

SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 106 • JANEIRO/FEVEREIRO 2016 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)

©MIS Corporation. All Rights Reserved

Para saber mais sobre a MIS visite nosso site:
www.mis-implants.com/pt ou ligue: +351 214175017

MAIS OSSO onde mais importa...

sds



Saiba mais acerca do novo implante V3 em: www.V3-implant.com

V3 By MIS

I AM DEMANDING

X MIND trium



3 em 1
em imagens
extra-orais
para todas as
necessidades 3D

- Panorâmico
- Cone Beam
- Ceph

**Uma qualidade de
imagem para
responder
às suas exigências**

- 4 FOV's à escolha: \varnothing 40x40 mm, \varnothing 60x60 mm, \varnothing 80x80 mm e \varnothing 110x80 mm.
- Uma ótima solução 3D para todas as especialidades, incluindo Implantologia, Ortodontia, Endodontia e Periodontia...
- A Acteon proporciona um serviço completo e exclusivo: hot-line, formação in situ, assistência remota de software, etc...

SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 106 • JANEIRO/FEVEREIRO 2016 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)



À conversa com Dárcio Fonseca
“Sou um *outsider*”



- 1 XXIV CONGRESSO OMD**
TUDO SOBRE O CONGRESSO
QUE LEVOU OS MÉDICOS
DENTISTAS AO MEO ARENA
- Reportagem fotográfica dos principais momentos
 - Entrevistas com os protagonistas
 - A opinião da indústria

- 2 A PLACA BACTERIANA
E FLUOROSE DENTÁRIA**
FLÚOR QUAL A SUA REAL
IMPORTÂNCIA NO COMBATE
À CÁRIE

Ficha técnica

SAÚDE ORAL 

Diretor: Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)

Colaboraram nesta edição: Carmen Silva, Manuela Vasconcelos e Susana Marvão

Fotografia: David Oitavem, Ricardo Meireles, Eduardo Martins, thinkstockphotos.com.pt

Sub Diretora Comercial Unidade

de Publicações: Sónia Albuquerque (salbuquerque@ife.pt)

Publicidade: Ana Pereira (apereira@ife.pt)

Assinaturas: assinaturas@ife.pt

Paginação: Luís Gregório

(lmj.gregorio@gmail.com)

Conselho Editorial: António de

Vasconcelos Tavares, Carlos Falcão, Fátima Duarte, Henrique Luís, João Caramês, João Pimenta, Luís Jardim, Manuel Neves, Miguel Meira e Cruz, Paulo Malo, Paulo Monteiro, Pedro Nicolau e Ricardo Faria e Almeida



By **ABIWAYS** 

Propriedade: IFE – Edições e Formação, SA - Rua Basílio Teles, 35 1º Dto. 1070-020 Lisboa Tel: 210 033 800 Fax: 210 033 888 E-mail: geral@ife.pt

NPC: 504 700 669

Órgãos sociais: IFE 100%

Country Manager: Raquel Rebelo

Diretora Comercial: Sónia Albuquerque

Pré-impressão, impressão

e acabamento: Lidergraf - Sustainable

Printing - Artes Gráficas SA

Tratamento de base de dados

e envelopagem:

Routeage Service, Lda – Tel.: 219 385 692

Publicação bimestral

Tiragem deste número:

6.500 exemplares

Depósito Legal: 125087/98

ICS 121656/98

Vendas por assinaturas (6 números):

Portugal Continental, Açores e Madeira:

52,20e (IVA incluído, 6%)

Revista fundada em 1998 por A. Esteves



JÁ TRAÇOU OS SEUS PLANOS PARA 2016?

Gosto de novos inícios. Da perspetiva de começar de novo. De analisar o que resultou no passado, o que correu menos bem, e traçar novas metas. Com a confiança renovada que só um início de ano consegue dar. E o leitor, já traçou os seus objetivos para 2016? Já sabe quais as metas a atingir? E as batalhas que terá de enfrentar para atingir os resultados? Nesta edição encontra um artigo de opinião sobre as tendências para 2016 no setor da medicina dentária, com destaque para a crescente preocupação com a qualidade do serviço prestado ao paciente, a importância do marketing digital e da retenção de clientes. O início do ano começou com boas notícias para os médicos dentistas. O Governo quer que os centros de Saúde passem a dispor de consultas de saúde oral, uma medida saudada por Orlando Monteiro da Silva, eleito para mais um mandato como bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas. Nesta edição publicamos as fotografias da tomada de posse dos novos órgãos sociais da OMD, que decorreu em Lisboa, assim como a reportagem do Congresso da OMD, que tomou de assalto o MEO Arena no

passado mês de dezembro. Um desafio que a organização e os médicos dentistas que estiveram presentes consideraram superado.

Na primeira edição do ano estivemos à conversa com Dárcio Fonseca, o médico dentista que se considera um “outsider”, que está à margem do sistema. Porquê? Para descobrir numa entrevista para ler e refletir nas páginas 14 a 18.

A importância do flúor no combate à cárie, bem como a controvérsia sobre a prescrição de suplementos, é alvo de análise na rubrica Dossier. Falámos com vários médicos dentistas, que vão a sua opinião sobre o assunto. Da infância à geriatria, destaque ainda para um artigo de opinião sobre o paciente idoso e a importância do sigilo profissional em medicina dentária. Costuma ter em conta esta temática? Uma opinião assinada por Artur Miler que requer alguma reflexão, numa altura em que o aumento da população idosa não pode deixar ninguém indiferente.

Boas leituras e um bom ano!

Sónia Ramalho

14



**DÁRCIO FONSECA
“SOU UM OUTSIDER”**

20



**XXIV CONGRESSO OMD
DESAFIO SUPERADO**

26



**FLÚOR - QUAL A SUA REAL
IMPORTÂNCIA NO COMBATE
À CÁRIE**



bti[®]
Human
Technology

BTI APNiA

NOVO SISTEMA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA A APNEIA DO SONO E RONCOPATIA

O Síndrome de Apneia e Hipopneia do Sono (SAHS) é uma patologia muito comum (afeta mais de 25% da população) que implica uma série de riscos para a saúde dos pacientes



SOFTWARE DE
DIAGNÓSTICO

O sistema APNiA é o único do mercado que permite o **diagnóstico e posterior tratamento desta patologia**. É formado por um dispositivo eletrónico que realiza o estudo do sono, um software de diagnóstico e um dispositivo intra-oral para tratar o paciente.

DISPOSITIVO DE
DIAGNÓSTICO ELETRÓNICO
APNIA



DISPOSITIVO DE TRATAMENTO
INTRA-ORAL APNIA (DIA)

ESTUDOS PUBLICADOS RECENTEMENTE* DEMONSTRAM QUE EXISTE UMA RELAÇÃO DIRETA ENTRE O DESGASTE DENTÁRIO E O SAHS PELO QUE OS DENTISTAS PASSAM À PRIMEIRA LINHA DE DETEÇÃO E TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO E DA RONCOPATIA CRÓNICA.

Duran-Cantolla, J, Hamdan M, Martinez-Null C, Aguirre JJ, Rubio E, Anitua E. Frequency of obstructive sleep apnea syndrom in dental patients with tooth wear. J Clin Sleep Med 2015 (in press). Feb 10. pii: jc-00375-14. [Epub ahead of print].

Cada paciente é diferente, cada caso é único
Human Technology



Se deseja receber mais informações sobre o sono, digitalize este código BIDI

HENRY SCHEIN REVELA NOVIDADES PARA 2016 “TEMOS DE NOS ADAPTAR ÀS MUDANÇAS”

No passado mês de dezembro, a Henry Schein reuniu pela primeira vez a imprensa especializada para dar a conhecer as apostas da marca para 2016. O grande destaque vai para o *Connect Dental Concept*, um conceito que permite ao médico dentista enviar diretamente o modelo da coroa para o laboratório, através de transferência digital.

Texto: Sónia Ramalho

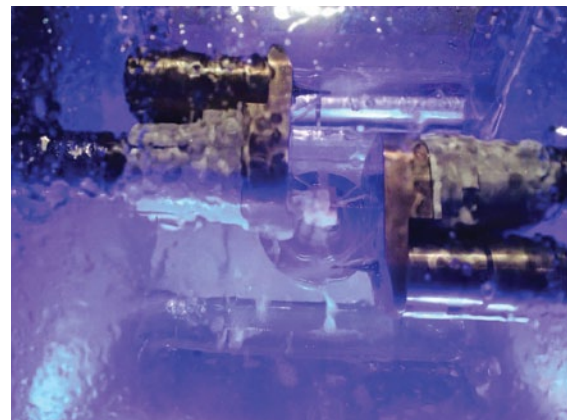


Como a indústria está a mudar face à tecnologia na medicina dentária? E como a Henry Schein se está a adaptar a essas mudanças? As respostas foram apresentadas pela Henry Schein durante a reunião onde reuniu a imprensa especializada para revelar as novas apostas da marca para os próximos anos. Para Juan M. Molina, diretor ibérico da Henry Schein, a indústria e a medicina dentária estão a mudar face à tecnologia e “temos de nos adaptar às mudanças”.

Um dos destaques vai para o *Connect Dental Concept*, que permite ao médico dentista enviar diretamente o modelo da coroa para o laboratório, por via digital. O técnico de laboratório recebe a informação na hora e pode começar imediatamente a produzir o trabalho, sem perder tempo nesta transferência de informação. “O *Connect Dental Concept* permite uma ligação imediata entre a clínica e o laboratório de prótese dentária, com o envio de moldes digitais. É tudo digital, sem custos de envio para o laboratório, e pode melhorar consideravelmente a relação do dentista com o técnico de prótese”, explicou Juan M. Molina.

Fechar a empresa ou transferir o negócio sem perder clientes

Outra das novidades apresentadas centrou-se num serviço de transferência de clínicas dentárias. “Queremos colocar em contacto dentistas com interesse em transferir o negócio e jovens médicos dentistas em início de atividade. Quer fechar a empresa ou transferir o negócio sem perder clientes? Nós queremos ajudar



neste processo e colocar as pessoas certas em contacto”, explicou Juan M. Molina, que já iniciou o processo em Espanha e está a estudar como é possível replicar o modelo em Portugal, “pois temos de ter o apoio da OMD”.

O objetivo da Henry Schein passa por apresentar uma solução completa. “Queremos ser o parceiro eleito pelos profissionais, principalmente em produtos de inovação tecnológica”. A empresa quer iniciar contactos com as universidades do Porto e Lisboa para estabelecer parcerias. “Queremos colaborar para preparar os futuros profissionais. Também damos apoio aos médicos dentistas para montarem a sua clínica, com materiais, processos de certificação e formação. A revolução digital obriga a ter soluções mais atuais”.

Novas realidades

Para Juan M. Molina é vital mudar a forma de trabalhar, mudar os procedimentos e adaptar-se às novas realidades. “A visão do médico dentista e do técnico de laboratório é a mesma, não estão a mudar, mas é necessário apostar nesta mudança, fazer a pergunta: Porque

não? O mundo está a mudar e os médicos dentistas têm de se adaptar às mudanças. Têm de inovar para diferenciarem a sua clínica da concorrência com novos modelos de negócio”.

Na visão de Juan M. Molina, o ‘porque não’ da Henry Schein centra-se pretende encontrar resposta à pergunta: porque não pensar em tecnologia e comunicar bem? “Por exemplo, nos consultórios dentários em vez de existirem revistas antigas, às quais os pacientes já não ligam, porque não apostar em iPads com a ficha do cliente, com informações do tratamento que vai ser realizado, e onde possa ser possível aceder a revistas online, devidamente atualizadas, que os pacientes possam ler?” Segundo o responsável existem mais de 23 mil apps



ligadas ao universo da saúde. “Mais de 500 milhões de pessoas estão a utilizar estas aplicações, crescem os fóruns onde os pacientes tiram dúvidas. Há que tirar partido desta tecnologia”.



Juan M. Molina durante o encontro com os jornalistas da imprensa especializada

PRIMEIRO STUDY CLUB REALIZOU-SE NO PORTO “ENDODONTICS” QUER VALORIZAR ENDODONTIA NA MEDICINA DENTÁRIA

O que leva 67 profissionais a participar, num sábado à noite, a uma reunião sobre Endodontia? A resposta é dada por Hugo Sousa Dias, o mentor do primeiro *study club* de Endodontia em Portugal.

Texto: Susana Marvão Fotos: Cedidas por Organização

Chama-se “Endodontics - Grupo Português para o Estudo da Endodontia”, foi fundado em 2013 e é um grupo de estudo e divulgação – em forma de organização sem fins lucrativos – de temáticas na área da endodontia. É o primeiro *study club* de endodontia no nosso país. Promove o conhecimento nesta área, além de almejar definir linhas orientadoras de boas práticas, através de seminários trimestrais.

Hugo Sousa Dias, fundador deste grupo independente, contou à SAÚDE ORAL que tudo nasceu da procura por protocolos de atuação em algumas áreas da endodontia. “Tive que direcionar a minha pesquisa para, por exemplo, o website da Sociedade Americana de Endodontia, bem como para outros websites internacionais. Entendi que existia uma lacuna em Portugal e que poderia ser um ponto de partida para criar um espaço de troca de conhecimento e de discussão de modo a poderem, quem sabe, serem elaboradas guias orientadoras sobre temas relacionados com endodontia”.

Para este profissional, a atualização do conhecimento científico deve guiar a prática clínica em medicina dentária, pelo que o gosto em promover essa partilha está na base deste projeto. “Temos em Portugal profissionais de enorme qualidade, queremos descentralizar o conhecimento, aproveitando o que temos de melhor. É o nosso principal objetivo”.

Promover o estudo da Endodontia

Assim, os grandes objetivos do *study club* são promover a endodontia e o seu estudo, assim como expandir o





know-how em busca da excelência clínica, promovendo o atendimento ao paciente com elevados padrões éticos e clínicos. Querem ainda fomentar a educação contínua e os relacionamentos interprofissionais, além de promover a investigação e uma prática clínica baseada na evidência.

A primeira reunião decorreu no Porto, no dia 5 de Dezembro e Hugo Sousa Dias não tem qualquer dúvida em classificar o evento como “um verdadeiro sucesso, superando as minhas expectativas”. “Ter 67 colegas, num sábado à noite, a ouvir e a falar de endodontia foi fantástico. O

feedback tem sido muito bom e isso serve de incentivo para o que ainda está para surgir”. Aliás, para Hugo Sousa Dias, a endodontia é cada vez mais uma área de opção para os novos colegas, como tal não seria justo fechar o espaço a um círculo restrito de profissionais que se dedicam em exclusivo à área. “Até porque assim não estaria a garantir que se cumprissem os principais objetivos do *study club*”. É por isso aberto a todos os profissionais.

A principal mensagem passada no encontro é sobretudo “que os colegas encontrem no *study club* um espaço honesto para a discussão. Queremos que seja um espaço informal em que todos possam conviver de forma saudável e sem atitudes pretensiosas. Garantindo sempre a completa independência da indústria, de grupos de formação e de instituições”.

De resto, o profissional admite que a endodontia, apesar de já começarem a surgir mudanças de mentalidade, ainda é a área da medicina dentária com menor “valorização” por parte de alguns colegas e, como consequência, pelo paciente.

“Cabe a cada um promover e valorizar o seu trabalho, e agora ‘puxando a brasa à minha sardinha’, estamos a falar da área da medicina dentária tecnicamente mais difícil, com custos extremamente elevados, com longo tempo de cadeira para que seja garantida a manutenção do dente ao paciente, acho que isso seria o suficiente para que passasse a ser valorizada como merece”.

Por isso mesmo, considera ingrato comparar Portugal com países como o Reino Unido, Holanda ou Suíça, onde

"Entendi que existia uma lacuna em Portugal e que poderia ser um ponto de partida para criar um espaço de troca de conhecimento e de discussão de modo a poderem, quem sabe, serem elaboradas guias orientadoras sobre temas relacionados com endodontia",
Hugo Sousa Dias

a área é valorizada de forma muito equivalente à implantologia. O projeto segue em 2016, estando previstas quatro reuniões. A 5 de março, em Coimbra; em junho em Lisboa; setembro em Faro e em dezembro novamente na cidade do Porto. Após cada sessão é elaborado um resumo em formato de livro digital e enviado para os participantes. Também está previsto o lançamento do website do *study club* (www.endodontics.pt) onde, explica Hugo Sousa Dias, poderá ser encontrada toda a informação e todas as posições resultantes das reuniões. “Pretendemos que o projeto tenha um crescimento sustentado e estamos dispostos a abraçar todos os desafios que possam garantir a promoção e o reconhecimento da endodontia em Portugal”.

As inscrições para a próxima sessão de 5 de março, em Coimbra, já estão aberta. O tema vai ser “Restauração do dente com tratamento endodôntico” estando já confirmada a presença dos palestrantes Carlos Falcão, Jorge André Cardoso e Cristiano Alves. Para fazer a inscrição basta enviar um email para endodontics.pt@gmail.com. 📧

ÓRGÃOS SOCIAIS DA OMD TOMARAM POSSE EM LISBOA ORLANDO MONTEIRO DA SILVA CONTINUA A LIDERAR DESTINOS DOS MÉDICOS DENTISTAS

Os Órgãos Sociais da Ordem dos Médicos Dentistas tomaram posse no passado dia 9 de janeiro, numa cerimónia presidida pelo Secretário de Estado Adjunto da Saúde, Fernando Araújo. Orlando Monteiro da Silva continua a assumir o cargo de bastonário da OMD, tendo sido o único candidato.

Texto: Ana Rita Costa Fotos: OMD

O Palácio da Foz, em Lisboa, foi o palco escolhido para a cerimónia da tomada de posse dos novos órgãos sociais da OMD. O evento decorreu no passado dia 9 de janeiro e contou com a presença de várias personalidades ilustres, entre as quais Fernando Araújo, Secretário de Estado Adjunto da Saúde.

Durante a cerimónia de tomada de posse, Orlando Monteiro da Silva referiu que “as ordens profissionais têm uma enorme importância para Portugal e para a sociedade portuguesa. O seu papel é insubstituível e tem sido um exemplo de sucesso na regulação das respetivas profissões. Ninguém imaginaria, hoje em dia, um departamento governamental ou algo parecido, a ter a capacidade de efetuar as importantes missões que as ordens profissionais efetuam, por delegação do Estado, sem custos para a sociedade, a cargo dos regulados.” Para o bastonário reeleito, depois de mais de 14 anos à frente da instituição, a prioridade será “a elaboração de um projeto-piloto para a inclusão de médicos dentistas nos



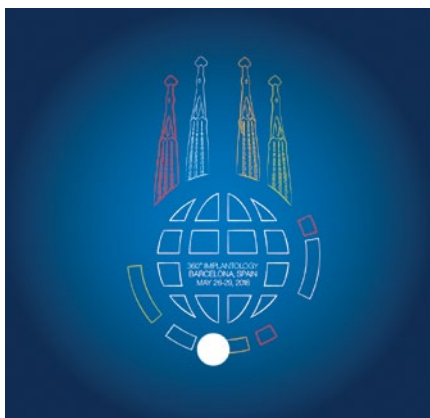
centros de saúde e unidades de saúde familiares”, iniciativa que está já a ser trabalhada a pedido do Ministério da Saúde e que foi uma das exigências do programa da lista agora eleita.

Nestas eleições foram ainda eleitos os membros do Conselho Geral, um órgão criado neste mandato e que vai integrar 50 membros da OMD de todo o país, funcionado à semelhança de um

parlamento, bem como a lista para o Conselho Deontológico e de Disciplina, liderada pelo médico dentista Luís Filipe Correia.

Fernando Araújo, secretário de Estado Adjunto da Saúde, referiu por sua vez que “é necessário apostar na prevenção da doença e na promoção de hábitos de vida saudáveis. A OMD tem sido um parceiro de primeira linha”.





3ª CONFERÊNCIA GLOBAL DA MARCA DE IMPLANTES MIS, EM MAIO, BARCELONA, ESPANHA

A 3ª Conferência Global da marca MIS, sob o tema “360° Implantology”, vai decorrer de 26 a 28 de Maio de 2016, em Barcelona, Espanha.

As Conferências Globais MIS são uma experiência impar e a deste ano promete oportunidades fantásticas de desenvolvimento profissional e pessoal. Promete ainda a possibilidade de criar novos amigos e fortalecer relações com amigos, colegas e outros participantes da indústria dentária.

A Conferência MIS foi cuidadosamente planeada com o objetivo de proporcionar ao participante a expansão do seu conhecimento e a introdução de verdadeira inovação. Como tal, irão realizar-se palestras com oradores internacionais reconhecidos e excelentes:

- Nitzan Bichacho, Israel
- Eric Van Dooren, Belgium
- Christian Coachman, Brazil
- Galip Gürel, Turkey
- Mariano Sanz Alonzo, Spain
- Moshe Goldstein, Israel - Moderator
- Federico Hernández Alfaro, Spain
- Yuval Jacoby, Israel
- Lior Shapira, Israel - Moderator
- Marco Esposito, Italy



“VCONCEPT: SET THE VOLUME OF BONE E SOFT TISSUE”

O programa da 3ª Conferência Global MIS reflete o novo VCONCEPT.

É um convite aos implantologistas: controla o volume de osso e tecidos moles!

A abordagem do VCONCEPT tem como finalidade fazer face à atual complexidade das situações clínicas, assim como para atender a necessidades estéticas futuras. É necessária mais inovação, mais valor para os médicos em todo o mundo.

O grande foco deste ano gira em torno do recente lançamento do sistema de implantes V3, o qual tem um design triangular inovador que minimiza a perda de osso, acelera o crescimento de osso novo, promove o volume das gengiva e permite uma integração do implante mais célere.

É necessário melhorar continuamente a prática clínica através da inovação testada e com resultados comprovados. Por outro lado, é, igualmente, importante, fornecer conhecimentos valiosos através de especialistas em implantologia; desenvolver aptidões através da educação e do treino, oportunidades estas que foram desenvolvidas para ajudar o médico a tratar melhor e mais pacientes.

O tema principal desta Conferência, “VCONCEPT”, será apresentado por profissionais experientes, que vão providenciar uma ampla base, sobre as actuais evidências clínicas e científicas e das tendências terapêuticas na implantologia.

Ainda melhor é que a Conferência MIS se irá realizar na magnífica e calorosa cidade de Barcelona, uma cidade lendária, conhecida pela sua beleza, arte, cultura e entretenimento.

Casos clínicos e Workshop's durante a conferência.

