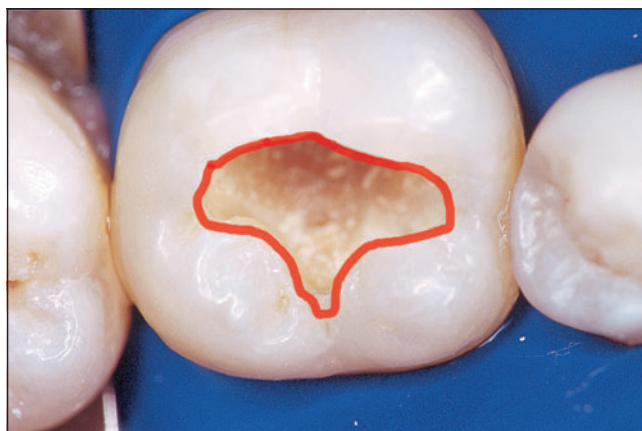


Figura 1.22
Cavidade tipo I – com envolvimento parcial de cúspide.



Figura 1.23
Cavidade tipo II – sem envolvimento da crista marginal. “Acesso vestibulo-lingual”.

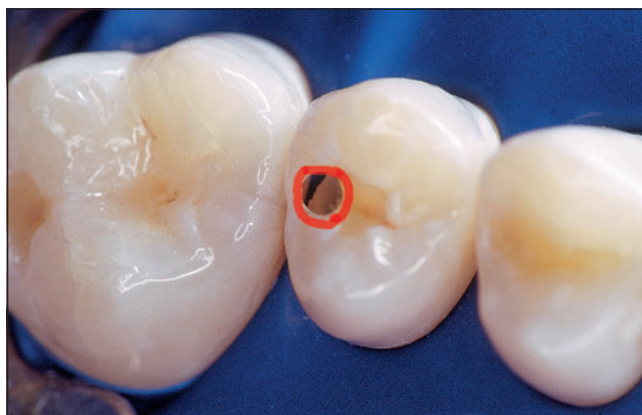


Figura 1.24
Cavidade tipo II – sem envolvimento da crista marginal. “Preparo tipo túnel”.

- **Cavidade tipo IV** – *cavidades preparadas nas superfícies proximais dos dentes anteriores com envolvimento do ângulo incisal* (Figura 1.30).
- **Cavidade tipo V** – *cavidades preparadas nas superfícies vestibular ou lingual de todos os dentes* (Figura 1.31).

Nessa nova classificação das cavidades, fizemos intencionalmente pequenas alterações com relação àquela proposta por Black¹, pois ela tem seu uso consagrado no meio

odontológico internacional. Ela permite que o profissional localize rapidamente a região do dente em que estamos classificando a cavidade, já que basicamente usamos o mesmo número de classes e a localização no dente proposta por Black¹. Entretanto, a diferença que julgamos essencial e marcante é que, nos tipos I e II, sugerimos subdivisões que vão ao encontro das diferentes alternativas de materiais restauradores e de tipos de preparo cavitário que existem atualmente em função da evolução do conhecimento da etiologia da doença cárie e dos materiais res-

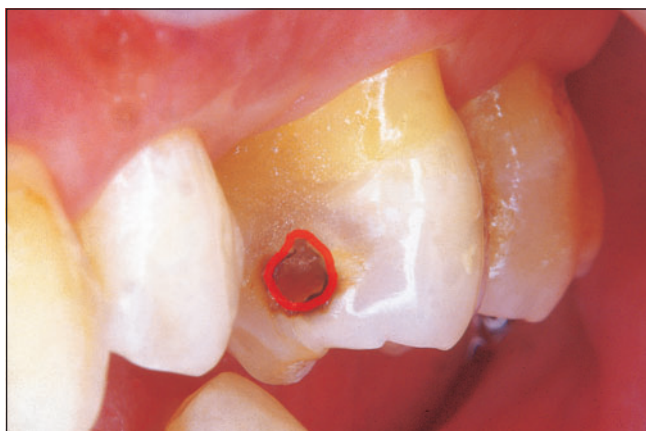


Figura 1.25
Cavidade tipo II – sem envolvimento de crista marginal. "Acesso direto".

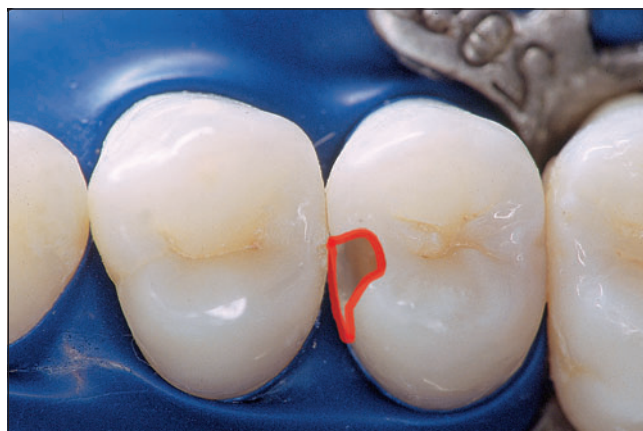


Figura 1.26
Cavidade tipo II – com envolvimento da crista marginal. "Microcavidade".

