

# SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 108 • MAIO/JUNHO 2016 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)



**MIS DAY**

PORTO 22 DE OUTUBRO 2016

sds



A BIO LÓGICA DO IMPLANTE V3  
**JOÃO PIMENTA**



PLANNING PREDICTABLE AESTHETICS  
IN IMPLANT REHABILITATION

**NITZAN BICHACHO**



TÉCNICAS DE PRESERVAÇÃO  
DA CRISTA ÓSSEA

**MIGUEL DE MELO COSTA**



IMPLANTOLOGIA NA REGIÃO  
ESTÉTICA: KEYS TO SUCCESS

**ALEXANDRA MARQUES  
ISABEL LOPES**

**BE VISIONARY. MAKE IT SIMPLE.**

LOCAL:  
AUDITÓRIO DE SERRALVES

**MIS**<sup>®</sup>  
PORTUGAL

sds

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:

SDS, Lda:  
Av. do Forte, 6, Edifício Ramazzotti Piso 0, Porta  
P-1.01, 2790-072, Carnaxide, Portugal  
T +351 21 417 5017 | T +351 96 328 8589  
info@sds.pt

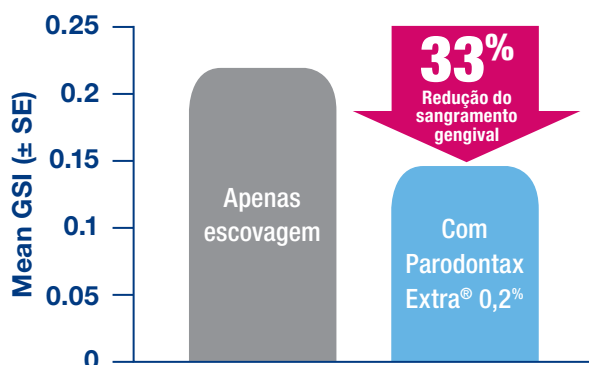
## PROBLEMAS GENGIVAIS?



## ...É BOM PODER CONTAR COM PARODONTAX EXTRA®

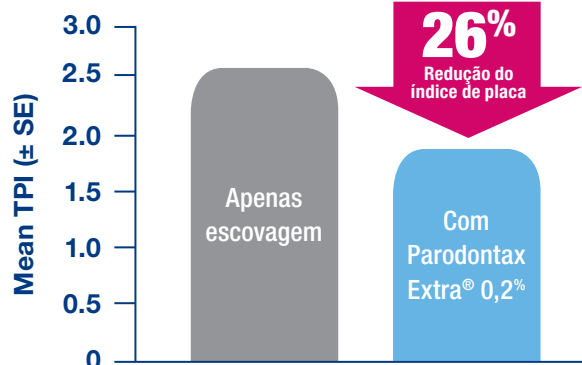
### REDUZ O SANGRAMENTO GENGIVAL<sup>1-4</sup>

- Após 6 semanas de utilização de Parodontax Extra® sem álcool, há 33% menos de sangramento gengival, quando comparado apenas com escovagem\*



### REDUZ A PLACA BACTERIANA<sup>4</sup>

- Após 6 semanas de utilização de Parodontax Extra® sem álcool, há 26% de redução no índice de placa bacteriana, quando comparado apenas com escovagem\*




# SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 108 • MAIO/JUNHO 2016 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)

DIGITAL SMILE  
DESIGN  
**LET'S GET  
DIGITAL**

**VIAGEM  
AO MUNDO  
DAS PRÓTESES  
TOTAIS, FIXAS  
E REMOVÍVEIS**



**COMO LUÍS REDINHA  
DESENVOLVEU  
UM SISTEMA QUE PODE  
REVOLUCIONAR O  
MUNDO DOS SCANNERS  
INTRA ORAIS**

## Ficha técnica

SAÚDE ORAL 

Diretor: Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)

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

Fotografia: David Oitavem, 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 ABILWAYS 

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: Jorge Fernandes, Lda, Artes Gráficas

Tratamento de base de dados

e envelopagem:

Mailtec Comunicação SA

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



## O EMPREENDEDORISMO NA MEDICINA DENTÁRIA

Quantas vezes já demos por nós a aspirar pela existência de um determinado produto ou serviço, que conseguisse resolver uma necessidade que estamos a sentir naquele momento? “Quem me dera que...” pensamos várias vezes. E quantos de nós tiveram a iniciativa de arregaçar as mangas e deitar mãos à obra? Foi o que fez Luís Redinha, que conseguiu desenvolver um sistema que pode revolucionar o mundo dos scanners orais. Nesta edição publicamos uma entrevista onde o médico dentista explica em detalhe o seu estudo do arco facial virtual para scanners intra orais, bem como a sua visão sobre alguns dos temas ‘quentes na medicina dentária’, como a entrada no SNS.

Christian Coachman também pode ser visto como um empreendedor ao desenvolver o conceito do Digital Smile Design. São vários os médicos dentistas portugueses rendidos ao DDS e nesta edição explicamos o conceito,

as vantagens e como pode ser utilizado em benefício dos pacientes. Destaque ainda para um artigo sobre próteses totais, fixas e removíveis, numa viagem aos bastidores das próteses dentárias. Falámos com médicos dentistas e técnicos de prótese para quem a afirmação da profissão e a consolidação do seu estatuto dentro da equipa da saúde oral é um desafio.

E por falar em desafios e empreendedorismo já estamos a preparar a 5ª edição do Dentalbizz, que este ano vai focar o empreendedorismo na medicina dentária e como podemos passar do conceito de Consultório 2.0 para o Consultório 3.0. No final do evento, e como já vem sendo hábito, voltamos a destacar os melhores nos Prémios Saúde Oral 2016.

Boas leituras.

Sónia Ramalho

14



**COMO LUÍS REDINHA DESENVOLVEU UM SISTEMA QUE PODE REVOLUCIONAR O MUNDO DOS SCANNERS INTRA ORAIS**

22



**VIAGEM AO MUNDO DAS PRÓTESES TOTAIS, FIXAS E REMOVÍVEIS**

28



**DIGITAL SMILE DESIGN LET'S GET DIGITAL**

# OsteoBiol<sup>®</sup>

by TecnoSS

INOVAÇÃO PARA MELHORAR A SUA REGENERAÇÃO  
[osteobiol.com](http://osteobiol.com)

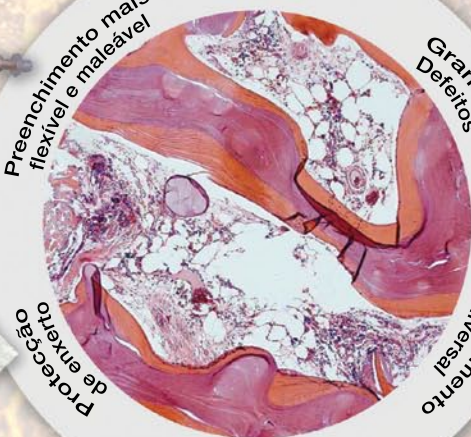
REGENERAÇÃO A 360°

**Putty**  
 Pasta de osso com colagénio

**Evolution**  
 Membrana de colagénio  
 de tecido mesenquimal



Preenchimento mais  
flexível e maleável



Grandes  
Defeitos

Protecção  
de enxerto

Preenchimento  
Universal

**mp3**  
 Osso pré-hidratado e pronto  
 para uso



**Gen-Os**  
 Natural e idêntico ao  
 osso autógeno

Vários  
 Cursos Internacionais  
 com ofertas!