Os participantes da conferência podem inscrever-se em vários workshops de cirurgia guiada-MGuide, cirurgia de tecidos moles, fotografia, conceito 3D em implantes dentários, reabilitação, e muito mais. Os workshops MIS adicionam

uma dimensão diferente à aprendizagem, permitindo em primeira mão a familiaridade com técnicas importantes e aspectos cirúrgicos dos novos produtos introduzidos nas nossas palestras.

Estes workshops irão decorrer dia 26 de Maio, em paralelo com as Master Clinicians Sessions.

Os casos clínicos para jovens médicos dentistas mais pontuados serão apresentados no 1º dia da conferência e serão também premiados com uma Master Clinic Session ministrado pelo Dr. Eric Van Dooren ou Prof. Stefen Koubi, com voo e alojamento incluído para a conferência de Barcelona.



ESTA CONFERÊNCIA, NÃO É SÓ TRABALHO!

A MIS também é conhecida pela sua especial hospitalidade e entretenimento, onde se pode destacar a grande festa de encerramento no Opium Club.

Mais informações:



SDS, Lda | MIS Portugal
+351963288589
info@sds.pt

CLÍNICA PARQUE DA CIDADE “NÃO ACREDITAMOS NA EXCLUSIVIDADE DOS MÉDICOS”

O legado é pesado. Até porque não vem de uma, mas de três gerações. Luís Miguel Corte Real e António Malheiro têm, hoje, a responsabilidade de levar a bom porto uma história com 103 anos e que começou no avô de Luís Miguel, médico estomatologista. Uma história que há dez anos passou a ser contada a dois passos do mar, na Clínica Parque da Cidade, em Matosinhos.

Texto: Susana Marvão Fotos: Ricardo Meireles

Facilidade de estacionamento, proximidade ao mar e clientes de referência foram os motivos que levaram à escolha de Matosinhos Sul para a instalação da Clínica Parque da Cidade, um projeto que hoje tem como principais rostos os médicos dentistas Luís Miguel Corte Real e António Malheiro, herdeiros de um legado com 103 anos de história. E como a história, mesmo as que contam 103 anos, se faz de pequenos passos, em 2015 a Clínica foi alvo de uma remodelação estética, que esteve a cargo da arquiteta Ana Lobo. “Conseguimos dar uma nova dinâmica ao espaço”, contou-nos Luís Miguel Corte Real.

O que claramente não mudou foi o foco na qualidade do serviço prestado.

Os responsáveis admitem estarem direcionados para a classe média e média/alta, até pela qualidade dos produtos que habitualmente utilizam. “Pela sua localização geográfica e envolvimento, a Clínica Parque da Cidade acaba por se segmentar num extrato social médio/alto. Mas nem todos os nossos pacientes têm recursos económicos elevados. E nem por isso baixamos a qualidade do serviço prestado. O que conseguimos fazer é, por um lado, ter ações de solidariedade social e, por outro lado, a alguns pacientes facilitamos a forma de pagamento”.

Mas o que realmente distingue o projeto é a equipa que o compõe, diz Luís Miguel Corte Real. “Todos têm uma pós-graduação

ou mestrado na sua área de atuação”.

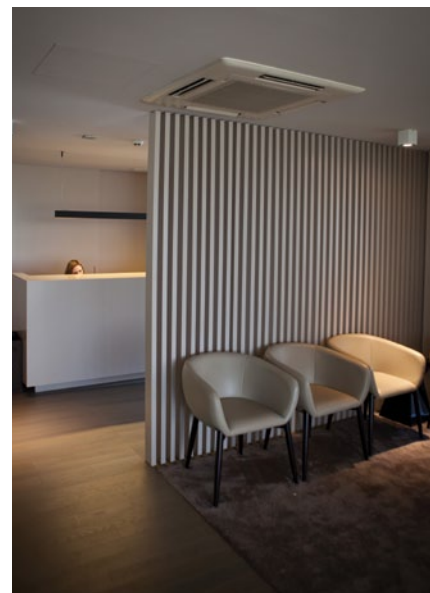
António Malheiro diz mesmo que esse sempre foi ponto de honra: “Queríamos trazer colegas com grande capacidade técnica, pessoas de renome. A nossa estratégia é fazer com que a clínica seja conhecida pela qualidade médica e técnica”.

“Quero que identifiquem esta clínica como uma garantia de prestação de serviços na saúde oral, e não só. Quero que tenham a certeza que somos capazes de resolver um problema independentemente do médico que lá esteja. Porque têm a certeza que o clínico que o vai atender tem formação específica na área e lhe dará a melhor resposta. Esse é o nosso objetivo”.

Mas como é que se cativam médicos dentistas de renome para trabalharem numa clínica? Fácil, dizem os responsáveis. Com uma boa remuneração, boas



Luís Miguel Corte Real com António Malheiro, herdeiros de um legado com 103 anos



condições de trabalho e, provavelmente o mais importante, com total liberdade clínica. “Podem usar os materiais que quiserem. Os médicos são vozes ativas. Nós somos sócios da clínica, é verdade, somos colegas, mas clinicamente os médicos são independentes, podem decidir o que quiserem. Delegamos inteira confiança nos profissionais com os quais trabalhamos”. De resto, Luís Miguel Corte Real diz não acreditar em exclusividade. “É um princípio nosso. É política da Clínica que um médico livre fica muito mais preso ao projeto do que se tiver regras. A partir do momento em que lhe dou toda a liberdade, todas as condições de trabalho, estabilidade financeira e emocional, ele não quer ir para mais lado nenhum. É fácil.” António Malheiro acrescenta que não há qualquer colega que esteja em regime de exclusividade. “Neste caso até tem acontecido ao contrário. Vemos é que há uma maior tendência para se dedicarem cada vez mais a este projeto em detrimento de outros”. Neste momento são nove os médicos dentistas.

Medicina oral... e não só

O atual período económico não veio, de forma alguma, abalar a estrutura do projeto, os resultados até se mantiveram em crescimento. “Em todos os anos obtivemos algum crescimento face ao anterior e isso é muito positivo. Mas claro que notamos que, em algumas franjas

de pacientes, houve uma clara perda de capacidade financeira. Exemplo disso são os funcionários públicos. Se calhar o empresário ou o profissional liberal que não dependia tanto do mercado interno não sentiu tanto, mas nos funcionários público foi muito notório. E isso obviamente se refletiu nas suas prioridades”. Luís Miguel Corte Real diz ter perfeita consciência de situações em que, em prol dos filhos, abdicaram dos seus próprios tratamentos. “E isso é perfeitamente legítimo”.

De resto, a Clínica cobre todas as áreas da saúde oral. E até já expandiu a sua área de atuação para a psicologia, clínica interna, nutricionismo, osteopatia, nefrologia e acupuntura. Daqui a dez anos há uma coisa que ambos profissionais têm a certeza que o projeto não vai perder: a proximidade ao paciente. Porque é aí, nessa proximidade, que garantem que está o sucesso de 103 anos de história. “Por muito que crescamos, que aumentemos o número de gabinetes, que até possamos crescer para o lado, para cima ou para baixo, nunca vamos perder a proximidade ao nosso paciente. Um atendimento muito personalizado.

Sinceramente, enquanto mantivermos esta perspetiva de trabalhar com colegas que estão em constante formação e apostarmos nas tecnologias mais avançadas estaremos no bom caminho”.

A clínica tem CAD-CAM desde 2006, laser desde 2005 e microscopia desde 2008.

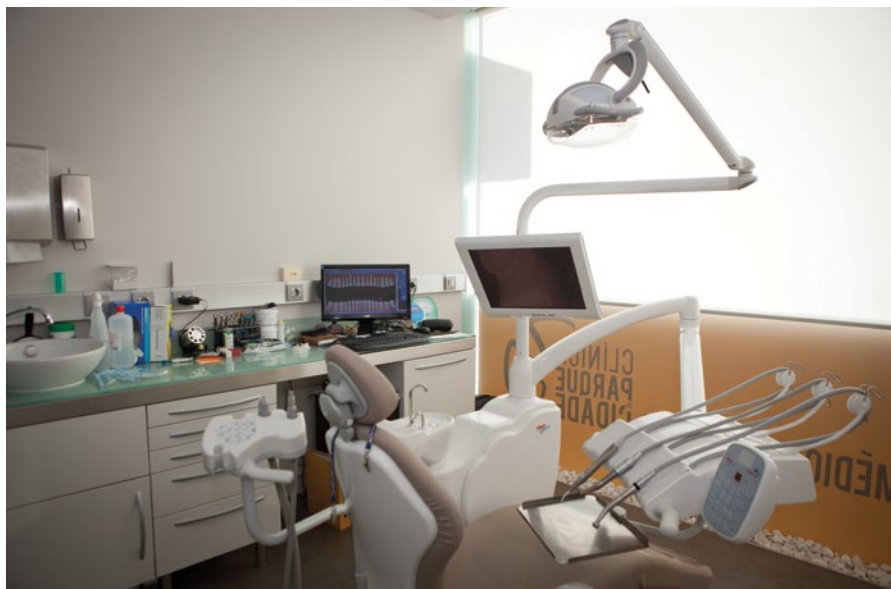
“Sempre tentamos acompanhar os avanços tecnológicos e a inovação. Penso que esse dinamismo também nos ajuda a garantir qualidade”.

Ainda existem privados puros

Apesar de hoje em dia as convenções serem responsáveis por grande parte das receitas nas clínicas médicas, nomeadamente os seguros de saúde, António Malheiro garante que ainda existem, pelo menos na Clínica Parque da Cidade, privados puros. “Ainda temos um misto, os nossos pacientes privados não são um valor residual, ainda é significativo, apesar de claramente termos muitas convenções. Há certas pessoas, nomeadamente empresários, ainda se mantêm privados”. Aliás, Luís Miguel Corte Real diz que os seguros vieram democratizar o acesso à saúde, apesar de claramente não ser o melhor negócio para as clínicas. “É um bom negócio para as seguradoras. Isto é saúde, é complicado, mas a verdade é que nós também somos empresários, temos de pagar os nossos impostos, segurança social e ordenados”.

A cultura da (não) referência

Hoje, ser médico-dentista com consultório próprio é o maior ato heroico que pode existir, diz Luís Miguel Corte Real. O responsável pela Clínica Parque da Cidade diz que a tendência será cada vez mais a de abertura de clínicas, até pela capacidade destas abrangerem várias áreas ao terem nas suas equipas profissionais distintos. “A nossa cultura ainda não é referência, não passamos pacientes aos colegas, são casos raros. E é impossível atualmente, enquanto profissionais individuais, abranger as várias áreas da medicina oral. Ainda há muito a fazer dentro da nossa classe, até mesmo em termos de nos valorizarmos, defendermos no sentido de sermos mais solidários uns com os outros. Eu não tenho de saber de tudo, mas tenho de ser especialista na minha área”. E apesar de ainda muito novos, o legado dos atuais responsáveis está já a ser preparado, até porque uma sobrinha de Luís Miguel Corte Real já está a frequentar medicina dentária. Vai ser a quarta geração. 🌟



DÁRCIO FONSECA

“SOU UM *OUTSIDER*”

Diz nunca ter sido convidado para fazer palestras em faculdades, para fazer parte de listas candidatas à OMD ou para o próprio congresso da OMD. “Sou um *outsider*, uma pessoa fora do sistema. O meu percurso político e académico não tem nada a ver com esse tipo de amizades ou círculos de influência”. Estivemos à conversa com Dárcio Fonseca e ficámos a saber que esteve oito anos ligado ao Exército, que é daí que vem a sua ligação a Mafra, onde apostou na reabilitação oral dos pacientes. Quanto à implantologia, “estamos na ponta do iceberg. Já existem muitos problemas, mas cada vez vão existir mais provocados pela má prática”.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Eduardo Martins

Como surgiu a medicina dentária na sua vida?

Surgiu de uma forma muito natural, já que os meus pais são ambos estomatologistas. Acabei por seguir um percurso que estava habituado a ver em casa. A partir dos oito anos passei as férias dentro do consultório dos meus pais, por isso desde cedo tive muita afinidade para a profissão.

O que recorda dessa altura?

Lembro-me perfeitamente do consultório, da disposição, da sala de espera, tenho isso muito claro nas minhas memórias. Lembro-me dos horários dos meus pais e tinha perfeita noção, desde pequeno, que esta era uma profissão muito absorvente. Ou seja, que as pessoas não tinham um horário de trabalho normal. Mas para mim era normal.

Orientou os seus estudos na vertente da medicina dentária?

Na altura tinha claro que queria ser médico dentista. Também não tive grandes alternativas, pois lembro-me do meu pai dizer que só havia três cursos: ou medicina, ou medicina dentária ou engenharia. Fazia gosto que seguisse a área, mas curiosamente isso acabou por não se concretizar em termos profissionais. Nunca trabalhei com os meus pais.

Foi normal a abertura de uma clínica em nome próprio?

Sim, nem havia a hipótese de ser de outra maneira. Sempre quis ter o meu negócio, não me assustou terminar o

curso e trabalhar o meu próprio caminho. Tive a sorte de encontrar outras clínicas onde começasse a trabalhar e depois, por coincidência, abriu uma vaga no Exército para o quadro permanente como médico dentista. Por isso é que fui para Mafra, tendo acabado por montar aí o meu primeiro consultório. Estive oito anos no Exército e acabei por sair porque cheguei ao topo da carreira, não podia ir mais longe.

O que é o topo?

Ser diretor de serviço do Hospital Militar. Não há mais nada clínico a fazer.

Como era a vida no Exército?

Tenho boas recordações. Sempre fui um pouco *outsider*, nunca tive formação militar, mas acabei por adaptar-me a um regime militar. Em certa parte teve bastante influência na minha vida, em algumas situações acho



que essa formação, já depois de ter terminado o curso, foi boa em termos de organização, tenacidade, resiliência, rigor. Foi positiva a passagem pelo Exército.

Nessa altura já tinha uma área de interesse?

Não. No Exército éramos generalistas, algumas pessoas dedicavam-se mais a cirurgia, ou à ortodontia, mas de uma forma geral éramos generalistas. Na altura não era comum colocarem-se implantes. Acabei por ficar durante algum tempo e mais tarde fiz um investimento grande na minha clínica. Até que surgiu a oportunidade de substituir interinamente o diretor de serviço do Hospital Militar principal. A partir daí só me restavam duas hipóteses: ou seguia a carreira militar burocrática ou continuava com a minha clínica. Sabia que ia ser promovido a oficial superior e percebi que não tinha tempo para a vida no Exército. Saí com licença sem vencimento há dez anos.

Como conseguiu desenvolver a sua clínica, como construiu a base de clientes?

Estamos a falar em 1999, era tudo mais fácil. Havia menos concorrência, se um médico dentista se diferenciava em determinadas áreas acabava por ter uma mais-valia e facilidade de arranjar novos pacientes, fazer tratamentos mais diferenciados. Foi o que aconteceu. Cedo procurei formação para me especializar em determinadas áreas. Acho que tenho tido muita sorte na minha vida, principalmente porque aprendo algo e tenho a capacidade de colocar na prática o que aprendi. Tenho pacientes para isso, não tenho dificuldade em aplicar esse conhecimento. Sempre foi assim.

Como surgiu a especialização?

Foi uma questão de necessidade. Fui generalista durante oito anos, como tal fazia de tudo um pouco: cirurgia, prótese fixa, implantes, mas não me dedicava em exclusividade a essas áreas. Foi importante ser generalista, pois hoje em dia uma pessoa que não seja generalista durante um período de tempo não tem conhecimento da profissão no seu todo. Acho que foi das coisas mais importantes da minha vida não ter escolhido imediatamente fazer só uma área. É muito importante trabalhar em várias áreas para depois conseguir dizer: 'é isto que quero fazer'. Já sabia que ia acabar por trabalhar com implantes, cirurgia e prótese fixa, sempre foi algo muito claro para mim, mesmo quando estava a concluir a licenciatura.

O que o atrai nessas áreas?

Devolver o sorriso às pessoas. Há muitos colegas que pensam que sou só implantologista. Não, não sou implantologista. Faço reabilitação oral e tive de aprender a colocar implantes para fazer reabilitação oral. Ou seja, o princípio não foram os implantes, mas sim a reabilitação oral e a necessidade de colocar implantes. Inicialmente fazia prótese fixa, mas em vários casos os tratamentos podiam não ter a durabilidade que deveriam porque na altura não colocava implantes. Não havia uma solução ideal

sem passar por isso, pelo que acabei por ser obrigado a aprender implantologia para conseguir dar resposta aos meus pacientes.

Como analisa o mercado da implantologia hoje em dia?

Estamos na ponta do iceberg. Já existem muitos problemas, mas acho que cada vez vão existir mais provocados por má prática. No meu tempo, quando terminávamos o curso tínhamos uma formação de seis anos, trabalhávamos como generalistas e só depois decidíamos qual a área a seguir. Primeiro tínhamos um conhecimento vasto da profissão e só depois escolhíamos uma área. Agora os alunos estão cinco anos na faculdade e aprendem o mínimo para poder trabalhar. A parte cirúrgica é uma desgraça, a maior parte não sabe abrir um retalho ou extrair um dente, na endodontia é igual. Estamos a formar demasiados dentistas que têm poucas armas. E depois temos o negócio das Pós-Graduações, com o envolvimento das faculdades. Neste momento, a maior parte das Pós-Graduações são organizadas em faculdades que já perceberam que têm o ensino pré-graduado e não interessa ensinar muito mais porque depois têm a possibilidade de vender aos mesmos alunos mais formação por um determinado valor. Acho que o futuro da medicina dentária vai passar pela formação pós-graduada e pela qualidade dessa formação.

Relativamente à implantologia estamos na ponta do iceberg e posso dizer que grande parte da minha parte clínica atual é refazer casos que surgem na minha clínica.

Por má colocação de implante? Que tipo de problemas aparecem?

Temos dois grandes problemas na área da implantologia: primeiro a falta de conhecimento de quem coloca implantes dentários. Hoje em dia ainda não existem grandes noções de regeneração óssea. Quem faz implantes tem de fazer regeneração óssea e regeneração tecidual, não há outra maneira. Então, o primeiro problema é a aplicação de uma técnica de forma desadequada. O segundo problema é a seleção dos próprios pacientes para



aplicação dessa técnica e a forma como a periimplantite hoje em dia está ativa. Cada vez temos mais casos de falha e parte dessas falhas estão relacionadas com mau diagnóstico. Não criamos as condições ideais para colocar os implantes e depois eles falham. Se não falhar por completo ainda é pior para resolver.

É fácil resolver esses problemas?

Os casos são normalmente difíceis, temos dois fatores importantes e que têm de ser bem explicados: primeiro temos o fator económico. O paciente já gastou dinheiro uma vez agora vai ter de gastar mais. Depois é o fator psicológico, que tem a ver com a sensação de perda. Primeiro a perda do dente natural, depois da reabilitação fracassada. O paciente, quando a comprou pela primeira vez, tentou fazer um investimento para que corresse bem. Temos estas duas perdas, que dão origem

a um paciente mais difícil, mais inseguro, menos confiante no nosso trabalho, que dúvida, mesmo que venha por referência é um paciente diferente. É necessário restituir a confiança, investir mais tempo no paciente, dar mais provas que somos capazes.

Acha que os dentistas devem informar melhor os pacientes sobre o que é a colocação de um implante?

Acho que existem fatores de marketing e de venda, de facilitismo de algo que é tudo menos fácil. Não é difícil colocar um implante, o difícil é coloca-lo bem. Fazer isso bem é que se torna mais complicado. Existe alguma desinformação dos pacientes e normalmente essa informação que os pacientes têm vem da internet, ou da televisão e acabam por muitas vezes por se deparar com uma realidade diferente no consultório. Não entendem

"Não tenho medo de mudar, a mudança não me assusta. Sempre fui percorrendo o meu caminho baseado nesse princípio. Tenho mais medo que não mude do que mudar algo. É preciso sentirmos o sangue na guelra"

porque o que viram era diferente e torna-se um pouco difícil de gerir expectativas.

Na sociedade, o que queremos ver é o resultado final. O que se vê no Facebook é o sorriso, os bastidores não são mostrados. É necessário uma aposta nesse tipo de informação?

Vou ser sincero: acho que a Internet é muito boa e muito má. Quantos não me aparecem com o Dr. Google a dizer que viram algo e se eu não faço assim então é porque talvez não seja a pessoa certa? Já me aconteceu percebermos que existem dúvidas da outra parte. E hoje em dia também existe muito as pessoas que vão à procura de preço.

Sempre estabeleceu os preços num patamar mais alto?

Sim, sempre tive valores um pouco acima da média, por opção. Não é o preço que determina a qualidade de tratamento. Se o preço for justo temos muito mais capacidade de, em caso de falha, resolver o problema ao paciente sem aplicar outros custos. Não tenho essas discussões com os meus doentes. Quando corre mal, repito e pronto. Não cobro mais por isso. Se corre mal estou cá para dar a cara e resolver o problema aos doentes.

A partir de 2016 que caminhos que gostava de percorrer?

Não tenho medo de mudar, a mudança



não me assusta. Sempre fui percorrendo o meu caminho baseado nesse princípio. Tenho mais medo que não mude do que mudar algo. É preciso sentirmos o sangue na guelra e para isso é preciso fazer alterações. Atualmente não vislumbro nenhuma alteração da minha vida de uma forma drástica, mas não fecho a porta a nada, a nenhum projeto. O tempo é que vai ditar o que vai acontecer.

Como vê a medicina dentária em Portugal nos dias de hoje?

Vejo a medicina dentária feita em Portugal, por médicos portugueses, do melhor que existe no mundo. Top mundial. Top mesmo! E depois vejo exatamente o oposto. Como é possível haver duas coisas tão antagónicas no mesmo país, quando no fundo a formação de base é comum a todos? Como uns evoluem para o topo da pirâmide e outros ficam tão longe? Acho que tem a ver com a postura que as próprias pessoas têm em relação à profissão, o gosto que têm pela profissão. Em termos gerais não vou dizer que a medicina dentária seja muito má em Portugal. Porque q não é. E tanto que não é que os médicos dentistas portugueses têm lugar em qualquer país, quando há uma seleção de pessoas para integrar projetos fora de Portugal, os portugueses normalmente têm lugar. Significa que a formação base acaba por, apesar de a considerar claramente insuficiente, continuar a ser acima da média.

Como vê a possível entrada de médicos dentistas no SNS?

