



O USO DO ISOLAMENTO ABSOLUTO NA ODONTOLOGIA

ARTHUR ELY FRIEDRICH¹
VICTOR HUGO TORSO²

RESUMO: O isolamento do campo operatório é uma técnica essencial na prática odontológica, pois visa controlar a umidade, melhorar o acesso e visibilidade durante os procedimentos, além de prevenir acidentes e contaminações cruzadas. Dentre os métodos disponíveis, o isolamento absoluto, introduzido por Barnum em 1864, destaca-se por utilizar o dique de borracha, sendo o mais eficaz na manutenção de um campo seco e asséptico. No entanto, apresenta limitações como desconforto relatado por alguns pacientes, alergias ao látex e dificuldades de aplicação em dentes com erupção incompleta. Contudo, a presente pesquisa, pretende elucidar como o isolamento absoluto durante procedimentos odontológicos afeta a experiência do paciente. A pesquisa, do tipo revisão de literatura com abordagem qualitativa, foi realizada em bases de dados como *SciELO*, *PubMed*, *Lilacs* e *BVS*, considerando artigos entre 2000 e 2024. Dos mais de 60 artigos encontrados, 34 foram selecionados conforme relevância temática. Os resultados evidenciam que, apesar da resistência inicial de alguns profissionais e pacientes, o isolamento absoluto tem se consolidado como um método eficaz, seguro e preferido por muitos, especialmente diante da sua contribuição para a qualidade e previsibilidade dos tratamentos odontológicos. Estratégias educativas e treinamento técnico são fundamentais para ampliar sua adoção na prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Isolamento absoluto; Odontológico; Relativo.

THE USE OF ABSOLUTE ISOLATION IN DENTISTRY

ABSTRACT: The isolation of the operative field is an essential technique in dental practice, as it aims to control moisture, improve access and visibility during procedures, and prevent accidents and cross-contamination. Among the available methods, rubber dam isolation—also known as absolute isolation—introduced by Barnum in 1864, stands out as the most effective in maintaining a dry and aseptic field. However, it presents limitations such as discomfort reported by some patients, latex allergies, and difficulties in application on partially erupted teeth. Nevertheless, the present research aims to elucidate how absolute isolation during dental procedures affects the patient experience. This literature review, with a qualitative approach, was conducted using databases such as *SciELO*, *PubMed*, *Lilacs*, and *BVS*, considering articles published between 2000 and 2024. Out of more than 60 articles found, 34 were selected based on thematic relevance. The results show that, despite initial resistance from some professionals and patients, absolute isolation has been consolidated as an effective, safe, and preferred method by many—especially due to its contribution to the quality and predictability of dental treatments. Educational strategies and technical training are essential to increase its adoption in clinical practice.

KEY WORDS: Absolute isolation; Dental; Relative.

¹ Acadêmico do Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: arthurefriedrich@hotmail.com.

² Professor em Odontologia, Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço eletrônico: victortorso@hotmail.com



1 INTRODUÇÃO

A origem do isolamento total data de 1864, quando o dentista norte-americano Sanford Christie Barnum introduziu a utilização do lençol de borracha (também conhecido como dique de borracha) como um método para preservar o campo cirúrgico isento de saliva durante as restaurações dentárias. Em 1878, surgiram os primeiros grampos odontológicos, enquanto em 1879 foi introduzido o perfurador Ainsworth, instrumentos que simplificaram a instalação do isolamento absoluto e uniformizaram sua utilização clínica (Oliveira; Menegheli, 2024).

Na Odontologia, é fundamental realizar o isolamento do campo operatório para controlar a umidade, melhorar o acesso e a visibilidade do dentista, além de prevenir acidentes durante o atendimento clínico. A gestão da umidade tem como objetivo principal impedir que saliva, fluido gengival ou sangue invadam a área de trabalho. Para melhorar o acesso, é importante manter a boca do paciente aberta e afastar os tecidos moles. Quanto à prevenção de acidentes, o isolamento auxilia a evitar cortes nos tecidos moles e impede que o paciente aspire resíduos de materiais restauradores ou pequenos instrumentos (Conceição, 2007; Lynch, Mcconnell, 2007).