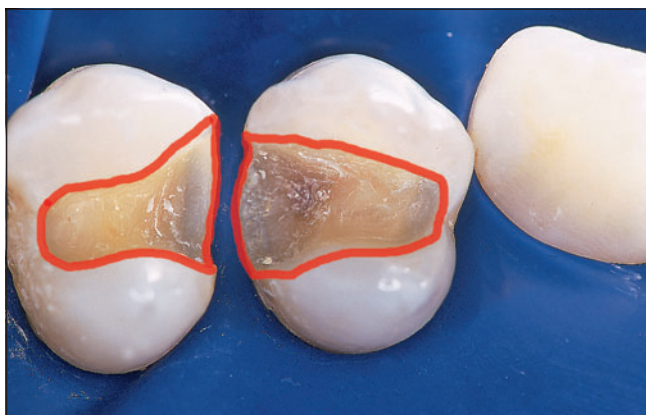


Figura 1.27
Cavidade tipo II – com envolvimento da crista marginal. "Composta", ou seja, incluindo duas faces do dente no preparo.

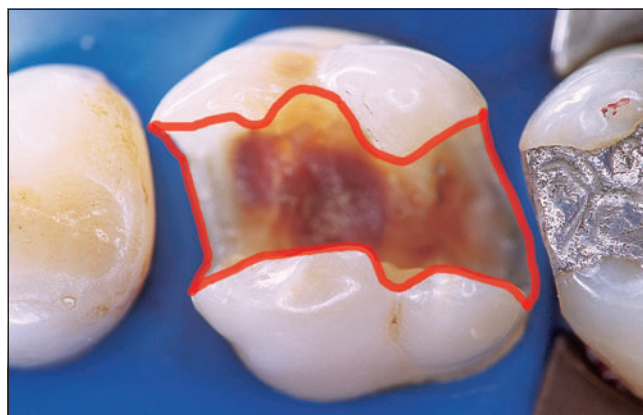


Figura 1.28
Cavidade tipo II – com envolvimento da crista marginal. "Complexa", ou seja, incluindo três ou mais faces do dente no preparo.

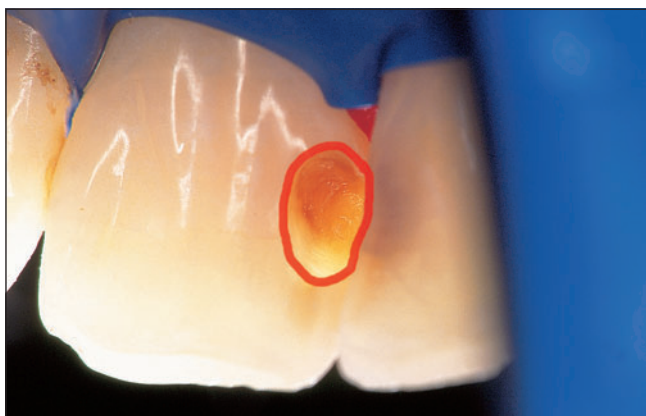


Figura 1.29
Cavidade tipo III.



Figura 1.30
Cavidade tipo IV.



Figura 1.31
Cavidade tipo V.

tauradores adesivos. No tipo V, incluímos toda a superfície vestibular ou lingual e não apenas o terço gengival como anteriormente proposto. Isso permite que o profissional possa comunicar-se de modo adequado com a realidade clínica atual. Tal aspecto é de extrema importância tanto para o dentista quanto para o estudante. É importante realizar um raciocínio lógico a respeito da situação clínica e estabelecer uma adequada seleção do material restaurador e do tipo de preparo cavitário de acordo com a linha de atuação em dentística atual apresentada no Quadro 1.2. Com isso, o profissional pode “descontaminar-se” dos dogmas relativos ao preparo cavitário e à indicação dos materiais restauradores incorporados durante a sua formação, vislumbrando, desse modo, novas opções restauradoras disponíveis atualmente e que são vinculadas à filosofia de “restaurar preservando”. O estudante que é

treinado dentro dessa linha de raciocínio e usa essa nova classificação das cavidades para comunicar-se consegue desenvolver um espírito crítico frente à necessidade de selecionar um material restaurador e o tipo de preparo cavitário que contemple a realidade do paciente e da situação clínica. Essa tem sido nossa observação desde que adotamos esta linha de atuação e comunicação na disciplina de Dentística da FO/UFRGS, tanto na graduação quanto na pós-graduação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLACK, G.V. *Operative dentistry*. Chicago: Medical-Dental, 1908.
2. ELDERTON, R.J. Preventive dentistry. *Prac. Periodont. Aesthet Dent.*, v. 10, n. 1, p. 80-82, 1998.

3. EDDIE, S. Frequency of attendance in the General Dental Service in Scotland. *Brit. Dent. J.*, v. 157, p. 267-270, 1984.
4. DAVIES, J. The relationship between change of dentist and treatment received in the General Dental Service. *Br. Dent. J.*, v. 157, p. 322-324, 1984.
5. MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie. In: PROMOÇÃO de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
6. STURDEVANT, C.M. *et al. The art and science of operative dentistry*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1995.
7. BUONOCORE, M.G. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. *J. Dent. Res.*, v. 34, p. 849-853, 1955.
8. BOWEN, R.L. Properties of a silica: reinforced polymer for dental restorations. *J. Am. Dent. Ass.*, v. 66, p. 58-64, 1963.
9. LEINFELDER, K.F.; LEMONS, J.E. *Clínica restauradora: materiais e técnicas*. São Paulo: Livraria Santos, 1989.
10. PRATI, C. In vitro and in vivo adhesion in operative dentistry: a review and evaluation. *Prac. Periodont and Aesthet. Dent.*, v. 10, n. 3, p. 319-327, 1998.
11. FUSAYAMA, T. *New concepts in operative dentistry*. Berlin: Quintessence, 1980.
12. ASCHHEIM, K.W.; DALE, B.G. *Esthetic dentistry: a clinical approach to techniques and materials*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1993.