Sinceramente acho bem e sou a favor. Acho que existe muito subemprego, muitos dentistas que estão sem trabalho e é uma medida que me deixa feliz. Se for algo para ajudar os médicos dentistas que têm necessidade de trabalhar e não têm colocação, ou que seja para melhorar a empregabilidade dos jovens médicos dentistas acho fantástico. Se for para criar *lobbie* acho péssimo.

Em relação às eleições na OMD, Orlando Monteiro da Silva voltou a ser eleito uma vez que não havia uma lista alternativa. Como comenta?

É algo que me faz imensa confusão. Não fui votar porque achei que não valia a pena. Desmotivou-me termos uma lista única. Podia ter ido votar em branco, mas não fui. Mesmo que houvesse uma segunda lista, até poderia votar novamente no Orlando Monteiro da Silva, não é isso que está em causa. Como é que uma profissão que tem tantas pessoas aparentemente descontentes, com tantas pessoas que aproveitam as redes sociais para denegrir e falar mal e atacar, porque não aparecem mais listas como uma real alternativa, para alterar algo na medicina dentária atual. Fiquei espantado por não haver outra lista, por não existir ninguém que queira discutir a liderança.

Há um afastamento assim tão grande dos médicos dentistas da vida política, deste lado mais político?

Acho que existem pessoas até com perfis adequados para poderem candidatar-se, existem políticos em todas as profissões. O problema é que as pessoas não querem sair da sua zona de conforto e é mais fácil falar à distância, ou atrás do teclado do

Con W&H, VOCÊ DECIDE KITS IMPLANTMED A PREÇOS INCRÍVEIS

Os 3 kits incluem Implantmed com pedal de controle S-N1 e micromotor com cabo, e contra-ângulo SEM LUZ WI-75 E/KM



ESCOLHA
O SEU KIT
A PARTIR DE APENAS
2.995€
POUPE ATÉ
1.784€



Kit 1 SEM LUZ
Inclui 2º Contra-ângulo WI-75 E/KM



Kit 2 SEM LUZ
Inclui 2º Micromotor com cabo



Kit 3 SEM LUZ
Inclui Unidade de Manutenção Assistina

W&H Ibérica ATENÇÃO AO CLIENTE E SERVIÇO TÉCNICO

Ciudad de Meñilla, 3 - 46017 Valencia España
t +34 96 353 20 20 f +34 96 353 25 29 oficinas.es@wh.com

wh.com

Ofertas válidas até 31 de Dezembro de 2015 salvo erro tipográfico. IVA e transporte NÃO INCLUIDOS.

OFERTAS
PROLONGADAS ATÉ
31/01/2016

IVA e transporte NÃO INCLUIDOS.

computador. Fazer manifestações veladas, mas quando chega a altura retraem-se.

Por medo? Por falta de coragem? Por não quererem sair da zona de conforto?

Sim, é mais por não quererem sair da zona de conforto. Temos uma profissão clínica, uma profissão pouco burocrática, é muito prática, muito ativa e estas funções implicam muita burocracia.

Nunca pensou seguir essa via?

Não tenho qualquer ambição política. Nunca fui convidado para fazer parte de uma lista política. Na minha vida houve várias situações curiosas: nunca fui convidado para fazer parte de nenhuma lista, de nenhuma fração, para estar numa faculdade, nunca fiz uma conferência em nenhuma faculdade deste país, nem uma conferência na faculdade onde me formei há quase 20 anos, nunca fui convidado para um congresso da OMD, portanto sou uma pessoa fora do sistema. Sou um *outsider* do sistema, o meu percurso político e académico não tem nada a ver com esse tipo de amizades ou circuitos de influência. Sou 100% clínico.

Faz-lhe falta esse reconhecimento?

Não me faz falta nenhuma, é apenas uma constatação. Mas não deixa de ser curioso. Tenho grandes amigos na profissão e tenho grandes referências também. A mim não me custa valorizar quem merece.

Como vê a formação no seu dia-a-dia, é importante? Gosta de ensinar, gosta de transmitir conhecimento?

Comecei a dar cursos em 2006/2007 a colegas porque sempre gostei de ensinar. Quem trabalhou comigo sempre teve acesso a todas as informações, nunca escondo nada. É bom sentirmos que, de alguma forma, fazemos parte do desenvolvimento profissional de outros. É um sentimento verdadeiramente genuíno. Comecei a fazer formação e tem sido recorrente, tenho tido alguma sorte e normalmente quando abro vagas para fazer um curso em muito pouco tempo ficam preenchidas. Faço uma formação muito personalizada, não faço formação para massas, mas sim para grupos



"(...) sempre gostei de ensinar. Quem trabalhou comigo sempre teve acesso a todas as informações, nunca escondo nada. É bom sentirmos que, de alguma forma, fazemos parte do desenvolvimento profissional de outros".

pequenos e de uma forma intensiva. Acho que tenho o meu mercado.

Para 2016 tem previstas novas formações?

Sim, tenho novos projetos para 2016 e posso até revelar um deles: no dia 2 de abril vou participar no Sename Portugal, um congresso de um dia só com os moderadores portugueses que participaram no Sename, no Estoril. Vai ser realizado em Coimbra, é um evento sem patrocínios de marcas e vai ser totalmente gratuito. Vamos falar sobre ciência, sobre o nosso percurso, sobre motivação. Vai ser interessante porque não tem um programa rígido, queremos dar um lado menos cinzento, principalmente aos jovens médicos dentistas que são bombardeados com um futuro incerto e não tão risonho. Cabe-nos a nós, que somos mais velhos, mostrar outra perspetiva do seu caminho.

Qual é o seu sonho?

Aquilo que é mais importante sentir que estou a fazer as coisas bem, que tenho o reconhecimento dos meus pacientes, mais do que qualquer outra coisa.

Mais do que entre pares?

Não vou dizer que não seja algo que nos agrade a todos. Todos os profissionais gostam de sentir que têm reconhecimento dos seus pares. É natural e seria hipócrita se dissesse que não, mas mais do que o reconhecimento dos pares, o importante é sentirmos que na nossa prática clínica, naquilo que fazemos todos os dias, estamos a fazer o melhor. Digo sempre que gostava de hoje ser um dentista melhor do que fui ontem, mas espero que amanhã consiga ser melhor do que hoje. Todos os dias quero ser melhor, é isso que me faz movimentar. Continuo a investir muito na minha formação profissional. O que espero alcançar? Tranquilidade. Acho que atualmente já atingi alguma dessa tranquilidade, essa paz a todos os níveis. Quando a ansiedade já não está tão presente, isso faz-nos tomar as decisões certas. O que pretendo atingir a nível pessoal é tranquilidade. Porque sei que o resto vem por acréscimo! 🌟

Pós-graduação Em Ortodontia Funcional, Aparelhos Fixos e Auto-ligáveis

Técnica Cervera

Soluções ortodontia: do tratamento clássico ao 3D individualizado



COMPATÍVEL
COMA
ATIVIDADE
PROFISSIONAL

Início 82ª Edição: 18-19 Março 2016



Cursos acreditados pela Comissão de
Formação Contínua das Profissões da
Saúde da Comunidade de Madrid.



Aeronáuticas, 18-20. Polígono Industrial Urtinsa II. 28923 Alcorcón (Madrid) ESPAÑA



+34 91 554 10 29



www.ortocervera.com



cursos@ortoceosa.com

XXIV CONGRESSO OMD

DESAFIO SUPERADO

De 12 a 14 de novembro todos os caminhos da medicina dentária conduziram ao MEO Arena, o palco onde se realizou o XXIV Congresso da OMD. Para Ricardo Oliveira Pinto, presidente da Comissão Organizadora, este foi um desafio “desde logo pelo espaço, que proporcionou aos profissionais de saúde oral melhores condições logísticas, hoteleiras, de restauração e infraestruturas, o que permitiu uma maior adesão ao Congresso”. Fomos ouvir a opinião de médicos dentistas e da indústria.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Eduardo Martins

Assim que foi anunciado que o Congresso da OMD iria passar para o MEO Arena que muitos esperavam para ver o que iria acontecer. A fasquia estava elevada. Onde iriam ser instalados os auditórios? E o espaço da Expo-Dentária? Pelas contas da organização terão passado pelo MEO Arena mais de 3600 congressistas, “o que é um recorde absoluto. Até superámos os números do ano passado”, referiu à SAÚDE ORAL Ricardo Oliveira Pinto,

presidente da comissão organizadora, que não podia estar mais satisfeito com o balanço final. “Este ano efetuamos vídeos com estudantes e médicos dentistas, o que permitiu estarmos mais próximos da classe e dos jovens”. E ao que tudo indica resultou!

De facto, o primeiro dia do Congresso da OMD foi marcado por uma grande afluência dos médicos dentistas mais jovens, que aproveitaram o evento para

assistir às palestras e conhecer as mais recentes novidades das empresas ligadas ao setor da medicina dentária. Ainda no primeiro dia, a organização preparou uma surpresa ao inaugurar a Expo-Dentária com um jogo de luzes e fogo-de-artifício, naquela que é a maior feira de medicina dentária do país. Nuno Costa Santos, da SDS, referiu mesmo que um dos pontos altos do evento foi a “abertura da Expo-Dentária”, um momento que



marcou pela positiva quem esteve presente no recinto.

Auditórios em módulos exteriores

Após o primeiro impacto da entrada no MEO Arena, os congressistas sentiram alguns constrangimentos para encontrar o caminho para os auditórios 1 a 5, instalados em módulos exteriores ao MEO Arena. “Naturalmente que os

módulos exteriores foram um desafio, pois estavam implementados nas regiões periféricas do MEO Arena e tivemos de criar fluxos que representaram um desafio ao início e pequenos constrangimentos de orientação”, referiu Ricardo Oliveira Pinto. “No entanto, ao longo dos três dias, esses constrangimentos foram sendo resolvidos à medida que as pessoas iam conhecendo o espaço e se iam habituando. É normal,



Orlando Monteiro da Silva recorreu à imagem de um iceberg para realçar o trabalho desenvolvido durante a preparação do Congresso



Jorge Sampaio, em representação da Plataforma de Apoio aos Estudantes Sírios, na cerimónia de abertura

foi a primeira vez que organizámos o evento neste espaço, mas ao longo dos dias foi-se consolidando e a feira continua a ser o sucesso que já nos habituou nos últimos anos”.

Dárcio Fonseca apontou como grande inconveniente “aquela escadaria enorme, que deve ter sido incómodo para os participantes, pois tinham de subir e descer escadas várias vezes ao dia para se deslocarem na exposição. Já a sinalização e o local dos auditórios também suscitou alguma desorientação”. Ainda assim, o médico dentista destaca algumas mais-valias, como “o estacionamento e o local, que é muito agradável, muito mais central, com bons acessos de transporte, perto do Aeroporto, maior oferta de alojamento e restauração”. Paulo Monteiro partilha da mesma opinião, considerando a localização “excelente e o espaço é inovador para este tipo de eventos. Ainda assim, considero que os diferentes espaços envolvidos no Congresso deveriam estar mais próximos entre si e com melhores acessos entre eles. Por vezes, a distância que tínhamos de fazer entre as salas e o espaço de exposição era demasiado grande”.

Cheques dentistas até aos 18 anos

O segundo dia do Congresso ficou marcado pela cerimónia oficial de abertura, que contou com a presença, entre outros, de Jorge Sampaio e Fernando Leal da Costa, à altura ainda ministro da Saúde. Jorge Sampaio, em representação da Plataforma de Apoio aos Estudantes Sírios, agradeceu o apoio que os médicos dentistas têm dado aos estudantes vindos



Ricardo Oliveira Pinto, presidente da Comissão Organizadora

PEDRO TRANCOSO ASSUME DIREÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DO CONGRESSO DE 2016

Como é passar para a comissão organizadora do Congresso da OMD?

É um desafio diferente, enorme, mas decidi assumi-lo. Com a dimensão e a projeção que este Congresso já tem é um desafio muito grande. Estamos escudados por um grupo de pessoas com muita experiência na organização de eventos, o que é garantia de sucesso para o próximo ano, o XV congresso, um evento especial. Cada congresso tem um cunho pessoal, tem inovado ao longo dos anos e temos de assinalar a data.

De que forma?

Com o programa científico, que é o que sustenta o Congresso. Não acredito que um evento desta natureza se possa manter sem um programa científico de excelência. É que chama os colegas ao evento, faz com que os expositores também queiram estar presentes porque têm um manancial grande de colegas a visitar. Já temos nomes importantes da medicina dentária mundial confirmados, nomeadamente Christian Coachman, Frederico Ferraris, Nigel Pitts, Eva Berroetaleta, Waldemar Polido. O evento regressa ao Porto de 10 a 12 de dezembro de 2016.

O que para si se destaca no congresso deste ano?

Duas coisas: o espaço, que é diferente ao espaço a que estávamos habituados e que foi um desafio muito grande conseguir montar este evento na MEO Arena. E em termos de comunicação também houve grande inovação. Foi marcante e observou-se ao longo do ano, o que talvez explique a grande adesão que os colegas tiveram a este evento. Conseguimos chegar a mais pessoas.

Costa em declarações aos jornalistas.

O novo despacho, que determina mais um alargamento do programa dos cheques-dentista, foi mandado publicar ainda antes da rejeição do programa de Governo no Parlamento. Este alargamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNSO) vai entrar em vigor dia 1 de março de 2016.

A OMD e o iceberg

A imagem de um iceberg marcou o discurso de Orlando Monteiro da Silva, com o bastonário da OMD a usar a analogia em relação ao Congresso da OMD. “Num iceberg, apenas 10% da sua massa emerge à superfície, 90% está submersa. O mesmo acontece em muitas profissões e na OMD é o mesmo. Este congresso é exemplo disso, só se vê uma parte, mas é um trabalho desenvolvido ao longo de um ano. É um dos congressos mais bem organizados da Europa e o seu sucesso passa por muito daquilo que não se vê”. Orlando Monteiro da Silva apresentou ainda alguns dados do Barómetro 2015 da Saúde Oral, que indica que 91,9% dos utentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o seu médico dentista. “Vamos usufruir desta

da Síria na prestação de cuidados orais. Já Fernando Leal da Costa, que acusou a oposição de “usurpar o Governo a quem legitimamente o ganhou”, aproveitou para manifestar preocupação quanto ao futuro da saúde com um executivo de esquerda. “Não posso deixar de vos expressar a minha enorme preocupação quanto ao futuro da saúde em Portugal, caso se venha a confirmar a entrada em funções de um Governo de frente de esquerda”. Leal da Costa aproveitou a ocasião para anunciar o alargamento do programa Cheque Dentista a jovens de 18 anos.

“Não poderia estar a adiar mais essas decisões. Tudo o que tenha a ver com atos de carácter administrativo, como é o caso, que envolvem a planificação por parte da Direção-Geral da Saúde, da criação de plataformas informáticas (...), não o fazer agora teria enormes custos para os utentes. Aquilo que é administrativo, urgente e inadiável deve ser feito”, afirmou Leal da





poderiam ser mais conciliadores e mais nobres. Mas do ponto de vista científico esteve ao mais alto nível”.

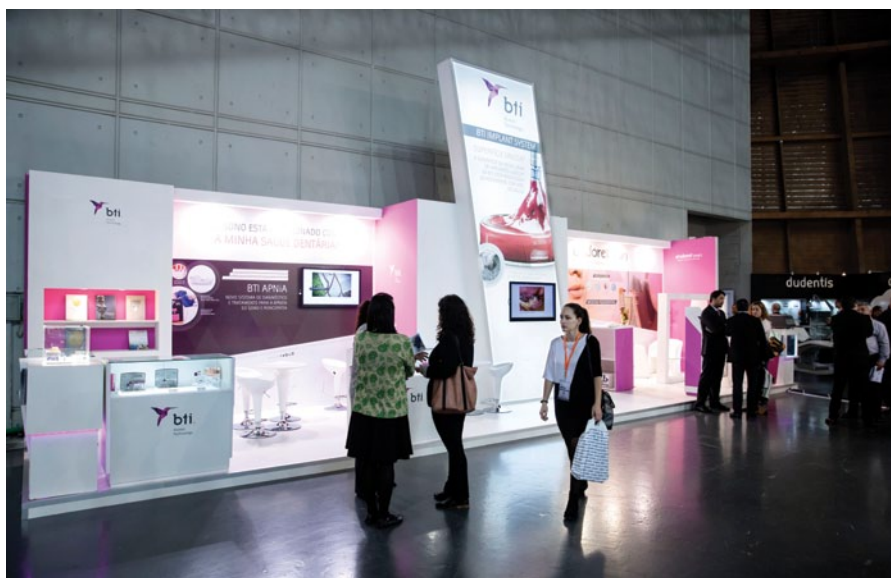
Paulo Monteiro também sublinha a importância de ter no evento vários palestrantes nacionais, “o que é sempre de enaltecer. O conteúdo científico foi de grande mais-valia para os participantes”. O médico dentista destaca ainda a adesão dos colegas ao evento. “A maior parte das salas de conferência estavam lotadas, apesar da sua elevada capacidade. Isso denota o interesse das palestras e a adesão dos médicos dentistas portugueses”. Como pontos fortes, Paulo Monteiro destaca a “qualidade científica e a excelente organização, num espaço que normalmente é destinado a outro tipo de eventos. Conseguiu-se organizar um Congresso do melhor que se faz pelo mundo”.

‘Black Friday’ da medicina dentária

À entrada do MEO Arena, o que saltava imediatamente à vista era o espaço da Expo-Dentária, onde as várias empresas do sector aproveitaram para dar a conhecer as mais recentes apostas. Na opinião de António Moutinho, Diretor Ibérico da Nobel Biocare, “é justo dar os parabéns à OMD pela coragem de levar o evento para a MEO Arena. Pareceu-nos



Os bancos anatómicos, da Akura, uma das novidades em destaque na área de exposição



um grande salto em termos de qualidade. Quando a Expo-Dentária se realiza em Lisboa é logisticamente mais difícil, o CCL já não tinha condições pois obrigava a partir a massa crítica de clientes com que trabalhávamos. E hoje em dia, as feiras são espaços únicos onde as pessoas rapidamente conseguem identificar as marcas e os locais onde estão”. Ainda assim, o formato arena parece não ser o mais indicado, na opinião de António Moutinho. “Era difícil chegar até ao recinto, com as bancadas de lado que obrigavam a subir e a descer, o que foi sentido e comentado por muitos. Mas não se pode ter tudo e penso que foi uma

aposta ganha. Foi bem conseguido por parte da OMD, havia organização por detrás onde se notava muito trabalho, a um nível muito elevado”.

Para a Dentaleader, esta edição da Expo-Dentária constituiu um desafio ainda maior através de um stand “inovador com a nova imagem corporativa da empresa, desenvolvida ao longo de 2015. Durante os três dias do congresso, a Dentaleader apresentou também o Odontomecum, o novo manual de referência que a empresa coloca à disposição dos profissionais e que está a ter grande aceitação no setor”.

Já Sónia Santos, da MedSupport, destaca a “cerimónia de abertura da Expo-

"Antes existiam grandes promoções na IDS, na Expodental e os clientes iam às feiras para ver o que havia, quase como uma espécie de 'black friday' da medicina dentária.

Mas a indústria adaptou-se e viu que não precisava esperar um ano para fazer negócios interessantes. (...) A OMD tem de criar esse chamariz, essas oportunidades. Fazer com que a indústria faça algo mais, pois a tradição de vender em feiras está esbatida"

António Moutinho,
Nobel Biocare



Dentária, que criou alguma dinâmica ao coincidir com as primeiras reações ao nosso stand. Os médicos dentistas reagiram de uma forma muito positiva ao design do stand, o que nos deixou muito felizes”. Esta edição de 2015 da Expo-Dentária foi especial para a MedSupport pois a empresa iniciou a divulgação “do recém-inaugurado escritório de Lisboa. A notícia foi bem acolhida pelos médicos dentistas da Grande Lisboa,

o que nos enche de motivação para continuar a criar mecanismos para o apoio dos nossos clientes”. O mote da presença da MedSupport no evento foi precisamente a “criação de uma zona dedicada aos clientes, onde pudessem relaxar, recarregar energias e telemóveis, ter acesso a Wi-Fi gratuito, entre outras surpresas”.

E será que os clientes esperam pela Expo-Dentária para fazer grandes

negócios? Para António Moutinho não. “Historicamente o que acontecia era que existiam grandes promoções na IDS, na Exponential e os clientes iam às feiras para ver o que havia, quase como uma espécie de ‘black friday’ da medicina dentária. Mas a indústria adaptou-se e viu que não precisava esperar um ano para fazer negócios interessantes. Fazemos esses negócios em qualquer altura, pelo que a OMD tem de criar esse chamariz, criar essas oportunidades que existem. Fazer com que a indústria faça algo mais, pois a tradição de vender em feiras está esbatida. Já não se usam as feiras para alavancar promoções, o negócio é demasiado dinâmico para esperar pelas feiras para comprar material”.

Já Nuno Costa Santos espera por parte da OMD uma “maior abertura e promoção do Congresso a todos os intervenientes do setor, nomeadamente aos técnicos de prótese dentária, assistentes dentários e higienistas”. Ainda assim o balanço é muito positivo “pelos inúmeros contactos realizados e pela lotação da maioria dos workshops realizados para apresentar as principais novidades da empresa em implantologia, regeneração, branqueamento e cad-cam”.

PLACA BACTERIANA E FLUOROSE DENTÁRIA FLÚOR - QUAL A SUA REAL IMPORTÂNCIA NO COMBATE À CÁRIE

Foi uma conquista do século passado pela descoberta das potencialidades do flúor na prevenção das cáries. Mas a luta pela suplementação de flúor não foi pacífica estando, no entanto, comprovada a sua eficácia por inúmeros estudos clínicos. A SAÚDE ORAL foi tentar perceber a controvérsia à volta dos benefícios da prescrição destes suplementos.

Texto: Cláudia Pinto



Ainda não existe consensualidade no que respeita à administração de flúor sistémico sob a forma de suplementos. “A Direção Geral de Saúde (DGS) recomenda esta forma de administração de fluoretos apenas para crianças de alto risco à cárie após os três anos de idade (0,25 mg/dia). Já a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) recomenda estes suplementos para crianças de alto risco e residentes em áreas com um teor de flúor na água inferior a 0,6 ppm, a partir dos seis meses e até aos 16 anos, com dosagens de acordo com a idade”, explica Sandra Ribeiro, professora catedrática do Curso de Higiene Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) e vice-presidente da Associação Portuguesa de Higienistas Oraís (APHO). E quem são as crianças com alto risco de sofrer de cáries? “Aqueles que, na sua dieta, não consomem a quantidade de flúor suficiente (incluindo os casos em que a água comunitária apresenta baixa concentração de flúor), crianças com higiene oral deficiente e/ou que consomem grande quantidade de alimentos cariogénicos”, explica a diretora do Departamento de Odontopediatria da Malo Clinic Lisboa, Filipa Maria Roque.