Pesquisas têm sido conduzidas com o propósito de evidenciar as características, eficiência e até mesmo alertas sobre a utilização do isolamento absoluto. Este recurso visa satisfazer as demandas do dentista, proporcionando uma melhor visão da área, mais tempo disponível para o trabalho e condições ideais para o manuseio dos materiais, entre outros benefícios. Existem vários benefícios, sendo uma das ferramentas mais eficazes para o controle da salivagem e assepsia, proporcionando maior conforto e segurança ao paciente (Raskin et al., 2000).

Dessa forma, a presente pesquisa pretende elucidar como o isolamento absoluto durante procedimentos odontológicos afeta a experiência do paciente. Para tanto, será apresentado quais estratégias podem ser implementadas para mitigar os efeitos negativos sem comprometer a segurança e a efetividade do tratamento, a importância do isolamento absoluto e relativo e quais são as suas limitações. Os autores confirmam que a umidade do ar afeta negativamente a qualidade de muitos procedimentos odontológicos. A umidade é frequentemente encontrada na prática odontológica, principalmente devido aos diversos fluidos presentes na cavidade oral, à respiração do paciente e também à constante refrigeração durante a utilização dos rotatórios (Caviglia et al., 2020).

Silva et al. (2011) sustentam que a técnica do isolamento absoluto está ligada à qualidade do tratamento realizado, indicam fatores que complicam sua aplicação, sugerem estratégias para superar tais obstáculos, e esclarecem que todas são eficientes. No entanto, enfatizam que a decisão de qual técnica utilizar deve ser baseada na habilidade e experiência dos operadores. A separação do campo de operação proporciona uma qualidade superior na execução de diversos procedimentos odontológicos, prolongando a durabilidade das restaurações adesivas e reduzindo a chance de contaminação cruzada (Fallahi et al., 2020; Glickman, 2000; Pedrosa et al., 2011).

Nesse contexto, é necessário realizar uma análise sobre a importância, vantagens e as indicações do isolamento absoluto do campo operatório. A técnica de isolamento absoluto é crucial na odontologia contemporânea, particularmente em procedimentos restauradores e endodônticos, pois assegura um ambiente cirúrgico seco, limpo e livre de contaminações. A sua relevância não está somente na melhoria da qualidade dos procedimentos clínicos, mas também na proteção do paciente e do profissional, na eficácia técnica e na longevidade dos materiais empregados (Oliveira; Menegheli, 2024).



O uso do isolamento absoluto se tornou crucial principalmente pela sua habilidade de preservar a assepsia do local de trabalho, diminuir consideravelmente os perigos de contaminação cruzada e oferecer melhores condições de trabalho ao profissional. Dentre as principais vantagens clínicas, destacam-se: a obtenção de um ambiente livre de umidade e livre de saliva ou sangue, a defesa do paciente contra a inalação ou deglutição involuntária de materiais, além do aprimoramento da visibilidade e do acesso à cavidade oral (Mandarino et al, 2003).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Isolamento Absoluto

A utilização do isolamento absoluto foi implementada em 1864 pelo Dr. Barnum em Nova York, assegurando uma solução eficaz para a gestão da saliva durante procedimentos dentários. Desde então, esta técnica tem sido frequentemente empregada em procedimentos restauradores, com o objetivo de facilitar o controle da umidade, aprimorar a visão e assegurar a segurança do paciente, especialmente contra a aspiração de substâncias. Com o passar do tempo, essa técnica também foi incorporada na execução de procedimentos em pacientes pediátricos (Massara; Rédua, 2013).

