



O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

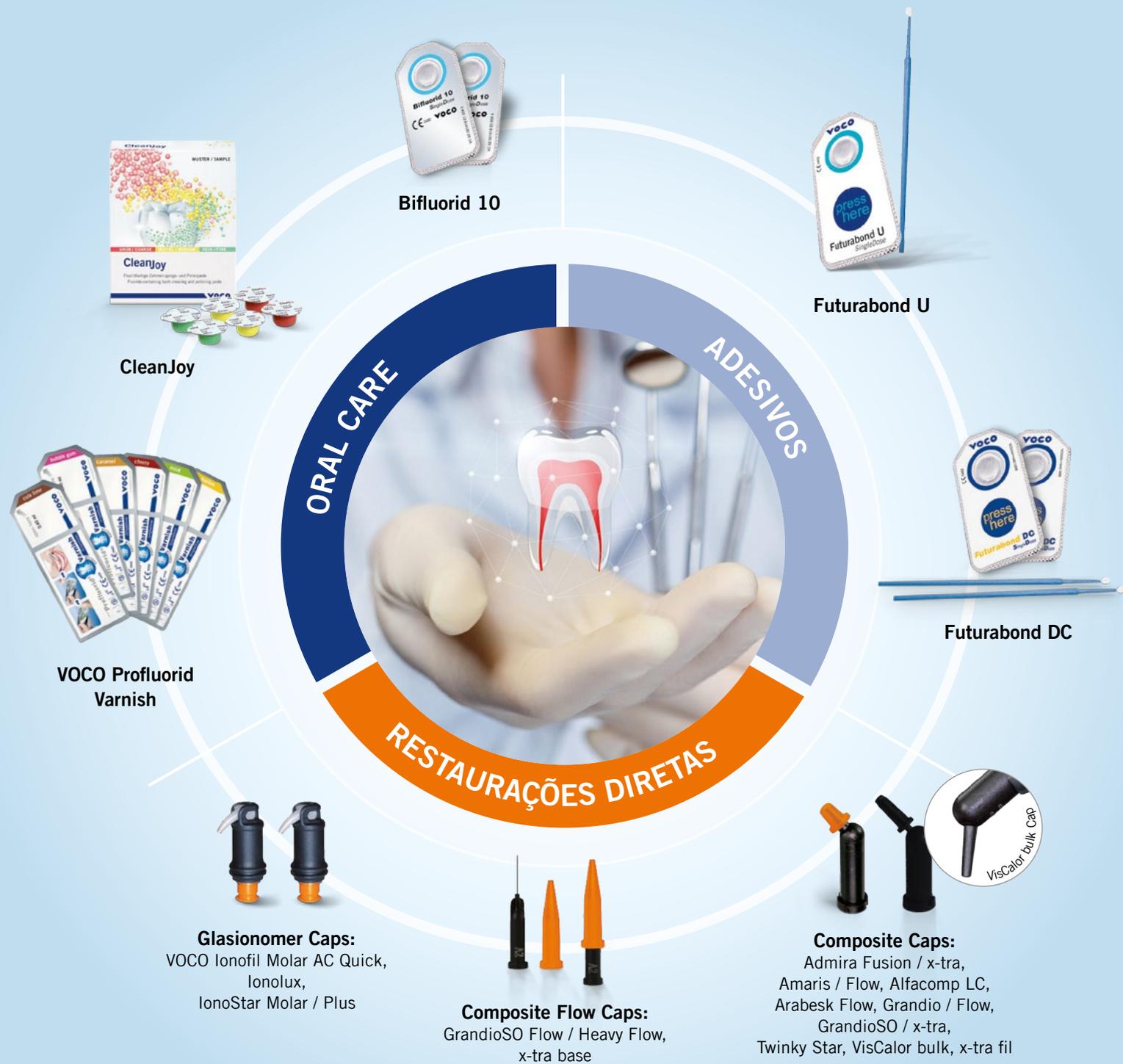
Straumann Group eShop
Click. Find. Smile.

Promoção especial lançamento do eShop 2.0
Cód: PTPROMOESHOP - #juntosomosmaisfortes

Saiba mais em: https://shop.straumann.com/pt/pt_pt.
Para saber as condições fale com o seu gestor de território.

*Promoção válida até 31 de outubro

straumanngroup



A SINGLE DOSE DA VOCO FÁCIL. RÁPIDA. HIGIÉNICA.

- Higiénica – mais proteção para os seus funcionários e pacientes
- Aplicação fácil e rápida
- Quantidade ideal para cada procedimento – evita o desperdício de material

Representante VOCO em Portugal: Pedro Vilela · TLM 937 083 146 · info@voco.com

SingleDose



O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

Assim vai a...

ODONTOPEDIATRIA – A importância da relação de confiança entre o médico dentista e a criança

12

Nesta edição

Editorial
Plano D, de digital

Convidado do mês
Por boas causas

Entrevista
"Na Mundo A Sorrir somos leais à
nossa missão!"

Clínica
Granuloma Piogénico em
paciente de três anos – caso
clínico

04



06



08

Clínica
Avulsão dentária em
Odontopediatria – a propósito de
um caso clínico

22

18

Marketing na Clínica
Estudo e aprendizagem

26

Assim vai a...
ODONTOPEDIATRIA – A importância
da relação de confiança entre o
médico dentista e a criança

12



Célia Coutinho Alves, DDS, PhD,
médica dentista doutorada em
periodontologia

PLANO D, DE DIGITAL

Normalmente setembro é o mês em que as rotinas se voltam a instalar e as responsabilidades regressam de férias. Mas este setembro de 2020 tem um gosto diferente. Aliás, todo o 2020 tem sido um atentado às nossas certezas, pré-conceitos e níveis de segurança instalados. Desta vez, as agendas estão mais curtas nos seus horizontes, os eventos têm a ressalva de poderem ser cancelados ou adiados e, embora a viver mais conformados, continuamos confrontados com uma nova realidade que não nos faz mais felizes.

Aprendemos, até ver, várias coisas. Precisamos, como sociedade, muito mais dos outros do que imaginávamos e não serve mais usarmos-nos deles em nosso benefício próprio, pois as fraquezas dos outros transformam-se inevitavelmente nas nossas próprias fraquezas. Aprendemos a dar valor a liberdades tão básicas como sentir o ar puro na cara. Aprendemos a partilhar espaços com outros que têm o mesmo direito, exatamente o mesmo direito do que nós, de estar presentes, sem nos impormos, sem nos acotovelarmos. Aprendemos a viver no agora, muito mais do que fazíamos e a dar valor ao hoje porque as preocupações do futuro apenas nos tiram a paz do presente.

E passamos a ter um plano B, ou diria um plano D de digital, virtual. Passamos a ter de definir uma série de atuações on-line, à distância, já que o distanciamento se impõe. Não deixa de ser tão estranho como um método que aproxima no mesmo chat on-line ou reunião zoom, pessoas a milhares de quilómetros de distância, pode significar uma desaproximação gigante nas verdadeiras competências sociais que os seres humanos desenvolveram durante séculos. Como médicos dentistas, a nossa atuação clínica é maioritariamente presencial. E se no início desta pandemia eu escrevi todas as dificuldades inerentes às mudanças nos protocolos de trabalho, a verdade é que, de regresso a uma nova realidade clínica, sinto que a classe saiu reforçada na sua relação de confiança com o paciente. Aproximamo-nos do lugar do médico, de onde nunca deveríamos ter saído, e tanto nós como o paciente percebemos que o dever ético de assumir a prestação dum serviço de saúde imprescindível deve ser o foco e um objetivo de missão. Adaptamo-nos e sinto-me mais segura no

consultório de medicina dentária em plena pandemia do que imaginava há seis meses atrás.

Mas no resto, nas aulas, nas conferências, nos congressos o plano D, de digital, impõe-se. A adaptação passou a ser uma atuação híbrida e daqui não me parece que vamos fugir mais. Assim como os motores dos automóveis, a mobilidade presencial na reunião das pessoas vai assumir um cariz híbrido. Neste 2020, forçamo-nos ao on-line. Cancelamos o presencial primeiro, digitalizamos depois. E continuamos a adaptarmo-nos. Entramos, mesmo que à força, num mundo ainda mais virtual, e os eventos são cada vez mais imersivos nesse mundo novo para a medicina dentária. Não sei se será melhor ou pior. Será seguramente diferente. Mas como tudo, primeiro estranha-se, depois entranha-se. E, tal como trabalhar de FFP2 e viseira, também o sentar-se à frente dum ecrã de cristais na nossa sala, escritório, consultório, em vez de no auditório do centro de conferências, pode vir a ser um novo normal.

Um desafio. Mais um. Uma inevitabilidade na evolução deste caminho híbrido a que a humanidade já não pode fugir.

Aproxima-se um novo mundo virtual a desvirtuar o que tínhamos como normal, como a única forma de fazer as coisas. E será um desafio. Mais um. Mas não é de desafio em desafio, de superação, em superação, de conquista em conquista que o mundo avança e a Homem evolui? Assim será sempre e também na medicina dentária.

Boas leituras! ■

Célia Coutinho Alves

Célia Coutinho Alves
Médica Dentista
Especialista em Periodontologia pela OMD

SUMÁRIO

n.º 76 Setembro 2020

EDITORIAL

.....04

CONVIDADO DO MÊS

.....06

ENTREVISTA

.....08

NOTÍCIAS

.....10

ASSIM VAI A...

ODONTOPEDIATRIA – A importância da relação de confiança entre o médico dentista e a criança

.....12

CLÍNICA

Avulsão dentária em Odontopediatria – a propósito de um caso clínico

Dra. Elsa Paiva e Dra. Clemência Vieira

.....18

Granuloma Piogénico em paciente de três anos - Caso Clínico
Joana Farto, DDS, MSC, PHD e João Reis DDS, MSC



.....22

MARKETING NA CLÍNICA

Estudo e aprendizagem

.....26



Uma companhia sólida

Podemos enfrentar qualquer desafio quando estamos com a companhia certa.

Todos juntos podemos e vamos ajudá-lo a ultrapassar com êxito qualquer desafio.

SOMOS BTI
SOMOS O FUTURO

BTI Biotechnology Institute

Tel: +00 351 22 1201373
bti.portugal@bticomercial.com
bti-biotechnologyinstitute.pt

CONVIDADO DO MÊS

POR BOAS CAUSAS



André Brandão de Almeida. Médico dentista. Diretor do Serviço Odontopediátrico de Lisboa

As doenças orais são ainda um grande problema de saúde pública global, com alta prevalência e grandes impactos negativos em indivíduos, comunidades e sociedade em geral. Globalmente e segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de 3,5 mil milhões de pessoas têm doenças orais de natureza crónica e progressiva, começando na primeira infância e progredindo ao longo da adolescência até à vida adulta.

As doenças orais podem ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas quando ficam comprometidas funções tão básicas como mastigação, fala ou sorriso e afetam desproporcionalmente os grupos mais pobres e marginalizados da sociedade, estando intimamente ligadas à condição socioeconómica e a determinantes sociais e culturais.

Esta situação tem um preço considerável para o país. Só o absentismo ao trabalho e à escola provocado pelos baixos índices de assistência ao nível da saúde oral, estima-se que represente, anualmente, uma perda de várias dezenas de milhões de euros.

As respostas atuais em saúde oral pública são em grande parte inadequadas e desiguais deixando grandes franjas da população sem acesso a cuidados básicos de saúde oral.

Apesar de se ter assistido a uma evolução significativa na prestação de cuidados de saúde oral e reconhecido o esforço que tem vindo a ser desenvolvido, nos últimos anos, pelos sucessivos governos, no sentido de começar a resolver a lacuna existente ao nível da prestação destes cuidados, da literacia e da promoção da saúde oral no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), há que ter a consciência da necessidade de definir uma estratégia global nesta área.

Por inúmeras razões e desde a sua criação, o SNS não incorporou a Medicina Dentária nos seus cuidados. Esta ausência resultou de vários erros de estratégia nas políticas de saúde que se foram multiplicando nas últimas décadas e que não importa aqui agora listar. Todas as autoridades de saúde e decisores políticos conhecem esta realidade, que há muito vem sendo ignorada, sendo necessária uma abordagem radicalmente diferente.

A este propósito, Richard G Watt escrevia na The Lancet em Agosto que a pandemia COVID-19 poderia potenciar uma oportunidade de reforma nos cuidados de Medicina Dentária.

De facto, a prestação de cuidados de saúde oral urge ser repensada. Decisores políticos, profissionais de saúde, pacientes, comunidades, organizações públicas, privadas e sociais, todos devem ser chamados. Alcançar essa convergência de esforços requer ousadia, evidências sólidas de eficácia da intervenção, políticas inovadoras e abertura a uma agenda de mudança a todos os níveis.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa ao longo dos seus 522 anos sempre procurou respostas inovadoras em saúde. Em 1904 criou o Hospital de Sant'Ana, referência internacional na área da Ortopedia e Traumatologia. Em 1935, surgiu o Instituto Médico Central e, em 1943, o Hospital Infantil de S. Roque. Em 1957, o inovador centro-piloto de Medicina no Trabalho. Em 1966, o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, reconhecido internacionalmente pelos cuidados em Medicina Física e de Reabilitação. Mais recentemente, em 2012 inaugura a Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto, vocacionada para cuidados continuados e paliativos. Em 2013, cria as maiores bolsas para projetos em Neurociências desenvolvidos em Portugal, os Prémios Santa Casa Neurociências que representam um investimento anual de 400 mil euros, entre tantos outros equipamentos de saúde, ação social ou investigação. Finalmente, em 2019 é implementando um serviço de saúde oral, o Serviço Odontopediátrico de Lisboa (SOL) que pretende complementar o SNS e mostrar uma abordagem diferente ao

enorme desafio que é mudar o paradigma de acesso aos cuidados de saúde oral.

Uma abordagem de promoção da saúde mais progressiva reconhecendo a importância de combater os determinantes sociais, políticos e culturais subjacentes à saúde oral.

Os objetivos e os princípios fundamentais do SOL são muito claros: Disseminar o conceito de saúde oral como um direito, com ênfase na atenção precoce, na prevenção da doença e na criação de hábitos saudáveis.

Para que a afirmação deste projeto fosse possível foram definidos vários princípios fundamentais: Garantir o acesso a todas as crianças e jovens, independentemente da sua condição económica ou social; Usar equipamentos, tecnologia e materiais de vanguarda; Garantir uma abordagem que procura alinhar as prioridades de saúde oral e saúde pública, aliando-as à educação, literacia e investigação; Possuir uma equipa dedicada, experiente, com conhecimentos sólidos, vocacionada para cuidados pediátricos, integrando uma carreira com estabilidade e condições para se sentirem motivados, estimulados e sobretudo felizes.