Para a DGS e a AAPD é fundamental avaliar o risco e determinar a exposição a fluoretos na dieta antes da prescrição de suplementos, “por forma a minimizar a ingestão de excesso de flúor”, acrescenta Sandra Ribeiro. Sabe-se que o uso de suplementos de flúor na prevenção de cáries dentárias foi aconselhado durante muitas décadas. Estudos mais recentes indicam “um efeito marginal dos suplementos de flúor quando comparados com a administração de flúor por via tópica. A convicção inicial era que o flúor necessitava de ser ingerido para ser eficaz e que as crianças que viviam em áreas sem água fluoretada precisavam de ter uma fonte suplementar de flúor.” A ação principal destes suplementos era inibir a cárie dentária, “pela incorporação via sistémica do flúor nos cristais do esmalte dentário. A administração de fluoretos por via sistémica pode contribuir para um efeito tópico nos dentes erupcionados (antes da ingestão, bem como um

efeito tópico devido ao aumento de flúor na saliva e no fluido crevicular gengival). Além disso, níveis elevados de fluoreto no plasma podem incorporar a superfície exterior de esmalte totalmente mineralizado, em dentes não erupcionados, de forma tópica”, acrescenta a especialista.

Recomenda-se, por isso, que os comprimidos antes de serem engolidos sejam dissolvidos lentamente na boca de forma a maximizarem o seu efeito tópico. O século XX foi marcado, no âmbito da saúde oral comunitária, pela descoberta das possibilidades preventivas do flúor. “O seu uso em larga escala em todo o mundo tornou possível beneficiar milhões de pessoas, livrando-as da cárie ou diminuindo a severidade dessa doença”, acrescenta Fátima Duarte, higienista oral do departamento de Periodontologia da FMDUL e presidente da APHO.

Relação risco - benefício

Foi duradoura a luta dos profissionais de saúde oral para ter o flúor como aliado principal da cárie dentária. A segurança e eficácia da utilização de flúor estão “sobejamente comprovadas”, ainda que os profissionais se preocupem com o desenvolvimento de fluorose dentária. “O risco-benefício da utilização de suplementos de flúor deve ser avaliado atendendo ao pouco impacto do flúor em fase pré-eruptiva na prevenção da cárie e no risco elevado de fluorose (Burt, 1999)”, reforça Sandra Ribeiro. A lógica passa por equilibrar os benefícios da prevenção da cárie dentária, reduzindo o risco de fluorose. “Uma dose entre 0,05 e 0,07 mg F/kg de peso corporal/dia (mg F/kg/dia) deverá ser respeitada como dose limite na ingestão diária de flúor, no intuito de prevenir o desenvolvimento da fluorose dentária esteticamente comprometedora (IOM,1997). Para toda a dentição, o período crítico para o desenvolvimento da fluorose traduz-se desde o nascimento até aos oito anos de idade”, sublinha a professora. Por outras palavras, a utilização diária recomendada para todas as idades passa pela escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado, pelo menos, duas vezes ao dia. “Enquanto para os adultos,

COMO ATUA O FLÚOR NA PLACA BACTERIANA?

Filipa Maria Roque, diretora do Departamento de Odontopediatria da Malo Clinic Lisboa explica a ação do flúor e as suas vantagens:

- Os estudos atualmente existentes demonstram que existem diversas formas através das quais o flúor apresenta o seu efeito anti-cariogénico.
- O flúor apresenta um efeito preventivo ao fortalecer a estrutura do esmalte, tornando-o mais resistente ao ataque ácido provocado pelas bactérias. Este ácido é formado quando as bactérias existentes na placa bacteriana processam os açúcares e hidratos de carbono da dieta. Os repetidos ataques ácidos enfraquecem a estrutura dentária, provocando as lesões de cárie.
- A ação terapêutica do flúor reside na sua capacidade de reparar ou remineralizar áreas que já foram desmineralizadas. Esta capacidade de remineralização do flúor é importante, uma vez que reverte o estado inicial da formação de uma lesão de cárie, ao mesmo tempo que cria uma superfície de esmalte mais resistente ao ataque ácido.
- O efeito direto do flúor na placa bacteriana traduz-se na diminuição da fermentação dos carboidratos pelas bactérias. Quando se aumenta o nível de flúor, determinadas bactérias são eliminadas, sendo evidente a drástica mudança no número e espécies de bactérias da placa bacteriana. Em baixa concentração, o fluoreto aumenta o pH da placa bacteriana pela inibição da produção de ácidos pelas bactérias. A sua presença interfere também na aderência microbiana ao esmalte dentário.
- Alguns autores afirmam ainda que a concentração de flúor a um nível subletal na placa altera não somente o metabolismo das bactérias, promovendo assim uma redução na acidogenicidade, mas também altera a produção de polissacarídeos extra-celulares insolúveis, reduzindo a aderência bacteriana à placa.

“As concentrações de flúor na placa bacteriana têm uma ação nos fatores de virulência do streptococcus mutans, tais como a diminuição da produção ácida e síntese de glucans” - Sandra Ribeiro

a pasta recomendada deverá ter cerca de 1500 ppm, existe alguma controvérsia quanto à concentração de flúor para crianças menores de seis anos”, refere Sandra Ribeiro.

A este respeito, a odontopediatra Susana Biscaia cita as recomendações da Orientação da DGS (número 007/2011) que indica que, para crianças até esta idade “a quantidade de pasta dentífrica deve ser do tamanho da unha do quinto dedo da criança. A partir dessa idade é recomendada uma quantidade de pasta dentífrica de cerca de 1 cm”. O ideal é que os pais supervisionem a escovagem até, pelo menos, aos oito anos de idade, de forma a garantir que os filhos seguem técnicas de escovagem eficazes. “Deve ressaltar-se que estas crianças ainda não possuem um controlo satisfatório da deglutição, especialmente aquelas com menos de três anos, mais suscetíveis à manifestação de fluorose”, salienta a vice-presidente da APHO.

A fluorose dentária afeta menos a dentição decídua do que a dentição permanente. “Considera-se que o



intervalo entre os 15 e os 30 meses de idade corresponde ao período mais crítico para o seu desenvolvimento. No entanto, considera-se o período alargado até aos quatro anos de idade, como o período crítico para a exposição excessiva de flúor”, defendem a higienista oral Rita Alves e o médico dentista Hugo Madeira.

Hoje em dia, a segurança e a eficácia do flúor na prevenção e no tratamento da cárie dentária “está bem documentada através de ensaios clínicos aleatorizados” realizados em pacientes de todas as idades, sustenta Filipa Maria Roque. No entanto, e de acordo com a evidência citada na literatura, “alguns estudos realizados verificaram uma fraca eficácia dos suplementos de flúor na prevenção da cárie dentária na dentição decídua. Quanto à dentição definitiva, o uso diário de suplementos previne a cárie dentária, nomeadamente em crianças em idade escolar, através da sua ação tópica”, explicam Rita Alves e Hugo Madeira.

As recomendações sobre suplementos de flúor devem ter em conta tanto o seu efeito preventivo, como o risco de “causar toxicidade aguda ou crónica (como a fluorose dentária). Assim, a prescrição – ou não – de suplementos de flúor deve ser ponderada pelo odontopediatra avaliando cada caso em particular, numa decisão que envolve vários fatores, como a idade da criança, se a mesma ingere ou não pasta de dentes durante a escovagem, a concentração de flúor nas fontes primárias de água potável, a higiene oral da criança e o tipo de alimentação que faz, explica Filipa Maria Roque. No que respeita à idade em que não deve ser complementada a suplementação de flúor, a responsável indica que não se deve ultrapassar os “16 anos”, sendo que a máxima ação se dá durante “o período pós-eruptivo do desenvolvimento dentário, altura em que ocorre a calcificação e a maturação do esmalte”.

**“O uso de flúor em larga escala, em todo o mundo, tornou possível beneficiar milhões de pessoas, livrando-as da cárie ou diminuindo a severidade dessa doença” -
Fátima Duarte**

A sobrevivência de determinadas bactérias após exposição ao flúor torna-se preocupante quando “nem todas as estirpes bacterianas são afetadas pelo flúor, quando surgem determinadas espécies mutantes resistentes ou quando ocorre adaptação de determinadas estirpes para resistir ao flúor”. Segundo

O poder comprovado do bicarbonato de sódio para ajudar a parar o sangramento nas gengivas¹⁻⁵



parodontax® é uma pasta dentífrica diferente de todas as outras. A sua fórmula única contém 67% de bicarbonato de sódio. **parodontax**® tem um mecanismo de ação que ajuda a romper com a matriz exopolissacárida aderente que mantém a placa bacteriana agarrada aos dentes.⁶ O resultado - mais placa bacteriana removida com a escovagem.^{4,5,7}

Comprove o benefício em apenas 60 segundos.⁸

Em apenas 60 segundos de escovagem com a pasta **parodontax**®, os pacientes começam a sentir o benefício, com uma redução de mais 23% de placa bacteriana, em comparação com uma pasta dentífrica sem bicarbonato de sódio.⁸

A pasta dentífrica parodontax® reduz o sangramento gengival significativamente mais que uma pasta sem bicarbonato de sódio.⁵

Quando detecta sangue ao sondar os dentes do seu paciente, algo tem de ser feito. Recomende **parodontax**® como parte do seu aconselhamento aos pacientes na sua rotina de higiene oral diária, para combater o sangramento gengival e ajudar a manter as gengivas saudáveis.^{4,5}

parodontax® ajuda à escovagem, mesmo nas áreas de difícil acesso⁸

Quando os seus pacientes escovam os dentes, as áreas de difícil acesso são aquelas onde se dá uma maior acumulação de placa bacteriana. Assim, é reconfortante saber que a pasta dentífrica **parodontax**® revela maior benefício na redução da placa bacteriana nessas áreas de difícil acesso.⁸

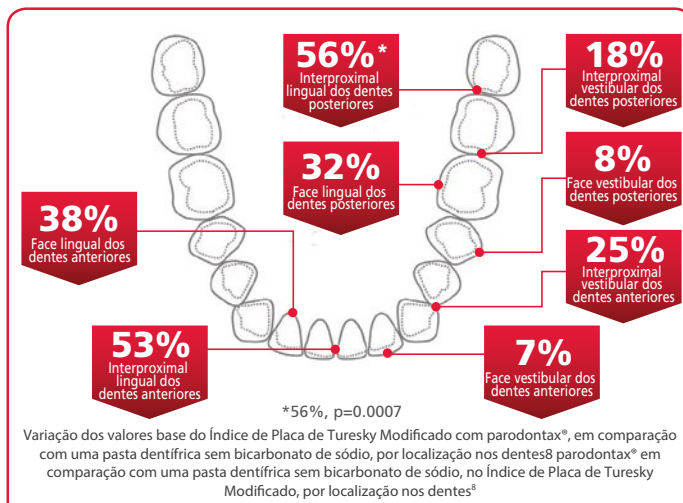
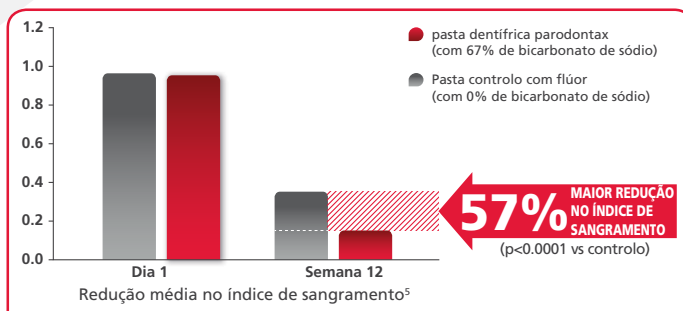
Referências :

1. Ghassemi A, et al. *J Clin Dent* 2008;**19** (4):120-6.
2. Thong S, et al. *J Clin Dent* 2011;**22**(5):171-8.
3. Data on file, E5931015, January 2011.
4. Data on file, RH01530, January 2013.
5. Data on file, RH01763, October 2013.
6. Data on file, January 2014.
7. Data on file, RH01455, November 2012.
8. Akwagiyam I, et al. Poster 174485 presented at the International Association of Dental Research, Seattle, Wash. March 2013.

COMPROVE O BENEFÍCIO EM APENAS



60 SEGUNDOS



Recomende a pasta dentífrica **parodontax**®. Utilizada duas vezes ao dia.

“A prescrição ou não de suplementos de flúor deve ser ponderada pelo odontopediatra avaliando cada caso em particular, numa decisão que envolve vários fatores” – Filipa Maria Roque

Filipa Maria Roque, tem sido observado que a espécie “*Veillonella* não é afetada pelo flúor, e que o *Streptococcus* pode sofrer mutações para resistir ao flúor e adaptar-se fenotipicamente para aumentos acentuados na quantidade de flúor no meio oral. Apesar de existirem determinadas estirpes de microrganismos resistentes ao flúor, o metabolismo dos carboidratos fica reduzido após exposição ao mesmo, diminuindo assim o risco de cárie e estabilizando o ecossistema da cavidade oral”.

Uma conquista do século passado

A relação flúor-cárie acabou por ser “uma conquista do séc. XX pelo médico dentista norte-americano Frederick McKay” mantendo-se até aos dias de hoje, acrescenta Fátima Duarte. É importante lembrar que a sua aplicação deve sempre ser acompanhada de um programa preventivo, onde se preconiza a educação, motivação e consciencialização do paciente quanto à importância da saúde oral “assim como o controlo da dieta, higienização correta e profilaxia profissional periódica”.

O flúor pode ainda ser um importante “aliado no tratamento da cárie dentária nos estádios mais iniciais”, baseando-se a sua necessidade de aplicação, o tipo de produto e a frequência em aplicação tópica na análise individualizada “da atividade da doença e da análise do risco”. A eficácia da utilização do flúor tem vindo a ser demonstrada na prevenção da cárie “em todas as idades”. Prova disso

AS NOVIDADES DA INDÚSTRIA

GSK

Segundo Susana Costa Cruz, do Departamento Médico da GSK ConsumerHealthcare, “a utilização de dentífricos fluoretados na rotina diária de higiene oral contribuiu para uma redução significativa das principais doenças orais nas últimas décadas. A eficácia dos dentífricos fluoretados encontra-se já tão bem documentada que a comunidade científica não considera ser ético realizar estudos clínicos que utilizem dentífricos não fluoretados. Sendo a GSK consciente da relevância e do papel fundamental do flúor num dentífrico de utilização diária, realçamos que este se encontra presente na maioria dos nossos dentífricos”.

No âmbito da eficaz remoção da placa bacteriana, a responsável destaca os mais recentes lançamentos da gama “Parodontax: o dentífrico Parodontax Extra Fresh e o Parodontax Elixir Diário.

Parodontax Extra Fresh apresenta uma tecnologia única com 67% de Bicarbonato de Sódio e Flúor (1400 ppm), estando clinicamente comprovada a redução efetiva da placa bacteriana com uma única escovagem em 60’, mesmo nas zonas de difícil acesso. Parodontax Elixir Diário, apresenta uma formulação sem álcool, com 0,06% de digluconato de clorexidina e Flúor (250 ppm)”.

Procter&Gamble

Na opinião de Deplhine Riss, *Scientific Manager France&Spain* da Procter&Gamble, “o uso combinado de escovas e pastas dentífricas na higiene oral tem aumentado ao longo dos anos”. Nos últimos 50 anos registaram-se enormes melhorias em produtos para combater os problemas que podem afetar a cavidade oral. “O primeiro avanço inovador foi a introdução de dentífrico fluoretado que combate eficazmente, não apenas cáries, mas outros problemas relacionados com a higiene oral. A introdução de fluoreto de estanho estabilizado fornece um avanço na amplitude e profundidade de benefícios a partir de uma única pasta de dentes”, adianta a responsável. É responsável pela redução do desenvolvimento de bactérias e mais recentemente esta inovação tem sido destacada pela “amplas vantagens, incluindo a proteção contra cáries, placa bacteriana, sensibilidade dentária, erosão, manchas extrínsecas e problemas de gengiva”, defende DeplhineRiss. A combinação do fluoreto estanoso e do floreto de sódio foram medidos num estudo clínico indicando a sua eficácia que “agem contra os micro-organismos que causam placa e criam uma barreira que impede a reprodução de germes”.

é a diminuição da prevalência desta doença “que se tem observado nos últimos 30 anos em países desenvolvidos. Este padrão pode ser atribuído ao uso eficaz de fluoretos, combinado com uma alteração dos estilos de vida e melhoria das práticas de higiene oral. O *Centers for Disease Control* (CDC) considera a fluoretação das águas de abastecimento público como uma das dez medidas mais importantes de saúde pública no séc. XX”, refere Sandra Ribeiro. Nas crianças, pensa-se que o principal

motivo da diminuição da incidência de cáries “se deve à introdução de flúor nas pastas dentífricas”, salienta Susana Biscaia.

No que respeita aos suplementos de flúor podem ser recomendados nos casos de crianças “com risco aumentado de cáries dentárias”, destaca a odontopediatra. A *European Academy of Pediatric Dentistry* e a *American Dental Association* estabelecem protocolos de suplementação até aos 18 e 16 anos

respetivamente. É importante salientar que, “nos mais novos ainda não foram adquiridas as competências de escovagem que lhes permita executar corretamente uma boa higiene oral, pelo que é recomendado o apoio dos pais para complementar estes cuidados. Mesmo após a aquisição desta capacidade pelas crianças, os pais devem manter a supervisão”, sublinha.

A ingestão de dentífrico fluoretado e o desenvolvimento de fluorose dentária nas crianças “é maior quando se recorre a suplementos de flúor”. No entanto, além da supervisão adequada dos pais, uma boa higiene oral e uma alimentação diversificada e equilibrada, bem como visitas regulares ao médico dentista, diminuem o risco. Tanto na população pediátrica, como na adulta “existe um consenso global que o flúor tem um papel muito importante na prevenção do aparecimento de cáries, quer por via sistémica, quer por via tópica, mas a principal e melhor forma de atuação é por via tópica”. Não nos esqueçamos que a cárie dentária é uma doença multifatorial

e com “uma etiologia complexa”, diz Sandra Ribeiro. Assim, o comportamento adequado de saúde e higiene oral, bem como as medidas preventivas são essenciais para prevenir e controlar a doença. “O flúor tópico promove também uma ação antibacteriana. As concentrações de flúor na placa bacteriana agem nos fatores de virulência do *streptococcus mutans*, tais como a diminuição da produção ácida e síntese de *glucans*”, reforça a vice-presidente da APHO.

“As propriedades de remineralização exercem a sua ação sobretudo por meio tópico, não invalidando, contudo, os métodos sistémicos de administração de flúor. Este vai incorporando-se no esmalte tornando-o mais resistente ao meio ácido criado pela ação bacteriana”, acrescenta Susana Biscaia. Na sua opinião, a medida mais adequada e confiável no controlo da placa bacteriana são “os métodos mecânicos de remoção, através da escovagem e limpeza interdentária com fio dentário. A remoção mecânica permite remover uma grande parte

da placa bacteriana, no entanto inevitavelmente permanece sempre alguma, pelo que estes métodos podem ainda ser complementados com outros agentes que limitam o crescimento de microrganismos e previnem a formação de cáries”.

Consultas de vigilância na gravidez

Os pacientes com risco aumentado de cárie devem ser avaliados individualmente, e podem ser consideradas abordagens como “a utilização de colutório ou de aplicação de flúor em consultório, como o verniz ou gel de flúor”, defende Sandra Ribeiro. Mesmo antes de o bebé nascer, as consultas de vigilância da gravidez constituem “uma boa oportunidade para sensibilizar os pais para a importância da saúde oral no contexto da saúde global”, defende Filipa Maria Roque. Deve ser dado destaque aos cuidados a ter com a alimentação e a higiene oral da mãe e da criança, especialmente após a erupção do primeiro dente. “A utilização ou não de suplementos de flúor é posteriormente avaliada a cada consulta de rotina da criança, em que é determinado o risco de cárie da mesma, o qual pode alterar-se em diferentes momentos do crescimento da mesma”, acrescenta. Opinião distinta têm Rita Alves e Hugo Madeira, que defendem que, no que respeita à suplementação pré-natal, “estudos recentes demonstram que não há redução de cárie dentária na dentição decídua de crianças cujas mães tenham tomado suplementos durante a gestação”. ●

“Considera-se o período alargado até aos quatro anos de idade, como o período crítico para a exposição excessiva de flúor” -

Rita Alves
e Hugo Madeira



INFORMAÇÃO URGENTE DE SEGURANÇA

Sistemas de raios X intra-orais Kodak 2100 e Kodak 2200

FSCA MA-2013-0037 – Modificação do dispositivo

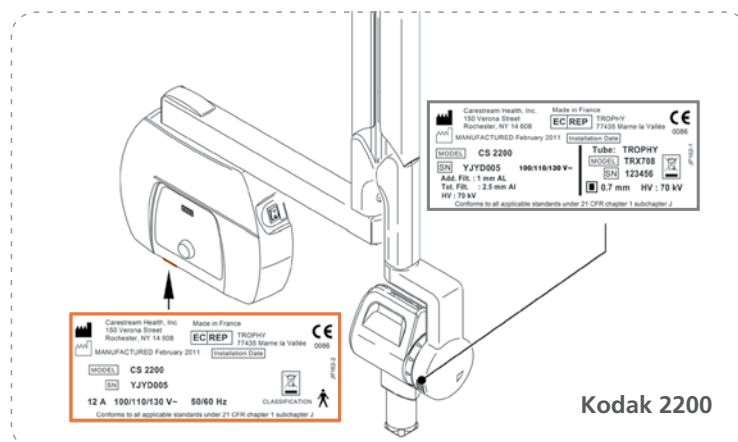
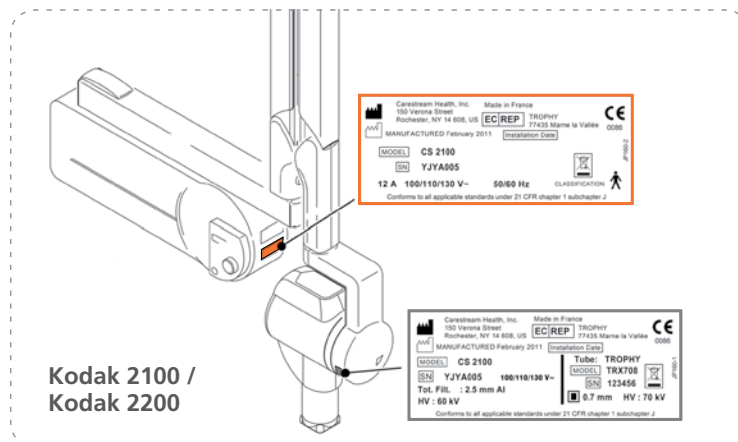
Primeira publicação: 5 de fevereiro, 2014

Atenção:

Potencial de falha precoce da junta do suporte do braço de tesoura do Kodak 2100 e Kodak 2200.