Com a disseminação deste método de controle de umidade, pesquisas foram conduzidas indicando uma qualidade final superior em restaurações feitas com isolamento absoluto em comparação com as feitas com isolamento relativo. Existe um debate intenso na literatura sobre o tempo necessário para sua execução, existindo autores que defendem ser relevante. Alguns argumentam que é um investimento mínimo com inúmeras vantagens, estas incluem: uma visão mais ampla do ambiente de trabalho, afastando estruturas orais como lábios, bochechas e língua, a possibilidade de um controle asséptico do local de trabalho, crucial em situações de manipulação pulpar, a limitação da umidade que afeta diretamente as técnicas e propriedades adesivas, a proteção dos tecidos quando se empregam medicamentos ou instrumentos cortantes, a prevenção de cuspes e movimentos durante o atendimento, tendo em mente que crianças não têm reflexos semelhantes aos adultos, o que pode interferir durante o atendimento (Massara; Rédua, 2013; Pordeus; Guedes-pinto, 2016; Scarparo, 2020).

É essencial fazer a profilaxia dos dentes antes de proceder com o isolamento, para prevenir a penetração de material infeccioso no sulco gengival e facilitar a visualização da região cervical do dente. O operador também pode adicionar gel hidrossolúvel ao lençol de borracha para simplificar a sua colocação. Adapta-se o lençol ao arco de Ostby, encaixa-se a pinça porta-grampo no grampo, coloca-se todo o conjunto na boca, ajusta-se o isolamento e, finalmente, a borracha pode ser posicionada sob as aletas do grampo, preferencialmente com o auxílio de um instrumento sem ponta cortante. Quando todo um hemiarco é isolado, o grampo geralmente fica dois dentes à distal. Em dentes anteriores, é possível isolar sem o uso de grampos, usando apenas amarras de fio dental, uma etapa crucial em dentes decíduos devido à sua menor capacidade de retenção (Duque, 2013; Guedes-pinto, 2016).

De acordo com Machado (2009) o isolamento absoluto proporciona facilidade para o tratamento endodôntico. Segundo Silva e colaboradores (2011), há casos em que o isolamento absoluto apresentará dificuldades para se adaptar facilmente, enfrentando problemas como: Presença de aparelho ortodôntico, dentes com estrutura dental remanescente reduzida, pacientes que têm alergias ao látex, prótese fixa, posição do dente. O isolamento absoluto gera vantagens na prática odontológica, tendo uma ótima visibilidade



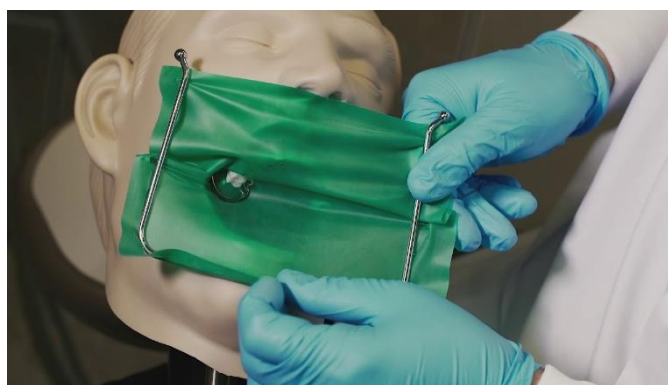
do elemento, protegendo de ingestão de instrumentos, controlando umidade e controle de infecção (Pofahl et al., 2019).

2.2 Principais Materiais Utilizados para Realização do Isolamento Absoluto

Os principais itens utilizados para a realização de um isolamento absoluto, são: o arco porta-dique, também conhecido como arco de Young ou arco Ostby, o perfurador de borracha, chamado perfurador de Ainsworth, a pinça porta-grampos, conhecida como pinça Palmer, e os grampos específicos para isolamento absoluto (Mandarino et al., 2003).

Patel e Hamer (2021) definem, que os principais materiais utilizados para isolamento absoluto em procedimentos é o arco porta dique, dique de borracha, perfurador de borracha, pinça porta grampos e grampos, como apresentado na Figura 1.