O investimento é grande, mas imensamente mais pequeno comparado ao que nos custará a todos se não passarmos do modelo reabilitador e restaurador para o modelo preventivo e de atenção precoce.

Se ao custo dos tratamentos adicionarmos os custos inerentes ao absentismo escolar e laboral, à subprodução no trabalho, à redução na capacidade de aprendizagem, à desregulação de outras doenças, ao adiamento de cirurgias programadas por infeções orais agudas, à má recuperação pós operatória, aos problemas de socialização, à má nutrição pela dificuldade na mastigação ou ingestão de certos alimentos, entre outros, facilmente percebemos que o custo de deixar a doença seguir o seu trajeto será terrivelmente maior.

Um custo maior para o Estado, famílias, empresas, para a sociedade em geral e para o indivíduo em particular. Um custo que não é apenas financeiro. Um custo em saúde e em trajeto de vida. Um custo que tem e merece ser revertido. Na Santa Casa, com o SOL, estamos humildemente a contribuir para a alteração deste paradigma. É essa a nossa missão! Sempre, por boas causas. ■

*Por André Brandão de Almeida.
Médico dentista. Diretor do Serviço
Odontopediátrico de Lisboa*



SHINING 3D®

Digital Dental Solutions

AUTOSCAN
DS-EX MIX



10.590,00€

AORALSCAN
Scanner intra-oral



13.590,00€

AUTOSCAN
DS-EX PRO



6.990,00€

AUTOSCAN
DS-EX



4.990,00€

Valores sem IVA. Imagens meramente ilustrativas. Valores para as modalidades de pronto pagamento ou financiamento bancário.



229 773 040 comercial@ravagnanidental-portugal.com

www.ravagnanidental.com



ENTREVISTA

“NA MUNDO A SORRIR SOMOS LEAIS À NOSSA MISSÃO!”

Mariana Dolores é a Presidente da ONGD Mundo A Sorrir e acredita que a nova realidade pós COVID-19 passa pela transformação digital da organização



Mariana Dolores é a Presidente da ONGD Mundo A Sorrir

1. Fale-nos da Mundo A Sorrir e de toda a sua equipa.

Já passaram pela Mundo A Sorrir mais de 1.600 voluntários e há vários que se dedicam a esta causa “de alma e coração”. Qualquer um deles poderá dizer que ao longo da história da Organização fomos fazendo de tudo um pouco, consoante as necessidades do momento (tanto estamos a coordenar um projeto ou a reunir com o Presidente da República, como estamos a arrumar material no armazém ou a pintar as paredes da sede da Organização).

A vontade de fazer mais e melhor, o amor “à camisola Mundo A Sorrir” e à sua missão fez-nos desenvolver capacidades nas mais variadas áreas. Inicialmente, a Mundo A Sorrir desenvolvia pequenas missões em Cabo-Verde e na Guiné-Bissau, até mesmo antes de iniciar as atividades em Portugal, nessa altura eu vivia em Inglaterra e à distância liderava as atividades em Cabo-Verde. Com o crescimento dos projetos em África e em Portugal foi crescendo a necessidade de dedicarmos cada vez mais tempo à Organização e eu fui acumulando cada vez mais cargos (Coordenação da Delegação de Lisboa, do Departamento Internacional, dos projetos preventivos, etc.).

Neste momento temos uma equipa alargada que nos permite ter coordenadores em cada projeto e em cada delegação, cabendo-me a mim o papel da Direção Executiva e de Presidente da Organização.

2. Na sua opinião, quais as principais crenças e valores que definem este projeto?

Volvidos 15 anos da fundação da Mundo A Sorrir, os valores do bem-estar, solidariedade, seriedade e conhecimento continuam a mover-nos para tentar criar uma mudança positiva e mobilizar a sociedade civil para a nossa causa. Diariamente, trabalhamos para que todos tenham igualdade no acesso aos cuidados de saúde e saúde oral, promovendo de forma integrada a inclusão social e a cooperação e apoio ao desenvolvimento.

Na Mundo A Sorrir somos leais à nossa missão! Assumimos um compromisso com todas as pessoas que beneficiam da nossa intervenção e, por isso, o nosso trabalho é baseado no respeito ao próximo, na transparência, na dedicação e na inovação.

3. De que forma é que a Mundo A Sorrir está a responder aos desafios inerentes do contexto pandémico atual? Quais foram as medidas tomadas?

O desafio inicial foi, obviamente, financeiro. Trabalham na Mundo A Sorrir mais de 30 colaboradores e a nossa preocupação imediata foi garantir, junto dos nossos financiadores, que conseguiríamos manter a equipa sem ter de proceder a despedimentos. Confesso que foi uma alegria imensa perceber que todos eles nos apoiaram no imediato e nunca falhámos com os salários a ninguém, tendo apenas necessitado de colocar em lay-off uma parte muito reduzida da equipa e por um curto período de tempo.

Logo a seguir, e com a certeza de que enquanto Organização ativa na sociedade civil tínhamos de fazer alguma coisa, iniciamos uma campanha de recolha de EPIS e distribuímos mais de 13.000 máscaras, entre outros bens, por vários hospitais do país.

Paralelamente surgiu-nos outra pergunta: então e agora, como vamos continuar a concretizar os projetos?

A resposta foi rápida e a Mundo A Sorrir reinventou-se e apostou na digitalização dos projetos desenvolvidos a nível nacional e internacional. A transformação digital ganhou forma, através da capacitação online dos beneficiários dos projetos e dos nossos voluntários.

Foi também online que, a pedido dos dentistas da Guiné-Bissau, iniciamos um leque de sessões de capacitação sobre as medidas de prevenção da COVID-19 em contexto de clínica dentária. Criamos planos de contingência para cada uma das infraestruturas e enviamos os EPIS, para que pudessem retomar a atividade clínica com a mesma segurança com que nós o fizemos em Portugal.

Mantivemos sempre uma postura de entreatajuda com todos os nossos parceiros e enviamos milhares de máscaras comunitárias para serem distribuídas em África.

Durante esta fase pandémica, focamo-nos também na avaliação de novas necessidades, idealização de novos projetos e preparação de candidaturas a fundos diversos, criando assim respostas inovadoras na área da saúde, dirigidas à população socioeconomicamente vulnerável.

Fruto das candidaturas já aprovadas, ainda conseguimos alargar a nossa equipa de colaboradores, potenciando a empregabilidade numa altura economicamente complicada.

4. Como está a situação de voluntariado a nível internacional?

Foi uma voluntária que garantiu toda a missão online que levamos a cabo com os médicos dentistas guineenses, pelo que considero que o voluntariado se manteve sempre ativo dentro da Organização.

Como já disse, procedemos ao desenvolvimento de atividades maioritariamente online, pelo que o volume de voluntários ativos com participação internacional obviamente reduziu.

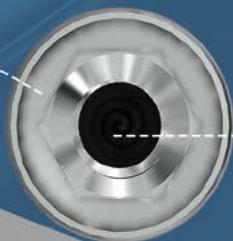
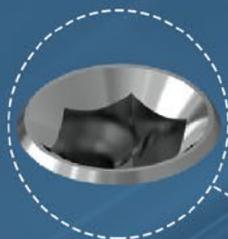
De uma forma diferente, continuamos sempre a cooperar com os atores locais e, neste momento, já estamos a preparar equipas para avançarem para o terreno em outubro.

5. Quais são os planos e ações para o futuro?

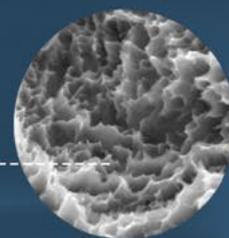
A pandemia veio, obviamente, mudar as nossas vidas, mas com o sorriso que caracteriza a nossa equipa, encarámos as dificuldades e ultrapassamos os obstáculos com um sucesso enorme.

Temos quatro novos projetos a começar entre setembro e outubro, portanto, avizinha-se um período de muito trabalho e entusiasmo. Na Mundo A Sorrir estamos a viver uma fase de grande estabilidade, nunca a Organização teve tantos projetos a funcionar ao mesmo tempo, nem de tão larga escala.

No futuro, e com o cariz trabalhador e inovador que nos caracteriza, continuaremos a lutar pela acessibilidade do direito à saúde. ■



Conexão protésica
de hexágono interno

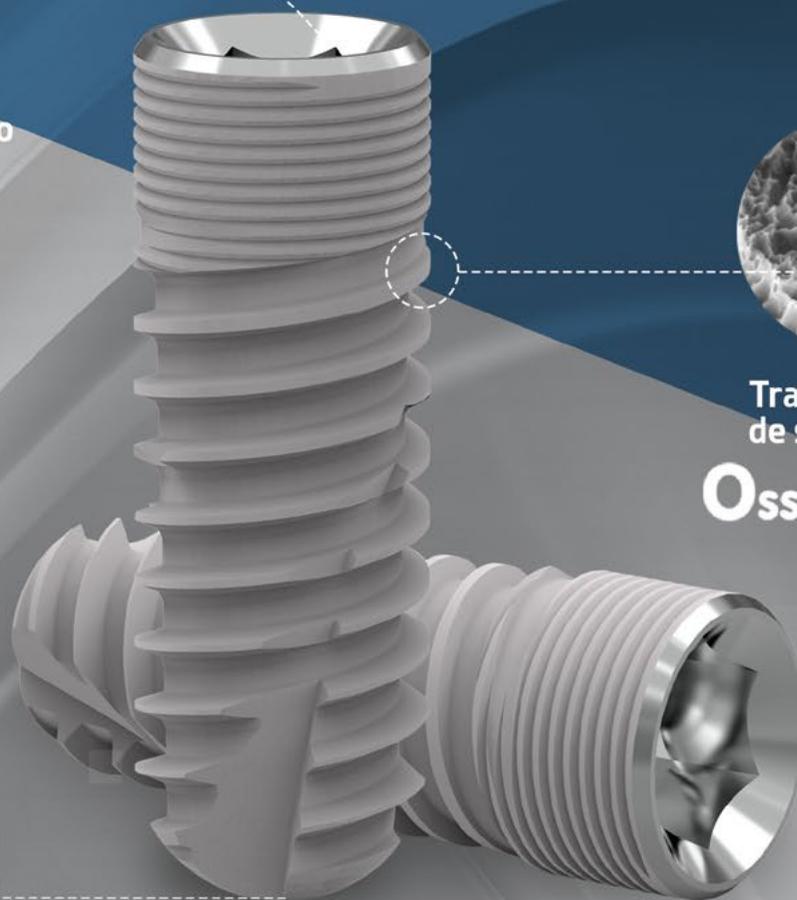


Tratamento
de superfície

Osseonova[®]



Ápice ativo



Conexão

- Conexão hexagonal interna
- Profundidade hexagonal da prótese 1,5mm: melhora a distribuição das forças longitudinais
- Bisel cônico: reduz a infiltração
- Fricção cônica: reduz os micro-movimentos
- Platform Switch: modelagem de tecidos moles e conformação do perfil de emergência

Zona cortical

- Desenho micro-rosca: preserva o osso marginal
- Extensão micro-rosca: melhora a distribuição das cargas
- Macro desenho: excelente compressão cortical
- Zona mecanizada de 0.2mm no bisel

Corpo

- Espiras ativas com ângulo reduzido: favorece a estabilidade durante a inserção e aumenta o BIC (contato osso-implante)
- Espira dupla: inserção rápida e redução do tempo cirúrgico
- Ápice ativo auto-roscante: facilita a inserção do implante com técnica de perfuração subdimensionada
- Aberturas apicais transversais: coletam detritos ósseos durante a inserção
- Morfologia otimizada: alta estabilidade primária
- Ápice Atraumático: não lesivo com estruturas anatómicas



NOTÍCIAS



29º Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas decorre em formato online

O 29º Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) vai realizar-se, pela primeira vez, em formato online, nos dias 27 e 28 de novembro. Após o adiamento do evento, inicialmente previsto para a Exponor, em Matosinhos, de 5 a 7 de novembro, e face às condições associadas à pandemia COVID-19, o Conselho Diretivo da OMD decidiu apostar num evento virtual e imersivo na última sexta-feira e sábado do mês de novembro. A médica dentista Célia Coutinho Alves preside à comissão organizadora deste evento que adota na sua 29ª edição um inovador formato online – possibilitando a participação de todos a partir de qualquer local e em segurança, e de forma a continuar a mostrar, debater e valorizar a medicina dentária em Portugal.



Número de consultas caiu em 70% nas clínicas e consultórios de medicina dentária

Um inquérito realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), em agosto, mostra que em 71% das clínicas e consultórios a faturação caiu quando comparada com os meses de maio e junho do ano passado, sendo que quase 20% dos inquiridos reportam uma quebra superior a 40%, e 35% registaram uma descida entre 21 a 40%. Participaram no inquérito 4.136 médicos dentistas, de um total de 10.653 membros com inscrição ativa na OMD. O inquérito pretendeu fazer um primeiro balanço do impacto que a COVID-19 está a ter nos consultórios e clínicas de medicina dentária após a reabertura da atividade. Por imposição do Governo, os médicos dentistas estiveram parados entre meados de março e 4 de maio, atendendo apenas situações urgentes ou inadiáveis. Entre os que responderam ao inquérito, perto de 68% refere que o número de consultas diminuiu após a reabertura. Para 46% dos que participaram no inquérito, o número de consultas diárias baixou entre uma a cinco, para 35% houve uma redução de seis a 10 e para quase 14% houve uma quebra superior a 10 consultas diárias.

2ª edição do Curso de Tratamento Periodontal e Peri-implantar Não Cirúrgico



Curso: Teórico e *Hands-on* em modelos pré-clínicos
Local: Avenida da Liberdade 220 1250-147, Lisboa
Datas: 2 e 3 de outubro de 2020 (16h)
Lotação: 15 participantes
Corpo docente: Dr. Gonçalo Assis, Prof. Célia Coutinho Alves e Dra. Alexandra Queirós
Contacto: formacao@celiacoutinhoalves.com

Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas reuniu-se no Funchal com o Secretário Regional da Saúde

O Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas reuniu-se no Funchal com o Secretário Regional da Saúde. O bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, Miguel Pavão, e o representante da OMD na Região Autónoma da Madeira (RAM), Fabião Castro Silva, reuniram-se no Funchal com o secretário Regional da Saúde, Pedro Ramos. Durante a reunião foi abordada a evolução da COVID-19, tendo sido sugerido pelos representantes da OMD a criação, como medida preventiva, de uma via verde de testagem para médicos dentistas, tendo em conta que a medicina dentária é das áreas da saúde com maior risco de exposição.