Detalhes sobre os dispositivos afectados: Sistemas de raios X dentários intra-orais Kodak 2100 e Kodak 2200 lançados e comercializados entre Maio de 2008 e Abril de 2010 - com os os números de série a iniciar por WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, YA, YB, YC, YD

Identificação do número de série



Descrição do problema:

A Carestream identificou um problema no processo de fabrico durante o período acima mencionado que pode resultar numa falha precoce da ligação entre o braço de tesoura e o suporte. A falha não é imediata e é normalmente visível para o utilizador antes do braço poder cair. Se o braço cair, há risco de lesão devido ao impacto no paciente ou utilizador.

Aviso aos utilizadores:

A Carestream recomenda que os utilizadores façam inspecções regulares das unidades utilizando as imagens abaixo apresentadas, de modo a garantir que o braço não falha.

Um engenheiro de assistência técnica do representante fará uma visita para realizar uma inspecção detalhada e uma modificação de modo a rectificar o problema. Se a unidade mostrar sinais precoces de falha na inspecção, interrompa a sua utilização e contacte imediatamente um representante ou a Carestream através do 00800 4567 7654



Acção tomada pelo fabricante:

A Carestream está a efectuar uma acção correctiva de segurança para que cada unidade fabricada durante o período afectado seja inspeccionada no local por um engenheiro e seja aplicada uma modificação a cada unidade.

PREPARADO PARA A EXPODENTAL 2016? PORTUGAL É O PAÍS CONVIDADO

A Expodental quer potenciar ainda mais a visita dos profissionais portugueses ao evento que recorre de 10 a 12 de março nos pavilhões 3, 5 e 7 da Feira de Madrid. Para isso, e pela proximidade dos dois países, a organização anunciou Portugal como o país convidado da edição de 2016 do Salão Internacional de Equipamentos, Produtos e Serviços Dentários.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Cedidas por Organização

A Expodental, uma das maiores feiras do setor da medicina dentária, é uma oportunidade para os profissionais ficarem a conhecer a tecnologia de vanguarda neste mercado, bem como as inovações internacionais de uma indústria que está em constante evolução. “Não foi em vão que a presença de compradores de Portugal representou na última edição da Expodental 45% dos visitantes internacionais no Salão”, informou a organização em comunicado.

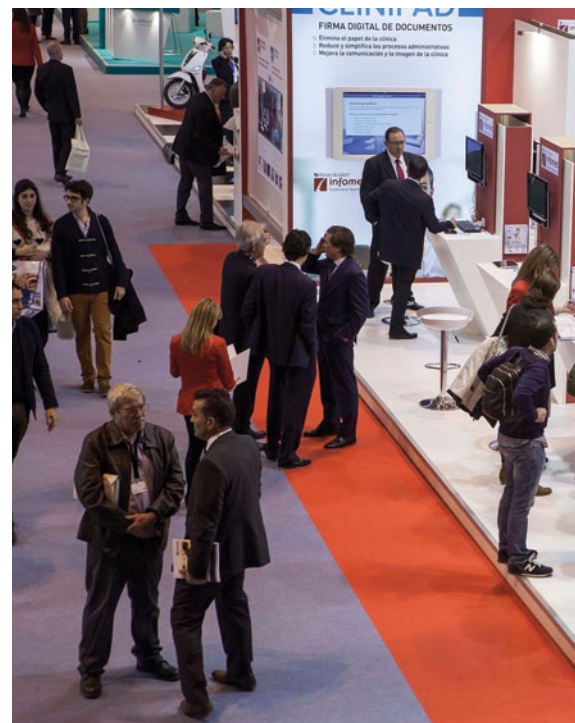
As previsões apontam para que a edição de 2016 seja “a maior e mais completa de todas até à data”, com a participação de 300 empresas expositoras e “uma vasta oferta que, pela primeira vez, irá ocupar três pavilhões do recinto da IFEMA”, naquela que é considerada a segunda feira mais importante do calendário europeu.

A edição de 2016 vai reunir uma oferta de produtos e novidades relacionadas com equipamento e mobiliário, consumo e instrumentos, implantologia, ortodontia, serviços destinados a clínicas e informática.

Aposta na formação

A edição de 2016 vai reunir uma oferta de produtos e novidades relacionadas com equipamento e mobiliário, consumo e instrumentos, implantologia, ortodontia, serviços destinados a clínicas e informática. Além das novidades, a aposta deste ano vai para a área da formação, que “irá concentrar toda a oferta do setor dentário, nomeadamente pós-graduações, especialidades e formação contínua das empresas, o que permite um contexto de informação de grande interesse para os profissionais e futuros profissionais”.

Como já vem sendo hábito, o primeiro dia do evento vai ser



dedicado aos jovens estudantes que aproveitam o evento para estabelecer contactos e ficar por dentro das principais inovações na área. Este ano a organização vai manter o Speaker's Corner, com um programa de apresentações “que irá abordar os últimos tratamentos e avanços tecnológicos de uma indústria em desenvolvimento permanente”. Crescer é o objetivo da organização. “As nossas expectativas

são de crescimento em todos os parâmetros da feira. Desde a área de exposição, que já ultrapassa os 18.500 m2, até à oferta e ao número de empresas participantes e, claro, à visita de profissionais, nacionais e internacionais. Graças ao esforço da indústria vamos celebrar a maior e mais representativa edição da Expodental”, revelou Maria José Sanchez, diretora da Expodental, à SAÚDE ORAL.

Software, mobiliário e arquitetura para clínicas

Segundo Maria José Sanchez, este ano os visitantes podem ter acesso a várias novidades na feira, nomeadamente “serviços dirigidos à clínica, como recolha de resíduos, *software*, mobiliário e arquitetura para clínicas, marketing, entre outros”. Uma aposta em novidades, numa altura em que se começam a observar sinais de melhoria no mercado. “A Expodental 2016 realiza-se num momento muito oportuno para o mercado, para se apresentar e conhecer avanços desta indústria nitidamente inovadora que, a cada dois anos, tem muito para oferecer”.



TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE UM CANINO MANDIBULAR COM DUAS RAÍZES



HUGO SOUSA DIAS

- Pós-graduação em Endodontia pela FMDUL
- Coordenador Residência Clínica de Endodontia Foramen Dental Education
- Prática clínica exclusiva em Endodontia
- Fundador Study Club Endodontics - Grupo Português para o Estudo da Endodontia

Introdução

O objetivo primário do tratamento endodôntico é desinfetar e selar o sistema de canais radiculares de forma tão eficaz quanto possível, com o objetivo de estabelecer ou manter os tecidos periapicais saudáveis¹. A abordagem de casos com uma anatomia complexa requer conhecimento da anatomia interna de todos os tipos de dentes antes de dar início ao tratamento endodôntico.

Vários estudos têm reportado a existência de variações anatómicas associadas ao canino mandibular^{2,3,4,5}. A ocorrência de caninos mandibulares com 2 raízes e 2 canais radiculares é baixa, podendo variar entre 1% a 5%⁶. O conhecimento da anatomia canalar é mandatório para o sucesso do tratamento endodôntico. Compete ao clínico estar desperto para este facto e realizar uma avaliação inicial cuidada. O caso clínico apresentado relata a realização do tratamento endodôntico num canino mandibular com duas raízes e dois canais com foraminas apicais independentes.

Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, com 51 anos, referenciada por dor espontânea na zona do canino mandibular do 3º quadrante (33). Foram realizadas duas incidências radiográficas periapicais (Fig.1 e Fig.2), tendo sido possível verificar a presença de duas raízes. Realizado teste de sensibilidade pulpar ao frio, tendo a paciente referido dor intensa que se manteve após remoção do estímulo, dente adjacente com

resposta normal ao teste. Sem queixas à percussão e à palpação dos tecidos moles e com sondagem periodontal dentro dos limites normais. Visível radiograficamente uma restauração justa-pulpar. Diagnóstico pulpar de pulpite irreversível sintomática e diagnóstico periapical de tecidos periapicais normais.

Proposto tratamento endodôntico não cirúrgico de dente 33, tendo sido realizado em sessão única. Anestesia local com Artinibsa c/ Epi 1:200.000 (Inibsa). Isolamento absoluto com grampo número 212 (Fig.3), abertura da cavidade de acesso com broca esférica número 12, Endo Access número 2 (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) e Endo-Z (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland). Realizado desgaste compensatório das paredes vestibular (V) e lingual (L) de modo a permitir a visualização de ambos os canais (Fig.4)⁷.

Realizado glyde path com lima K#10 (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) e determinado comprimento de trabalho com recurso a localizador electrónico apical Root ZX (Morita) e confirmação radiográfica (Fig.5).

Realizado glyde path mecanizado com a Proglider (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland). Instrumentação do canal V com limas WaveOne Gold Small e Primary (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) com 22,5mm e no canal L com limas WaveOne Gold Small e Primary (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) com 23mm.

Irrigação com hipóclorito de sódio 5,25% durante todo o procedimento e protocolo final de irrigação com EDTA 17% (Coltene), hipóclorito de sódio 5,25% e álcool 90°.

Obturação de ambos os canais com técnica de condensação termoplástica de onda contínua com o Elements Obturation Unit (Kerr Endodontics) e com o cimento resinoso AH Plus (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) (Fig. 6, Fig.7 e Fig.8). Seladura intracanal com Ionoseal (VOCO). Paciente reencaminhada para o colega referenciador para posterior reabilitação. Realizado controlo radiográfico aos 3 meses (Fig.9).

Discussão

O conhecimento das possíveis variações anatómicas em cada grupo dentário é essencial uma vez que o sucesso do tratamento endodôntico está dependente da correta e completa limpeza, desinfecção e obturação do sistema de canais radiculares. A realização de duas incidências radiográficas iniciais é de extrema importância, de modo a auxiliar na identificação de possíveis variações anatómicas, ou mesmo, antever possíveis dificuldades que possam surgir no decorrer do tratamento⁶.

Os caninos mandibulares são geralmente referidos como tendo uma raiz e um canal, na maioria dos casos. Segundo D'Arcangelo (2001) 15% dos caninos inferiores apresentam dois canais com um ou dois foraminas. Em casos raros 6, podem apresentar duas raízes, e dois ou três canais (1% a 5%). Mesmo que a anatomia mais comum nos caninos mandibulares seja de uma única raiz e um único canal radicular, o médico dentista deve considerar as possíveis variações e pesquisar sempre a presença de um segundo canal radicular⁶.

Conclusão

O facto de não ser tratado um dos componentes do sistema de canais radiculares terá um impacto negativo sobre o outcome do tratamento.

Os médicos dentistas devem ter o conhecimento das possíveis variações anatómicas nos diferentes grupos dentários, e nunca devem assumir um tratamento como sendo simples. A maioria dos caninos mandibulares têm uma raiz e um canal radicular, mas 15% podem apresentar dois canais, e numa percentagem menor podem ter duas raízes com canais independentes (1%-5%), sendo importante a sua identificação e tratamento.

O exame radiográfico inicial é uma ferramenta importante para auxiliar na deteção de possíveis variações anatómicas. O clínico hoje em dia tem ao seu dispor uma serie de “ferramentas” que podem auxiliar na abordagem dos casos com maior segurança e de forma mais previsível, como são exemplo o CBCT e o microscópio operatório. 🍷

Bibliografia

1. de Paz, L.C. et al. The Root Canal Biofilm. Vol.9, Springer Series, 2015
2. Pineda F, Kuttler Y (1972) Mesiodistal and buccolingual. Roentgenographic investigation of 7275 root canals. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology 33, 101–10.
3. Green D (1973) Double canal in single roots. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology 35, 689 – 96.
4. Vertucci FJ (1984) Root canal anatomy of the human permanent teeth. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology 58, 589–99.
5. D'Arcangelo C. et al. Root canal treatment in mandibular canines with two roots: a report of two cases. International Endodontic Journal, 34, 331-334, 2001.
6. Victorino F.R. et al. Bilateral mandibular canines with two roots and two separate canals - case report. Braz. Dent. J (2009), 20(1): 84-86
7. Pécora S.R. et al. The external and internal anatomy of human mandibular canine teeth with two roots. Endod Dent Traumatol, 1998; 14: 88-92.

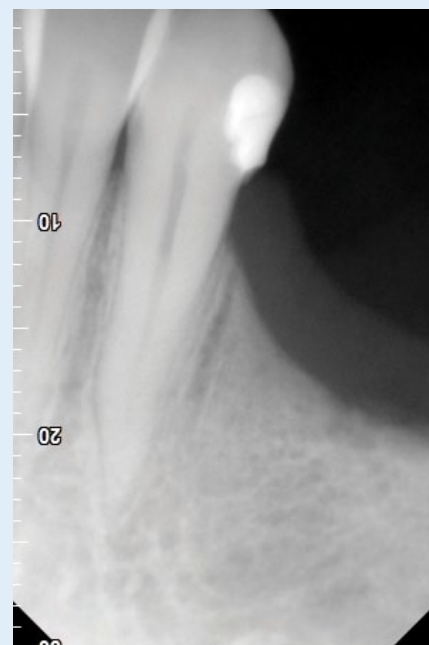


FIG.1: radiografia inicial (orto-radial)

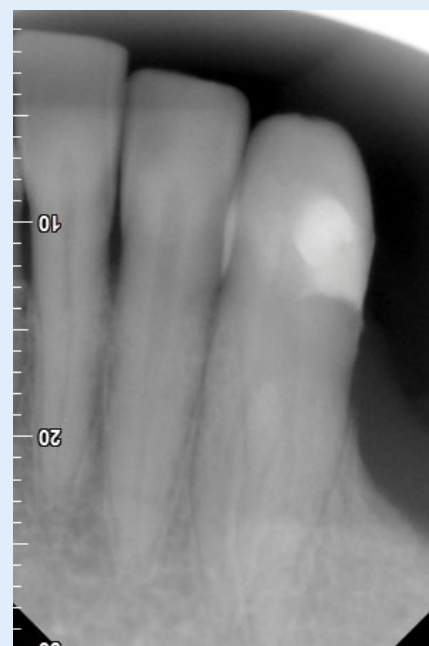


FIG.2: radiografia inicial (mesio-radial)



PRÉMIO MEXIA DE ALMEIDA 2015

3ª EDIÇÃO

Estão abertas as candidaturas
ao Prémio Mexia de Almeida
até 15 de Fevereiro de 2016

Consulte o regulamento e saiba como
proceder à sua candidatura em:

www.mundoasorrir.org



Através do seu Centro de Estudos – CEMAS – a Mundo A Sorrir deseja incentivar a investigação no âmbito da Saúde em Geral e em particular da Saúde Oral, pelo que cria o Prémio Mexia de Almeida.

O Prémio Mexia de Almeida pretende distinguir trabalhos que versem a área da Saúde Oral Comunitária, relevando a componente social das profissões desta área, contribuindo desta forma para a sua valorização e para o incentivo da compreensão das questões sociais e comunitárias ligadas à saúde.

Trabalhos aptos para candidaturas:

- Trabalho académico original de investigação, de um tema sobre Promoção de Saúde Oral, no qual seja usada a metodologia própria de um trabalho científico.
- Projeto de intervenção comunitária na área da Promoção de Saúde Oral.

Para qualquer esclarecimento adicional, contactar o Centro de Estudos da Mundo A Sorrir através: cemas@mundoasorrir.org



FIG.3: Isolamento absoluto

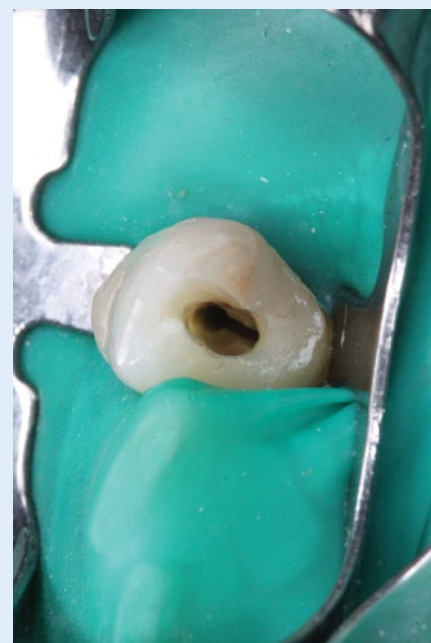


FIG.4: Cavidade de acesso

PROMOÇÃO ESPECIAL **UPGRADE DO SEU RAIOS X** **POR APENAS 1.799 €** (1.200 € abaixo do preço de venda recomendado)



Se é actualmente dono de um Raio X Trophy/Kodak/Carestream, você está habilitado a receber o nosso último modelo, State-Of-The-Art com um desconto de 1.200 Euros! O revolucionário CS 2200 pode ser seu por somente 1.799 Euros!

CS 2200

- Máxima qualidade de imagem, dose mínima
- Intuitivo e fácil de usar
- Desenhado com segurança e eficiência

Telefone hoje: 00800 4567 7654 ou registe a sua unidade online e receba uma inspecção gratuita ou um upgrade:

www.carestreamdental.com/generator_upgrade

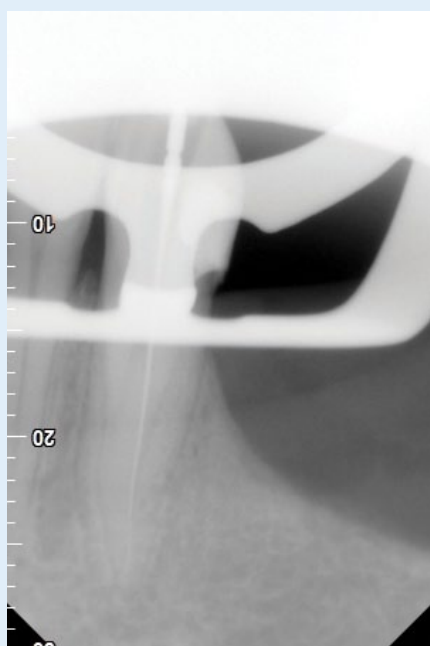


FIG.5: Radiografia de odontometria

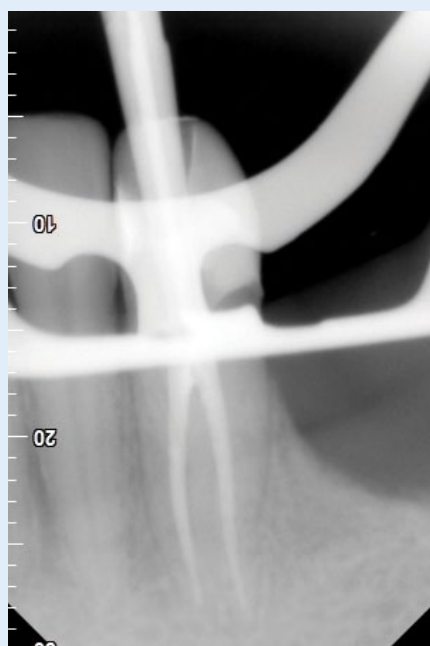


FIG.6: Radiografia de conometria

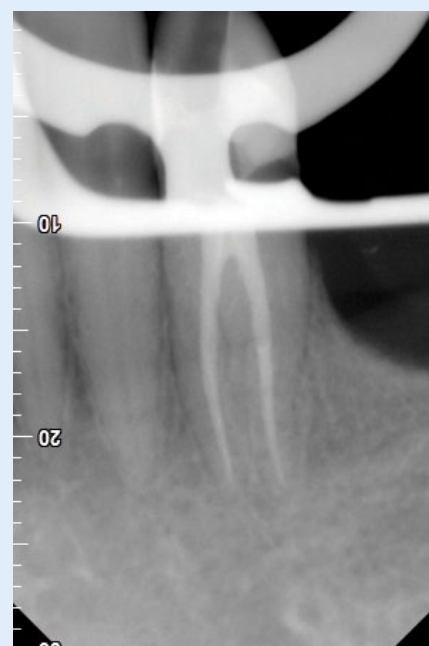


FIG.7: Radiografia de obturação



FIG.8: Radiografia final



FIG.9: Radiografia controlo 3 meses

"A maioria dos caninos mandibulares têm uma raiz e um canal radicular, mas 15% podem apresentar dois canais, e numa percentagem menor podem ter duas raízes com canais independentes (1%-5%), sendo importante a sua identificação e tratamento"



SINTERMETALL

FRESADO NO SEU LABORATÓRIO

Metal sinterizado estável para a produção no próprio laboratório de coroas individuais e pontes até 14 elementos, estruturas metálicas, telescópicas, barras, estruturas primárias e attachments.

- Liga de cromo-cobalto de alta qualidade
- 100% estável – sem tensões ou defeitos de estrutura
- Sem porosidades ou impurezas nas estruturas metálicas
- Sem contracções ou distorções de fundição
- Sinterização no Zirkonofen 700 Ultra-Vakuum sem oxigénio e a vácuo com adaptador específico sem necessidade de gás Árgon ou de forno adicional
- Aumento das opções e valor do laboratório



TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

CARLOS FALCÃO¹

MATTEO ALBERTINI²

ROBERTO PADRÓS²

FERRÁN PUIGREFAGUT³

¹ Porto Dental Institute, Barcelona Dental Institute

² Barcelona Dental Institute

³ Ceramista (Mollerussa, Espanha)

O Tratamento interdisciplinar do sector anterior constitui ainda hoje um desafio para a Medicina Dentária. O impacto estético que acarreta obriga a uma planificação muito detalhada dos tratamentos a realizar e a uma coordenação adequada entre os diferentes intervenientes. O grau de complexidade será tanto maior quanto mais fatores etiológicos possam estar a contribuir para os problemas de natureza funcional, biológica, estrutural e estética que a dentição anterior de um caso determinado possa estar a sofrer. A propósito de um caso clínico, os autores pretendem exemplificar como estabelecem a estratégia de tratamento mais adequada, associando o uso de técnicas conservadoras e previsíveis à seleção de materiais restauradores que permitam um resultado adequado e que mimetize todas as características da dentição original.