## FACULDADES DE MEDICINA E MEDICINA DENTÁRIA DO PORTO FUSÃO À VISTA?

Depois de terem surgido rumores relacionados com a fusão das faculdades de Medicina e Medicina Dentária do Porto, o projeto começa a ganhar forma. Em causa está a criação da Health Sciences School of UP, um consórcio Faculdade de Medicina e Medicina Dentária.

Texto: Sónia Ramalho

As faculdades de Medicina e de Medicina Dentária da Universidade do Porto avançaram com uma proposta de integração no consórcio 'Faculdade de Medicina e Medicina Dentária, Health Sciences School of UP'. O objetivo, segundo o Diário de Notícias da Madeira, é que as duas entidades se fundam e passem a ser uma só. A notícia publicada pelo jornal cita Artur Águas, membro do Conselho Geral da Universidade do Porto, que revela que "é estratégia da FMUP, agora partilhada pela FMDUP, promover a constituição de um Consórcio de Educação Interprofissional nas Ciências da Saúde, numa iniciativa conjunta das escolas que ensinam a área da saúde, designadamente as localizadas no polo da Asprela, através de iniciativas

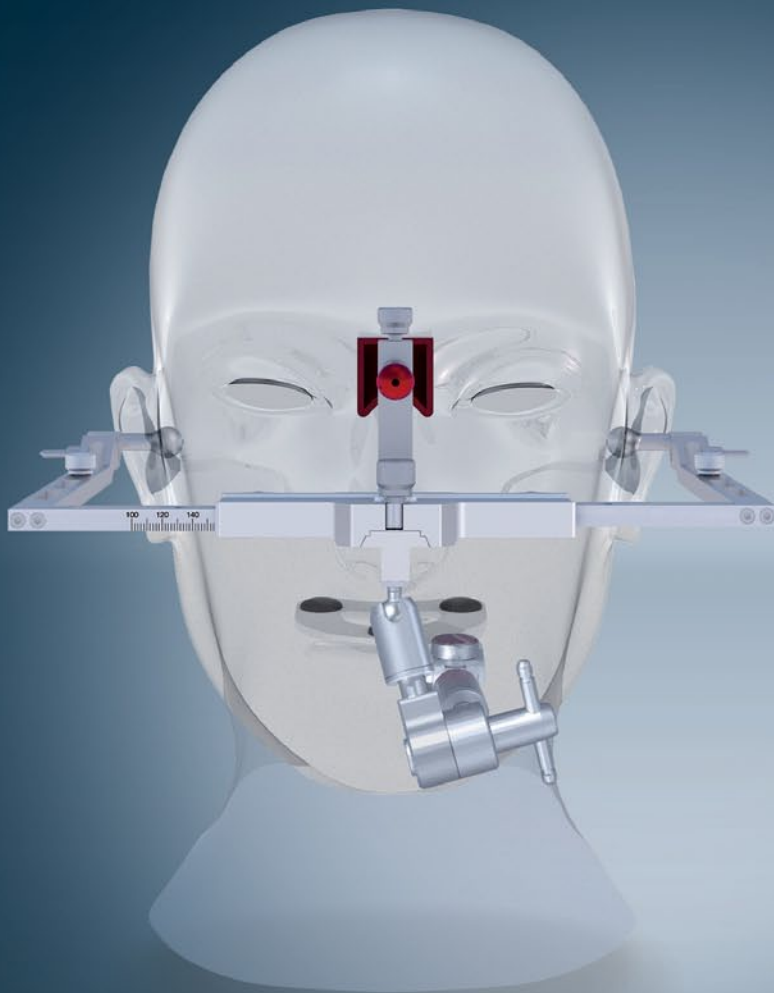
de formação conjunta nas áreas da Medicina e Medicina Dentária", pode ler-se no documento disponibilizado pelo membro do Conselho Geral da Universidade do Porto (UP) Artur Águas.

A proposta, assinada pelos diretores das duas faculdades e enviada ao reitor, inclui 26 pontos e quer que os cursos decorram em seis anos, no formato de Mestrado Integrado em Medicina e Medicina Dentária, com uma licenciatura em Ciências Básicas da Saúde. Além disso, a proposta apresentada sugere que a direção da faculdade integre o diretor da faculdade de Medicina e dos dois subdiretores provenientes de cada área, "o que deverá estar previsto na revisão dos estatutos a implementar no próximo

mandato, da Nova Faculdade", refere a proposta de fusão. O documento refere ainda que "os estudantes que venham a inscrever-se no ano de 2017, seja no mestrado de Medicina, seja de Medicina Dentária, serão imediatamente integrados numa formação partilhada em Ciências Básicas, a ter início já no próximo ano letivo".

Os diretores das duas faculdades acreditam que, com esta proposta, a Universidade do Porto será líder na inovação apresentada e que irá marcar uma nova era de abordagem do ensino-aprendizagem, "que se constituirá como um modelo de eficácia e eficiência dos recursos disponíveis e de otimização de competências pedagógicas, científicas e assistenciais" ●

# artex<sup>®</sup> system



Resultados perfeitos  
requerem alicerces perfeitos

## Model Management

Interacção perfeita entre o registo, a produção do modelo e o articulador garantem resultados perfeitos sem ajustes oclusais.



**AMANNGIRRBACH**

Amann Girrbach AG | Fon +43 5523 62333-105  
[www.amanngirrbach.com](http://www.amanngirrbach.com)

sds

**SDS Lda**

Av. do Forte, 6, Piso 0, Porta P-1.01,  
Edifício Ramazzotti  
2790-072, Carnaxide, Portugal  
T +351 21 417 5017  
M +351 96 502 8798

# NOBEL BIOCARE PROMOVE CONFERÊNCIA SOBRE ‘FUNÇÃO IMEDIATA’ “É UMA PEDRA FUNDAMENTAL PARA OS PLANOS DA NOBEL BICARE NOS PRÓXIMOS ANOS”

‘*Celebrating 10 Years of Immediate Function*’ não só foi o expoente da comemoração de dez anos de função imediata por parte da Nobel Biocare, como serviu para se planear os próximos dez anos. O evento contou com oradores nacionais e internacionais, entre eles Júlio Joly que está a desenvolver um protocolo relacionado com reconstrução tecidual.

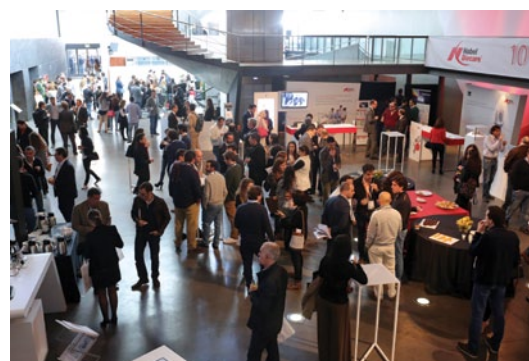
Texto: Carmen Silva Fotos: David Oitavem



Em finais de abril, na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, comemoraram-se dez de função imediata. A Nobel Biocare organizou o evento intitulado ‘*Celebrating 10 Years of Immediate Function*’. À SAÚDE ORAL António Moutinho, *regional diretor Ibérica* da Nobel Biocare, explicou que “mais do que celebrar, para nós é importante trazer a função imediata à discussão para planear os próximos dez anos”. O responsável adiantou ainda que “a função imediata é uma pedra fundamental para os planos da Nobel Bicare nos próximos anos porque é aquilo que mais nos diferencia”. Ainda de acordo com António Moutinho, a função imediata é “provavelmente a solução de reabilitação que os pacientes mais pedem e aquela que

apenas a Nobel Biocare está clinicamente validada para fazer”.