A OMD defendeu que os médicos dentistas devem ser testados antes da possível chegada de uma segunda vaga da pandemia. Na reunião, foi também abordada a criação da carreira pública para os médicos dentistas, tendo o secretário Regional da Saúde, Pedro Ramos, garantido que o documento, trabalhado em parceria com a OMD, está finalizado e irá ser enviado para a Assembleia Legislativa da RAM para aprovação.



NSK faz balanço da campanha solidária #NSKHELPS

NSK Dental quer agradecer a todos os distribuidores e médicos dentistas que no passado mês de julho, participaram na campanha solidária #NSKHELPS. A cooperação realizada pela NSK com a FESBAL em Espanha e com a FPBA em Portugal foi um grande sucesso, conseguindo angariar mais de 12.000 quilos de alimentos em ambos os países. No total, a campanha conseguiu ajudar mais de 500 famílias.

Diretora:
Prof. Doutora Célia Coutinho Alves
Publisher:
Hermínia M. A. Guimarães • herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt
Diretor técnico:
Dr. Fernando Arrobas • fernando.arrobas@jornaldentistry.pt
Diretor fundador:
Dr. José Carlos Fernandes
Jornalistas:
Diana Santos • diana.santos@medianext.pt
Colaboradores da edição:
Dr. Eduardo M. Rodrigues Portela, Dra. Paula A. Grazina Dias, Prof. Dr. Fernando Almeida, Dr. Celso Orth.
Publicidade:
Hermínia M. A. Guimarães • herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt
Arte, Paginação e Pré-impressão:
Teresa Rodrigues
Web:
João Bernardes • webmaster@medianext.pt

Conselho Científico:
Dr. André Mariz de Almeida, Prof. Dr. António Vasconcelos Tavares, Dr. António Patrício, Dra. Carina Ramos, Prof. Dra. Célia Coutinho Alves, Dr. Carlos Mota, Dr. Dárcio Fonseca, Dr. Eduardo Carreiro da Costa, Dra. Eunice Virgínia P. Carrilho, Dr. Fernando Duarte, Dr. Francisco Delille, Dr. João Pimenta, Dr. João Caramês, Dr. José M. Corte Real, Dr. Luís Bouceiro, Dr. Luís Marques, Dr. Luís Passos Ângelo, Dr. Manuel Marques Ferreira,

Dr. Manuel Neves, Dr. Miguel Moura Gonçalves, Dr. Miguel Nóbrega, Dr. Raúl Vaz de Carvalho, Dr. Miguel Stanley, Dr. Paulo Miller, Dra. Raquel Zita Gomes e Dr. Nuno Pereira

Esta edição d'O *JornalDentistry* foi escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico

Editado por:
Media Next Professional Information Lda.
Gerente: Pedro Botelho
Redação, Comercial, Serviços Administrativos e Edição:
Largo da Lagoa, 7-C - 2795-116 Linda-a-Velha, Portugal
Tel: (+351) 214 147 300
Fax: (+351) 214 147 301
E-mail: geral@medianext.pt

Propriedades e direitos:
A propriedade do título *O JornalDentistry* é de Media Next Professional Information Lda., NIPC 510 551 866. Todos os direitos reservados. A reprodução do conteúdo (total ou parcial) sem permissão escrita do editor é proibida. O editor fará todos os esforços para que o material mantenha fidelidade ao original, não podendo ser responsabilizado por gralhas ou erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados são da inteira responsabilidade dos seus autores, podendo não corresponder necessariamente às opiniões do editor.

Detentores de 5% ou mais do Capital Social:

Pedro Lemos e Margarida Bento

Impressão e acabamento:

Grafisol - Edições e Papelarias, Lda. - Sintra

Embalamento: Porenvel - Alfragide, Portugal

Distribuído por: CTT Correios de Portugal S.A.

Depósito Legal nº: 368072/13

Registo na ERC com o nº 126 958, de 01/03/2017

Estatuto editorial: Disponível em www.jornaldentistry.pt

Serviço de assinantes:

E-mail: assinantes@medianext.pt

Se é médico dentista ou está ligado ao setor da medicina dentária poderá solicitar a sua assinatura gratuita, escrevendo para Serviço de Assinantes, enviando comprovativo de atividade para Largo da Lagoa, 7-C, 2795-116 Linda-a-Velha, Portugal

Preço de assinatura (11 números) Portugal 75€ Estrangeiro 95€

Tiragem: 5.100 exemplares AUDITADO - Periodicidade mensal (12 edições)

Membro da APCT - Associação Portuguesa de controlo de Tiragem e Circulação

Tiragem auditada por:



RESINAS 3D DE PRECISÃO

keyprint[®]

by keystone industries

MELHORE O SEU FLUXO DE TRABALHO DIGITAL



RESINAS 3D DE ALTA QUALIDADE PRECISAS, FIÁVEIS E CONSISTENTES.



Keysplint Soft[™]

4200005 - Transparent - 0,5KG
4220005 - Transparent - 1KG

- RESISTENTE E FLEXÍVEL; NÃO QUEBRADIÇO
- BIOCAMPÁTÍVEL
- TRANSLÚCIDO
- TECNOLOGIA ÚNICA



KeyGuide[®]

4200001 - Clear - 0,5KG
4220001 - Clear - 1KG

- RESISTENTE
- BIOCAMPÁTÍVEL
- POLIMENTO FÁCIL
- AUTOCLAVÁVEL E COR ESTÁVEL



KeyTray[™]

4200007 - Purple - 0,5KG
4220007 - Purple - 1KG

- NÃO REQUER MOLDE PRELIMINAR
- ECONOMIZA TEMPO ELIMINANDO OS MODELOS DE GESSO
- PRECISÃO DE IMPRESSÃO MELHORADA



KeyModel[®]

4200006 - Beige - 0,5KG
4220006 - Beige - 1KG

- NÃO LASCA AO ESCULPIR
- COLORIDO PARA FÁCIL VISIBILIDADE DAS MARGENS E ANATOMIA DO DENTE



KeyOrthoModel[®]

4200003 - Grey - 0,5KG
4220003 - Grey - 1KG

- OTIMIZADA PARA IMPRIMIR LAYERS DE 100 µm E 200µm EM ALTO RENDIMENTO
- IMPRIME EM 1/2 DO TEMPO DO KEYMODEL NA MESMA ESPESSURA DE LAYER
- COMPATÍVEL COM PRO-FORM[®]



KeyMask[®]

4220002 - Pink - 0,5KG

- FLEXÍVEL MAS FIRME
- SIMULA A APARÊNCIA E SENSAÇÃO DO TECIDO GENGIVAL



KeyCast[®]

4200000 - Violet - 0,5KG
4220000 - Violet - 1KG

- BAIXA CONTRAÇÃO
- QUEIMA SEM CINZAS



KeyVest[™]

- COMPATÍVEL COM TODAS CERÂMICAS PRENSADAS E LIGAS DENTÁRIAS
- REVESTIMENTO FÁCIL COM VIBRAÇÃO MÍNIMA
- DESPRENDE COM JATEAMENTO MÍNIMO
- LONGO TEMPO DE TRABALHO

VERIFIQUE AS NOSSAS MAIS RECENTES:

IMPRESSORAS VALIDADAS



UNIDADES DE PÓS CURA



ASSIM VAI A...

ODONTOPEDIATRIA- A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO DE CONFIANÇA ENTRE O MÉDICO DENTISTA E A CRIANÇA

A desmistificação do que é uma ida ao médico dentista, bem como todas as técnicas utilizadas por estes profissionais fizeram com que as crianças tenham cada vez menos receio de visitar um consultório. É cada vez mais importante uma precoce consciencialização da importância dos hábitos de higiene e saúde oral infantil

- 1- O que a levou a enveredar por esta área? Quais as formações avançadas que já fez e recomenda?
- 2- À medida que as gerações vão avançando, a sua sensação é de que as crianças têm perdido mais o medo de ir a uma consulta de medicina dentária? Quais as técnicas utilizadas para tal?
- 3- Ainda surgem muitos casos que necessitem de anestesia geral?
- 4- As doenças orais são comuns em pacientes com necessidades especiais. Quais as abordagens ideais, em termos de prevenção, tratamentos e multidisciplinaridade nestes pacientes?
- 5- Quais os tratamentos mais comuns e que novas técnicas têm sido desenvolvidas mais recentemente nesta área?



Ana Coelho

Pós-Graduada em odontopediatria, pela Universidade de Barcelona, 2002; Doutoramento em odontopediatria, FMDUL, 2011; Especialista em odontopediatria, pela OMD; Professora Auxiliar da FMDUL; Docente de odontopediatria, no âmbito do Mestrado Integrado

em Medicina Dentária e Docente do Curso Pós-Graduado de Especialização em odontopediatria, FMDUL; Prática Exclusiva de odontopediatria.

1 – Desde aluna da faculdade que tive um entusiasmo em particular pela área da odontopediatria. Para mim, a odontopediatria é uma especialidade que reúne algumas facetas que eu gosto em particular: por um lado, o desafio de prevenir o aparecimento de doenças orais e dentárias, instituindo desde idades muito precoces os cuidados que permitem a manutenção de uma boa saúde oral e, por outro lado, a

estreita inter-relação com a criança e o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

Relativamente à segunda parte da questão, como todas as áreas médicas, a odontopediatria exige uma atualização científica constante. Não posso deixar de destacar a formação que fiz, em regime de exclusividade e tempo integral, ao longo de dois anos, na Universidade estatal de Barcelona. Esta pós-graduação decorreu entre 2000 e 2002, e permitiu-me ingressar numa experiência de odontopediatria em contexto hospitalar, universitário.

Como recomendação, penso que os colegas que queiram enveredar pela odontopediatria, devem procurar uma formação em regime de tempo integral. Apesar de representar um desafio maior, trará consigo importantes mais-valias na formação, experiência pessoal e profissional.

2 – Hoje, as crianças têm menos receio de ir à consulta de medicina dentária. Acredito que esta facto se deve a

um conjunto de razões: mais informação disponível para a comunidade e famílias, ações de sensibilização para a higiene oral, dirigidas para as escolas e que são muito pedagógicas e adaptadas às idades das crianças, melhor formação especializada dos médicos dentistas, e por fim, a crescente procura por parte dos pais, de uma consulta de odontopediatria para crianças com idades muito jovens, de modo a contemplar uma abordagem preventiva.

3 – Na minha opinião, os casos que implicam o recurso a tratamentos sob anestesia geral irão sempre surgir. De uma forma simplista, podemos categorizar as crianças que beneficiam desta abordagem em dois grupos: crianças muito pequenas, com idades pré-escolares, que necessitam realizar tratamentos médico-dentários, ou crianças que pertencem a um vasto grupo de pacientes com necessidades especiais que, apesar de poderem ter idades mais avançadas, apresentam limitações intelectuais, motoras,

síndromes polimalformativos, ou outras importantes limitações médicas.

4 – Os pacientes com necessidades especiais reúnem múltiplas especificidades e condicionalismos que aumentam o grau de risco para diversas doenças orais, como cárie e doença periodontal, entre outras. Assim, um plano preventivo em saúde oral deverá ser implementado desde muito cedo, com um importante aconselhamento junto da família e uma vigilância regular, com intervalos adequadas aos fatores de risco do paciente. Estas crianças são seguidas em várias especialidades médicas e apresentam com frequência importantes antecedentes sistémicos. É fundamental o odontopediatra consultar o médico assistente, como forma de assegurar os tratamentos dentários em segurança, avaliar a necessidade de ajustar a administração de medicação, e avaliar possíveis riscos e contraindicações de alguns tratamentos médico-dentários.

5 – Apesar da prevalência de cárie estar a diminuir, os tratamentos mais comuns na consulta odontopediátrica continuam a ser o tratamento de lesões de cárie. Estes procedimentos restauradores terapêuticos têm vindo a ser cada vez menos invasivos, em virtude do contínuo desenvolvimento dos materiais dentários, particularmente na área da adesão. A aplicação de selantes de fissura e o desenvolvimento de agentes de remineralização do esmalte representam uma abordagem preventiva crescente e com um grande foco de investigação na atualidade.



Ana Luísa Costa

Licenciatura, Mestrado e Doutoramento pela FMUC; Professora Auxiliar, Regente de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária; Nutrição e Dietética e odontopediatria I, II e III do MIMD FMUC; Especialista em odontopediatria pela Ordem dos Médicos Dentistas; Prática clínica

exclusiva em odontopediatria.

1 – A razão inicial que me levou a enveredar por esta área prendeu-se com a natural e espontânea afinidade que sempre tive com crianças. Ninguém pode ser bem-sucedido no exercício da odontopediatria se não gostar, efetivamente, de crianças, da sua sinceridade, curiosidade, sensibilidade. O que é exigido vai muito para lá de um bom domínio técnico e de uma boa dose de paciência... tem de vir “de dentro”. Dou tudo de mim enquanto trato de crianças e sei o que sentem.

Quanto às formações, recomendo, porque frequento com a assiduidade possível, as reuniões da área, sejam nacionais, sejam de sociedades/associações internacionais (AAPD, IAPD, EAPD, SEOP, ALOP, ABOPED,...), cada vez mais frequentes e acessíveis.

2 – Sim, sem dúvida. Para este facto contribuem, na minha opinião, diferentes fatores: uma maior valorização e mais precoce consciencialização da importância da saúde oral infantil na saúde geral da criança e também enquanto condicionante não desprezível no respeitante à qualidade de vida, o que leva as crianças mais cedo a uma primeira

consulta, possibilitando a implementação mais atempada, e tendencialmente menos traumática, de cuidados preventivos/curativos; um maior acesso a informação, cada vez mais disponibilizada desde o período pré-natal; um maior encaminhamento por parte dos médicos pediatras e de medicina geral e familiar; uma maior atratividade da consulta, não apenas no respeitante ao ambiente dedicado, mas também uma maior formação base dos odontopediatras, assim como a aplicação consequente de técnicas e materiais especificamente adaptados às exigências, referindo-me a diferentes técnicas de controlo comportamental, técnicas operatórias menos invasivas, materiais mais estéticos, enfoque na importância da dentição decídua, só para citar alguns exemplos.

3 – Lamentavelmente vão surgindo ainda alguns casos, reportando sobretudo a crianças mais pequenas ou com algum tipo de doenças orais condicionantes da colaboração, com numerosos e complexos tratamentos para dar resposta. Torna-se fundamental o estabelecimento, desde o primeiro contato, de uma relação de empatia e confiança, permitindo uma progressão segura e eficaz dos estímulos inerentes a cada tratamento. O que se verifica é que, em algumas situações, em virtude da idade/imaturidade da criança, da existência de atitude comportamental ou outra, do grau de dificuldade/ exigência do tratamento, não é possível dar resposta sem recurso a técnicas de controlo comportamental diferentes das “convencionais”, tornando-se necessário equacionar diferentes tipos de sedação ou mesmo recurso a anestesia geral. Sublinhe-se, no entanto, que estas opções, com indicações específicas, não deverão ser assumidas como “1ª linha” de intervenção, estando dependente a sua implementação de critérios clínicos definidos.