Caso Clínico

Paciente de 36 anos que recorre à nossa consulta com queixas de sangramento gengival, e com queixas relativas à estética do seu sorriso. Como podemos observar na figura 1, é possível identificar um quadro

clínico em que se deteta uma zona ampla de inflamação gengival (diagnosticada como uma periodontite crónica generalizada leve), associada à existência de restaurações parciais aderidas nos incisivos superiores. Na figura 2 podemos avaliar que a paciente apresenta um sorriso gengival com etiologia multifactorial. Além do aumento do volume gengival como consequência de uma gengivite evidente, a paciente apresenta erupção passiva alterada, um aumento do crescimento do maxilar superior, e com uma hiper mobilidade labial associada a um lábio curto.

Após uma fase higiénica inicial, de forma a permitir o controle da inflamação dos tecidos moles, foi estabelecido o objetivo final de tratamento, com a definição, através de um enceramento de diagnóstico, da forma e proporções dos dentes anterosuperiores e da futura posição das margens gengivais dos mesmos. O tratamento consistiu na realização de uma cirurgia de alongamento coronário, e da substituição das restaurações antigas por restaurações aderidas de cerâmica feldespática com núcleo de dissilicato de lítio. ➤



FIGURA 1: Situação inicial.



FIGURA 2: Situação inicial onde se pode identificar a presença de um sorriso gengival.



FIGURA 3: Situação inicial visão intra-oral onde se pode apreciar o grau de inflamação dos tecidos moles bem como a existência de restaurações de cerâmica nos dentes 12,11,21,22.

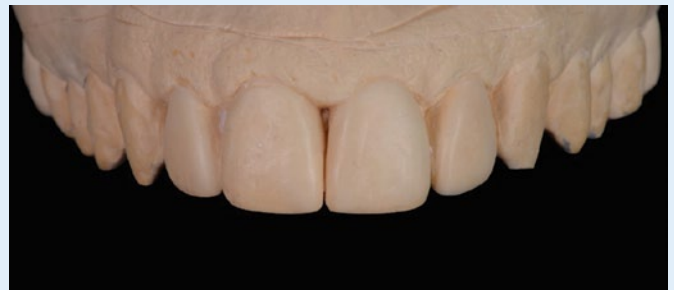


FIGURA 4: Enceramento de diagnóstico com modificação das margens gengivais dos dentes superiores e modificação da forma dos dentes 12-22.



FIGURA 5



FIGURA 6

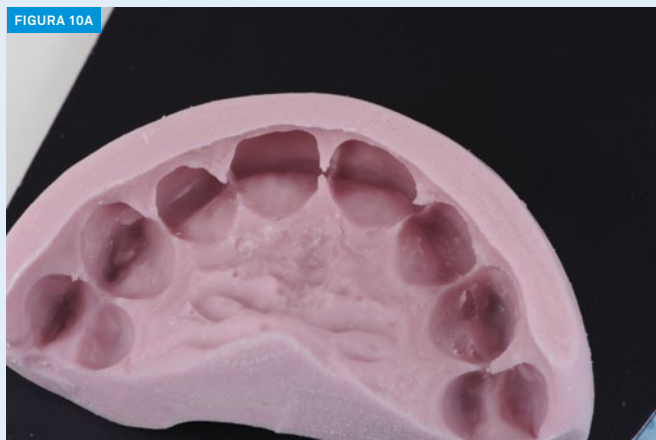


FIGURA 7



FIGURA 8

FIGURAS 5, 6 7, 8: Cirurgia de alongamento coronário onde se pode observar a marcação dos futuros zenits das margens gengivais. A remodelação da crista óssea é essencial para permitir um correto estabelecimento no novo espaço biológico.



FIGURAS 9,10,11,12: Após 6 meses, procedeu-se à preparação dentária dos 4 incisivos. Para o efeito foram removidas as facetas antigas e através de uma chave de silicone foi efetuado um mock-up direto que permitiu servir de guia para a preparação final. De assinalar que neste tipo de restaurações as linhas de acabamento poderão ser localizadas numa posição supragengival.



FIGURA 13: Restaurações provisórias realizadas com resina acrílica e técnica direta.



FIGURA 14: Restaurações parciais aderidas de cerâmica feldespática com núcleo de dissilicato de lítio terminadas.



FIGURA 15

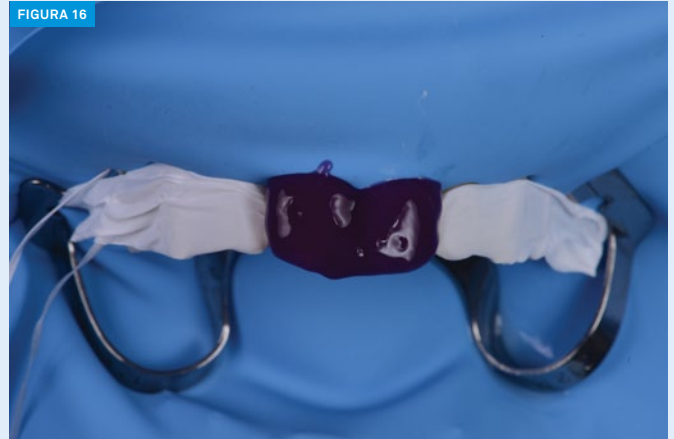


FIGURA 16



FIGURA 17



FIGURA 18

FIGURAS 15,16,17,18: Cimentação adesiva das restaurações de cerâmica. Nota-se alguma inflamação gengival no dia da intervenção derivado da técnica de isolamento absoluto utilizada.



FIGURA 19: Resultado final onde se pode observar uma correta integração das restaurações no sorriso da paciente.

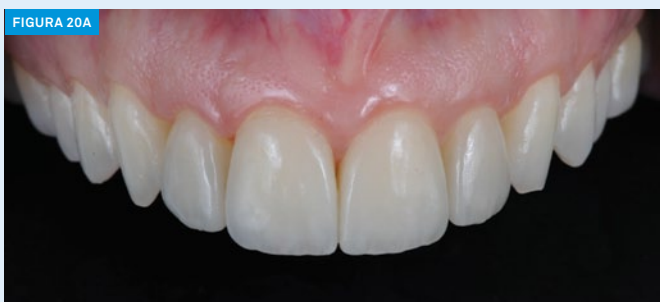


FIGURA 20A



FIGURA 20B

FIGURA 20: Situação final após 1 ano e comparação com a situação inicial. Verifica-se uma correta integração das restaurações com a manutenção de uma correta arquitetura gengival e saúde periodontal.

"O grau de complexidade será tanto maior quanto mais fatores etiológicos possam estar a contribuir para os problemas de natureza funcional, biológica, estrutural e estética que a dentição anterior de um caso determinado possa estar a sofrer".

E A CRISE, ACABOU?



SÔNIA SANTOS

• MedSUPPORT-Engenharia e Apoio à Decisão, Lda

"Terminam no primeiro semestre de 2016 os prazos de adaptações para quatro valências cujas unidades não tivessem ainda licença em setembro de 2014, entre elas a cirurgia de ambulatório a 23 de maio, e em 3 de julho termina o prazo de adaptação para clínicas e consultórios médicos".

Será que a crise já acabou? Durante o ano de 2015 vários foram os sinais e indicadores que nos apontavam na direção do sol nascente, no entanto parece que o país real ainda não os vê. Será que estamos a ver tão de perto que nos queima as pestanas ou será uma miragem?

Começamos o ano ainda sem perceber o que novo quadro regulatório nos irá trazer e vimos a ERS avançar para o terreno investida de novos poderes, competências e preocupações. Sabemos que ainda estamos no princípio do caminho e que o ano de 2016 começará muito provavelmente com a publicação do, já ouvido em consulta pública, regulamento do procedimento de licenciamento. Será o muito aguardado esclarecimento, particularmente útil às valências que se licenciam através do procedimento de licenciamento ordinário - como por exemplo unidades com cirurgia de ambulatório e laboratórios de análises clínicas.

E por falar em "outras valências", terminam no primeiro semestre de 2016 os prazos de adaptações para quatro valências cujas unidades não tivessem ainda licença em setembro de 2014, entre elas a cirurgia de ambulatório a 23 de maio, e em 3 de julho termina o prazo de adaptação para clínicas e consultórios médicos. Duas questões merecem destaque para o ano novo:

1) As clínicas de medicina dentária que tenham valências médicas devem estar atentas e agir em relação a estes prazos. As licenças que possuem para

funcionamento de medicina dentária não são obviamente suficientes para as outras especialidades.

2) Prevê-se a mesma afluência desenfreada ao redor destes prazos finais conforme vimos acontecer em 2011, quando terminou o prazo para adaptação da medicina dentária.

Aparentemente, e contrariamente ao que seria de esperar, a restante comunidade médica não aproveitou o exemplo que a medicina dentária mostrou ao ser a primeira valência a ter conseguido atingir sensivelmente 90% dos seus estabelecimentos com licenças emitidas. De notar que deliberadamente usei o termo "licenças emitidas" e não "licenciadas". Nem tudo são maravilhas no licenciamento da medicina dentária, e ter uma licença e estar licenciado são ainda em muitos casos situações díspares. Apesar de tudo, cada vez menos e com certeza sem comparação com caminho que outras valências ainda têm que percorrer.

Mas nem só de regulação vive a saúde, e olhando por outra perspetiva, à medida que o final do ano se aproximou também voltou um sentimento de alguma estabilidade, mais consultas, mais utentes e menos cancelamentos e faltas. O nível de confiança subiu. Se a tendência se mantiver, acompanhando as conjeturas mais otimistas e alinhadas com os ventos europeus veremos certamente o fim da crise em 2016. Não acho que a crise acabou, mas acho que começou a acabar. Feliz 2016! 🍀

DENTAL TRIBUNE

— The World's Dental Newspaper · Edição Portuguesa —

“A idade, por si só, não é uma contraindicação”

Entrevista a Martin Schimmel, professor da Universidade de Berna

O estado de saúde e os fatores de risco diferem muito de indivíduo para indivíduo, sobretudo na população idosa. Numa entrevista à Dental Tribune, o professor Martin Schimmel, Diretor do Departamento de Gerodontologia da Universidade de Berna, aborda os desafios éticos e financeiros que se verificam nos tratamentos com implantes na população idosa e sublinha a importância de proporcionar a esta faixa vulnerável da população os benefícios da Implantologia.



por Daniel Zimmermann, DTI

Dental Tribune: Hoje em dia, os fabricantes de implantes parecem dirigir-se exclusivamente a grupos mais jovens. Considera que a terceira idade está a ser ignorada pela Implantologia? Se sim, que razões explicam este fenómeno?

Martin Schimmel: Não acredito que essa afirmação corresponda à realidade. A perda dentária está cada vez mais associada às pessoas idosas. Na minha opinião, a maioria dos fabricantes de implantes dentários reconhecem que as pessoas nos países ocidentais mantêm os seus próprios dentes por mais tempo, graças ao sucesso na implementação de medidas preventivas. O tratamento de casos de lesão em pessoas mais novas é bastante limitado. Simultaneamente, os clientes para tratamentos com implantes são cada vez mais velhos. Dados da clínica dentária do Departamento de Cirurgia Oral e Estomatologia da Universidade de Berna demonstram claramente esta situação. Atualmente, os implantes de diâmetro mais reduzido são também comercializados explicitamente como “Gero” implantes.

Que benefício pode trazer a implantologia para os pacientes mais idosos em particular?

Pacientes totalmente des-

dentados ou com falta de dentes na mandíbula são quem mais beneficia do tratamento com implantes. Uma das maiores conquistas em Medicina Dentária é a estabilização de próteses dentárias totais de mandíbula com implantes endósteos. Estudos científicos identificaram inúmeras vantagens, como o aumento da qualidade de vida, satisfação com a prótese dentária, função mastigatória e redução da atrofia óssea. Os pacientes com falta de dentes parcial podem beneficiar de próteses fixas sobre implantes, tanto a nível funcional como estrutural. As próteses removíveis convencionais revelaram-se menos eficazes, sobretudo em situações com extremidade livre.

Durante um painel no congresso EAO de 2014, realizado em Roma, reconheceu-se unanimemente não existir um limite de idade para o recurso a implantes dentários. Qual é a idade máxima até à qual os implantes podem ser usados de forma razoável?

A idade não é uma contraindicação em si. Mesmo em cuidados paliativos, os implantes podem ainda desempenhar uma função. Excluir as pessoas do benefício que pode trazer o implante porque o seu tempo de vida é estatisticamente mais curto não é ético. Contudo, devemos aferir

exatamente se, num dado momento, a colocação de implantes na boca é mais prejudicial do que benéfica —*primum non nocere* [acima de tudo, não fazer mal]—especialmente em situações nas quais a limpeza já não é possível e os implantes constituirão apenas uma superfície à qual o biofilme vai aderir. Além disso, a probabilidade de contraindicações médicas aumenta na terceira idade.

Que fatores são determinantes no tratamento com implantes em pacientes idosos? E que critérios devem os médicos ter em conta, comparativamente aos aplicados no tratamento de outros grupos etários?

É claro que a variabilidade interindividual entre pacientes aumenta com a idade, o que significa que quanto mais velho for o paciente mais personalizadas deverão ser as estratégias de tratamento. O planeamento e implementação devem ser constantemente adaptados às particularidades médicas, psicológicas e sociais do paciente. Abordagens cirúrgicas minimamente invasivas e tratamentos protésicos que consideram a reduzida capacidade de adaptação e outras alterações psicológicas devido à idade apresentaram bons resultados neste âmbito. Nos países ocidentais, a disparidade entre ricos e pobres está a aumentar. Os idosos inserem-

-se cada vez mais neste último grupo. Que medidas podem contribuir para garantir o acesso da população idosa aos tratamentos dentários com implantes?

O único caminho para permitir o acesso de pacientes com situação financeira menos favorável a estas terapias está nos sistemas de seguros privados ou públicos. Isto são questões políticas, contudo, os médicos dentistas, técnicos dentários e indústria estão constantemente a trabalhar nas estruturas de produção industrial e, desta forma, a reduzir os custos. A evolução digital em Medicina Dentária irá certamente contribuir para proporcionar aos pacientes tratamentos a preços acessíveis que, de outra forma, seriam mais dispendiosos. Contudo, os métodos de produção muito simplificados não são, muitas vezes, adequados às necessidades mais complexas da população idosa.

Destacou as vantagens dos métodos de produção digital. Que outras medidas podem facilitar o acesso dos idosos a tratamento com implantes dentários?

Hoje em dia, a maior parte dos custos provém das horas de trabalhos efetuadas pela equipa de médicos e técnicos dentários. Os processos digitais podem contribuir para encurtar o tratamento graças a novos ritmos

de trabalho. Além disso, os métodos de produção inovadores pode ser usados em casos menos complexos, reduzindo ainda mais os custos. Importa salientar que há já algum tempo que os fabricantes mantêm ou até diminuíram os níveis de preço. No entanto, continua a ser importante avaliar o impacto económico que representa o uso de implantes low-cost, uma vez que apresentam uma taxa de insucesso mais elevada, como se de-

monstrou recentemente num estudo sueco (nota editorial: Derks et al. 2015).

Numa perspetiva de política de saúde, considera que existe falta de subvenções para tratamento com implantes dentários em pessoas idosas?

Isto pode variar de país para país. Na Suíça, por exemplo, a participação dos pacientes com baixos rendimentos é avaliada individual-

mente pelas autoridades locais. O tratamento de pessoas que recebem apoios da segurança social ou rendimento mínimo é subvencionado se for realizado de uma forma simples, económica e adequada. Por exemplo, a introdução de dois implantes na região interforaminal será reembolsada se o tratamento protésico convencional não for capaz de restaurar a função mastigatória no paciente. Nas normas do siste-

ma de seguros de saúde existe a obrigação de fazer o tratamento se a perda de dentes foi motivada por uma doença grave ou pelo seu tratamento, ou por um acidente ou malformação congénita. Existe certamente margem para outras indicações, mas é preciso ter em conta o peso que pode representar para os sistemas de segurança social. Na minha opinião a Suíça dispõe de um sistema capaz e equilibrado. [D](#)

Bisfosfonatos: Ameaça ou opção terapêutica?

por DTI

A maioria dos médicos dentistas está familiarizada com os bisfosfonatos, sobretudo como causa de osteonecrose dos maxilares (ON), uma complicação associada aos tratamentos sistémicos. Por outro lado, quando aplicados localmente, os bisfosfonatos já demonstraram ser eficazes ao contribuir para a melhor fixação de implantes dentários. Dados teóricos, experimentais e pequenos ensaios clínicos indicam que a aplicação local de bisfosfonatos é segura e eficaz em cirurgia periodontal e de colocação de implantes. Os bisfosfonatos têm uma ação positiva em di-

versas situações e efeitos secundários reduzidos e raros. A sua eficácia na osteoporose é reconhecida e está comprovado que melhora a fixação de implantes num número crescente de aplicações. Em Medicina Dentária, contudo, os bisfosfonatos são muitas vezes conotados negativamente devido ao risco reduzido de osteonecrose dos maxilares.

A osteonecrose dos maxilares é, de facto, um problema. No entanto, existe evidência teórica e clínica que sugere que o risco de ON pode ser evitado através do tratamento local. Num ensaio clínico aleatorizado cego em cirurgia periodontal e de

colocação de implantes o tratamento local com bisfosfonatos conseguiu benefícios sem complicações associadas. Como é isto possível? Há uma explicação: os bisfosfonatos ou aderem ao mineral ósseo ou são rapidamente expelidos. Regra geral, não penetram nas células e por isso não são tóxicos. Apenas os osteoclastos podem reabsorver o osso e quando isso acontece o material do osso dissolvido passa através da célula. Por este motivo, os bisfosfonatos podem atingir a zona intercelular dos osteoclastos. Uma vez no interior do osteoclasto, eles irão desativar a célula e assim reduzir a reabsorção

óssea. Quando o osso está infetado, o osso em volta da infeção é rapidamente reabsorvido. O osso infetado fica então rodeado de tecidos moles altamente vascularizados que demarcam a área infetada. Desta forma, uma boa capacidade de reabsorção é importante para prevenir que a infeção óssea alastre. Este mecanismo protetor pode ser afetado se a reabsorção for reduzida por algum antirreabsortivo potente, o que pode originar a propagação da infeção e osteomielite. Em Medicina Dentária, este tipo de osteomielite designa-se por osteonecrose. Assim e de uma perspetiva patofisiológica, o termo ON



– osteonecrose dos maxilares- induz em erro. Os sobejamente conhecidos efeitos antiosteoclásticos do bisfosfonatos bastam para explicar a ON sem suposições sobre outros mecanismos menos conhecidos. Para além disso, a teoria corresponde à observação de que os antirreabsortivos sem bisfosfonatos estão igualmente associados ao aparecimento de ON.

De acordo com inúmeros estudos, quando os implantes são introduzidos no osso a lesão não afeta a resposta do or-

ganismo em termos de formação óssea, o que revela um efeito anabólico. Isto explica porque tanto os bisfosfonatos locais como sistémicos demonstraram melhor a fixação inicial de próteses do joelho e da anca em ensaios clínicos aleatorizados cegos. Como os bisfosfonatos se ligam intensamente ao osso, o tratamento local permanece local. Quando aplicados na superfície do osso, os bisfosfonatos permanecem praticamente para sempre, desta maneira, não afetam

a resistência à infeção em nenhum outro ponto do organismo. Num modelo animal de implantes dentários (em pontos afetados por lesões locais), o grupo do autor demonstrou que o tratamento sistémico com bisfosfonatos induzia osteomielite, enquanto os implantes com um revestimento de bisfosfonatos melhoravam a fixação do implante sem problemas, apesar dos danos existentes no local de introdução. Além disso, se um local de implante, em humanos,

estivesse infetado, apenas o osso situado a cerca de um milímetro da superfície do implante conteria bisfosfonatos e poderia ser removido, se necessário.

Num ensaio clínico ensaio clínico aleatorizado e cego de implantes dentários com uma camada de revestimento composta por proteína e bisfosfonatos, verificou-se uma melhor fixação. A frequência de ressonância foi de 6.9 ISQ (Implant Stability Quocient) superior nos implantes revestidos comparativamente o grupo de controlo ($p = 0.0001$; Cohen's $d = 1.3$). Radiografias revelaram menor reabsorção marginal tanto a dois meses ($p = 0.012$) como a seis meses ($p = 0.012$). Os pacientes foram acompanhados durante cinco anos sem registo de complicações.

Em suma, o uso sistémico de reabsortivos pode fragilizar a proteção contra a osteomielite, aumentando o risco de osteonecrose dos maxilares em pacientes com outros fatores de risco. A aplicação local de bisfosfonatos não parece constituir este risco e melhora a fixação do implante devido ao efeito anabólico. O tratamento local com bisfosfonatos pode tornar-se uma importante técnica em Medicina Dentária e cirurgia maxilo-facial. [DT](#)

Traduzido do inglês
por Manuela Vasconcelos

LEDOSA (GRUPO CEOSA)

FOCO: FORMAÇÃO EM ORTODONTIA

A aposta da Ledosa, empresa dedicada à formação em Ortodontia, passa por programa de qualidade, com mais de 55 anos de experiência. Os materiais e recursos de ensino são adaptados, ano após ano, para a evolução da Ortodontia. .

Foto: Cedida por Ledosa

O programa é desenvolvido num ambiente de aprendizagem onde o objetivo é tratar os problemas de quem vem às consultas, exigindo melhorias funcionais e estéticas. A formação é dividida em dois ciclos: o básico, onde se estuda a técnica do aparelho fixo de baixa fricção, e o avançado onde se estuda a Ortodontia multidisciplinar e estética. Além disso também abrange assuntos como agenesia, reabsorção, pacientes periodontais e técnicas avançadas como auto-ligáveis, cirurgia, mini - implantes, elásticos ortodônticos, etc.