Figura 1: Principais itens utilizados para realizar o isolamento absoluto

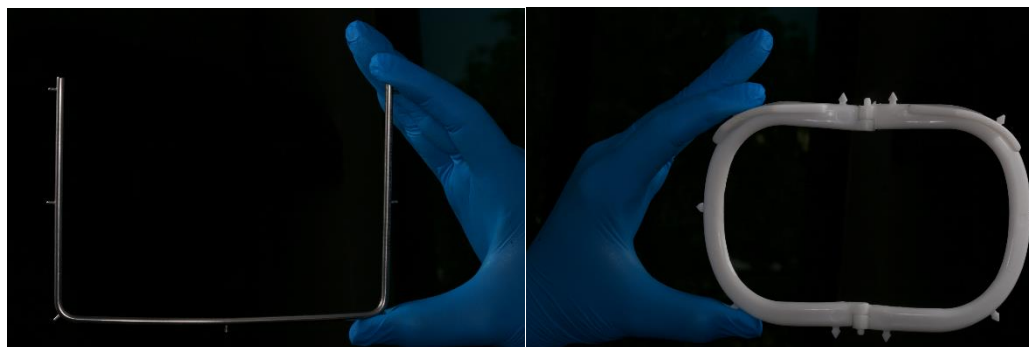


Fonte: Torso, (2023)

2.2.1 Porta-Dique

O porta-dique tem o papel de prender o lençol de borracha, mantendo-o esticado, firme e sem dobras. A borda do dique deve permanecer fora da cavidade bucal do paciente. Existem diversos modelos desse dispositivo, mas todos devem contar com sete pinos: seis laterais e um central. O arco de Young é o mais comumente utilizado em restaurações e o arco de Ostby para procedimentos endodônticos (Figura 2) (Mandarino et al., 2003).

Figura 2: Arco de Young; Arco de Ostby



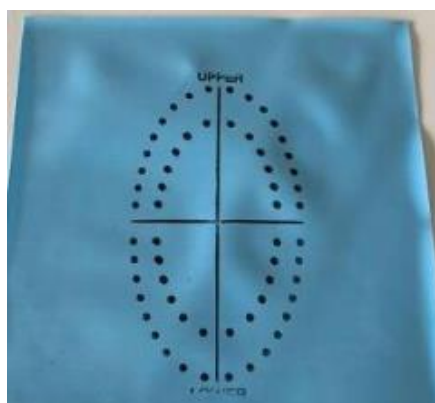
Fonte: Torso, (2023)



2.2.2 Dique de Borracha

O dique de borracha pode ser encontrado em rolos ou pré-cortado, e está disponível em diversas espessuras: 0,15 mm (fino), 0,2 mm (médio), 0,25 mm (grosso) e 0,3 mm (extra grosso) (Figura 3). A borracha mais espessa oferece maior resistência ao rompimento, além de proporcionar o máximo afastamento e proteção aos tecidos moles abaixo. Quanto à cor, os modelos escuros são preferíveis, pois criam um bom contraste com o dente e refletem menos luz (Mandarino et al., 2003).

Figura 3: Lençol de Borracha



Fonte: Patel; Hamer (2021)

2.2.3 Perfurador

O perfurador deve possuir orifícios de diversos tamanhos para acomodar dentes de tamanhos variados. Os orifícios maiores são destinados aos molares, os médios aos pré-molares e, frequentemente, aos incisivos superiores, enquanto os menores são usados para os incisivos inferiores (Figura 4) (Patel; Hamer, 2021).

É crucial ter todo o cuidado durante a perfuração da borracha, garantindo que ela esteja sendo executada corretamente. Caso contrário, pode ocorrer o seu rompimento ao tentar removê-los, levando a um vedamento inadequado (Patel; Hamer, 2021).

Figura 4: Alicate perfurador de detalhes anatômicos



Fonte: Torso, (2023)

2.2.4 Pinça Porta Grampo

O grampo é introduzido e ajustado ao dente usando uma pinça, conhecida como Palmer ou Brewer. Ela tem uma mola que possibilita sua flexibilidade, além disso, possui uma espécie de alça que atua como um sistema de travamento da pinça, mantendo o grampo na posição anterior, para que possa ser adequadamente ajustado ao dente (Figura 5) (Patel; Hamer, 2021).



Cada grampo tem locais adequados, como canais ou aberturas, para que sua ponta ativa possa ser acomodada, permitindo assim o recuo das asas, mantendo-as afastadas durante o período de adaptação (Patel; Hamer, 2021).