4 – A abordagem dependerá do tipo de necessidades/ gravidade/exigência de cada um destes pacientes e da sua respetiva doença oral. O ideal seria a monitorização precoce, idealmente preventiva (assente basicamente na promoção da higiene oral e de uma dieta restrita em alimentos cariogénicos), com a integração do odontopediatra na rede de clínicos que acompanham estas crianças. O recurso a técnicas de controlo comportamental avançadas pode ser aqui exigido mais regularmente, requerendo estes pacientes muitas das vezes tratamentos em ambiente hospitalar para que possam ser concretizados de forma mais eficaz e menos traumática.

5 – Os tratamentos mais comuns ainda são, em grande parte, os restauradores, embora os tratamentos preventivos/intercéticos/minimamente invasivos ganhem espaço. Os avanços vão sendo comuns a outras áreas da medicina dentária, com ênfase para o facto de que muitas das vezes o que é aplicado nas crianças em termos técnicos/materiais/equipamentos quase sempre resulta, e digo isto com algum lamento, de uma “adaptação tácita” do que é originalmente idealizado para os adultos. E as diferenças existem, não sendo apenas uma questão de menor dimensão das estruturas orais.

A tendência parece assentar, no meu ponto de vista, em soluções menos invasivas, passivas de aplicação clínica cada vez mais versátil e simplificada (menos passos), respeitadoras da anatomia e fisiologia infantis, crescente biocompa-

tabilidade (e até bioatividade), técnicas regenerativas e de interceção/intervenção precoces.



Clemência Vieira

Licenciada em Medicina dentária pela Universidade Fernando Pessoa; Mestre em odontopediatria pela Universidade de Barcelona (UB); Doutoranda em Ciências da Saúde pela UB; Especialista em odontopediatria pela OMD; Membro da AAPD, EAPD, SEOP

e membro fundador da SPOP.

1 – Sempre considerei a odontopediatria como a área que melhor contribui para que a medicina dentária seja considerada uma área indispensável no futuro da saúde do país. Permite criar os alicerces para uma boa saúde oral e constitui o momento ou a oportunidade de intervir e reverter algumas situações clínicas. Esta abordagem com cariz preventivo, precoce, individualizada e continuada, contribui de forma decisiva para a diminuição da incidência de doenças orais e permite a capacitação da população em matéria de literatura de saúde, a prevenção da doença ao longo da vida, a promoção de estilos de vida saudáveis e o aumento da confiança das crianças e responsáveis na utilização dos cuidados de saúde oral prestados. O odontopediatra contribui e incentiva a criança a adotar comportamentos favorecedores de saúde e a ser por ela responsável.

Fiz formação pós-graduada em odontopediatria na Universidade de Barcelona, mas atualmente existe formação pós-graduada nas faculdades nacionais com um nível de qualidade de excelência equiparável e de acordo com as normas internacionalmente aceites e devidamente regulamentadas para a especialidade de odontopediatria.

2 – Experiências de medo e ansiedade relacionadas com tratamentos dentários ainda são comuns continuando a ser uma das principais limitações na colaboração e execução com sucesso dos procedimentos em odontopediatria. A familiarização com o ambiente de consultório, a introdução progressiva dos estímulos, a “desmistificação” dos procedimentos apresentados de forma adequada ao nível cognitivo da criança são fatores decisivos no sucesso das intervenções. O recurso a diferentes técnicas de sedação consciente pode ser necessário objetivando a concretização de um ou vários tratamentos não dispensando, porém previamente, da aplicação de outro tipo de técnicas de controlo não farmacológico, assim como a administração concomitante de anestésico no controlo da dor. Este tipo de procedimentos visa reduzir o medo e a perceção da dor durante o tratamento, permitindo uma melhoria na comunicação e, porventura, a realização de procedimentos mais complexos e exigentes em termos de duração em crianças, inclusive aquelas com necessidades de cuidados especiais de atendimento.

3 – O que sucede na prática clínica é que a sedação – desde a consciente, à profunda e até à anestesia geral – é um processo contínuo, tornando-se por isso mandatário que o odontopediatra esteja devidamente qualificado, no domínio técnico e do conhecimento necessário à sua utilização. A escolha da técnica e da via de administração do fármaco

ASSIM VAI A...

deve ser realizada numa consulta prévia ao procedimento tendo em consideração a idade, o desenvolvimento psico-motor, o grau de ansiedade e resposta, bem como a complexidade e urgência/emergência do tratamento. A anestesia geral deve, todavia, constituir uma solução de "fim de linha", reservada para situações de gravidade e complexidade extremas e/ou premência de atuação, sempre que todas as outras técnicas não tenham sido bem-sucedidas ou não tenham indicação/condições para serem empregues.

4 – As crianças que necessitem de atenção ou cuidados diferenciados pelo odontopediatra por apresentarem condição sistémica, física, comportamental e sensorial fora dos padrões da normalidade, por período transitório ou definitivo podem representar um desafio no atendimento odontopediátrico. Muitas vezes podem apresentar fatores complicados do ponto de vista sistémico, neurológico ou comportamental. No entanto, o conhecimento das patologias, incluindo as suas características gerais e as repercussões para as estruturas orofaciais, bem como o contacto constante com a equipa multidisciplinar que acompanha a criança proporciona um cuidado tranquilo e eficiente pelo odontopediatra.

5 – Tem-se assistido à valorização crescente da prevenção e da necessidade de atuação precoce desde a fase da dentição temporária, não apenas no que diz respeito à cárie dentária e patologias periodontais, mas na intersecção de potenciais má-oclusões. A investigação científica tem estado focada no constante desenvolvimento de materiais biocompatíveis e idealmente bioativos, no emprego de técnicas minimamente invasivas e o recurso a novas tecnologias tendo em conta as especificidades das dentições temporária e permanente jovem. Também os produtos e dispositivos de higiene oral disponíveis no mercado têm vindo a ajustar-se a estes pacientes em sabor, composição e ergonomia. A nível científico, a recolha de células estaminais provavelmente contribuirá para importantes conclusões sobre a sua utilização para o progresso da medicina dentária.



Cristina Cardoso Silva

Formação - 1997-2003 Licenciatura em Medicina Dentária Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, Paredes (Portugal); 2005-2007 Master em odontopediatria Faculdade de Odontologia da Universidade Complutense de Madrid, Madrid (Espanha); 2008-2009

Master em Ciências Odontológicas Faculdade de Odontologia da Universidade Complutense de Madrid, Madrid (Espanha); 2008-2010 Doutoramento em Medicina Dentária Faculdade de Odontologia da Universidade Complutense de Madrid, Madrid (Espanha); 2017 Especialista em odontopediatria Ordem dos Médicos Dentistas (Portugal). Atividade Profissional - 1 dez 2010 -1 set 2014 Professora Auxiliar Convidada no Mestrado Integrado em Medicina Dentária Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto (Portugal); 2011-2012 Docente do Programa de Doutoramento em Medicina Dentária Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto (Portugal); 1 set 2007-31 jul 2018 Docente Colaboradora do Master de odontopediatria Faculdade de Odontologia da Universidade Complutense de Madrid, Madrid (Espanha); Desde

set 2014 Professora Associada no Mestrado Integrado em Medicina Dentária Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto (Portugal); Autora de publicações em revistas nacionais e internacionais; Conferencista em congressos nacionais e internacionais

1 – Quando decidi estudar medicina dentária sabia que pretendia especializar-me no atendimento de crianças. Sempre gostei de crianças e por esse motivo pretendia seguir uma profissão em que existisse contacto com crianças. Cheguei a ponderar ser educadora de infância, mas como também gostava da área da saúde, acabei por optar pela medicina dentária. Fiz a minha especialidade e doutoramento na Universidade Complutense de Madrid e para quem pretender seguir esta área, recomendo uma formação que tenha uma componente eminentemente clínica.

2 – Em muitos casos conseguimos que as crianças nunca cheguem a ter medo de ir ao dentista, principalmente quando são acompanhadas desde muito pequenas. Se a experiência da primeira ida ao dentista for positiva, e se for criado o hábito de regularmente fazer consultas de revisão, é seguramente mais fácil conseguir uma atitude positiva da criança. Claro que existem crianças com medo logo na primeira consulta e nesses casos é fundamental saber lidar com esse medo. Ou aquelas crianças que, infelizmente, já tiveram experiências muito negativas.

O recurso a técnicas de controlo de comportamento, desde as técnicas básicas às avançadas, auxilia no atendimento destas crianças. Mas, acima de tudo, considero fundamental a capacidade do médico dentista para criar empatia com o paciente, selecionando as técnicas mais adequadas a cada caso, e conseguir que o medo seja desmistificado. Por outro lado, atualmente é inaceitável atender uma criança tendo como base a filosofia do atendimento de adultos. A odontopediatria é uma especialidade da Medicina Dentária e, como tal, implica o conhecimento profundo das suas especificidades.

E depois existe o jeito e a experiência de cada um e o gosto por trabalhar nesta área. Acho que muitas vezes são estes os verdadeiros fatores que tornam possível o atendimento dos tais pacientes "difíceis".

3 – A anestesia geral deverá ser sempre o último recurso, quando todas as outras técnicas falham e, efetivamente, ainda existem, e continuarão a existir, situações em que é inevitável a anestesia geral. Existem crianças que, por questões de desenvolvimento cognitivo e/ou psicológico, não conseguem mesmo cooperar na realização dos tratamentos. Mas penso que o aumento do conhecimento por parte dos pais sobre a necessidade de realização de consultas preventivas (e não aquela postura ultrapassada de ir ao médico dentista somente quando algo não está bem) fará com que as consultas sejam cada vez mais agradáveis para as crianças. Por outro lado, com o aumento do número de especialistas nesta área, será cada vez mais frequente conseguir remodelar o comportamento das tais crianças "difíceis", de modo a conseguir realizar os tratamentos em consultório, ficando a anestesia geral reservada para os casos mais complexos e para alguns pacientes com necessidades especiais.

4 – Em qualquer paciente, a prevenção é fundamental. Nos pacientes com necessidades especiais a necessidade destes cuidados é ainda mais premente. A abordagem ideal depende de paciente para paciente, da condição clínica em questão e da capacidade de cooperação do paciente. O objetivo é manter ou recuperar uma boa saúde oral, com recurso a técnicas minimamente invasivas e tendo sempre como objetivo a saúde geral do paciente. Por vezes implica a realização de tratamentos menos conservadores do ponto de vista dentário, mas o paciente tem de ser visto como um todo! O trabalho numa equipa multidisciplinar é muitas vezes obrigatório e fundamental, para que todas as variáveis sejam consideradas e os tratamentos sejam planeados em função da saúde geral do paciente. É fundamental conhecer bem a patologia de base do paciente para conseguir ajustar a nossa intervenção a cada caso.

5 – Os tratamentos restauradores são ainda muito frequentes e existem cada vez mais materiais bioindutores que permitem evitar alguns tratamentos pulpares que no passado eram muito frequentes, nomeadamente, as pulpotomias e endodontias de dentes definitivos em dentes permanentes jovens. São também muito frequentes os tratamentos de ortodontia intercetiva e terapia miofuncional, que permitem corrigir a função respiratória, educar para uma correta posição da língua, deglutição e selamento labial e favorecer o crescimento das bases ósseas.



Elsa Paiva

Médica Dentista; Doutorada em odontopediatria; Especialista em odontopediatria pela OMD; Prática exclusiva em odontopediatria; Membro fundador da Sociedade Portuguesa de odontopediatria.

1 – Sem dúvida, o interesse pela área da prevenção e o gosto e desafio que é trabalhar com crianças. Quando me licenciiei no ano 2000, não existia nenhuma formação específica na área da odontopediatria em Portugal, por isso, decidi procurar em Espanha. Em 2004, fiz uma pós-graduação em atendimento de pacientes pediátricos com necessidade especiais pela Universidade Complutense de Madrid e a partir desse momento, fui realizando algumas formações privadas, passei por um estágio na Universidade de Leeds e mais tarde, em 2016, doutorei-me em odontopediatria pela Universidade Complutense de Madrid.

Atualmente, no nosso país já temos nas nossas universidades formação especializada na área com duração de três anos e que recomendo.

2 – A mentalidade mudou bastante nos últimos anos. Atualmente, os próprios pediatras encaminham as crianças para a primeira consulta de medicina dentária, cada vez mais cedo, e isso tem vindo a permitir a prevenção e o diagnóstico precoce da doença cárie diminuindo a ansiedade e o medo frequentemente associados aos tratamentos dentários na nossa consulta. Acredito também que a existência de especialistas na área da odontopediatria trouxe consigo o

conhecimento necessário para uma melhor abordagem destes pacientes.

Ainda assim, considero que o recurso à sedação consciente, nos casos em que as técnicas básicas de controlo de comportamento por si só não são suficientes, é uma mais-valia no tratamento dentário das crianças.

3 – Sim, principalmente nos menores de três/quatro anos e pacientes com necessidades especiais.

4 – A cárie dentária é das doenças mais prevalentes em crianças em idade escolar e é também a doença mais fácil de prevenir. No caso dos pacientes com necessidades especiais, nem sempre é fácil a tarefa da escovagem dentária, mas é fundamental que faça parte da rotina diária destas crianças. Existem algumas estratégias (escova elétrica, escovas adaptadas, pedagogia visual com terapeuta...) que podemos ensinar aos responsáveis na consulta e que podem facilitar essa rotina. Ainda assim, sabemos que em alguns casos, devido à própria condição médica, são crianças que têm um risco maior de desenvolver defeitos de esmalte, como hipomineralização, e consequentemente maior suscetibilidade à cárie dentária. Por isso, mais uma vez, o diagnóstico e acompanhamento precoce é fundamental nestes doentes. Quando o tratamento dentário propriamente dito é necessário, na minha opinião, o recurso à anestesia geral acaba por ser a melhor opção.

5 – Os tratamentos mais comuns são os procedimentos preventivos, como as instruções para uma correta higiene oral, aplicação tópica de vernizes fluoretados e selamento de fissuras. Atualmente a utilização de materiais bioativos nos procedimentos restauradores e os procedimentos de regeneração vascular na área da traumatologia têm demonstrado resultados promissores.