O desenvolvimento do programa de formação centra-se em quatro áreas: protocolo para diagnóstico e tratamento, estudos de síndromes clínicas, prática de tipodonto com brackets convencionais e de auto-ligáveis. Também inclui práticas clínicas. As práticas podem ser dirigidas na consulta do aluno, tornando-o compatível com a aquisição de conhecimentos e assistência dum tratamento completo e com a segurança garantida pela equipa docente.

Já o decorrer do programa de Mestrado é variável, conforme as necessidades que do aluno e com o objetivo de adaptar-se às necessidades de cada um. O Mestrado fica completo com o mínimo de um ano de assistência presencial e três anos de práticas dirigidas.

Instalações e recursos

O curso é ministrado nas instalações de Alcorcon, dedicadas exclusivamente à Ortodontia em todas as suas áreas. Os Materiais e documentação estão incluídos no curso, que se curso em tempo integral. Inclui pequeno-almoço e almoço. O programa é credenciado pela Comissão de Formação Contínua das Profissões da Saúde da Comunidade de Madrid. ●

Nome da Marca:

GRUPO CEOSA

Local:

**Aeronáutica, 18-20
Polígono Industrial Urtinsa II
28923 Alcorcón (Madrid)
ESPAÑA**

Tel:

00 34 91 554 10 29

Nacionalidade:

Espanhola

Data da Fundação:

1951

Diretor-Geral:

Alberto Cervera Sabater

Setores em que estão presentes:

Ortodontia

Principais produtos para Medicina Dentária:

Brackets e Materiais de Ortodontia

Website:

www.ortocervera.com

O desenvolvimento do programa de formação centra-se em quatro áreas: protocolo para diagnóstico e tratamento, estudos de síndromes clínicas, prática de tipodonto com brackets convencionais e de auto-ligáveis



LEDOSA

ORTOCERVERA

ORTOCEOSA



Grupo CEOSA

OS SEUS PACIENTES MOVEM-SE DE FORMA RÁPIDA,
**POR ISSO DIGITALIZAMOS DE
FORMA AINDA MAIS RÁPIDA**



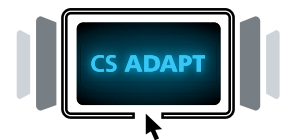
CS 8100SC **3 SEGUNDOS BASTAM PARA OBTER IMAGENS CEFALOMÉTRICAS DE ELEVADA QUALIDADE**

O novo CS 8100SC fornece imagens panorâmicas e cefalométricas de elevada qualidade num sistema rápido e ultracompacto. O menor tempo de digitalização reduz a dose e o risco de manchas de movimento e otimiza o conforto do paciente.

- **Digitalização em tempo recorde** – o digitalizador cefalométrico mais rápido do mundo*
- **Software exclusivo de rastreo cefalométrico automático** – rastreo completo em menos de 90 segundos**
- **Módulo CS Adapt** – para uma clareza de imagem impressionante e uma aparência personalizável

VAMOS REDEFINIR A **COMPETÊNCIA**

O CS 8100SC é apenas uma das formas com que redefinimos a imagiologia. Descubra mais em carestreamdental.com



OS REELEITOS



RUI PAIVA

•Médico dentista, OMD 633
•paiva.rui@sapo.pt

Inevitavelmente os órgãos dirigentes da Ordem dos Médicos Dentistas foram reeleitos. O facto de não ter surgido uma lista alternativa com novas ideias e energias reforçadas, acima de tudo entristece-me. Entristece-me e preocupa-me por termos assistido, ao longo dos últimos anos, a uma manifesta incapacidade da OMD de alertar, informar e motivar os decisores políticos no sentido de estes contrariarem a flagrante degradação das condições do exercício da Medicina Dentária em Portugal. Mas agora é que é: entre Direção, Mesa da Assembleia Geral, Conselho Fiscal e Conselho Geral são 80 (!) Médicos Dentistas que vão levar as coisas para o bom caminho!

Desejo as maiores felicidades aos dirigentes desta OMD pois o vosso sucesso será o dos Médicos Dentistas portugueses! A tarefa não é fácil e deve obedecer a prioridades. Continuo a insistir que enquanto não se resolverem as causas dos problemas que enfrentamos, estaremos apenas a remar contra a maré. Em meu entender a principal, a grande, a preponderante causa dos problemas é o excessivo número de Médicos Dentistas no mercado de trabalho e em formação nas nossas universidades. Enquanto essa realidade se mantiver nada mudará a não ser para pior, nomeadamente quanto

à “excelência da Medicina Dentária portuguesa” como frequentemente se ouve dizer aos defensores da teoria que “isto está tudo bem”... A regulação do acesso à profissão simplesmente não existe, o *numerus clausus* é uma ilusão nas faculdades privadas, que o regulam em função apenas das suas capacidades logísticas e da balança entre os valores das propinas e o valor que as famílias portuguesas estão dispostas a pagar para formar os seus filhos.

Quanto à nossa recém reeleita OMD, receio bem que a sua atuação se arraste pelos mesmos trilhos que tem vindo a percorrer nos últimos anos. Citando o Professor António Ginjeira, da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa:

“Temos assistido nos últimos anos a um crescente culto da personalidade na nossa ordem, que não me parece que contribua positivamente para a Medicina Dentária”. Será esta cultura da personalidade justificação para a perpetuação da ocupação dos lugares, não estimulando o surgimento de alternativas? Muito mais poderia e deveria ser feito nesse sentido, como p. ex. a imposição de um limite ao número de mandatos e seu escrupuloso cumprimento, a transparência nos processos de apresentação de listas alternativas, nomeadamente acerca dos calendários legais, dos meios e verbas disponibilizadas para divulgação dos projetos dos candidatos, etc. Por vezes, os exemplos vêm de cima, mas na nossa cultura mediterrânica e neste país desgraçado por quem nele tem mandado nestes últimos séculos são infelizmente muitos escassos. Não fosse assim e poderíamos quiçá assistir na OMD ao exemplo da senhora Laimdota Straujuma, ex-primeira-ministra da Letónia, que em dezembro passado anunciou a sua demissão dizendo haver necessidade de “novas ideias e contribuições”, necessidade também de

uma “energia renovada” para prosseguir o caminho do desenvolvimento.

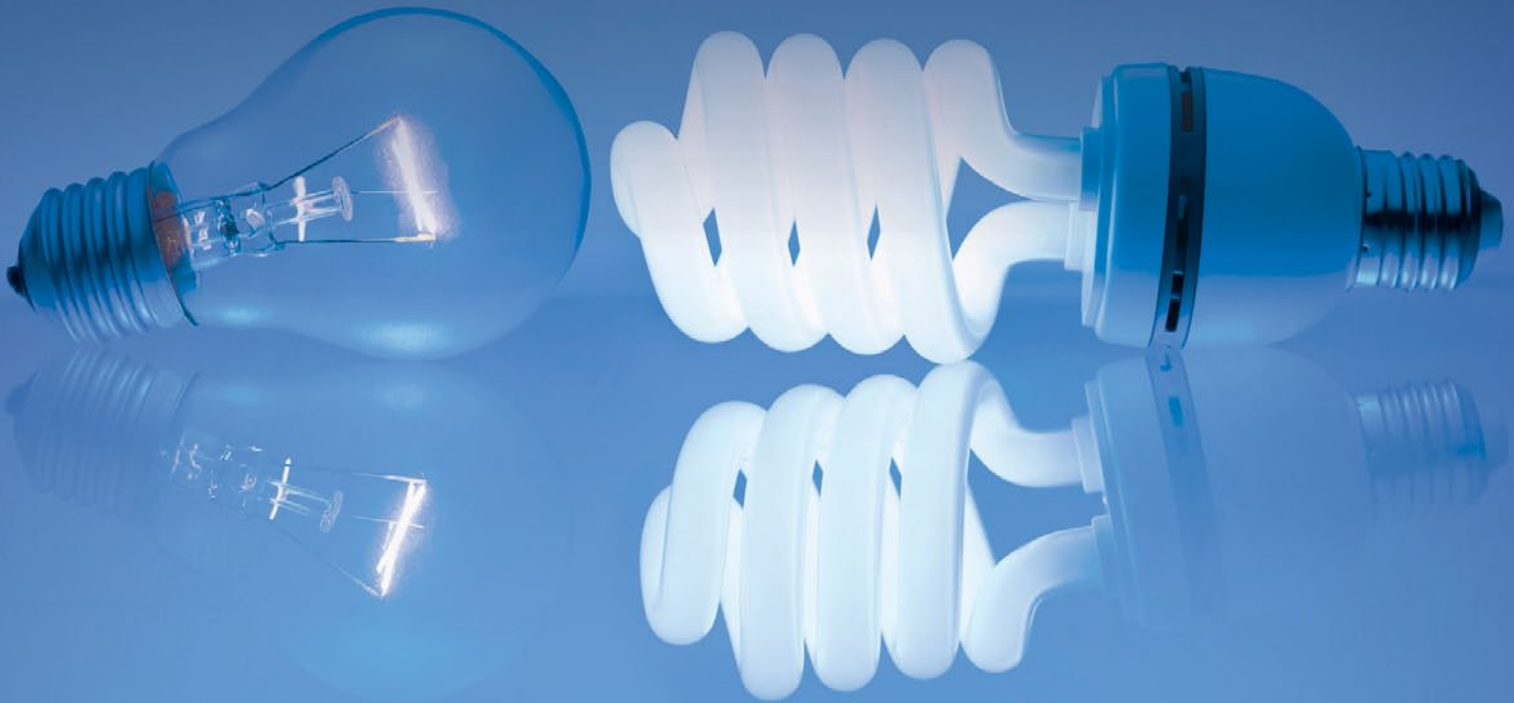
Por cá e entre nós, Médicos Dentistas, assiste-se de modo recorrente a reações mais ou menos inflamadas, mas sempre com um tom subjacente de indignação, a críticas ou a comentários não favoráveis acerca da atuação da OMD. Reações essas que não provêm dos dirigentes da Direção da OMD, mas sim de colegas que de algum modo participam ou colaboram ativamente nas iniciativas da OMD, e que - essas reações - de modo nenhum contribuem para a dignificação da nossa classe. A crítica educada, com argumentação que poderá ser mais fundamentada ou menos, não deveria ser interpretada como ataque pessoal, nem atentatória do bom nome do destinatário, seja ele uma personalidade ou uma instituição. Quem ocupa cargos de direção ou de chefia sabe à partida que estará sempre sob a apreciação dos seus pares, dos seus subordinados ou dos seus eleitores, não devendo esperar aplauso unânime às suas decisões e atitudes, antes devendo ouvir e refletir sobre opiniões contrárias, recusando comportamentos de suposta omnisapiência. O fenómeno das redes sociais, com a extrema facilidade com que a elas se acede, potencia o surgimento de comentários, críticas e sugestões numa base diária e de prosa mais descontraída; a filosofia do seu funcionamento propicia que se escreva de modo mais ligeiro, se desabafe e se comente tudo e frequentemente demais. Não podem, ou não devem, servir para se criarem animosidades e atritos estéreis.

“Corrige um sábio e ele tornar-se-á mais sábio, corrige um ignorante e ele tornar-se-á teu inimigo”...

PS: não há nada de autobiográfico nesta crónica... 🍷

(O autor escreve de acordo com a antiga ortografia)

AMBAS NOS ILUMINAM A VIDA.
MAS UMA É MAIS INOVADORA.



EXXIV®, comprimidos revestidos por película contendo 30 mg, 60 mg, 90 mg ou 120 mg de etoricoxib. **Indicações terapêuticas:** Alívio sintomático da osteoartrite (OA), artrite reumatoide (AR), espondilite anquilosante e da dor e sinais de inflamação associados a artrite gotosa aguda. Tratamento de curta duração da dor moderada associada à cirurgia dentária. **Posologia e modo de administração:** Exxiv® é administrado por via oral e pode ser tomado com ou sem alimentos. Osteoartrite – 30 mg uma vez por dia. Em alguns doentes com alívio sintomático insuficiente, um aumento da dose para 60 mg, uma vez por dia, pode aumentar a eficácia. Na ausência de um aumento no benefício terapêutico devem ser consideradas outras opções terapêuticas. Artrite reumatoide – 90 mg uma vez por dia. Espondilite anquilosante – 90 mg uma vez por dia. Em situações de dor aguda, o etoricoxib deve ser usado apenas no período sintomático agudo. Artrite gotosa aguda – 120 mg uma vez por dia. Em estudos clínicos para a artrite gotosa aguda, o etoricoxib foi administrado durante 8 dias. A dose para a artrite gotosa aguda não deve exceder 120 mg por dia, limitada a um máximo de 8 dias de tratamento. Dor pós-operatória na cirurgia dentária – 90 mg uma vez por dia, limitado a um máximo de 3 dias. Alguns doentes podem precisar de analgesia pós-operatória adicional. Doses superiores às doses recomendadas para cada indicação não demonstraram eficácia adicional ou não foram estudadas. A dose para cada indicação não deve exceder a dose máxima recomendada. Uma vez que o risco cardiovascular relacionado com a utilização de etoricoxib pode aumentar com a dose e a duração da exposição, deverá usar-se a menor dose diária eficaz, na menor duração possível. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes. Úlcera péptica ativa ou hemorragia gastrointestinal (GI) ativa. Antecedentes de broncospasmo, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou reações do tipo alérgico após a administração de ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) incluindo os inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2). Gravidez e aleitamento. Disfunção hepática grave (albumina sérica <25 g/l ou pontuação ≥ 10 na escala de Child-Pugh). Depuração da creatinina estimada em <30 ml/min. Crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade. Doença intestinal inflamatória. Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA II-IV). Doentes com hipertensão cuja pressão arterial esteja persistentemente acima de 140/90 mmHg e não tenha sido controlada de forma adequada. Cardiopatia isquémica, arteriopatía periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas listadas por frequência (muito frequentes: $\geq 1/10$, frequentes: $\geq 1/100$ a <1/10, pouco frequentes: $\geq 1/1.000$ a <1/100, raros: $\geq 1/1.000$ a <1/10.000, muito raros: <1/10.000) foram as seguintes: Muito frequentes: dor abdominal, osteíte alveolar, edema/retenção de líquidos, tonturas, cefaleias, palpitações, arritmias, hipertensão, broncospasmo, obstipação, flatulência, gastrite, azia/refluxo ácido, diarreia, dispêpsia/mal-estar epigástrico, náuseas, vômitos, esofagite, úlcera da boca, aumentos da AST e/ou da ALT, equimose, astenia/fadiga e doença gripal; Pouco frequentes: gastroenterite, infeções respiratórias superiores, infeção do trato urinário, anemia (principalmente associada a hemorragia gastrointestinal), leucopenia, trombocitopenia, hipersensibilidade, aumento ou diminuição do apetite, ganho de peso, ansiedade, depressão, acuidade mental diminuída, alucinações, disgeusia, insónias, parestesia/hipoestesia, sonolência, visão turva, conjuntivite, acufenos, vertigens, fibrilhação auricular, taquicardia, insuficiência cardíaca congestiva, alterações não-específicas do ECG, angina de peito, enfarte do miocárdio, afrontamento, acidente cerebrovascular, acidente isquémico transitório, crise hipertensiva, vasculite, tosse, dispneia, epistaxe, distensão abdominal, alteração do vasculite, tosse, dispneia, epistaxe, distensão abdominal, alteração do motilidade intestinal normal, boca seca, úlcera gastroduodenal, úlceras pépticas incluindo perfuração gastrointestinal e hemorragias, síndrome de intestino irritável, pancreatite, edema facial, prurido, erupção cutânea, eritema, urticária, câibra/espasmo muscular, dor/ rigidez musculoesquelética, proteinúria, creatinina sérica aumentada, insuficiência renal/falência renal, dor torácica e azoto ureico no sangue aumentado, creatinafosfoquinase aumentada, hipercalemia, ácido úrico aumentado. Raros: angioedema/reações anafiláticas /reações anafilactoides incluindo choque, confusão, irrequietude, hepatite, insuficiência hepática, icterícia, síndrome Stevens-Johnson, necrose epidérmica tóxica, erupção medicamentosa fixa e natremia diminuída. Foram notificados os seguintes efeitos indesejáveis graves associados à utilização de AINEs, que não podem ser excluídos para o etoricoxib: nefrotoxicidade incluindo nefrite intersticial e síndrome nefrótica. **Apresentação:** Exxiv® 60 mg, cx. 7 e 28 comp. Exxiv® 90 mg cx. 7 e 28 comp. Exxiv® 120 mg, cx. 7 comp. Comparticipação (excepto Exxiv® 120 mg, cx. 7 comp.); 37% (Regime Geral) 52% (Regime Especial). Sob licença de Merck & Co., Inc. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM: BIAL - Portela & Cª S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado - PORTUGAL Sociedade Anónima. Cons. Reg. Com. Trofa Matrícula n.º 500 220 913. NIPC 500 220 913. Capital Social €50.000.000 - www.bial.com - info@bial.com. Medicamento sujeito a receita médica. DIDSAM130705 Antes de prescrever consulte o RCM.

Antes de prescrever consulte o RCM.

Bial

PORTELA & Cª, S. A.



O PACIENTE IDOSO E O SIGILO PROFISSIONAL EM MEDICINA DENTÁRIA



ARTUR MILER

- Licenciatura em Medicina Dentária pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (2004/2010).
- Especialização em Reabilitação Oral pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (2011/2014) - 1ª Edição do Curso.
- Pós-Graduação (2014/2015) e Mestrando em Geriatria (2014/2016) pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

A ética e a responsabilidade social têm vindo a assumir um papel importante nas organizações e na sociedade em geral, impondo a todos os profissionais comportamentos éticos no exercício das suas funções. Nesse contexto, a privacidade é um princípio proveniente da intimidade, honra e imagem do paciente. Assume-se por isso que, no sentido de garantir a privacidade de alguém e de toda a confidencialidade da informação cedida, esta deve ser conservada e todo o profissional de saúde tem o dever de a proteger se a ela tiver acesso, quer no âmbito da consulta com o doente, quer de forma indireta, na consulta aos registos existentes respeitantes ao doente.

No campo da saúde, a privacidade está assegurada através das Normas que regulam o sigilo profissional. Um tipo especial de segredo, do qual o confidante, como profissional de saúde, garante que toda a informação obtida do paciente, ou seu representante, mantém-se salvaguardada por si e por todos os membros da sua equipa. A privacidade do paciente tornou-se uma importante questão ético/legal na prática médica contemporânea e a crescente desconfiança das pessoas sobre a privacidade das suas informações pessoais pode representar uma séria ameaça à prestação dos melhores cuidados de saúde, mesmo que esta seja um direito inalienável de todos os pacientes independentemente de qual o contacto com este ou aquele sistema de saúde ou entidade associada.

O respeito pela confidencialidade do

paciente é uma aplicação do respeito pelos Direitos Humanos e, em particular, pela autonomia do doente. Esta autonomia não pode ser substituída, a menos que em determinadas situações de que são exemplos quando a capacidade cognitiva do paciente esteja condicionada ou quando o princípio do dano é invocado, isto é, o paciente no exercício da sua autonomia possa afetar outros.

O tratamento de pacientes mais idosos requer não só uma compreensão dos aspetos médicos e dentários do envelhecimento, mas também fatores como a locomoção, a autonomia, a socialização e a função sensorial. São várias as barreiras que estão associadas ao fornecimento de cuidados de saúde oral a este tipo de pacientes, como a complexidade dos tratamentos dentários associados, a sua condição médica, o estado funcional diminuído, perda de independência, má informação sobre os objetivos dos tratamentos estomatológicos na velhice e uma variável de todo primordial - a sua condição financeira.

Os médicos e, no caso presente, os médicos dentistas são muitas vezes confrontados com tratamentos que têm de realizar a pessoas idosas com demência ou outras condições que prejudicam a sua capacidade de decisão e, conseqüentemente, a sua autonomia. No entanto, para serem considerados autónomos, os doentes devem ter a capacidade de tomada de decisão e, por via desta, participarem conscientemente num consentimento informado. Esta capacidade de participação na tomada de decisão inclui, obviamente, a

capacidade de compreender a natureza e as consequências das escolhas e de manipular racionalmente a informação necessária para fazer a escolha, e ainda a capacidade para adequar racionalmente todos os valores e objetivos da intervenção de acordo com a informação disponível e de manifestar a opção por uma determinada decisão clínica. Para além disso, o nível de capacidade para a tomada de decisão deve estar em conformidade com os riscos e benefícios dessa decisão, sendo que, em muitas circunstâncias, os pacientes com um baixo nível cognitivo podem ter uma capacidade de decisão prejudicada.

Por vezes, e não despicientemente, pode ser difícil ajuizar da capacidade do paciente sobre a sua tomada de decisão, especialmente se o paciente ou a família discordam dessa avaliação ou quando este possui preocupações desconhecidas para o clínico (por exemplo, preocupações espirituais ou preconceitos culturais como sentimentos de perda, culpa, inculturação, desvalorização das necessidades de intervenção clínica. etc.). O médico tem o dever de proteger os doentes sem capacidade de decisão - ou com essa capacidade diminuída - sobre questões relacionadas com cuidados de saúde inapropriados, sejam eles clínica ou socialmente prescindíveis, substituíveis ou eticamente rejeitáveis. Naturalmente que o médico não deve ser acusado de estar a substituir-se à autonomia do paciente, presumindo o consentimento tácito, seja quando a autonomia decisória do paciente não se coloca, seja quando é hipoteticamente colocado em causa. Nestas circunstâncias, os médicos devem identificar um decisor substituto apropriado, sendo hoje em dia cada vez mais importante e decisivo o papel do cuidador que acompanha o idoso, bem como as instituições e centros de dia que os acolhem e que com eles lidam diariamente.

Apesar da necessidade de troca de informação numa equipa de saúde multidisciplinar, cada profissional deve limitar a informação àquela que é de facto realmente necessária para o acompanhamento e planificação

"Para os profissionais de saúde, a confidencialidade compreende toda a informação a que estes têm acesso e que resultem, nomeadamente, da entrevista clínica, do exame físico, de resultados laboratoriais ou imagiológicos e, também, da partilha de informação com outros profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente, todos eles envolvidos pelo sigilo médico"

da intervenção nos seus pacientes. Para os profissionais de saúde, a confidencialidade compreende toda a informação a que estes têm acesso e que resultem, nomeadamente, da entrevista clínica, do exame físico, de resultados laboratoriais ou imagiológicos e, também, da partilha de informação com outros profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente, todos eles envolvidos pelo sigilo médico.