O evento atraiu mais de 280 profissionais, entre eles “muitos profissionais mais novos, ou seja, que não são os clientes habituais da Nobel Biocare, mas que estão curiosos para conhecer melhor as nossas soluções porque provavelmente querem implementá-las na sua clínica”, sublinha o *regional director*. Este é um dos motivos que o leva a fazer um “balanço muito positivo” do evento, que primou pela originalidade. “O primeiro dia foi peculiar porque foi dedicado à comunicação entre o paciente e o médico. É uma área onde é necessária muita formação e, por isso, as pessoas responderam a este tema com uma



presença forte”, explicou. Já o segundo dia seguiu o “modelo mais tradicional, dedicado aos casos clínicos”.

## Clones digitais

A evolução na medicina dentária chegou a um ponto em que já é possível recorrer à tecnologia digital para simular o tratamento de um paciente. Através de fotografias de alta qualidade e do *Digital Smile Design*, por exemplo, é possível pensar no melhor tratamento a aplicar caso a caso. O médico dentista tem a possibilidade de construir um clone digital do seu paciente, que pode partilhar via cloud com outros colegas de outras áreas, para chegarem ao tratamento ideal a aplicar naquele caso específico. Será este o futuro da medicina dentária? Foi com esta reflexão que Florin Cofar abriu o primeiro dia da conferência. Para o médico dentista, o mundo está em mudança e exemplo disso são os novos modelos digitais que estão a mudar a forma como nos relacionamos com determinados

serviços: Uber, Netflix, Amazon, Spotify ou Airbnb. Será que esta mudança também vai ser visível na medicina dentária?

Florin Cofar acredita que é apenas uma questão de tempo, como explicou na palestra *'How does the new digital reality impact our industry'*. “Com fotografias, vídeos e moldes digitais conseguimos criar um clone digital do paciente, mas estamos em negação que isto seja possível. Estou aqui para dar alguns insights e para levantar algumas questões, não estou a dizer que isto vai acontecer”.

“O *Digital Smile Design* e uma nova perspetiva de emotional dentistry são exemplos de novas escalas na medicina dentária, só possíveis com a fotografia e o vídeo. Por exemplo, se no início do tratamento tirarmos as fotografias do paciente, podemos enviar as mesmas a outros colegas, uma vez que os casos são cada vez mais interdisciplinares. O paciente não necessita de fazer várias consultas, pois o médico dentista pode enviar o clone digital do paciente para os colegas”. Na prática é possível “simular, apagar, voltar a tentar. Podemos planear melhor o caso, tratar primeiro o clone e depois aplicar no paciente. É quase um exercício de treino”.

### **Função imediata**

O segundo dia começou com a palestra dos médicos dentistas Alexandra Marques e João Carlos Ramos dedicada à ‘Função imediata: Fatores a ter em consideração para alcançar os melhores resultados na zona anterior’. Alexandra Marques começou por referir que “os médicos querem resultados previsíveis”. O ideal, de acordo com a médica dentista, é conseguir “reabilitações fixas que mimetizem os dentes naturais, ou seja, que não se identifique se é reabilitação ou dente natural”. Neste sentido, para não perder esta meta de vista, as chaves do sucesso são a avaliação pré-cirúrgica; o momento e a técnica para a exodontia; ter em atenção o osso residual, sendo que “em 80% dos casos conseguimos colocar implantes de carga imediata”; a posição da margem gengival, que quando “há uma recessão até três milímetros coloco implante, mas se for superior a isto, faço mais tarde”; o



## **A INDÚSTRIA VAI CONTINUAR A AVANÇAR NA MELHORIA DA MACRO E MICROGEOMETRIA"**

Em entrevista à SAÚDE ORAL, Júlio Joly declarou que esta comemoração de dez anos de função imediata “é a consolidação de um processo cuja evolução acompanhamos e hoje parece bastante sólido, em termos dos benefícios que este protocolo oferece aos nossos pacientes”.

### **Qual a principal mensagem que pretendeu transmitir aos médicos dentistas portugueses durante as suas intervenções?**

Que para termos uma medicina dentária que preconizamos de excelência é necessário haver a aproximação das diferentes especialidades, ou das diferentes áreas do conhecimento, na busca de resultados mais equilibrados a curto e a longo prazo.

### **Um comentário em relação à comemoração destes dez anos de função imediata.**

Esta comemoração é a consolidação de um processo cuja evolução acompanhamos e hoje parece bastante sólido, em termos dos benefícios que este protocolo oferece aos nossos pacientes. É sem dúvida um avanço e a consolidação de uma filosofia de trabalho bastante atual.

### **Durante a sua intervenção referiu que estava a desenvolver um protocolo relacionado com a reconstrução tecidual. Do que se trata?**

O nosso protocolo parte do princípio de que o implante é importante, assim como a função imediata, mas se pensarmos em termos da estética, o mais importante talvez seja o maneiio tecidual. Então o nosso foco está na concentração dos tecidos, tanto do osso, como dos tecidos moles, com biomateriais e enxertos gengivais.

### **Na sua intervenção falou em ‘vilões’. Qual é o grande vilão para quem faz uma carga imediata?**

O risco de retração da margem gengival que inevitavelmente gera um tipo de seqüela estética, daí este ser o principal fator a ter de ser controlado.

### **E como é que se pode prevenir esta situação?**

Com o protocolo de reconstrução referido, ou seja, a partir do maneiio tecidual nas diferentes etapas de tratamento.

### **Em relação à escolha do implante, o que nos pode dizer?**

A escolha do implante deve ponderar aspetos anatómicos e restauradores. No conceito da função imediata é importante escolher implantes que tenham desenhos agressivos, que permitam uma boa estabilidade primária e que tenham uma parte protética favorável, biologicamente, para uma boa acumulação de tecidos.

### **E quanto ao futuro, nomeadamente nesta área da função imediata?**

Creio que se vai consolidar aquilo que já está estabelecido. Obviamente que a Indústria vai continuar a avançar em termos de melhorias da macro e da microgeometria dos implantes, mas o conceito já está muito bem estabelecido.