Filipa Roque

Licenciada em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa 2007; Mestrado Integrado em Medicina Dentária 2008; Pós-Graduação em Ortodontia Interceativa pela Danube University Krems – Áustria 2010; Curso Pós-Graduado de

Especialização em odontopediatria pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa 2013-2016; Curso de Sedação pela Society for the Advancement of Anaesthesia in Dentistry (SAAD) 2008; Certificado Universitário em Sedação Consciente pela Universidade Complutense de Madrid 2011; Curso de Coroas Estéticas de Zirconia NuSmile - Miami 2017; Barcelona 2017; Prática Clínica Exclusiva em odontopediatria na MaloClinic Lisboa.

1 – Contactar com crianças sempre foi algo muito natural para mim e ao entrar em Medicina Dentária na FMDUL, a área da odontopediatria foi a que mais me entusiasmou e cativou. No 5º ano, ao ter o primeiro contacto com a disciplina de odontopediatria, percebi que esta seria a área da medicina dentária a que me iria dedicar no futuro.

Depois de me licenciar, as primeiras formações que realizei foram em ortodontia interceptiva, na Áustria e em seda-



Fotografia: Designed by prosnooleh / Freepik

ção consciente, em Londres e Madrid, de modo a aperfeiçoar e a aumentar o meu conhecimento nestas áreas.

Em 2013, iniciei o curso de especialização em odontopediatria na FMDUL e considero-o uma excelente opção para quem quer ser odontopediatra.

2 – É um facto que as últimas gerações têm muito menos receio da nossa profissão. Crianças de apenas dois anos, por exemplo, chegam às nossas consultas com grandes sorrisos e cheias de vontade de as realizar.

Nas últimas décadas houve uma mudança de paradigma no que diz respeito ao acesso às consultas de medicina dentária. Antes só se ia ao médico dentista com dor, agora a abordagem preventiva tem cada vez mais peso. Ao realizar a primeira consulta sem dores e sem queixas, recorrendo a linguagem apropriada e adequada à idade da criança, reforço positivo, explicação de todos os passos da consulta previamente à execução dos mesmos (tell-show-do), transformamos a consulta numa experiência positiva e agradável.

Estas técnicas de controlo de comportamento, que têm sido ensinadas nas últimas décadas nas faculdades, estão a ter o seu efeito nestas gerações, onde o pavor e medo de ir ao dentista é algo que é narrado pelos avós e não sentido por elas.

Caso, as técnicas de controlo de comportamento básicas não sejam suficientes para tranquilizar a criança, o médico dentista pode recorrer a outras soluções, como a sedação consciente ou a anestesia geral.

3 – São várias as crianças que necessitam de recorrer a anestesia geral para a realização de tratamentos dentários.

O recurso a esta técnica avançada de controlo de comportamento está dependente de uma avaliação prévia pelo médico dentista, onde é determinada a extensão e complexidade dos tratamentos a realizar e a capacidade de cooperação da criança.

Assim, em crianças com ansiedade severa, crianças muito pequenas, crianças com necessidades especiais ou crianças com tratamentos múltiplos e complexos, a anestesia geral é muitas vezes a única solução de modo a realizar tratamentos dentários duradouros e em segurança, tanto para a criança como para a equipa médica.

4 – As consultas de pacientes com necessidades especiais requerem uma maior atenção e treino especializado por parte do médico dentista, não só pelas complicações médicas associadas à doença sistémica do paciente, mas também pelas características orais específicas que muitas vezes apresentam.

Quer nas consultas de rotina quer nas de tratamento, a equipa do médico dentista/assistente dentário deve proporcionar um ambiente seguro e adaptado às necessidades de cada paciente.

O foco é sempre na prevenção, com consultas de rotina periódicas de quatro em quatro meses e reforço de medidas de higiene oral por parte dos pais. Em caso de necessidade de tratamento, o recurso a anestesia geral e a uma abordagem multidisciplinar, nomeadamente com a Endodontia, é fundamental para o restabelecimento da saúde oral destes pacientes.

5 – O tratamento da cárie continua a ser o tratamento dentário mais comum na odontopediatria, e dependendo da sua extensão, o odontopediatra tem ao seu dispor várias

ASSIM VAI A...

opções desde compósitos até coroas de aço. Recentemente, este leque foi aumentado com a introdução de coroas de zircônia pediátricas. Estas vieram proporcionar um tratamento estético e duradouro para dentes extremamente cariados ou com tratamentos pulpares subjacentes.



Inês Cardoso Martins

Especialista em odontopediatria pela OMD; Especialização em odontopediatria e Tratamento a Doentes Especiais, Universidade Católica de Louvain, Bruxelas; Pós-graduação em Sedação Consciente com M.E.O.P.A, Faculdade Nancy-Metz, França; Docente da licenciatura e pós-Graduação de Especialização em odontopediatria da FMDUL; Doutoranda na FMDUL.

1 – A odontopediatria é uma área desafiante devido à sua complexidade que engloba, não só a vertente terapêutica, mas também a relacional e psicológica. É uma especialidade que requer dedicação, resiliência e que depende muito do estabelecimento de uma relação de confiança entre o médico dentista e a criança.

Recomendo a realização de formações avançadas, reconhecidas e estruturadas a tempo integral na área da odontopediatria, como a que realizei na Universidade Católica de Louvain em Bruxelas. Como complemento a esta formação base, realizei na Universidade Henri-Poincaré em França um curso certificado de sedação consciente/ anestesia geral.

2 – Atualmente observa-se que a primeira consulta de medicina dentária de rotina tem vindo a ser realizada numa idade mais precoce, o que permite que a criança cresça formando um vínculo afetivo e de confiança com o médico dentista.

As crianças podem adquirir de forma indireta ou por imitação dos pais, amigos, irmãos, os medos e comportamentos em relação às consultas dentárias. Existem várias técnicas de controlo de comportamento como a técnica de “dizer-mostrar-fazer”, que são empregues pelo médico dentista que poderão facilitar a consulta. Isto permitirá que se consiga estabelecer um diálogo com a criança e que se estabeleçam vínculos de confiança médico-doente, que poderão influenciar positivamente os seus comportamentos.

3 – Existem crianças cuja cooperação não é suficiente para a realização dos tratamentos dentários. Tratam-se de casos mais extremos, em que existem situações de cáries múltiplas/extensas, situações de urgência associadas a traumatismos dentários ou nas quais a colaboração da criança não é suficiente para a realização dos tratamentos dentários em condições adequadas.

4 – O reconhecimento de uma determinada síndrome será fundamental para estabelecer um plano de tratamento dentário adequado, avaliar a necessidade de cuidados médicos e os riscos envolvidos. Deve prestar-se particular atenção aos pacientes que necessitam de um tratamento multidisciplinar cuja finalidade será melhorar a sua qualidade de vida. O planeamento deverá ser realizado após um contacto prévio com os profissionais de saúde que os acompanham.

Os cuidados médicos especiais abrangem todos os recursos necessários para garantir um atendimento de qualidade e segurança. Estes incluem a sedação, anestesia geral e a utilização de técnicas que viabilizem o tratamento dentário.

Os pacientes especiais são frequentemente pouco cooperantes. As suas experiências médicas anteriores, muitas vezes complicadas e dolorosas, reforçam a sua ansiedade e oposição.

A saúde oral nestes pacientes não é muitas vezes encarada pela família como uma prioridade. É necessário consciencializar os cuidadores da importância de realizar uma abordagem preventiva compatível com tratamentos dentários conservadores e repetida em curtos intervalos de tempo, minimizando tratamentos mais invasivos.

5 – De entre os mais comuns encontram-se os tratamentos restauradores de lesões de cárie em dentes deciduos associados à cárie precoce de infância; o tratamento de lesões traumáticas e o tratamento preventivo/restaurador de dentes definitivos com hipomineralização incisivo-molar.

No plano preventivo destaco a utilização de protocolos de remineralização através da aplicação de um complexo de fosfopéptidos de caseína e fosfato amorfo (CPP-ACP).

No plano terapêutico ressalvo o uso de compósitos infiltrantes e de coroas de zircônia.



Joana Farto

Especialista em odontopediatria pela O.M.D.; Doutoramento em Medicina pela U.B.; Mestrado em odontopediatria pela U.B.; Prática exclusiva em odontopediatria e Ortodontia; Membro de várias Sociedades Científicas; Licenciatura em Medicina Dentária ISCS-Sul.

1 – Desde criança que desejava ser médica, à medida que fui crescendo surgiram várias oportunidades de trabalhar com crianças, fiz babysitting, animação em campos de férias. Quando entrei para medicina dentária continuei com algumas atividades paralelas com crianças e, no final do curso, tornou-se muito claro para mim, que tinha de aprender mais e melhor, que a especialização teria de ser na área da pediatria.

Na altura decidi que queria ir fazer o mestrado para a Universidade de Barcelona, o que implicava viver dois anos em Espanha, por ser uma especialização presencial e a tempo inteiro. Fiz todas as provas e fui selecionada. Foi uma experiência inesquecível e que me moldou tanto como profissional como pessoa. Fiz depois várias pós-graduações na área da Ortodontia, Técnica MFS, MBT, Máster Damon, e mais recentemente formação em Invisalign. Para os colegas que desejam dedicar-se à odontopediatria em exclusividade recomendo formação presencial numa faculdade reconhecida. Para os colegas que simplesmente querem umas dicas e aprender os tratamentos específicos da área, tenho que recomendar o curso que recentemente iniciei e que consiste em cinco módulos de dois dias e meio, que aborda um pouco de tudo na odontopediatria e sem dúvida permite que o trabalho do dia-a-dia tenha mais qualidade.

2 – Creio que atualmente a consulta é adaptada à criança de uma forma individualizada e cuidada, não são os pequenos pacientes que se adaptam ao médico. De extrema importância é o profissional ter todas as ferramentas para conseguir promover um ambiente descontraído e de verdadeira empatia tanto com o paciente como com os pais. Este know-how está diretamente relacionado com a especialização do profissional, saber quais as técnicas de comportamento a utilizar em cada situação de forma a minimizar a ansiedade dos nossos pacientes. Há técnicas que utilizo diariamente, como o dizer/mostrar/fazer, perguntar/explicar/perguntar, distração e reforço positivo.

3 – A anestesia geral é uma ferramenta importantíssima na odontopediatria e nunca fiz tantos blocos como no ano de 2019. Por isso a resposta é afirmativa. A realidade é que muitos destes casos são referidos por colegas, a quem desde já agradeço toda a confiança demonstrada.

4 – Os pacientes com necessidades especiais são aqueles mais difíceis de tratar. Porque há um cruzamento entre a necessidade de uma abordagem “infantilizada” com uma necessidade de tratamento multidisciplinar de um adulto. Desde muito cedo tento motivar os pais, não só das crianças com necessidades especiais, para a importância da prevenção e protocolo de manutenção. Nestes pacientes torna-se ainda mais importante a utilização de pastas com alta concentração associada à utilização regular de Clorhexidina.

5 – Os tratamentos mais comuns e específicos da odontopediatria são as coroas metálicas, pulpotomias, pulpectomias e mantedores de espaço. A odontopediatria infelizmente é a “parente pobre” da medicina dentária e a investigação e confeção de novos materiais é muito limitada. Em termos de materiais tem-se falado muito nos últimos tempos de coroas de Zircônia pré-formadas para dentes deciduos e mais recentemente para os primeiros molares definitivos.



Paula Faria Marques

Médica Dentista; Mestrado e especialidade em odontopediatria pela Universidade de Minnesota; Especialista em odontopediatria pela OMD; Professora Catedrática da FMDUL; Coordenadora do Curso de Especialização em odontopediatria da FMDUL; Presidente da Mesa da Assembleia Geral da SPOP.

1 – Desde cedo na minha formação que desenvolvi interesse pelo tratamento de crianças. O tratamento das crianças entusiasma-me por ser mais dinâmico uma vez que tratamos pessoas em desenvolvimento. Também a possibilidade de conseguir ajudar a desenvolver hábitos que permitam ter uma boa saúde oral ao longo da vida é um aspeto muito motivador.

Considero as formações avançadas muito importantes. Recomendo um programa de formação estruturado e devidamente reconhecido. A formação mais importante que realizei foi um programa pós-graduado a tempo integral de especialidade em odontopediatria na Universidade de Minnesota.

2 – Sim. Considero que atualmente a preocupação com a saúde oral faz parte do quotidiano das famílias e não existe apenas a procura dos serviços do médico dentista em situações de urgência. A prevenção também está muito mais divulgada na nossa sociedade e as idas ao dentista deixaram de ter a carga negativa a que tradicionalmente se encontravam associadas e passaram a ser uma situação normal. Tal como a ida a qualquer outro especialista.

Em relação às técnicas de controlo de comportamento, as técnicas utilizadas são ajustadas ao paciente e ao tratamento, diferindo, portanto, de caso para caso.

3 – Existem alguns casos que vão sempre necessitar de controlo de comportamento mediante a utilização de anestesia geral. Nomeadamente alguns pacientes com necessidades especiais, algumas situações de urgência em pacientes muito jovens, como por exemplo lesões traumáticas graves, entre outros.

4 – Os pacientes com necessidades especiais beneficiam tanto ou mais do que qualquer outro de uma abordagem preventiva, pelo que esta é muito importante e deve ser devidamente implementada. Sendo pacientes muitas vezes com múltiplas patologias a abordagem multidisciplinar é importante, e deve existir sempre uma boa comunicação com os outros profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento destes pacientes.

5 – Em relação ao tipo de tratamento, penso que os tratamentos preventivos e a dentisteria restauradora são os mais comuns. Têm existido grandes evoluções na medicina dentária aos quais a odontopediatria não está alheia, pelo que o desenvolvimento de novos materiais e técnicas também se repercute na nossa área. De um modo geral verifica-se uma tendência para a aplicação de técnicas cada vez mais conservadoras, bem como para uma intervenção precoce.

Tudo isto tem influência nos tratamentos que realizamos nos nossos pacientes.



Tânia Lourenço

Licenciatura (2000) e mestrado integrado (2016 – O Paciente com Autismo: a abordagem na consulta de medicina dentária e a importância da prevenção em saúde oral) – FMDUL; Pós-graduação em ortodontia (POS) (2006); Monitora e assistente convidada na

FMDUL – Endodontia – 2001 a 2009.

1 – Apesar de ser médica dentista generalista, a maioria dos meus pacientes são crianças. Gosto muito de crianças, sempre gostei. Ao longo do meu percurso académico tive a oportunidade de dar aulas de formação musical, de piano, de ténis e de catequese a crianças. Por outro lado, no início da minha atividade clínica, e durante cerca de doze anos, estive integrada numa clínica de saúde infantil com várias especialidades médicas, o que me permitiu uma prática clínica com uma forte incidência em crianças e adolescentes.