Figura 5: Pinça porta grampos Palmer e Ivory, respectivamente



Fonte: Torso (2023)

2.2.5 Grampos

Os grampos são utilizados para fixar o dique de borracha, mantendo-o em seu lugar, além de favorecer o afastamento da gengiva. Há uma ampla gama de grampos disponíveis. É necessário escolher o que se adapta melhor ao dente que o receberá. Elementos do grampo: arco flexível, garras, asas e furos redondos ou retangulares para a instalação ou remoção do grampo (Figura 6) (Mandarino et al., 2003).

Figura 6: Grampos



Fonte: Torso (2023)

Há uma ampla variedade de grampos, tanto no formato quanto na funcionalidade. Normalmente, são usados para realizar um isolamento mais eficaz, garantindo que a borracha seja fixada com mais segurança ao dente. Isso ocorre em procedimentos que utilizam coroas clínicas curtas. Por outro lado, em coroas clínicas altas onde a borracha pode ser mantida em posição, pode-se substituí-las por amarrações, realizadas com fio dental (Patel; Hamer, 2021).

Os grampos, dependendo do seu formato, também desempenham a função de retração gengival, contribuindo em casos como nas restaurações de classe V. Os grampos de fixação têm asas em ambos os lados, com uma lâmina que se fixa ao dente e um arco que as une. Este arco deve ser flexível e robusto para aguentar as forças que serão aplicadas (Patel; Hamer, 2021; Mandarino et al., 2003).

Eles têm garras que podem ser de quatro pontos de contato ou circulares. Essas primeiras são preferidas quando a anatomia e a retenção do dente não estão presentes, o



que pode levar a uma possível lesão nas estruturas dentais debilitadas, pois a força do grampo se concentrará precisamente nesses quatro pontos. Por outro lado, o segundo é utilizado quando não é necessária uma grande retenção, adaptando-se ao dente pelo seu comprimento, destacando que não tem lâminas projetadas. Os grampos de fixação podem apresentar proeminências laterais que facilitam a inserção da borracha, categorizando-os como grampos com ou sem asas (Mandarino et al., 2003).

2.3 Materiais Auxiliares

Instrumentos como fio dental, godiva, lubrificantes, vaselina e cunhas de madeira são usados para facilitar a utilização do dique de borracha. O fio dental é usado para reforçar a borracha no dente, sendo colocado cervicalmente ao redor, fazendo assim o que se denomina de amarras, além de ajudar na penetração da borracha no sulco dental. A função dos lubrificantes é facilitar a passagem do lençol, prevenindo assim o seu enfraquecimento. Também podem ser usados anestésicos tópicos para prevenir a sensibilidade da gengiva. Outro recurso adicional é o cianoacrilato, considerado uma alternativa para estabilizar o isolamento absoluto de dentes severamente danificados (Damasceno et al., 2003).

Mandarino et al. (2003) destaca: a tesoura, o guardanapo de papel, a tira de lixa de aço, o fio dental, o sabão de barba ou vaselina, a godiva (lâmpada a álcool), a caneta esferográfica, a cânula de aspiração (baixa e alta potência) e a cunha plástica ou de madeira, como importantes materiais auxiliares

2.4 Importância Do Isolamento Absoluto

Os benefícios clínicos incluem o controle da saliva no ambiente de trabalho, além de uma visão mais clara e ampla, diminuição do embaçamento do odontoscópio, contraste visual melhorado, contração dos tecidos moles, proteção do paciente contra aspiração de instrumentos, percepção de sabores desagradáveis e restos de materiais na cavidade oral, prevenção de danos aos tecidos moles contra substâncias prejudiciais e instrumentos afiados (Bresciani et al., 2002; Cajazeira et al., 2014; Wang et al., 2016).

Soldani e Foley (2007) destacaram que a principal vantagem do isolamento absoluto é a melhoria da segurança do paciente, enquanto o controle da umidade ficou em segundo lugar entre os benefícios. Assim, embora o uso do isolamento absoluto possa não influenciar diretamente no sucesso e na durabilidade da restauração, ele oferece benefícios clínicos significativos, especialmente no que se refere à segurança (Soldani; Foley, 2007).