## DO IMPLANTE ÀS SOLUÇÕES

Durante a sessão de abertura do segundo dia do ‘Celebrating 10 Years of Immediate Function’, António Moutinho anunciou que “a ideia quase de eureka foi parar de fornecer a granel para começar a fornecer conceitos”. Ou seja, a Nobel Biocare, mais do que em produtos ‘isolados’, começou a apostar em soluções. À SAÚDE ORAL, o *regional director Ibérica* explicou que se passou do implante para as soluções “através de uma análise do mercado e de fazermos o nosso trabalho, pois não há uma receita mágica”. No entanto, do ponto de vista do responsável, “não se podia continuar sem fazer nada quando temos 25 ou 30 marcas de implantes a fazer a mesma coisa”, até porque “temos um produto diferente dos outros, que se diferencia e que traz valor acrescentado ao profissional que o utiliza e ao paciente. Daí que tínhamos de olhar para ele de maneira diferente”. E uma vez que “um implante não resolve nada sozinho, não faz sentido que esteja a ser vendido de forma isolada”, remata António Moutinho. “Quisemos encontrar soluções que fossem lógicas e fáceis de explicar” e estas têm tido “uma adesão maior do que quando se vende o implante isoladamente”. Estas soluções, no fundo, contemplam o *know-how* para resolver o problema do paciente e o material necessário.



Alexandra Marques



João Carlos Ramos

biótipo gengival; a parede vestibular e o defeito ósseo; o posicionamento 3D e a escolha do implante. Em relação a este último ponto, a médica dentista frisou algumas características a ter em atenção: “macrogeometria, conicidade das paredes, desenho das espiras e *platform-shift*”.

Já João Carlos Ramos abordou questões relacionadas com a colocação de implantes, entre elas as complicações com que os profissionais se deparam, nomeadamente a perimplantite. Neste ponto, o médico dentista alertou que “até um determinado nível, esta não implica a perda do implante”. No respeitante às outras questões apontadas por João Carlos Ramos, destacam-se a superfície do implante, a posição deste, a necessidade da preparação do leito e a oclusão. Sendo que,



Pedro Carvalho

no que toca a esta última questão indicada pelo médico dentista, é preciso “controlar o paciente”, ressaltou.

### Análise de fatores

Paulo Carvalho, um dos autores dos livros “Reconstrução Tecidual Estética” e “Perio-Implantodontia Estética”, abordou ‘os desafios dos implantes imediatos em zonas estéticas: considerações cirúrgicas e protéticas’, referindo que relativamente ao risco estético é importante analisar o osso residual e a margem gengival. Segundo Pedro Carvalho, estes são fatores “determinantes na tomada de decisão”. O osso residual “é o fator mais importante para se decidir fazer uma carga imediata”. Porém, é preciso ainda analisar o defeito vestibular e o biótipo gengival.

Já Júlio Joly, outro dos autores dos livros “Reconstrução Tecidual Estética” e “Perio-Implantodontia Estética”, argumentou que “o defeito vestibular deixou de ser o grande vilão” e que no respeitante ao biótipo é necessário avaliar características como a espessura gengival, o osso subjacente, o tecido queratinizado, a perda de inserção, pontos de contacto, forma do dente e papila interdental. Após as intervenções de Paulo Carvalho e Júlio Joly, marcaram ainda presença no evento Jorge Patrão, Luís Tovim, Carlos Aparício e Istvan Urban. 🌟

Fresagem de ligações-HEX com a fresadora M1 Wet Heavy Metal

## FRESADORA M1 WET HEAVY METAL

### COMPACTA, RÁPIDA, PRECISA

- Fresagem com 5+1 eixos simultâneos com sistema orbital
- Processamento de zircónio, resina, cera, madeira, metal pré-sinterizado, cromo-cobalto, titânio, vitrocerâmica, compósito e, dependendo do equipamento, blocos para abutments pré-fabricados de titânio Raw-Abutments® assim como pontes pré-fabricadas Bridge-Rods
- Sistema aberto
- Manípulo de alta potência e depósito de 8 fresas para troca automática
- Estrutura compacta
- Indicações: coroas, pontes, inlays, onlays, modelos, coroas telescópicas, abutments (pilares) 100% zircónio, pontes aparafusadas, conexões, barras e próteses totais



# XVI CONGRESSO NACIONAL APHO “ESTAMOS EM ÉPOCA DE MUDANÇAS”

Um dos temas em análise no XVI Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Higienistas Orais (APHO) foi a discussão dos desafios éticos-legais na prática profissional. No entanto, aproveitou-se ainda para fazer um *refresh* de conhecimentos, nomeadamente a nível da higiene oral durante a gravidez e da deteção precoce de problemas ortodônticos na infância.

Texto: Carmen Silva Fotos: David Oitavem



O XVI Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Higienistas Orais (APHO), que decorreu nos dias 8 e 9 de abril em Lisboa, ficou marcado pela discussão dos desafios éticos-legais na prática profissional da atualidade, quer no respeitante aos requisitos legais para se exercer a profissão, quer quanto à carreira pública. Helena Amaral, presidente da comissão organizadora, revelou à SAÚDE ORAL que “estamos a falar de um conjunto de saberes que são extremamente importantes para o desenrolar da atividade profissional do higienista oral, quer em termos do trabalho na comunidade ao nível dos centros de saúde, quer da clínica privada”.

“Estamos em época de mudanças e estas têm de chegar aos higienistas orais, que muitas vezes não são sindicalizados ou não têm acesso à informação”, complementou Fátima Duarte, presidente da APHO. Neste sentido, como explicou Helena Amaral, “tem havido alterações ao nível, por exemplo, da carreira de enfermagem e médica. Sendo que a carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica é aquela que falta ser alterada e revista, há muito em discussão, além da tabela salarial”.

Como estamos em época de mudanças



é imperativo, de acordo com Fátima Duarte, falar sobre o assunto pois estas mudanças afetam tanto “as pessoas que já têm anos de carreira e não sabem como posicionar-se, como as novas gerações de higienistas orais”. É fundamental perceber como, no âmbito da carreira pública, os higienistas orais vão passar a posicionar-se. “É preciso saber, por exemplo, quem já está em determinado escalão como se vai posicionar de acordo com a nova legislação”, indica a presidente da APHO. O número de higienistas orais no Serviço Nacional de Saúde (SNS) ainda é reduzido. Mas “foi falado com o senhor secretário de Estado que iriam entrar mais profissionais”, salientou Helena Amaral, recordando que “há zonas do país onde ainda não existem higienistas orais”.

## **Refresh de conhecimentos**

O evento - que “teve o sucesso que pretendíamos” como apontou Fátima Duarte - foi ainda palco de uma “troca de saberes, assim como um *refresh* de conhecimentos”, acrescentou a presidente da APHO. Os mais de 160 participantes puderam assistir a conferências sobre saúde oral na gravidez e na infância ou sobre as



abordagens e indicações terapêuticas da patologia do sono, entre outras. Helena Amaral especificou que todos estes temas foram escolhidos com base nos questionários de opinião preenchidos pelos participantes no final do XV congresso. Ou seja, “todos estes temas estão de acordo com as vontades que os congressistas expressaram”.

Sobre a saúde oral na gravidez, Francisco Salvado, professor de Cirurgia Oral no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM) declarou que há alterações na cavidade oral, sendo que “a gengivite na gravidez está associada ao aumento dos estrogénios e da progesterona”. Segundo os dados referidos pelo orador, a gengivite afeta 35 a 100% das grávidas, é mais frequente nos dentes anteriores e o pico acontece aos oito meses. No relativo ao tratamento, Francisco Salvado preconizou o controlo da placa, através “da ida ao higienista de três em três meses e da auto-higiene”. Quanto à questão da mobilidade dentária, o orador afirmou que “não há evidência científica de que a periodontopatia está ligada à gravidez” e salvaguardou que “a higiene é muito importante”.