Nos dias de hoje, a literatura existente sobre este assunto leva-nos cada vez mais a ter em atenção o sigilo profissional como um princípio ético e deontológico. Com o conceito da multidisciplinaridade a ganhar cada vez mais relevo na medicina dentária, em que o futuro certamente passará por uma equipa a trabalhar numa clínica dividida por várias especialidades, torna-se cada vez mais importante a instrução dos

profissionais de saúde que trabalham nos consultórios sobre a necessidade de valorização da componente ética e, consequentemente, do sigilo profissional. O médico dentista deve, desde a primeira hora, ter a sensibilidade para conseguir criar laços de confidencialidade com o paciente e com outros profissionais de saúde para, dessa forma, conseguir dar seguimento ao melhor tratamento possível, sempre alicerçado numa forte relação de confiança.

A importância do cuidador do idoso e de todas as pessoas que o envolvem, dos cuidadores formais e informais, desde a sua família próxima às instituições de acolhimento temporário ou permanente, papéis que muitas vezes estão associados ou de algum modo interligados e que desempenham funções âncora na vida do idoso, são elos fundamentais ao médico dentista para que possa prestar os melhores e mais adequados cuidados de saúde, caso a caso, no exercício pleno da sua missão clínica. E a esta subjaz sempre a deontológica obrigação de proteger a confidencialidade e autonomia do doente idoso.

Para lá das suas obrigações legais, os médicos dentistas, à semelhança de todos outros profissionais de saúde, têm a obrigação moral e deontológica de garantirem aos seus pacientes a inviolabilidade do sigilo profissional. Neste sentido deve-se assegurar que os utentes das clínicas dentárias possam sentir-se confiantes e seguros de que os seus dados são respeitados, com acesso reservado e utilizados de forma correta, com o objetivo de disponibilizar os melhores cuidados de saúde ao paciente, bem como, concentrar toda a sua atenção na cooperação com o seu médico dentista de forma a otimizar a sua saúde em geral e também a sua saúde oral, com reais e efetivos benefícios na sua qualidade de vida.

Por último, convenhamos que as questões relacionadas com a privacidade do paciente e a confidencialidade dos seus dados clínicos com toda a certeza permanecerão, ao longo dos anos, na vanguarda da ética e do direito de boas práticas clínicas na relação médico-paciente. 🌟

AS TENDÊNCIAS DO SECTOR DENTÁRIO PARA 2016



DILEN RATANJI

• Diretor-Geral DentBizz Consulting

O dia 22 de Janeiro é a data assumida na máquina estatal para o OE 2016 (Orçamento do Estado) dar entrada na Assembleia da República, mas não é de excluir uma (habitual) derrapagem de calendário. E qual o interesse disto para o sector dentário? Todo e mais algum. Há já alguns anos que verifico que os momentos de maior instabilidade política estão claramente indexados aos momentos de menor desempenho das Clínicas de Medicina Dentária (CMD). Este nexos de causalidade, originado por factores exógenos e sem qualquer tipo de controlo por parte do sector, devem ser previstos e analisados em cenários hipotéticos de planeamento e orçamentação, pois condicionam o comportamento do consumidor e, subsequentemente, do negócio das CMD. Assim sendo, dada a importância do OE 2016 com este novo Governo, seria importante que pudesse ser aprovado até o final de Fevereiro, para entrar em vigor já em Março. Se entrar em vigor em Abril será certamente pior. E se o OE for aprovado depois de 9 de Março encerra um elemento simbólico: quem irá promulgar o OE já não será o actual Presidente da República, mas sim o próximo. O OE ser promulgado por um ou outro Presidente da República não deixa de ser (potencialmente) um facto politicamente relevante. Obviamente que tudo isto gera desconforto e incertezas no seio do tecido empresarial nacional, onde as CMD são naturalmente parte integrante.

O que poderemos esperar de 2016? Esta é a minha visão, de uma forma sucinta:

- O aumento do nível concorrencial, aliado a um mercado cada vez mais exigente, obriga as CMD e seus responsáveis a uma maior

consciencialização para a área da gestão da medicina dentária. Se antigamente ser *Practice Manager* era uma opção, hoje é claramente uma necessidade premente;

- Pelos mesmos motivos mencionados no ponto anterior, nos últimos anos constata-se que há uma preocupação crescente com a qualidade de serviço prestado ao paciente e algumas das evidências são: modernização das instalações (cada vez mais acolhedoras, aprazíveis e cómodas para os pacientes e pacientes), maior foco no paciente (comunicação multicanal, marketing digital, campanhas, inquéritos à satisfação, eventos internos e externos, entre outros) e aposta na comunicação e imagem (processos de rebranding, merchandising, fardas, estacionário e material promocional);
- A formação clínica e não clínica (cada vez mais recorrente, nomeadamente nas áreas da gestão e comportamental, tais como trabalho em equipa, atendimento comercial ou comunicação interna) deverá continuar a ser uma aposta das CMD;
- A proliferação de CMD a nível nacional deverá continuar este ano, embora a um ritmo muito mais lento. Obviamente que as estruturas “low cost”, não sendo sustentáveis em grande quantidade nos diversos mercados locais, continuarão a ser uma “pedra no sapato” para as restantes CMD;
- A política de responsabilidade social continuará a ganhar pontos no nível de percepção dos consumidores. É verdade que na realidade estaremos, na maioria das situações, a falar de Marketing Social, contudo é inegável que as acções desenvolvidas

pelas CMD transportam e geram valor para as entidades com fins sociais (não lucrativos) que se encontram envolvidas. As acções de responsabilidade social podem capitalizar bastante a notoriedade de uma CMD, bem como potenciar o aumento do negócio, ainda que numa primeira fase os níveis de rentabilidade sejam tendencialmente baixos;

- O marketing digital já não é um tabu para as CMD. Conceitos como redes sociais, anúncios pagos, *google analytics*, *SMS-marketing* ou *e-newsletter* já fazem parte do dicionário da maioria das CMD. A constante melhoria e inovação nos instrumentos de suporte do marketing digital faz-me crer que em 2016 haverá uma aposta nos canais digitais muito superior à que foi realizada em anos anteriores. Segundo especialistas, o *video marketing* é seguramente o canal de promoção que maiores níveis de crescimento registará nos próximos anos. Por outro lado acredito que os anúncios pagos, seja por via do *google adwords* ou do *facebook*, terão um crescimento exponencial no sector dentário;
- Verificamos que o ritmo de captação de novos pacientes tem vindo a baixar ao longo dos últimos anos. Qual a estratégia a seguir em 2016? Manter um nível equilibrado na captação de novos pacientes, mas acima de tudo apostar em estratégias de fidelização, retenção e reactivação dos pacientes inactivos. Com o aumento do poder de compra dos portugueses, há que potenciar o aumento da transacção média por paciente, assim como a frequência média de visitas, mediante o desenvolvimento de estratégias relacionais;

- Nos nossos programas de consultoria temos uma preocupação constante de racionalizar os custos das CMD, assim como aumentar a eficiência fiscal. Nos últimos meses algumas CMD têm-nos contactado exactamente nesse sentido (há maior preocupação das CMD na temática dos custos, em detrimento do aumento das vendas), gerando um processo que costumo denominar internamente de “saneamento básico” da empresa. Esta é uma clara tendência para 2016;
- A dinâmica do mercado irá certamente manter-se, com o lançamento de novas soluções medicamentosas, novos produtos, novas empresas ligadas ao sector que prestem serviços diferenciados, assim como a contínua sofisticação das novas tecnologias ao nível dos equipamentos e outros softwares, que certamente permitirão gerar aumentos de eficiência e produtividade junto das CMD;
- Apesar da franca melhoria do contexto sócio-económico, receio que o factor de emigração de médicos dentistas manter-se-á em 2016, embora eventualmente num ritmo mais moderado. Continua a não ser possível acompanharmos o pacote salarial oferecido em muitos dos países europeus e o excesso da procura face a oferta é um factor inibitório para podermos reter os nossos médicos dentistas em território nacional, e muitos deles com excelentes qualificações académicas e competências técnicas.

Feliz ano de 2016 e votos de sucesso nos negócios! 🍀

O autor escreve de acordo com a antiga ortografia

"Verificamos que o ritmo de captação de novos pacientes tem vindo a baixar ao longo dos últimos anos. Qual a estratégia a seguir em 2016? Manter um nível equilibrado na captação de novos pacientes, mas acima de tudo apostar em estratégias de fidelização, retenção e reactivação dos pacientes inactivos. Com o aumento do poder de compra dos portugueses, há que potenciar o aumento da transacção média por paciente, assim como a frequência média de visitas, mediante o desenvolvimento de estratégias relacionais"

12 e 13 de Fevereiro

1º CONGRESSO LUSO-ESPANHOL DE ORTODONTIA E CIRURGIA ORTOGNÁTICA

Coimbra vai ser palco de um evento de excelência científica com palestrantes de renome internacional na área de dismorfoses dentofaciais. E uma vez que as DDF devem ser corrigidas num tratamento combinado entre a cirurgia maxilo-facial e a ortodontia, no congresso vai ser promovido o debate entre oradores de ambas as especialidades em oito mesas-redondas.

<http://www.formedika.com/pdf/Coimbra.pdf>

13 de Fevereiro

TECNOLOGIAS INOVADORAS AO SERVIÇO DA MEDICINA DENTÁRIA

A GSK e a Canon vão organizar no Hotel Mercure, em Lisboa, uma ação de formação dirigida a Médicos Dentistas e Estomatologistas, subordinada ao tema “Tecnologias inovadoras ao serviço da Medicina Dentária”. A sessão vai incluir a abordagem de temas como ‘Fotografia em Medicina Dentária de A a Z’ ou ‘Hands-on com equipamentos fotográficos, fotografia de produto e de estúdio’. Inscrições até 7 de fevereiro.

ch.apoio-profissional@gsk.com

19 e 20 de Fevereiro

1ª REUNIÃO DE TÉCNICA AUTO-LIGÁVEL

A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto vai promover, no Auditório do Centro de Investigação Médica, a ‘I Reunião de Técnica Auto-Ligável’, num encontro subordinado ao tema “As novas tecnologias no tratamento das Classes II”. Em discussão vão estar temas como ‘Novos aspetos no tratamento do paciente adulto’, ‘Técnica auto-ligável: um abrir de perspectivas terapêuticas nas classes II’, ‘Uma nova abordagem clínica no tratamento da má oclusão de classe II’, ‘O método BioBiteCorrector’ e ‘A estética no tratamento das classes II com sistemas de auto ligável passivo: o lábio superior e o incisivo central’.

<http://congressoortodontiafmup.med.up.pt/>

18 e 19 de Março

II CONGRESSO SPDOF

O Campus Universitário Egas Moniz recebe a segunda edição do Congresso da Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Ortofacial, que este ano é dedicado a analisar o futuro. Em dois auditórios, oradores nacionais e internacionais vão discutir as mais variadas temáticas, com destaque para as presenças de oradores como Doutor Manfredinni (Medicina Dentária - Itália), Jacinto San Roman (Cirurgia Maxilo-Facial – Espanha), Mariano Rocabado (Fisioterapia - Chile) ou António Mano Azul (Medicina Dentária-Portugal).

<http://www.spdof.pt/>

WWW.SAUDEORAL.PT

SAÚDE ORAL



ASSINE JÁ!

A REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

Conheça as novidades do setor na nossa Newsletter Semanal

GANHE ATÉ 20% DESCONTO NUMA FORMAÇÃO

FORMAÇÕES

- Técnicas de feedback
- Storytelling
- Best talks
- Redigir documentos claros e estruturados
- Call me - Excelência no atendimento telefónico

CONSULTE OS PROGRAMAS DETALHADOS E DATAS DISPONÍVEIS EM WWW.IFE.PT

SIM, DESEJO ASSINAR A SAÚDE ORAL

- 1 ano (6 edições) com um **desconto especial de 15%** sobre o preço de capa PVP 52,20€, **agora apenas 44,37€ + desconto de 15%* numa formação IFE.**
- 2 anos (12 edições) com um **desconto especial de 25%** sobre o preço de capa PVP 104,40€, **agora apenas 78,30€ + desconto de 20%* numa formação IFE.**
- Sou Estudante de Medicina Dentária e desejo assinar a **Saúde Oral** com um **desconto especial de 30%**** sobre o preço de capa: 1 ano (6 edições) PVP 52,20€, **agora apenas 36,54€** | 2 anos (12 edições) PVP 104,40€, **agora apenas 73,08€**
- 2 anos (12 edições) com um **desconto especial de 25%** sobre o preço de capa PVP 104,40€, **agora apenas 78,30€ + desconto de 20%* numa formação IFE.**

*Descontos não acumuláveis com outras ofertas em vigor **Não acumulável com outra promoções (obrigatório envio da fotocópia do cartão de estudante)

SO 106

IDENTIFICAÇÃO

SAÚDE ORAL

Empresa _____ Profissão/Cargo _____

Nome _____

Morada _____

Código Postal / Localidade _____ telefone _____

Telemóvel _____ NIF _____ E-mail _____ (preenchimento obrigatório para envio da newsletter).

MODO DE PAGAMENTO

- Junto envio cheque/vale do correio n.º _____ no valor de _____ do Banco/EC _____ à ordem da IFE, S.A.
- Junto envio comprovativo da transferência bancária Millennium BCP – NIB: 0033 0000 00199867531 05 ou do depósito em conta n.º 00199867531 (Agradecemos que envie o comprovativo do pagamento com o cupão para o fax: 210 033 888 ou email: assinaturas@ife.pt)

Assinatura _____

Linha de Assinaturas: (+351) 210 033 892

Envie este cupão para o fax n.º (+351) 210 033 888 ou para o e-mail: assinaturas@ife.pt. No caso de pagamento por cheque envie-o, para: IFE - Rua Basílio Teles, n.º 35, 1.º D.º, 1070-020 Lisboa, Portugal. Se reside no estrangeiro e pretende ser assinante da Distribuição Hoje, por favor, contate-nos.

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se à gestão da sua assinatura e apresentação futura de novas propostas. Nos termos da lei, é garantido ao cliente o direito de acesso aos seus dados e respetiva atualização. Caso não pretenda outras propostas comerciais assinale aqui

XXXVI

Congresso anual

SPEMD

07 e 08 OUTUBRO 2016

FUNDAÇÃO ANTÓNIO CUPERTINO DE MIRANDA
PORTO



SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

Faça-se sócio da SPEMD, online
em <http://www.spemd.pt>

Congresso Anual

SPEMD

PRÉMIO DE INVESTIGAÇÃO

SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

FORMAÇÃO

SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

PRÉMIO CONGRESSO

SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

BOLSA

SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

PATROCÍNIO CIENTÍFICO

SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

EVENTOS

SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

PARCERIAS

SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

NOITES DA SPEMD



LISBOA · PORTO · COIMBRA

SPEMD

1

Revista Portuguesa
de Estomatologia,
Medicina Dentária e
Cirurgia Maxilofacial

SPEMD



RICARDO DIAS

Médico dentista, Figura do Ano na Área da Oclusão nos Prémios Saúde Oral 2015

Em criança qual a profissão que queria seguir?

Sinceramente, em criança sonhava ser toureiro (risos). Mas não passava de um imaginário típico de qualquer criança. Cresci no seio de uma família humilde de comerciantes, onde constantemente era atraído e envolvido nos diversos projetos empreendedores da família. Contudo, a área da saúde sempre foi a prioridade e um fascínio que ganhou consistência ao longo do percurso escolar. A disponibilidade e a vontade de contribuir para uma melhor saúde e melhor qualidade de vida do próximo foram-se constituindo como projeto para vida. Ser médico era a resposta sempre presente.

O que o levou a optar pela medicina dentária?

Após concluir o secundário, as opções eram o curso de medicina ou de medicina dentária. Existe um ditado que diz: "Os últimos são sempre os primeiros". No meu caso particular, este ditado concretizou-se. Entrei na última opção da minha candidatura, o curso de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A entrada no curso e o evoluir da formação levaram a um apaixonar por toda a envolvente técnico-científica que caracteriza esta profissão. A meio do curso tive a possibilidade de mudar para medicina, mas a resposta foi negativa. Queria ser médico dentista e dar o melhor em prol desta profissão.

A nível profissional, qual o episódio que mais o marcou?

Felizmente tenho a sorte de poder exercer a minha profissão através da prática clínica privada, integrando diversos projetos clínicos de equipas multidisciplinares. Além disso, tenho a possibilidade de exercer docência e investigação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Integrando todas as vertentes, sem dúvida que um momento marcante foi a conclusão do Doutoramento, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em Março de 2015. Acima de tudo porque, na minha opinião, marca uma maior responsabilidade para uma prática clínica e docência de excelência, em prol dos pacientes e alunos.

Tem algum lema de vida?

Sou escuteiro desde os sete anos. O escutismo é um modo de vida onde aprendi a "estar sempre Alerta para servir" e procurar "deixar o mundo um pouco melhor" do que aquilo que o encontrei.

A nível profissional, do que mais se orgulha e do que mais se arrepende?

Aquilo que mais me orgulha é o poder partilhar a profissão, colaborando diretamente com colegas que um dia foram meus professores, meus mestres e que, ainda hoje, continuam a ser referências pelo exemplo, determinação, entrega, paixão pela profissão e partilha constantes. A possibilidade de integrar e trabalhar em equipas multidisciplinares, lideradas por colegas que são referências nacionais e internacionais é sem dúvida motivo de orgulho mas, acima de tudo, de muito sentido de responsabilidade acrescida. A exigência mútua por uma prática clínica e docência de excelência são sinónimos de motivação, entrega e interajuda permanentes. Sinceramente não encontro nenhum motivo de arrependimento profissional. Tenho procurado dar passos certos e apostar tudo numa formação e atualização contínua constantes.

Não sai de casa sem...

Agradecer a Deus por mais um dia e dar um beijo à minha esposa e filha.

Qual o seu maior vício?

Todos os vícios têm de ser alimentados. Ser médico dentista seria um vício impossível sem o suporte de uma esposa e uma filhota adoráveis.

Qual a palavra que melhor o descreve?

Disponibilidade.

Projetos para 2016?

A vida profissional é uma resposta constante aos projetos que se vão apresentando. TODOS, maiores ou menores, são determinantes e devem marcar o crescimento e enriquecimento pessoal e profissional. A consolidação contínua de todos os projetos clínicos em que estou envolvido apresentam-se sempre como o meu principal objetivo. Neste ano em particular, ser membro da comissão organizadora do 2º Congresso da Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, que decorrerá a 18 e 19 de Março em Lisboa, é sem dúvida mais um desafio importante. Temos como objetivo consolidar o sucesso que foi o congresso do ano passado, numa iniciativa multidisciplinar em torno dos temas da disfunção temporomandibular e dor orofacial. Preparámos um programa científico que integra conferencistas estrangeiros e nacionais de referência. E a convite da *European Dental Student Association* e da *Young Dentists Portugal* farei a minha primeira conferência internacional, no 57º Encontro e 11º Congresso desta associação, que decorrerá em Coimbra, de 29 Fevereiro a 5 de Março de 2016.

O que falta no sector da medicina dentária em Portugal?

Acima de tudo uma medicina dentária para TODOS. Garantir o acesso de todos os cidadãos a cuidados diferenciados de medicina dentária é uma condição fundamental e estrutural, na garantia de uma saúde pública adequada. O esforço do Governo, Ordem, instituições de saúde, profissionais, entidades, agentes de saúde e cidadãos tem de continuar para que um dia esta seja uma realidade associada à medicina dentária portuguesa. 🌟

EXPO ENTAL

SALÃO INTERNACIONAL DE EQUIPAMENTOS,
PRODUTOS E SERVIÇOS DENTÁRIOS

10-12
Março
2016

ORGANIZA



 ESENHE
UM SORRISO

www.expodental.ifema.es

IFEMA FERIA DE MADRID
902 22 15 15 · Chamadas Internacionais: (34) 91 722 30 00
expodental@ifema.es

PROMOVE

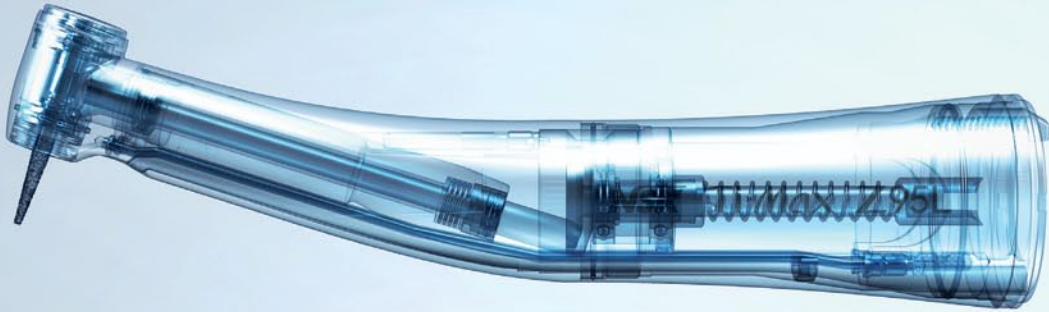
federación española
de empresas de

fenin

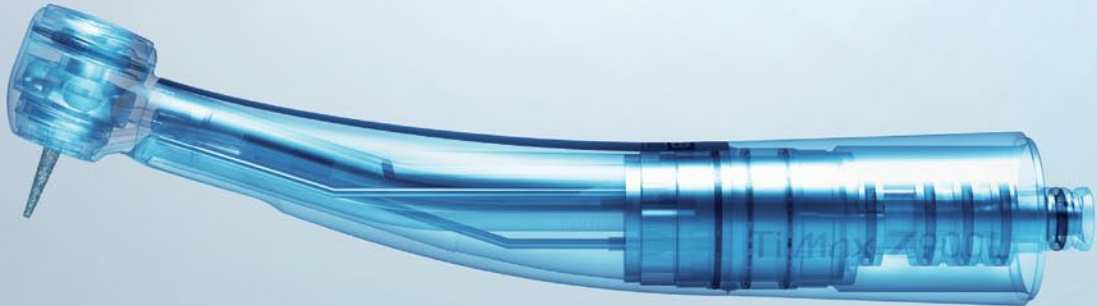
TECNOLOGÍA SANTARIA

**OBTENHA O SEU PASSE DE FORMA GRATUITA
ATRAVÉS DO REGISTRO ONLINE
www.expodental.ifema.es**

NSK



CREATE IT.



NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

Sr. António Teixeira · tlm: 912 29 21 02 · e-mail: teixeira@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