2.4.1 Diminuir Umidade

A realização da maioria das tarefas requer o isolamento total do campo operatório dos tratamentos dentários restauradores e adesivos, proporcionando uma qualidade e durabilidade superiores ao tratamento anterior (Pedrosa et al., 2011). Uma vez que a manutenção do campo operatório limpo e seco é um requisito fundamental na odontologia (Damasceno et al., 2003). Isso acontece porque, no ambiente oral, a presença constante de água e diversos fluidos pode causar danos à polimerização de materiais resinosos, podendo impactar os procedimentos restauradores adesivos de diversas formas, antes e depois da polimerização (Caviglia et al., 2020).

É recomendado o isolamento absoluto para manter o controle da umidade no campo operatório, uma vez que ele aprimora o desempenho e a qualidade das restaurações. Isso é feito para prevenir a contaminação do material restaurador, especialmente os adesivos, por saliva e fluidos sanguíneos. Neste cenário, a contaminação por saliva é vista como a



principal causa de falhas em restaurações adesivas, uma vez que a saliva diminui a força de ligação entre a resina composta e o esmalte (Pedrosa et al., 2011).

Os procedimentos mais comuns para isolar o campo operatório, preservando a cavidade oral livre de umidade, incluem o uso de lenços de borracha, rolos de algodão e a sucção constante. No caso do isolamento absoluto, a utilização do lençol de borracha garante um ambiente de trabalho seco ideal durante a execução do procedimento (Caviglia et al., 2020).

2.4.2 Diminuir Contaminação Cruzada

Entre as vantagens do uso do isolamento absoluto, cita-se ainda a preservação da cadeia asséptica (Glickman, 2000) e a redução dos riscos de infecções cruzadas (Fallahi et al., 2020). A utilização de lençóis de borracha contribui para o controle da infecção cruzada, diminuindo a emissão de aerossol microbiano durante a preparação da cavidade e criando uma barreira contra a possível disseminação de doenças infecciosas no ambiente do consultório odontológico (Caviglia et al., 2020).

Além de ser reconhecido como a opção mais eficaz para controlar a contaminação do ambiente bucal ao reduzir a disseminação de microrganismos pelo spray (Pedrosa et al., 2011; Benevides; Venâncio; Feitosa, 2019), o isolamento absoluto também previne a ingestão e a inalação de corpos estranhos, contribuindo para o controle de infecções cruzadas (Zardetto; Corrêa, 2004).

2.4.3 Proteção dos Tecidos Moles e Aumento da Visibilidade do Campo Operatório

O isolamento absoluto, além de afastar estruturas anatômicas próximas ao dente a ser tratado, como língua, bochechas, gengiva e lábios, também facilita a visualização do campo operatório (Machado, 2009; Silva et al., 2011). Contudo, essa distância pode causar danos, como lesões nos tecidos moles causadas pelo grampo, retrações gengivais, danos periodontais e isquemia gengival causada pela pressão do dique. Ademais, os grampos empregados no processo de isolamento absoluto exercem uma pressão sobre o dente, o que pode provocar dor e/ou desconforto, caso a anestesia não seja apropriada (Machado, 2009).

O isolamento total do campo operatório simplifica e potencializa a efetividade de diversos procedimentos clínicos, além de proporcionar um acesso mais fácil, posicionamento gengival e visibilidade do local de trabalho. Por outro lado, esse acesso e visibilidade aprimorados, do campo operatório permitem a preservação do campo seco, favorecendo a eficácia operacional e a obtenção de uma restauração perfeita (Mcdonald; Avery, 2001). Também promovem um diagnóstico mais preciso e eficaz, devido ao contraste visual proporcionado pelo dique de borracha (Benevides; Venâncio; Feitosa, 2019; Caviglia et al., 2020).