Os conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura e do mestrado integrado são fundamentais para a realização dos tratamentos adequados às situações clínicas com que

me deparo. Por outro lado, a prática clínica, a par com pesquisa pessoal (leitura de artigos científicos e contactos com especialistas) e a assistência a consultas de colegas, palestras e Congressos da OMD, proporcionou-me a aquisição e o apuramento de técnicas que ajudam os pacientes - crianças e adultos- a ultrapassar os seus bloqueios psicológicos ou fobias de modo a «permitir» a realização dos tratamentos, preventivos ou invasivos, que sejam necessários.

2 – Conseguir perceber qual a origem da fobia ou do trauma torna-se um verdadeiro desafio. Por vezes, o que os assusta são os ruídos ou o facto de não conseguirem estar muito tempo de boca aberta. O segredo é estarmos muito atentos e ajudarmos os pacientes a desmontar esse medo/desconforto. Por exemplo, fazer algumas pausas, realizar uma correta aspiração (verificando a colocação do aspirador para não aleijar) ou apresentar cada nova situação de forma divertida (muitas vezes, com as crianças, aproveito para contar uma história ao longo da consulta, envolvendo aquilo que se está a passar).

3 – Tenho conseguido fazer os tratamentos necessários a crianças que inicialmente mostram maior ansiedade, empregando técnicas de reforço positivo e procedendo aos tratamentos de forma gradual, pelo que ainda não tive necessidade de recorrer à sedação ou à anestesia geral.

4 – Na experiência que tenho, os pais destas crianças e as próprias crianças, são bastante recetivos à implementação de rotinas (tanto em casa, como nas visitas periódicas ao consultório) e dos hábitos alimentares propostos. Desta forma, por vezes, acabam por ter menos propensão a doenças orais. Em gabinete é preciso ter muita atenção ao ambiente, aos ruídos, aos cheiros e aos sabores, sabendo dosear a firmeza e a afetividade necessários numa consulta com qualquer criança. Por outro lado, verifico a necessidade de empregar técnicas para como, médica dentista, estar calma, segura e focada.

5 – Os tratamentos que mais faço continuam a ser os preventivos – por exemplo, aconselho o uso do revelador de placa bacteriana em casa. Dedico muito tempo a motivar/responsabilizar o paciente (criança ou adulto) com vista à correta manutenção e preservação das suas peças dentárias; afinal o melhor médico dentista do paciente é o próprio paciente. Como diz a adivinha: “Recebemos duas de graça, a terceira vale ouro. O que é?”.



Teresa Vale

Licenciada ISCSN, 1996; Doutorada UB, 2006; Professora Auxiliar IUCS, Regente Clínica Odontopediátrica III; Especialista em odontopediatria pela OMD; Coordenação Científica e Pedagógica dos Cursos de Pós-Graduação Clínica Integrada Odontopediátrica e de Orto-

dontia Intercetiva Odontopediátrica IUCS; Membro SEOP, SPOP, SPP, SPALO.

1 – A odontopediatria é a minha área de eleição desde os tempos de estudante. Quando tive contacto com a prática

clínica, os pacientes odontopediátricos foram os que mais me suscitaram interesse e dedicação, talvez pelo desafio e exigência da conquista dos mais difíceis, mas também pela grande responsabilidade que esta área acarreta. Trabalhar com crianças exige experiência, segurança e perspicácia, mas ao mesmo tempo é apaixonante e muito gratificante. Foram várias as formações que realizei ao longo da minha carreira profissional. Apesar de considerar que na atualidade há muito boas formações nesta área, enquanto coordenadora da pós-graduação de Ortodontia Intercetiva odontopediátrica e da pós-graduação de Clínica Integrada odontopediátrica na CESPU, seguramente esta é uma das que recomendo.

2 – Sim, a desmistificação da consulta de medicina dentária tem sido um facto. Isso deve-se à consciencialização e informação divulgada aos pais e ao trabalho e profissionalismo de todos os colegas que se dedicam com paixão a esta área tão gratificante. São várias as técnicas de que dispomos em termos de controlo de comportamento, como por exemplo, o toque, a meditação e a sugestão de hipnose. Mas, entre as técnicas mais utilizadas como a distração, a otimização do controlo ou o reforço positivo, creio que a clássica “dizer-mostrar-fazer” é a mais utilizada e bastante eficaz.

3 – Não diria muitos casos, mas há situações clínicas e comportamentais que não nos permitem outra alternativa a não ser a anestesia geral. Quando assim é, acho que devemos pensar no melhor protocolo clínico para o paciente, fomentando a realização adequada e segura dos tratamentos necessários e tendo sempre em consideração uma prática clínica humanizada.

4 – Para os pacientes especiais, tal como para todos os pacientes odontopediátricos, é muito importante estabelecer protocolos de prevenção, e este deve ser o foco da nossa prática clínica. Obviamente terá de ser avaliado o risco individual e estabelecer planos de consultas trimestrais ou semestrais. Grande parte dos pacientes especiais necessitam, como é óbvio, de atendimento por equipas multidisciplinares, assim a transdisciplinaridade é fundamental para um bom acompanhamento destes pacientes.

5 – A odontopediatria é uma área muito abrangente que tem o desafio de tratar bebés, crianças e adolescentes. Tendo em consideração as diferentes faixas etárias e as suas particularidades em relação ao desenvolvimento psicológico a abordagem terapêutica é desde preventiva, a conservadora, reabilitadora, ortodôntica e cirúrgica. Considerando a doença cárie e as alterações oclusais significativamente prevalentes, penso que os tratamentos mais comuns são na área da dentisteria restauradora e da ortodontia intercetiva.

A evolução dos materiais e da tecnologia permite, na prática clínica de odontopediatria, melhorias significativas a nível da anestesia, utilizando equipamentos de anestesia eletrónica, a nível da cirurgia, utilizando a tecnologia LASER, a nível de tratamentos de lesões de cárie, recorrendo à remoção atraumática de tecido cariado e utilizando materiais bioativos e também ao nível do diagnóstico radiográfico recorrendo à utilização de CBCT3D. ■

Diana Ribeiro Santos



¹Joana Farto, DDS, MSC, PHD
²João Reis DDS, MSC

GRANULOMA PIOGÉNICO EM PACIENTE DE TRÊS ANOS CASO CLÍNICO



Fig. 1.



Fig. 2.

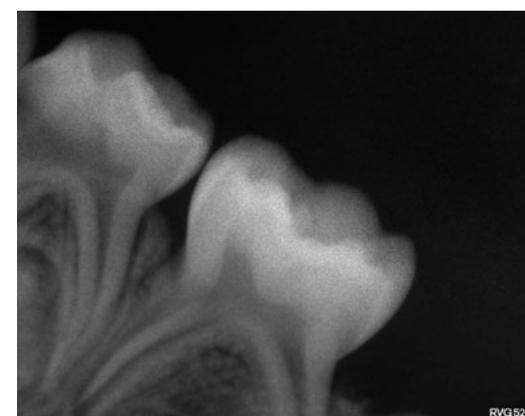


Fig. 3.

Introdução

Paciente de três anos do sexo feminino é enviada por colega para consulta de Especialidade de Odontopediatria.

Pais referem a presença de um “alto na gengiva” que causa sangramento durante a mastigação e a escovagem dentária.

Nada a referir na **História Clínica**.

No **Exame Clínico** é visível uma alteração de volume, coloração e textura na gengiva vestibular e distal do dente 7.5 que se apresenta hígido (Figs. 1 e 2). A lesão é mole, não dolorosa à palpação. Após aplicação de jacto de ar é possível ver que tem o pedículo com origem na mucosa aderida e sulco gengival nas vertentes vestibular e distal.

No **Exame Radiográfico** não se identificou qualquer tipo de alteração dentária e/ou óssea (Fig. 3).

Plano de tratamento

A lesão estava presente há mais de duas semanas mesmo após prescrição de antibiótico e anti-inflamatório. As características clínicas e o facto de estar a aumentar de volume causando dificuldade na mastigação e higiene oral, obrigavam à sua excisão total e necessidade de envio para análise anatomopatológica.

A menina de três anos apesar de muito colaboradora não teria capacidade de permitir a excisão total da lesão pelo que se optou por tratamento com anestesia geral (Figs. 4; 5; 6), devido à complexidade da intervenção, necessidade de abertura e a possibilidade de sangramento abundante.

Procedimento Cirúrgico

- Anestesia Local com vasoconstritor para diminuir a dor pós-operatória e melhorar a visibilidade intra-operatória (Fig. 7).

- Excisão total da lesão com lâmina #15 por vestibular e lâmina 12 por distal do 7.5 (Figs. 8; 9; 10; 11; 12).

- Desbridamento da superfície radicular e periosteio com ponta de destarizador e curetagem (Fig. 13).

- Desbridamento com broca diamantada (Fig. 14).

- Irrigação e inspeção final (Fig. 15).

Após envio da peça (Fig. 16) com 1,4 X 0.4 X 0.3 cm para análise histológica o diagnóstico foi: Hemangioma Lobular Capilar (Granuloma Piogénico).

Discussão

O diagnóstico das lesões hiperplásicas da mucosa oral é por vezes difícil devido à variedade de patologias que podem produzir essas alterações. Um aumento de volume pode ser devido a uma alteração dimensional de estruturas anatómicas, processos inflamatórios, quistos, neoplasias ou alterações do desenvolvimento.

Muitas destas hiperplasias são causadas por lesão traumática tecidual crónica que provoca uma reação exuberante.

Peralles et al (2006) constatarem no seu estudo clínico e histológico de lesões hiperplásicas gengivais e alveolares, que a Hiperplasia Gengival Inflamatória e o Granuloma Piogénico eram os diagnósticos mais frequentes.

O Granuloma Piogénico é uma lesão frequente na cavidade oral, sendo a sua designação controversa pois a lesão não é um granuloma e não está associada à formação de pus.

Angelopoulos AP (1971) propôs a mudança de nome para “*hemangiomas granuloma*” para expressar as suas características histopatológicas: hemangiomaso e inflamatório.

Alguns autores encaram a patologia como infecciosa, devido ao achado frequente de estafilococos, estreptococos e fungos (*botryomycosis*), bem como infeção das paredes vasculares nos tecidos afetados. Bacilos Gram+ e Gram- são encontrados em lesões que já se encontram ulceradas e muito próximos da superfície, sendo por isso considerados contaminantes e não um fator causal.

É cada vez mais consensual que o trauma crónico de determinadas zonas leva a uma fragilização dos tecidos, tornando-os vulneráveis à infeção pelos agentes de baixa virulência acima referidos que irão provocar uma reação tecidual exuberante e característica, com tecido fibroso hiperplásico e hipervascularizado.

Os fatores etiológicos traumáticos mais comuns são:

- Tártaro
- Corpos estranhos
- Lesão dente decíduo
- Irritação crónica
- Alterações hormonais
- Drogas
- Patologias vasculares pré-existent
- Impactação alimentar
- Periodontite severa
- Trauma escovagem



Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.

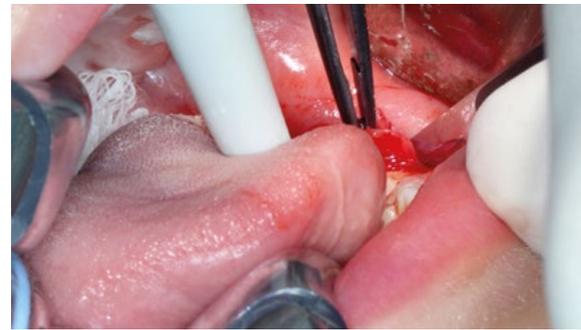


Fig. 8.

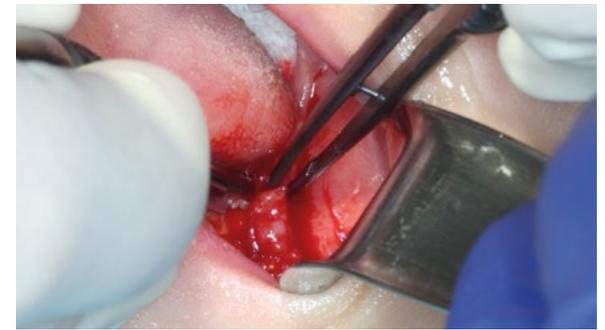


Fig. 9.

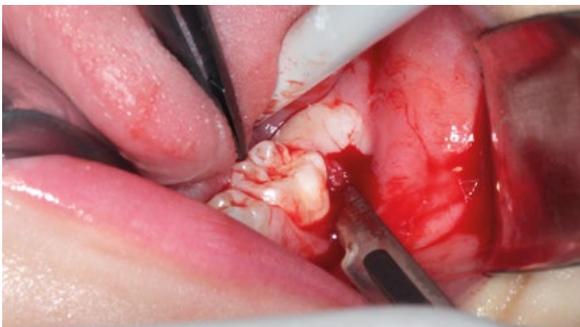


Fig. 10.



Fig. 11.

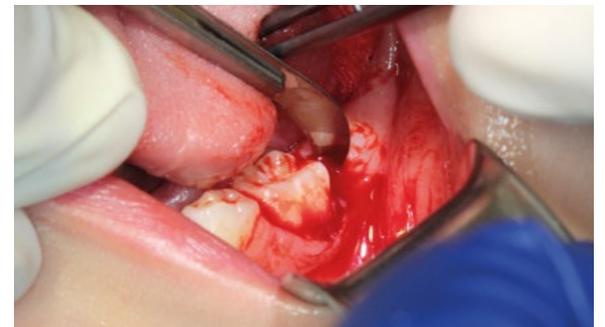


Fig. 12.

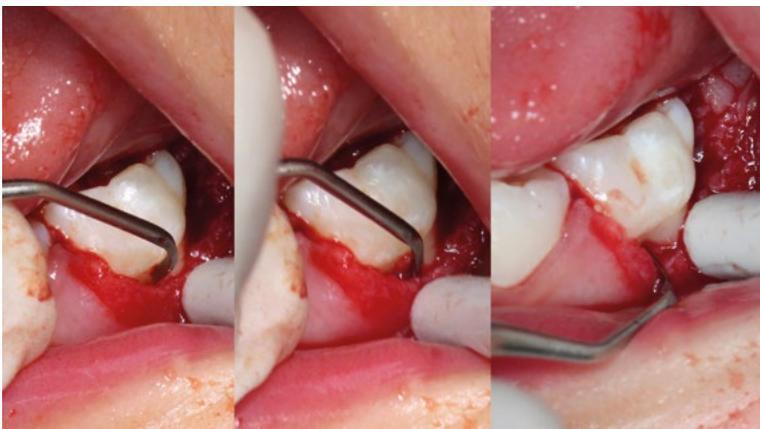


Fig. 13.