## **Melhorar a autoestima**

Quanto à ‘Deteção precoce de problemas



## CONHECIMENTOS SOBRE CRESCIMENTO FACIAL E TRANSIÇÃO DENTÁRIA

Para os profissionais avaliarem se a criança necessita de intervenção precoce a nível ortodôntico “não é preciso ter uma formação específica em ortodontia”, sublinhou Rui Caseiro. No entanto é necessário “ter conhecimentos sólidos acerca de crescimento facial e principalmente sobre transição dentária”, acrescentou o médico dentista.

**Atualmente já se fazem mais tratamentos ortodônticos precoces, ou seja, tanto os profissionais, como os pais já estão mais despertados para esta realidade?**

Têm de ser os higienistas orais e os clínicos gerais, dentistas ou não, e até os pediatras a enviarem-me a criança quando constatarem que a sua boca não está a evoluir de uma maneira normal.

**Mas já lhe chegam mais casos?**

Em comparação com os últimos

anos, não. Não noto que haja uma evolução neste sentido. No entanto também depende do sítio onde estejamos a desenvolver a nossa atividade. Eu estou muito ligado quer à pós-graduação, quer à pré-graduação na Faculdade de Medicina e muitas vezes os pacientes que nos chegam não são com quatro, cinco ou seis anos, que é quando se deveria iniciar o tratamento. Por norma são pacientes já no final da dentição mista ou já com dentição definitiva. Por isso, ter mais ou menos casos depende muito do local onde a pessoa esteja a trabalhar.

**Quais os sinais que, tanto os higienistas orais, como os médicos dentistas devem estar a tentos, ou seja, que alertam para possíveis problemas ortodônticos?**

Passa por ter conhecimentos de anatomia, ou seja, aplicarem aquilo que aprenderam nos bancos da faculdade. Não é preciso uma formação específica em ortodontia, no entanto a pessoa para poder avaliar estes casos precisa de conhecimentos sólidos acerca de crescimento facial e principalmente sobre transição dentária: como a criança estabelece a sua oclusão. No fundo, o higienista oral e o clínico necessitam perceber se a situação está a evoluir na base da normalidade. Se não estiver é observar, tirar uma radiografia para

perceber se o problema é simples ou grave e se for grave deve ser reencaminhado para o ortodontista.

**Quais os casos mais preocupantes?**

Os casos mais preocupantes e que ficam na memória são casos como a telerradiografia que apresentei, ou seja, são os problemas esqueléticos só resolvíveis com cirurgia ortognática. No entanto, para ser submetido à cirurgia é preciso que o paciente acabe a fase de crescimento, às vezes têm de esperar até aos 16, 17 ou 18 anos para poderem ser operados. Por outro lado, normalmente tem de haver uma ortodontia prévia preparatória. É sempre necessária para fazer os alinhamentos das compensações dentárias que aquela discrepância óssea originou. Depois, quando chega o momento de fazer a cirurgia, em termos de resultados, os pacientes veem-se com outra cara.

**E no que toca à tecnologia, tem havido uma evolução favorável nesta área?**

Tem havido um grande avanço e em várias categorias, quer seja na qualidade dos materiais ou no respeitante às técnicas. E como em tudo na medicina, se não acompanharmos esta evolução de ano para ano, ficamos desatualizados.

ortodônticos na infância’, o médico dentista Rui Caseiro (ver caixa) esclareceu que a finalidade do tratamento ortodôntico precoce é melhorar ou corrigir problemas que iriam resultar em danos irreversíveis na estrutura. Porém, no âmbito dos objetivos específicos, pretende-se “melhorar a autoestima da pessoa e a estética”, sendo vantajoso fazer a correção cedo. Não obstante, o tratamento acarreta alguns riscos, nomeadamente “a desmineralização do esmalte, a extensão do tempo de tratamento, o custo e a reabsorção radicular”, declarou Rui Caseiro. ●



Helena Amaral,  
presidente da comissão organizadora



Fátima Duarte, presidente da APHO



# COMO LUÍS REDINHA DESENVOLVEU UM SISTEMA QUE PODE REVOLUCIONAR O MUNDO DOS SCANNERS INTRA ORAIS

## “A DIGITALIZAÇÃO INTRA ORAL É UM SALTO GIGANTESCO NA CAPACIDADE DE EXECUÇÃO, QUALIDADE DE TRABALHO E DE MODELOS”

Recentemente, Luís Redinha conseguiu a publicação internacional da patente de arco facial virtual para *scanners* intra orais. Estivemos à conversa com o médico dentista para perceber o que está em jogo e quais os próximos passos: “estou a tentar trazer a bordo um fabricante de *scanners* para poder concretizar a ideia”.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: David Oitavem

Certo dia, durante um almoço com representantes de uma multinacional, Luís Redinha apercebeu-se de uma lacuna na captação de imagem dos *scanners* intra orais para modelos de próteses dentárias. Desde então que o médico dentista tem dedicado a sua atenção ao estudo do arco facial virtual para *scanners* intra orais. “Neste momento ainda não tenho uma validação prática do conceito, porque não o consigo fazer sem que haja um fabricante de *scanners* que incorpore no *software* estes passos. Os articuladores virtuais que já existem nos sistemas de modelação dos *cad/cam* têm toda esta informação, mas é necessário que, no processo de digitalização, sejam pedidas imagens específicas para poder transmitir toda a informação”.

### Mas afinal do que estamos a falar?

Hoje em dia, se quisermos fazer reabilitação oral ou algo que implique precisão e complexidade é necessário fazer modelos normais e passar a informação para um articulador, um dispositivo mecânico que reproduz tridimensionalmente a face, em termos de movimentos e posições. É necessário um arco facial convencional físico, que vulgarmente encaixa nos ouvidos, um terceiro ponto de apoio e uma forqueta que localiza os dentes em

relação à base do crânio. Isso permite, de forma controlada, transportar para o articulador a posição tridimensional semelhante ao que tem no sistema estomatógnatico. Para isso é necessário recorrer a um arco facial e um registo de relação do maxilar superior com o inferior.

Quando se pretende trabalhar com os sistemas de *cad/cam* de laboratório, para esta informação para poder chegar ao articulador virtual é necessário digitalizar todo o articulador para que apareça reproduzido na ferramenta de trabalho virtual a relação tridimensional que conseguimos, com o arco facial físico.

### E isso não é possível com os *scanners* atuais?

Hoje em dia, com o uso dos *scanners* intra orais, os modelos físicos podem ser dispensáveis, ou seja, faz-se a impressão e a mesma aparece num ambiente virtual. Mas isso se serve para um dente, ou algo simples, é muito pouco preciso e falta informação quando começamos a trabalhar com reabilitações mais complexas. A câmara intra oral capta a arcada inferior e superior, mas não a relação com pontos tridimensionais da base do crânio, como faz o arco facial. Para as reabilitações de maior complexidade, mesmo usando o *scanner*

intra oral, é necessário fazer um arco facial convencional e digitalizar novamente o articulador ou um *jig* de posicionamento. Precisamos de duas digitalizações para conseguir transportar a informação para o sistema virtual de modelação.