2.4.4 Proteção Contra Aspiração e Deglutição

Sempre que viável, o isolamento total deve ser aplicado, pois, além dos benefícios mencionados em relação a um ambiente de trabalho limpo, seco e com maior visibilidade, oferece proteção contra acidentes durante a operação (Yoshida, 2019). A prevenção de acidentes indesejados, como a aspiração e deglutição de objetos estranhos, é ainda mais crucial ao tratar pacientes infantis, onde frequentemente acontecem movimentos involuntários ou imprevistos por parte das crianças (Silva et al., 2011). O uso do lençol de borracha para isolamento absoluto também previne a aspiração e deglutição de materiais



usados durante o tratamento, tais como substâncias químicas e fragmentos dentários (Bondarde et al., 2015; Naderian et al., 2022).

Portanto, o isolamento total reduz a probabilidade de incidentes, ingestão de resíduos e pequenos instrumentos, protegendo o paciente contra acidentes relacionados a materiais cortantes e diminuem a troca constante de rolos de algodão durante o procedimento, o que, conseqüentemente, eleva o risco de contaminação (Pedrosa et al., 2011). Ao escolher o grampo para isolamento absoluto, deve-se amarrá-lo com fio dental. Ele se desprenderá, impedindo que o paciente o engasgue (Naderian; Baghaie; Satchithanandha, 2022).

2.5 Isolamento Absolutos e Isolamento Relativo

Os procedimentos mais comuns em odontologia para estabelecer uma barreira contra a saliva e outros fluidos incluem o isolamento total com lençol de borracha e o isolamento relativo, que envolve o uso de rolos de algodão e uma cânula de sucção para a secreção oral. Embora sejam técnicas antigas, as evidências sobre os impactos do uso de isolamento absoluto em comparação ao uso de isolamento relativo são contraditórias (Wang *et al.*, 2016).

O isolamento total do campo operatório é recomendado para a execução da maioria dos procedimentos odontológicos, proporcionando uma maior qualidade e durabilidade do tratamento, especialmente nos tratamentos que utilizam materiais adesivos (Pedrosa et al., 2011). Para aplicar selante resinoso em fósulas e fissuras, um procedimento comumente realizado em pacientes pediátricos, é crucial realizar o isolamento total, o que garantirá o êxito do tratamento (Vanhée et al., 2021).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O isolamento total é uma das técnicas mais significativas da odontologia, trazendo vantagens para profissionais e pacientes. A revisão de literatura mostrou que o isolamento absoluto não é apenas sugestão técnica, mas exigência ética e de biossegurança em procedimentos restauradores e endodônticos, sobretudo em cenários que requerem assepsia estrita e controle de umidade.

Assim, conclui-se que o isolamento absoluto deve ser apreciado e amplamente empregado em procedimentos odontológicos, especialmente nos restauradores e endodônticos, devido à sua habilidade de assegurar a biossegurança, melhorar a previsibilidade clínica e resguardar o paciente e o profissional de perigos que poderiam ser evitados. A melhoria constante dos protocolos de ensino, o acesso a recursos atualizados e a valorização da prática fundamentada em evidências são estratégias cruciais para que essa técnica seja mais integrada na prática clínica cotidiana.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, A. A. A.; VENÂNCIO, A. E. F.; FEITOSA, V. P. A influência do isolamento absoluto no sucesso de restaurações diretas e tratamento endodôntico: uma revisão de literatura. Revista Odontológica de Araçatuba, v. 40, n. 1, p. 35-40, 2019.



BRESCIANI, E., et al. Influência do isolamento absoluto sobre o sucesso do tratamento restaurador atraumático (ART) em cavidades classe II, em dentes decíduos. Rev. Fac. Odontol. Bauru, p. 231–237, 2002.

BONDARDE, Prashant., et al. Accidental ingestion and uneventful retrieval of an endodontic file in a 4 year old child: A case report. Journal of International Oral Health: JIOH, v. 7, n. Suppl 2, p. 74, 2015.

CAJAZEIRA, M. Rodrigues; DE SABÓIA, Ticiane Medeiros; MAIA, Lucianne Cople. Influence of the operatory field isolation technique on tooth-colored direct dental restorations. American Journal of dentistry, v. 27, n. 3, p. 155-159, 2014.

CAVIGLIA, N. A., et al. Determinação da umidade relativa do campo operatório com isolamento absoluto, modificado e relatado - Estudo Piloto. Rev Odontol Bras Central, p. 10-14, 2020.