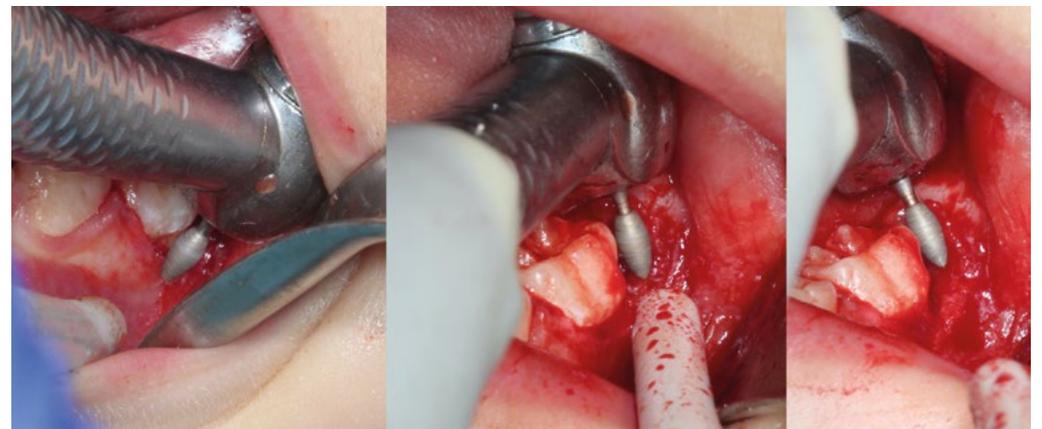


Fig. 14.

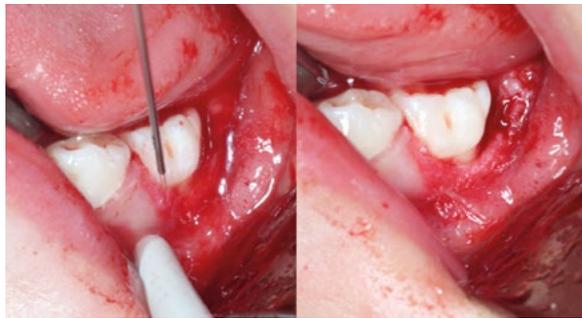


Fig. 15.



Fig. 16.



Fig. 17.



Fig. 18.

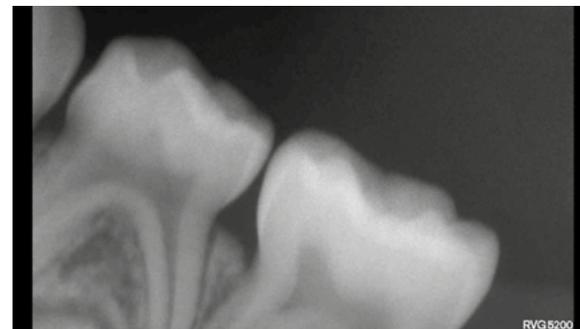


Fig. 19.

O Granuloma Piogénico é muito frequente na pele sendo cada vez mais denominado como Hemangioma Capilar Lobular e representa 0,5 % de todos os nódulos cutâneos em crianças.

Prevalência do Granuloma Piogénico Oral:

- Pacientes entre os 4.5 e os 93 anos de idade.
- Com maior incidência na 2ª e 5ª década de vida.
- Mais prevalente no sexo feminino.
- A sua variável, denominado Tumor Gravídico ocorre até 5% das gravidezes.

As localizações mais frequentes são:

1. Gengiva
2. Lábios
3. Língua
4. Mucosa Oral
5. Palato duro

Clinicamente podem apresentar-se como lesões sésseis, pediculadas ou elevadas com coloração variável de esbranquiçado a vermelho escuro. São geralmente moles e assintomáticos.

Os achados radiográficos são raros e apenas como pequenas reabsorções superficiais em lesões muito volumosas localizadas na gengiva aderida.

Diagnóstico diferencial:

- Tumor de Células Gigantes Periférico
- Fibroma Ossificante Periférico
- Fibroma Odontogénico Periférico
- Tecido granulomatoso convencional
- Inflamação Gengival
- Sarcoma de Kaposi
- Angiosarcoma
- Linfoma não Hodgkin

Tratamento

1. Excisão cirúrgica até ao periosteio (ou até fator causal).
2. Curetagem dos tecidos subjacentes.

A recidiva é baixa (5.8%) quando a excisão é abrangente mas mais frequente quando a excisão é conservadora (15.8%).

O Granuloma Piogénico Oral não apresenta características invasivas/infiltrativas ou potencial de malignização.

Conclusão

O Granuloma Piogénico numa criança de idade tão nova como três anos é bastante raro e por isso considerou-se de interesse reportar pormenorizadamente o caso. De agora em diante o objectivo é de seguir a paciente de seis em seis meses para avaliar algum sinal de recidiva. Foi feito um pri-

meio controlo uma semana depois do procedimento (Fig. 17) e um novo controlo aos seis meses e é de sublinhar a capacidade de regeneração dos tecidos envolventes. O dente 7.5, dente relacionado com a lesão apresenta vitalidade e não há sinais clínicos ou radiográficos de patologia associada (Figs. 18 e 19). Continuaremos a seguir a paciente, até à exfoliação do dente 7.5 e erupção do pré-molar correspondente. ■

¹ Especialista em Odontopediatria pela O.M.D.; Doutoramento em Medicina pela U.B.; Mestrado em Odontopediatria pela U.B.; Prática exclusiva em Odontopediatria e Ortodontia; Membro de várias Sociedades Científicas; Licenciatura em Medicina Dentária ISCS-Sul

² Especialista em Cirurgia Oral pela OMD; Mestrado Integrado em Medicina Dentária - Universidade Egas Moniz; Academic Expert in Functions and Disfunctions of the Masticatory Organ - Donau Universität; Prática Exclusiva em Cirurgia Oral e Implantologia; Licenciatura em Medicina Dentária ISCS-Sul

Bibliografia

- Angelopoulos A.P. Pyogenic granuloma of the oral cavity: Statistical analysis of its clinical features. *J Oral Surg.* 1971;29:840-7.
- Bhaskar SN., Jacoway JR. Pyogenic granuloma – clinical features, incidence, histology, and result of treatment: Report of 242 cases. *J Oral Surg.* 1966;24:391-8.
- Cawson RA, Binnie WH, Speight PM, Barrett AW, Wright JM. *Lucas Pathology of tumors of oral tissues.* 5th ed. Missouri: Mosby; 1998. pp. 252-4.
- Daley TD, Nartey NO., Wysocki GP. Pregnancy tumor: An analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991;72:196-9.
- Davies MG, Barton SP., Atai F, Marks R. The abnormal dermis in pyogenic granuloma. Histochemical and ultrastructural observations. *J Am Acad Dermatol.* 1980;2:132-42.
- Lawoyin JO, Arotiba JT., Dosumu OO. Oral pyogenic granuloma: A review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1997;35:185-9.
- Marx RE., Stern D. *Oral and Maxillofacial Pathology: A rationale for diagnosis and treatment.* Chicago: Quintessence Publishing Co; 2003. pp. 21-3.
- Peralles PG, Viana AP, Azevedo A.L, Pires FR. Gingival and alveolar hyperplastic reactive lesions: Clinicopathological study of 90 cases. *Braz J Oral Sci.* 2006;5:1085-9.

bestprint

ORTHO

Alginato ortodôntico para impressões de alta precisão

Bestprint Ortho é um alginato para modelos de ortodontia, com indicador de fase cromática. É altamente elástico e resistente, o que permite que as impressões sejam perfeitamente registadas.

PRECISÃO MÁXIMA

Apresenta uma reprodução dos detalhes bastante elevada. Um requisito essencial para a realização de modelos precisos.

ELASTICIDADE E RESISTÊNCIA

A alta elasticidade e resistência ao rasgo permitem uma reprodução perfeita dos detalhes, mesmo na presença de ângulos agudos óbvios.

SABOR A MENTA

Um leve aroma a menta foi intencionalmente incorporado para minimizar a salivação e o reflexo emético.

ALGINATO CROMÁTICO

O indicador de fase cromática ajuda na preparação do alginato, sem haver preocupações com mudanças de temperatura ou dureza da água utilizada. É uma garantia para uma mistura perfeita e uma inserção oportuna na cavidade oral.



- CLASSE A TIPO 1
- TIXOTRÓPICO
- ESTABILIDADE DIMENSIONAL 100 HORAS
- LIVRE DE POEIRA
- SABOR A MENTA
- TEMPO DE PRESA EXTRA RÁPIDO
- ALTA PRECISÃO 20µM
- RECUPERAÇÃO ELÁSTICA 96,2%



QMS
Quality Meets Simplicity

Douromed
Equipamento Médico Dentário



¹ Dra. Elsa Paiva
² Dra. Clemência Vieira

AVULSÃO DENTÁRIA EM ODONTOPEDIATRIA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Introdução

A avulsão dentária corresponde ao deslocamento total de um dente do seu alvéolo. É mais frequente em crianças entre os sete e os nove anos de idade e os incisivos centrais superiores são os dentes mais afetados. O diagnóstico, plano de tratamento e acompanhamento apropriados são fatores importantes para garantir um prognóstico favorável. As diretrizes da Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT) têm como objetivo uniformizar a prática clínica aproximando-a da excelência, auxiliando os médicos dentistas e pacientes no processo de decisão de forma a proporcionar um tratamento eficaz.

Caso clínico

Paciente de dez anos, género masculino, sem antecedentes médicos relevantes, surge na consulta no dia 25/06/18, um dia após ter sofrido um traumatismo dentário. Segundo relato do responsável da criança (Fig. 1 e 2) e relatório escrito da colega que atendeu o paciente em contexto de urgência, conclui-se que foi realizada a reimplantação do dente 11 (soro fisiológico como meio de transporte e armazenamento), cerca de 50 minutos após o traumatismo, com posterior ferulização da peça dentária avulsionada com fio metálico e compósito. O paciente encontrava-se medicado com 875 mg de amoxicilina+125 mg de ácido clavulânico e ibuprofeno 400 mg e tinha sido instruído a evitar desportos de contacto físico, fazer dieta mole e aplicação tópica de digluconato de clorhexidina a 0.12% duas vezes ao dia durante 15 dias.

Após exame clínico, observa-se inflamação gengival, bem como, dor à percussão vertical e horizontal (Fig. 3). Os testes de sensibilidade foram negativos nos dentes 12, 11 e 21. Ao exame radiográfico, observa-se fraturas não complicadas e rizogénese incompleta dos dentes 11 e 21 (Fig. 4). Neste mesmo dia, é solicitada consulta de avaliação de endodontia e é decidido não intervir endodônticamente nos dentes 11 e 21.

Duas semanas após o traumatismo dentário (Fig. 5), procedeu-se à remoção da férula e manteve-se as restaurações provisórias previamente realizadas, observou-se ainda, mobilidade aumentada dos dentes 11 e 21 e dor ligeira à percussão horizontal. Radiograficamente não se observaram reabsorções dentárias (Fig. 6). Os testes de sensibilidade aos dentes 11 e 21 mantiveram-se negativos.

Após um mês, o paciente encontrava-se clínica (Fig. 7) e radiograficamente estável (Fig. 8).

Aos três meses, procedeu-se à reabilitação estética dos dentes 11 e 21 com resina composta (Fig. 9). O dente 21 respondeu positivamente aos testes de sensibilidade. O dente 11 manteve-se negativo, sem alteração de cor e sem mobilidade aumentada, embora radiograficamente apresentasse

sinais de reabsorção radicular externa (Fig. 10). Decide-se manter o controlo clínico e radiográfico semestral, no qual não existiram intercorrências.

Aos 12 meses, o dente 11 mantém ao exame radiográfico sinais de reabsorção radicular externa, embora sem sintomatologia associada e com resposta positiva (ainda que tardia) aos testes de sensibilidade. O dente 21 apresenta-se com resposta positiva e rizogénese completa (Fig. 11).

Manteve-se o controlo clínico e radiográfico semestralmente e neste momento, transcorridos dois anos após a avulsão dentária, o paciente encontra-se estável e assintomático (Fig. 12, 13 e 14).

Discussão

A avulsão de dentes permanentes representa 0,5% a 16% de todas as lesões dentárias^{1,2,7}. Esta lesão é uma das mais graves e o prognóstico é dependente das medidas tomadas no local do acidente, imediatamente após a avulsão²⁻¹¹. Assim sendo, é necessária formação dirigida aos pais, professores, técnicos e profissionais de saúde, bem como dotar de meio de transporte adequado, as escolas, centros de saúde e os serviços de urgência dos hospitais. O reimplante é, na maioria dos casos, o tratamento de escolha, mas nem sempre pode ser realizado imediatamente.

A escolha do tratamento está relacionada com o grau de formação radicular e com a condição das células do ligamento periodontal. A condição das células do ligamento periodontal é dependente do meio de armazenamento e do tempo que a peça dentária ficou fora da cavidade oral, especialmente o tempo em meio seco, o qual é crítico para a sobrevivência das células. Após um tempo extra-alveolar de 60 minutos ou mais, todas as células do ligamento periodontal estarão inviáveis^{2,4,9,11}. Quanto mais rápido for o reimplante melhor o prognóstico^{2,4}. Se o dente não puder ser reimplantado nos primeiros 5 minutos, deverá ser armazenado em meio húmido adequado. O meio de transporte ideal deverá ter baixo conteúdo bacteriano, pH neutro, osmolaridade fisiológica e conter nutrientes, mas também tem de estar acessível. Dentro dos meios de transporte a primeira escolha serão os chamados meios fisiológicos como o Viaspan ou a Solução de Hank. Relativamente aos meios de transporte não fisiológicos o leite será um meio adequado sendo facilmente disponibilizado no local do acidente pelo que será aconselhado a sua utilização¹⁰.

A perda de um elemento dentário possui consequências sérias para a vida. Assim, todo o esforço deve ser realizado para preservar a vitalidade pulpar num dente permanente com rizogénese incompleta, para garantir a continuidade do desenvolvimento radicular. Os dentes permanentes com rizogénese incompleta apresentam uma capacidade consi-

derável de reparação após exposições pulpares traumáticas, lesões de luxação e fraturas radiculares^{7,9}.

O objetivo do reimplante em dentes com rizogénese incompleta é permitir uma possível revascularização do espaço pulpar. Nos dentes em que a revascularização pulpar se afigura possível, o tratamento endodôntico deverá ser protelado enquanto não houver evidência clínica ou radiológica de necrose pulpar^{2,7,11}.

No momento do acidente, os testes de sensibilidade frequentemente não geram nenhuma resposta, indicando uma ausência transitória de resposta pulpar. As consultas pós-operatórias regulares são necessárias para realizar o diagnóstico da condição pulpar^{2,3}.