### O que falta para que o *work-flow* seja todo digital?

A possibilidade de transferir a informação que o arco facial convencional transfere para o articulador, mas fazê-lo com o recurso ao *scanner* intraoral. E isso até aqui não estava disponível. Há muitos projetos a tentá-lo, havendo mesmo um sistema complexo que permite incorporar essa informação, mas que, não sendo feito a partir do *scanner*, obriga à aquisição de um equipamento específico muito dispendioso e a um passo clínico extra que necessita de tempo clínico e treino.

### Como tudo começou

#### Como decorreu o processo de registo da patente?

Depois de ter a ideia e estudar o processo iniciei o registo das patentes em Portugal, em outubro de 2014, depois foi efetuado o registo internacional em 2015 e em abril deste ano foi publicado. É um

**"Esta patente vem colmatar uma limitação no fluxo de trabalho digital e permitir que, na reabilitação oral ou na ortodontia, os casos complexos possam de uma forma fácil e, sem custos, ser executados num patamar técnico semelhante ao da utilização de um articulador convencional semi ajustável com uso de arco facial".**

protocolo que está finalizado e trancado. Estou na fase de criar ruído para trazer a bordo um fabricante de *scanners* para poder concretizar a ideia. Contudo, sendo necessariamente o futuro das impressões intra orais, é ainda uma tecnologia que não se encontra muito disseminada, o que talvez esteja relacionado com os custos e a dificuldade de rentabilização. "São sistemas caros e que, além do custo inicial, têm fees de utilização com algum significado. Comecei há cinco anos e desde então uso sempre este sistema para a prótese fixa. É um salto gigantesco em termos de capacidade de execução, qualidade de trabalho e de modelos, é o futuro no presente...".

#### **Como podemos adaptar o modelo aos consultórios convencionais?**

A questão é conseguir um modelo de rentabilização para um consultório médio. Talvez, à imagem do que se tem vindo a ver com a associação de laboratórios de prótese para constituir centros de fresagem, isso possa acontecer com os *scanners* ou eventualmente um sistema de aluguer operacional, em que os *scanners* sejam alugados ao dia? Esta patente vem colmatar uma limitação no





# Promoção de Verão'16

Junho-Setembro 2016



## IMPLANTMED KIT SIN LUZ

Micromotor potente com um torque de 5,5 Ncm

Rotações: de 300 a 40.000 rpm no micromotor

Limitação exata do torque de 5 a 70 Ncm

Função de corte para realizar roscas no osso

**Inclui Motor Implantmed**

**Pedal de controle S-N1**

**Micromotor com cabo y**

**2 Contra-ângulo WI-75 E/KM**

fluxo de trabalho digital e permitir que, na reabilitação oral ou na ortodontia, os casos complexos possam de uma forma fácil e, basicamente sem custos, ser executados num patamar técnico semelhante ao da utilização de um articulador convencional semi ajustável com uso de arco facial.

**Numa altura em que se fala tanto em implantologia, a prótese fixa ainda é procurada pelos pacientes ou caminhamos definitivamente para os implantes?**

Não vejo que seja razoável substituir dentes viáveis por implantes. Há decisões estratégicas em termos de, por exemplo, eliminar este ou aquele dente por estratégia de reabilitação do paciente. Em todos os casos é o paciente que tem a última palavra sobre o plano de tratamento que se vai efetuar na sua boca. Penso que a nossa função, enquanto médicos dentistas, é a de diagnosticar o paciente, propor todas as alternativas de planos de tratamento, explicar os prós e contras para que os pacientes possam decidir em consciência, com conhecimento informado. Mas não acho que os implantes venham eliminar a prótese fixa sobre dentes. Neste momento há um boom de desenvolvimento técnico em relação a reabilitações sobre dentes que julgo têm toda a indicação porque não entendo razoável que os implantes sejam substituto para um dente cuja restaurabilidade seja possível, muito em particular quando os pacientes são relativamente novos.

**Mas quando diz que a decisão final é do paciente, sabendo da iliteracia dos portugueses face questões relacionadas com a saúde e a saúde oral, como pode o paciente tomar uma decisão consciente? Com a ajuda do profissional?**

Isso seguramente, a nossa função tem de ter uma componente pedagógica. Em todas as opções de tratamento devem ser explicados os prós e contras. A primeira opção de qualquer paciente que entra nos nossos consultórios é a de não tratamento, conquanto lhe expliquemos as consequências desse não tratamento. A partir daí, todas as opções de tratamento, de bom senso clínico, têm a sua possibilidade e a escolha final terá de ser do paciente. E muitas vezes o fator económico é determinante, infelizmente.

**Como vê a questão do fator económico ser determinante e os seguros de saúde na medicina dentária?**

Acho que o termo seguros de saúde é mal empregue porque a maior parte dos ditos "planos", chamemos-lhes o que quiserem, que existem hoje no mercado não são seguros de saúde.

**O que lhes podemos chamar, acordos?**

Não sei bem, mas um seguro de saúde é algo para o qual pago uma determinada quantia por ano, tem um determinado número de coberturas e franquias e que remunera o clínico ou o consultório que presta o serviço. O meu seguro pessoal de saúde geral não contempla atos gratuitos em meu favor e os atos sem custos para o paciente, na medicina ou na medicina

## W&H Ibérica Atenção ao Cliente e Serviço Técnico Oficial

Ciudad de Melilla, 3

46017 Valencia **Espanha**

t +34 96 353 20 20

f +34 96 353 25 79

oficinas.es@wh.com



Pode descarregar o folheto de ofertas no seu smartphone, digitalizando este código QR





dentária, só deveriam ser feitos por decisão clínica do prestador de serviços, e não por imposição do que quer que seja em termos de acordos. Pessoalmente não trabalho com nenhum seguro de saúde, não funciono com qualquer tipo de acordo, convenção ou plano de saúde. A regra principal à qual não quero estar sujeito é a limitação associada a tratar um paciente com os valores que a maior parte dessas convenções e acordos de saúde proporcionam. Os valores de comparticipação que são pagos por muitas das convenções e seguros não são por vezes sequer suficientes para pagar ao consultório o custo de sentar um doente. Se no mundo empresarial convencional, não ligado à saúde, a prática de “dumping” é criminalmente penalizada, acho curioso que sejam permitidos

acordos ou protocolos de prestação de serviços de saúde vendidos abaixo do preço de custo.

**Já perdeu pacientes por ter essa forma de trabalho?**

Seguramente que os terei perdido, ou melhor, é uma questão de nunca os ter tido. O meu consultório não tem publicidade, os meus pacientes chegam por referência dos meus pacientes, amigos ou colegas.

**Escolheu essa forma de praticar a medicina dentária e é a que defende?**

Não é nenhum juízo de valor em relação a ninguém, nem a nada, são opções pessoais. Fazemos as nossas na perspetiva do que nos sentimos confortáveis, por um lado, e em função das necessidades, por outro. Enquanto o puder fazer

vai continuar a ser essa minha opção profissional.