CONCEIÇÃO, Ewerton Nocchi. Dentística: Saúde e Estética - 2ª Ed. São Paulo. ARTMED. 2007

DAMASCENO, L.M.; PORTELA, M.B.; PRIMO, L.G.; DAMASCENO, F.M.B. Uso do cianoacrilato como auxiliar no isolamento absoluto: uma opção em odontopediatria. J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê, Curitiba, v.6, n.30, p.132-136, mar./abr. 2003.

DUQUE, C. Odontopediatria: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Santos, 2013.
Fallahi, Hamid Reza., et al. Being a front-line dentist during the Covid-19 pandemic: a literature review. Maxillofacial plastic and reconstructive surgery, v. 42, p. 1-9, 2020.

GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. 9.ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016.

LYNCH, C. D.; MCCONNELL, R. J. Attitudes and use of rubber dam by Irish general dental practitioners. International Endodontic Journal, v. 40, n. 6, p. 427–432, jun. 2007.

MANDARINO, F. et al. Isolamento do Campo Operatório. Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. 2003

MACHADO, M. E. L. Endodontia: da biologia à técnica. São Paulo: Editora Santos, 2009, 488 p.

MASSARA M. L.; Redua p. Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2013.

NADERIAN, Ashkun; BAGHAIE, Hooman; SATCHITHANANDHA, Vysheki. Accidental ingestion of an endodontic file: a case report. Journal of Medical Case Reports, v. 16, n. 1, p. 151, 2022.

OLIVEIRA, Beatriz Pereira de Souza; MENEGHELI, Carile Ferro. Influência da técnica de isolamento absoluto na qualidade das restaurações dentárias: revisão da literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 12, p. 784-792,



dez. 2024. Disponível em:

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/16864/9960>. Acesso em: 15 maio 2025.

PATEL, S.; HAMER, S. A simple guide to using dental dam. *British Dental Journal*, v. 230, n. 10, p. 644-650, 2021.

PEDROSA, Fabrício Antônio Sacramento et al. Isolamento do campo operatório: Panorama de utilização em consultórios e clínicas privadas de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr*, p. 443-449, 2011.

POFAHL, A. G. B. et al. Desmistificando o uso do isolamento absoluto para restaurações dentais como alternativa viável para substituir o dique de borracha: relato de caso. *Anais da Jornada Odontológica de Anápolis-JOA*, 2019.

PORDEUS, Isabela Almeida. *Odontopediatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.

RASKIN A, SETCOS JC, VREVEN J, WILSON NH. Influence of the isolation method on the 10-year clinical behaviour of posterior resin composite restorations. *Clin Oral Investig*. 2000 Sep; 4(3):148-52.

SCARPARO, A. *Odontopediatria: bases teóricas para uma prática clínica de excelência*. Baureri: Editora Manole, 2020.

SILVA, F. R., et al. Influência da Técnica de Isolamento na Sobrevida de Restaurações Realizadas em Molares Decíduos: Estudo clínico Randomizado Controlado. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, Ponta Grossa, v.17, n.2, p. 113-121, 2011.

SOLDANI, F.; FOLEY, J. An assessment of rubber dam usage amongst specialists in paediatric dentistry practising within the UK. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 17, n. 1, p. 50–56, jan. 2007.

VANHÉE, Tania. et al. Behavior of children during dental care with rubber dam isolation: a randomized controlled study. *Dentistry journal*, v. 9, n. 8, p. 89, 2021.

Wang, Yan., et al. Rubber dam isolation for restorative treatment in dental patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 9, 2016.

YOSHIDA, A. C. C.; GOMES, C. Fatores que interferem no sucesso de restaurações de resina composta em dentes decíduos. *Cadernos de Odontologia do UNIFESO*, v. 1, n. 2, 2019.

ZARDETTO, C. G. D. C.; CORRÊA, M. S. N. P. Técnica de condicionamento psicológico para uso do isolamento absoluto em criança de pouca idade: relato de caso. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*, p. 341-345, 2004.