A evidência científica atual suporta ainda a utilização de contenção flexível e de curta duração (até duas semanas) para dentes avulsionados. Embora nem o tipo nem a duração da contenção de dentes luxados estejam significativamente relacionadas ao prognóstico, a contenção é considerada a melhor forma de se manter o dente reposicionado corretamente, proporcionando conforto ao paciente e melhoria da função^{2,3,9}.

A reabsorção radicular externa é a complicação mais frequente pós-reimplante, nomeadamente a reabsorção de superfície (que pode ser considerada uma forma de cicatrização do ligamento periodontal), a reabsorção inflamatória (quase sempre associada a necrose e infeção pulpar) e a reabsorção de substituição (associada a anquilose do dente) sendo esta a que acarreta pior prognóstico¹¹.

No caso clínico apresentado, aos 15 dias pós-traumatismo, o paciente encontrava-se assintomático, com resposta negativa aos testes de sensibilidade nos dentes 11 e 21, bem como nos dentes adjacentes 12 e 22. Não existia nenhum sinal clínico nem radiográfico de necrose pulpar. Pela idade do paciente e pelo estado desenvolvimento do ápex do dente 11 (ainda não completamente formado), pareceu-nos aceitável esperar uma revascularização do dente avulsionado. A responsável da criança foi instruída para ir vigiando qualquer alteração (cor, fístula, dor) compatível com necrose pulpar e a fazer os controlos periódicos.

Transcorridos três meses, no exame radiográfico de controlo detetaram-se lesões compatíveis com reabsorção radicular externa do dente 11. Porém, tanto o dente 11 como os adjacentes, continuavam assintomáticos e apresentavam resposta normal aos testes de sensibilidade, sem nenhum sinal clínico de necrose pulpar. Neste sentido, decidimos avançar com as restaurações estéticas, mesmo que posteriormente fosse necessário a intervenção endodôntica.

Após seis meses, o dente 11, mantinha uma imagem de reabsorção radicular externa (semelhante ao controlo trimestral), porém não apresentava qualquer sinal de infeção pulpar e a resposta aos testes de sensibilidade continuavam



Fig 1. Criança de 10 anos de idade após sofrer traumatismo dentário com avulsão do dente 11.



Fig 2. Peça dentária avulsionada.



Fig 3. Exame clínico um dia pós-traumatismo.

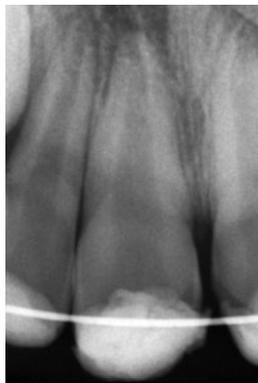


Fig 4. Radiografia periapical dos dentes 11 e 21 um dia após traumatismo.



Fig 5. Exame clínico 15 dias após traumatismo.



Fig 6. Radiografia periapical do dente 11 quinze dias após traumatismo.



Fig 7. Exame clínico um mês após traumatismo.



Fig 8. Radiografia periapical dos dentes 11 e 21 um mês após traumatismo.



Fig 9. Reabilitação estética em resina composta dos dentes 11 e 21 três meses após traumatismo. Pós-operatório imediato.



Fig 10. Radiografia periapical dos dentes 11 e 21 três meses após traumatismo.



Fig 11. Radiografia periapical do dentes 11e 21 doze meses após traumatismo.



Fig 12. Exame clínico 24 meses após traumatismo. Vista frontal.



Fig 13. Exame clínico 24 meses após traumatismo. Vista palatina.



Fig 14. Radiografia periapical dos dentes 11 e 21 vinte e quatro meses após traumatismo.

positivos. Pelo grau de desenvolvimento radicular e pela manutenção dos sinais clínicos positivos desde a primeira avaliação estaríamos perante um protocolo de atuação para dentes de ápex aberto.

Neste contexto, a abordagem endodôntica não garantia a interrupção do processo de reabsorção e poderia adicionar uma dificuldade extra, pois poderíamos contaminar o espaço pulpar e introduzir material que não seria reabsorvido.

Dado o paciente ainda não ter atingido o pico de crescimento maxilar a literatura científica aconselha um controlo apertado da vitalidade e crescimento juntamente com a equipa de Endodontia e Ortodontia, de forma a que assim que o paciente atinja a idade adulta um tratamento mais definitivo possa ser realizado⁵.

Conclusão

A avulsão de dentes permanentes em idade infantil constitui um grave problema de saúde pública pelo impacto negativo a nível estético, funcional e psicológico. A rapidez da implementação do tratamento e o cumprimento dos cui-

dados pós-operatórios constituem fatores chave no prognóstico. Ainda que frequentemente o tratamento subsequente das lesões traumáticas exija intervenções secundárias envolvendo equipas multidisciplinares, é fundamental que o médico dentista esteja capacitado para o diagnóstico e pronta intervenção, condições determinantes para o sucesso clínico. ■

¹ Médica Dentista; Doutorada em Odontopediatria; Especialista em Odontopediatria pela OMD; Prática exclusiva em Odontopediatria; Membro fundador da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria.

² Licenciada em Medicina dentária pela Faculdade de Ciências da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFP); Mestre em Odontopediatria pela Universidade de Barcelona (UB); Doutoranda em Ciências da Saúde pela UB; Especialista em Odontopediatria pela OMD; Membro da AAPD, EAPD, SEOP e membro fundador da SPOP.

Referências Bibliográficas

- Hinckfuss S, Messer L. An evidence-based assessment of the clinical guidelines for replanted avulsed teeth. Part I: timing of pulp extirpation. *Dental Traumatology*. 2009;25(1):32-42.
- Andersson L, Andreasen J, Day P, Heithersay G, Trope M, DiAngelis A et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dental Traumatology*. 2012;28(2):88-96.
- Beech N, Tan-Gore E, Bohreh K, Nikolarakos D. Management of dental trauma by general practitioners. *The Royal Australian College of General practitioners* 2015.2015;44(12):915-918.
- Garcia-Godoy F, Murray P. Recommendations for using regenerative endodontic procedures in permanent immature traumatized teeth. *Dental Traumatology*. 2012;28(1):33-41.
- Malmgren B. Ridge Preservation/Decoronation. *Journal of Endodontics*. 2013;39(3):S67-S72.
- Panzarini S, Trevisan C, Brandini D, Poi W, Sonoda C, Luvizuto E et al. Intracanal dressing and root canal filling materials in tooth replantation: a literature review. *Dental Traumatology*. 2012;28(1):42-48.
- Rosenberg H, Rosenberg H, Hickey M. Emergency Management of a Traumatic Tooth Avulsion. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;57(4):375-377.
- Kostka E, Meissner S, Finke C, Mandirala M, Preissner S. Multidisciplinary Treatment Options of Tooth Avulsion Considering Different Therapy Concepts. *The Open Dentistry Journal*. 2014;8(1):180-183.
- Trope M. Avulsion of permanent teeth: theory to practice. *Dental Traumatology*. 2011;27(4):281-294.
- Udoe C, Jafarzadeh H, Abbott P. Transport media for avulsed teeth: A review. *Australian Endodontic Journal*. 2012;38(3):129-136.
- Andreasen F. Transient Root Resorption after Dental Trauma: The Clinician's Dilemma. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 2003;15(2):80-92.

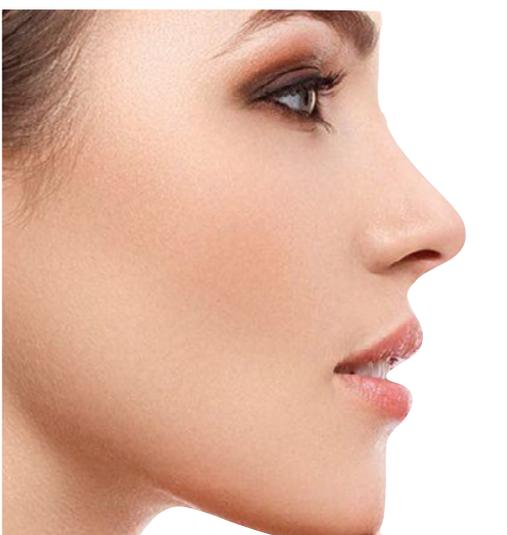
SEMANA DA ESTÉTICA FACIAL



TOXINA BOTULÍNICA E PREENCHIMENTO

30-31 OUT

9^aEd



BICHECTOMIA

28 OUT

7^aEd



FIOS DE SUSTENTAÇÃO FACIAL

27 OUT

3^aEd

mdacademy.pt





ESTUDO E APRENDIZAGEM

Enquanto debatemos, sofremos e angustiamos-nos com tudo o que gira em torno da pandemia, a vida tem que continuar



Temos a oportunidade de continuarmos a evoluir como pessoas e como profissionais. Existem opções. Querendo ou não, há decisões a tomar.

Esta crise afasta-nos do porto seguro, leva-nos para o desconhecido, que nos expõe aos riscos e incertezas que dominam o mundo neste momento. As verdades absolutas estão praticamente em extinção. O âmago da ideia é estimular e (por que não?) encorajar-nos a seguirmos o nosso caminho. Não apenas numa direção, pois está claro que não existe uma só.

As tentativas são bem-vindas e até necessárias para encontrarmos rumos que nos permitam uma sobrevivência digna e ética num universo inseguro onde alguns conspiram com posturas e comportamentos por vezes negativos e apreensivos. Como devo fazer para ser melhor sucedido? Esta pergunta poderia ter várias respostas e nenhuma totalmente esclarecedora.

No entanto, vamos deter-nos numa das possíveis respostas: quem fica parado, morre. Não no sentido literal, mas no metafórico. Por conseguinte, temos que fazer de tudo para nos reinventarmos. Não só melhorar a nossa capacidade de

desenvolvimento perante um mercado à deriva em busca de profissionais que possam fazer a diferença na vida das pessoas e das empresas, mas também estudar e aprender para além do ensino formal da universidade. A curva mais acentuada de crescimento e produção acontece depois da universidade.

Compreender essa necessidade de inovar é parte da solução. Cultivar dentro de nós esse desejo de procura intensa, essa curiosidade insaciável que nos leva a querer percorrer a incansável e interminável trilha da sabedoria. Infelizmente, o mundo profissional está sedento de pessoas inconformadas e cheio de pessoas resignadas. As resignadas não fazem mais do que o recomendado, pois foi assim que lhes foi dito que deveria ser feito.

Estamos rodeados de regras e verdades inquestionáveis. É mais cómodo aceitá-las do que as infringir. Afinal, contestar

exige conhecimento para defender outras posições. Entender que todos os dias podemos acordar e encarnar uma versão mais nova, real e não virtual, daquela que éramos ao deitar, pode ser a chave para encontrar novas soluções para velhos problemas (não tão velhos assim).

Somos movidos pelos desafios e crescemos nas dificuldades, principalmente se encararmos os mesmos como aprendizes e não como vítimas. Vamos aproveitar as oportunidades para aumentar o nosso repertório. Exigirá esforço, mas seremos certamente compensados. Vale muito a pena sair da “mesmice” e deixar de ser submisso. Por certo, este processo de aprendizagem irá tornar-nos menos vulneráveis e mais independentes.

Até à próxima. ■

Celso Orth

*Graduado em Medicina Dentária - UFRGS; MBA em Gestão Empresarial - Fundação Getulio Vargas; Educador Físico - IPARS; Membro Fundador da Academia Brasileira de Odontologia Estética; Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética; Palestrante de Gestão na Prestação de Serviços na área da saúde; Reabilitador que trabalha em tempo integral na Clínica Orth - Rio Grande do Sul - Brasil. **Para enviar questões e solicitar esclarecimentos: celsoantonioorth@gmail.com**



FOCO CIRÚRGICO
SURGICAL LED LIGHTS
LEDS OSRAM (GERMANY)

Solução de instalação

- Teto
- Parede
- Base Rodável



Solicite Proposta!



Ilumine o seu campo de trabalho!

MESA CIRÚRGICA
DIVERSOS MODELOS
CONSULTE-NOS

BANCOS CIRÚRGICOS / MICROSCOPIA



MOD. 1
580€



MOD. 2
785€



MOD. 3
850€



MOD. 4
885€

www.dentalpower.com.pt

NSK

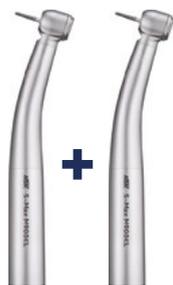
CREATE IT.

Oferta Especial Rotatórios Serie M

Até 31 de dezembro de 2020

S-Max M

Oferta Especial: 2 Rotatórios Serie M do mesmo modelo



799€*
1.900€*

MODELO **M900KL** REF. P1258

- Turbina de Aço Inoxidável
- POTÊNCIA 26W
- Conexão KaVo® MULTiflex®
- Com Luz
- Sistema de Cabeça Limpa (Anti-Retorno)
- Quatro Sprays
- Velocidade: 325.000~430.000 min⁻¹
- **2 ANOS** de Garantia



749€*
1.694€*

MODELO **M900L** REF. P1254

- Turbina de Aço Inoxidável
- POTÊNCIA 26W
- Conexão NSK
- Com Luz
- Sistema de Cabeça Limpa (Anti-Retorno)
- Quatro Sprays
- Velocidade: 325.000~430.000 min⁻¹
- **2 ANOS** de Garantia

**NOVO**

599€*
1.244€*

MODELO **M25** REF. C1027

- Contra Ângulos de Aço Inoxidável
- Velocidade Direta 1:1
- Sem Luz
- Sistema de Cabeça Limpa (Anti-Retorno)
- Spray Simples
- Velocidade Máxima: 40.000 min⁻¹
- Para fresas CA (Ø2,35)
- **2 ANOS** de Garantia

799€*
1.650€*

• Com Luz
MODELO **M25L**
REF. C1024



799€*
1.656€*

MODELO **M95** REF. C1026

- Contra Ângulos de Aço Inoxidável
- Multiplicador 1:5
- Sem Luz
- Sistema de Cabeça Limpa (Anti-Retorno)
- Quatro Sprays
- Velocidade Máxima: 200.000 min⁻¹
- Para fresas FG (Ø1,6)
- **2 ANOS** de Garantia

999€*
2.192€*

• Com Luz
MODELO **M95L**
REF. C1023

KaVo® e MULTiflex LUX® são marcas registradas de Kaltenbach & Voigt GmbH & Co, Alemanha

* Os preços não incluem IVA • Ofertas válidas até 31 de dezembro de 2020 • Ofertas limitadas ao stock existente

NSK Dental Spain S.A. www.nsk-spain.es

Sr. João Paulo Costa · Tlm: 915 66 32 32 · e-mail: costa@nsk-spain.es

Módena, 43 · El Soho-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid · Espanha · tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es