**Hoje em dia consegue ter uma carteira de clientes e manter essa postura, mas quando começou a prática da medicina dentária como era?**

Era muito mais fácil (risos). Sempre tive muita sorte na vida e por um conjunto de circunstâncias e de pessoas que estiveram à minha volta, e aqui queria fazer uma referência especial ao Prof. Simões dos Santos e ao Dr. Fernando Ferreira, fiz a especialização em Prostodontia, três anos depois de ter acabado a licenciatura. Fui para Nova Iorque e voltei em 1997 com a perspetiva de trabalhar como prostodontista. Trabalhando dessa forma, e não tendo a minha clínica, significava criar um relacionamento com um conjunto de colegas que funcionassem

nos mesmos moldes, por especialidade e como rede de referidores, que era o modelo americano de medicina dentária. Existindo consultórios de especialidade, um paciente para ser tratado num plano multidisciplinar tem de ir aos vários consultórios. Isso é o modelo de trabalho mais frequente entre os especialistas americanos, e em Lisboa temos ainda um grupo (pequeno) de clínicos que limitam a sua prática clínica a uma determinada especialidade. Mas o mais frequente foi mesmo o de se reunir um conjunto de especialistas associados numa clínica multidisciplinar, que facilita o conforto do conforto do paciente. A questão é que esse modelo de conjugação das diferentes valências no mesmo espaço, por diferentes clínicos direcionados para diferentes áreas da medicina dentária foi, no início, um pouco deturpado em Portugal, uma vez que a velocidade de aparecimento dessas clínicas ou consultórios não foi acompanhada à mesma velocidade pela formação diferenciada. Contudo, hoje em dia o panorama já não é o mesmo e o modelo americano de consultório de especialidade não me parece poder ser viável no médio/longo prazo.

#### **Quando voltou a Portugal esteve a trabalhar dessa forma durante quanto tempo?**

Bastante tempo. No início trabalhei em três clínicas e depois passei a trabalhar no meu espaço, mas mantendo esse relacionamento com os colegas referidores para tratar os doentes. Tinha a minha prática clínica limitada à Prostodontia e Reabilitação Oral e um pouco à Dor Orofacial e Disfunção.

#### **Como vê a medicina dentária em Portugal na vertente técnica. Teve um boom nos últimos anos?**

Globalmente, a medicina dentária mundial deu esse salto e Portugal tem, na minha opinião, acompanhado ao mais alto nível essa evolução, tanto do ponto de vista técnico, como humano. A Medicina Dentária que se pratica cá hoje em dia está 'ombro a ombro com os melhores do mundo... Fundamentalmente o 'boom' decorre de

## **"Não sou economista e muito menos macro economista, mas estou convencido que enquanto país não temos disponibilidade financeira para poder incorporar a prestação de cuidados alargados de medicina dentária no SNS".**

três grandes grupos: os implantes que vieram trazer uma grande dinâmica à medicina dentária e à reabilitação dos pacientes; um grande salto nos materiais, que acompanharam essa entrada dos implantes e da reabilitação fixa, e aqui há que salientar o contributo enorme dado pelos desenvolvimentos técnico e tecnológico dos técnicos laboratoriais de prótese dentária; e também um *boom* nas técnicas de adesão, que permitiram começar a tratar doentes com uma abordagem menos invasiva.

#### **Acha que a sociedade portuguesa acompanhou esse salto?**

Uma parte seguramente que sim, mas infelizmente não se estendeu a toda a gente. As limitações económicas da nossa sociedade são por demais conhecidas e também de alguma forma, o posicionamento agressivo no mercado de alguns grupos empresariais na medicina dentária não ajudou a credibilizar algumas das etapas desse "salto". O que se assistiu com a introdução no mercado, por parte de alguns grupos profissionais/empresariais, do "franchising low cost", não ajudou de todo e do meu ponto de vista não é adequado se entendermos que o objetivo da medicina dentária seja tratar doentes.

**Como resolvemos este problema de estarmos numa crise económica, os pacientes não terem possibilidades económicas e não poderem aceder aos**

#### **tratamentos?**

Isso é um problema que se coloca até fora da medicina dentária, é transversal a toda a sociedade. Mesmo nos melhores anos de crescimento económico em Portugal, nem de perto nem de longe a população teve acesso aos cuidados de medicina dentária porque sempre foram privados e têm de ser caros. Os custos envolvidos no tratamento dos doentes são sempre elevados.

#### **Mas na medicina, a população pode recorrer ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou outros meios que não existem na medicina dentária. Como vê a questão de incluir algumas valências da medicina dentária no SNS?**

Bem e mal. É da responsabilidade do Estado, está escrito na Constituição, que todos os cidadãos deverão ter acesso a cuidados de saúde, logo parece-me bem a Medicina Dentária também esteja contemplada no SNS. Contudo considero que o modelo de medicina dentária no SNS só terá viabilidade de médio/longo prazo se assumido que se limite à medicina dentária preventiva e de urgência. Não sou economista e muito menos macro economista, mas estou convencido que enquanto país não temos disponibilidade financeira para poder incorporar a prestação de cuidados alargados de medicina dentária no SNS. Mesmo em países dos quais ainda estamos longe em termos económicos isso foi perverso. Nos anos 80 Inglaterra tinha um SNS tendencialmente gratuito na medicina dentária e era o país da Europa com o maior número de desdentados totais. Tem a ver com uma questão de intervenção e de custos. Em termos de custos, se houver um paciente que tenha a necessidade de fazer uma endodontia, uma reconstrução e uma coroa, o SNS não terá capacidade para suportar os custos. E numa perspetiva em que o SNS se sinta obrigado a fazer algo, e o paciente se sinta no direito de receber algo, o que pode acontecer é que passamos a ter um maior número de extrações e, eventualmente, um maior número de próteses removíveis, que foi o que se passou em Inglaterra nos anos 80.

**E em Portugal?**

Em Portugal, o resultado final podendo ser o mesmo ou parecido, o processo não era o mesmo, porque a medicina dentária em Portugal é muito recente. Os primeiros licenciados apareceram no início dos anos 80, nem era só uma questão económica, mas dificilmente havia profissionais para as necessidades de toda a população. Muitas pessoas, ou por uma questão financeira, ou por dificuldade de acesso, deixava a situação chegar a um ponto em que depois era difícil recuperar.

**Como passamos da uma situação onde existiam poucos profissionais para um boom de médicos dentistas?**

Essa pergunta deveria ser feita aos governantes nestes últimos 25 anos... É um processo que me faz alguma confusão, sou clínico, não sou político, mas dá-me ideia que isto é nitidamente resultado de falta de planeamento. Não faz sentido que estejamos numa situação em que há países na Europa que estão a aproveitar os nossos profissionais a custo zero. Quanto estava na faculdade debateu-se a questão da legalização dos cirurgiões dentistas brasileiros. Nessa altura estava na associação de estudantes da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa e vieram a público os valores sobre os custos de formação de alunos de medicina dentária. Em Portugal eramos os segundos profissionais mais caros em formação, em toda a sociedade, com exceção dos pilotos da força aérea. Faz-me confusão que, atendendo ao país que temos, aos nossos recursos e necessidades, tenhamos deixado chegar as coisas a um ponto em que estamos a pagar para fornecer profissionais bem formados, a custo zero, a países europeus mais ricos que nós. Não faz sentido.

**Fala-se do encerramento das faculdades, mas será por aí?**

Alguma coisa terá de ser feita. Não conheço os mecanismos legais disponíveis, mas alguma coisa terá que ser feita porque não faz sentido que se desperdicem recursos e que se criem

**"Faz-me confusão que, atendendo ao país que temos, aos nossos recursos e necessidades, tenhamos deixado chegar as coisas a um ponto em que estamos a pagar para fornecer profissionais bem formados, a custo zero, a países europeus mais ricos que nós. Não faz sentido".**

expectativas a gerações sucessivas com saídas profissionais que neste momento andam próximo do zero em Portugal.

**O que acha da notícia sobre a fusão das faculdades no Porto? É uma forma de controlar o excesso de alunos?**

Podemos fundir o que quisermos, se não alterarmos o modo de gestão e o planeamento, o resultado pode ser ou muito bom ou muito mau. Não sei se isso vai ser feito com o intuito de reduzir o número de alunos, não sei se vai ser feito com o intuito de economia de escala em termos de edifícios ou processos administrativos, vejo-o filosoficamente como algo que a mim me agrada porque penso que a medicina dentária pertence mais próxima da medicina do que tem sido a história ao longo dos últimos 50 ou 60 anos. Tem existido uma dissociação entre o que é a medicina dentária e o que são as outras especialidades da medicina, que nunca fez muito sentido e que fará cada vez menos sentido. Hoje temos comprovadas cientificamente associações entre patologias orais e patologias sistémicas, implicações de patologias orais em patologias sistémica e vice-versa e a proximidade da medicina dentária com a medicina e o reconhecimento da medicina dentária enquanto uma

verdadeira especialidade médica faz todo o sentido.

**Ainda se fala da medicina dentária como o parente pobre da medicina ou cada vez mais vai sendo esquecida essa ideia?**

Não sei se é bem o termo. Penso que em muitas circunstâncias, historicamente, a medicina dentária não foi reconhecida pelas outras especialidades da medicina como uma verdadeira medicina. Eu estou convencido do contrário e como tal faço a minha parte fazendo parte de um grupo de investigação clínica em que penso estarmos perto de validar de forma científica alguns conceitos que até agora andam dispersos pela literatura, nomeadamente de uma relação próxima da oclusão dentária e ATM com alterações posturais da coluna cervical, alterações ortopédicas como a escoliose, a postura resultante de deficit de convergência ocular, relação com o equilíbrio global do corpo e otimização da performance desportiva. Gostava de ver o parente pobre mais remediado, dentro da minha expectativa de vida profissional ...

**Quando fala na sua perspetiva de duração de carreira, o que ainda falta fazer ou o que gostaria de fazer em termos profissionais?**

Gostaria, e estou convencido que o poderemos conseguir, de validar a relação do sistema estomatognático com a parte postural, com a performance e desempenho no desporto, com o equilíbrio e a visão binocular. Temos uma série de ensaios clínicos a serem feitos com a colaboração do Dr Amândio Dias, que congregam o laboratório de comportamento motor da Faculdade de Motricidade Humana (Prof. Pezarat Correia), a Licenciatura em Fisioterapia da ESALD de Castelo Branco (Prof. Nuno Cordeiro), um colega otorrinolaringologista de Lisboa – Dr. Carlos Garcia - e uma colega Optometrista – Dra. Sandra Louro. Gostaria de ver, na minha expectativa de vida profissional, estes projetos concretizados, a validar as relações de interdependência entre esses vários sistemas. 🍷

Especialista em

# Alinhadores Invisíveis



**Aprenda várias técnicas  
num só curso**

**4**  
DIAS

27-30 OUTUBRO 2016

**27 - 30 de Outubro 2016**



**Professor: Dr. Andrade Neto**  
**Coordenadora: Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Rábago**

**MÉTODO:**

**HANDS-ON • PRÁTICO • TIPODONTO • CLÍNICO**



**CEOdont**  
GRUPO CEOSA



**Formação Contínua em Medicina Dentária**



**CEOdont**

Contactos: (0034) 91 553 08 80 · [cursos@ceodont.com](mailto: cursos@ceodont.com)

C/ Juan Montalvo, 8 . 28040 Madrid

Mais informações sobre programas e condições :

[www.ceodont.com](http://www.ceodont.com)



**GRUPO  
CEOSA**

# PRÓTESES TOTAIS, FIXAS E REMOVÍVEIS VIAGEM AOS BASTIDORES DAS PRÓTESES DENTÁRIAS

Os números divulgados pela OMD dão que pensar: 10% dos portugueses são desdentados totais, com todas as consequências que isso acarreta. As próteses totais, fixas e removíveis, podem ser as únicas alternativas para quem há muito deixou de sorrir. E para que os resultados sejam satisfatórios há que planear, informar e gerir expetativas. Falámos com médicos dentistas e técnicos de prótese dentária, que referem que a afirmação da profissão e a consolidação do seu estatuto dentro da equipa da saúde oral é um desafio.

Texto: Cláudia Pinto



Os números são preocupantes. A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) alerta para o facto de existirem, em Portugal, “quase 10% de desdentados totais. No nosso país, mais de 60% das pessoas com mais de 65 anos apresenta algum tipo de edentulismo”. O médico dentista Nuno Sampaio reage a estes números indicando que “infelizmente ainda

existem muitos desdentados totais não reabilitados”, justificando a vertente financeira associada a tratamentos muito dispendiosos e à falta de campanhas de saúde dentária. “Poderão ser estes os grandes impulsionadores deste problema. Penso que os governos deveriam ter um papel mais ativo na resolução deste flagelo que é a ausência de dentes, tendo

implicação direta nas relações interpessoais, sociais e laborais, promovendo também graves alterações no estado de saúde geral destes pacientes”, afirma. Além destes doentes que apresentam exigências específicas há que recordar os que “não sendo desdentados totais, têm problemas dentários que rapidamente chegarão a essa fase. Ou seja, a

percentagem é muito superior a 10%, pois temos pacientes com grandes deficiências a nível nutricional devido à dificuldade de mastigação que apresentam”, esclarece João Mouzinho, médico dentista e responsável pelo departamento de Implantologia e Reabilitação Oral da Molar Clinic.

É indiscutível que os médicos dentistas têm um papel essencial na sensibilização do paciente. “Em alguns países, cerca de 70% dos pacientes acima dos 65 anos são desdentados parciais ou totais e cabe ao médico dentista ter um papel ativo na sociedade para sensibilizar esses pacientes a melhorar o seu conforto a nível de mastigação, digestivo, funcional e estético”, reforça João Mouzinho. Mas Nuno Sampaio vai mais longe considerando que, numa primeira instância, a sensibilização tem de ser feita “pelo Governo, em conjunto com a OMD, a Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária, entre outros parceiros, através de campanhas de sensibilização para os perigos associados à ausência de dentes”.

Para o médico dentista, o resultado estético é algo que se consegue de uma forma relativamente simples. “A parte funcional (mastigação e fonação) é o grande problema nos desdentados totais. Obviamente que, se for possível associar implantes como meio de retenção/suporte auxiliar, o prognóstico da reabilitação muda drasticamente. Existem também os fixadores que podem ajudar na confiança dos desdentados totais, mas devem ser utilizados como auxiliares numa prótese bem adaptada e não para compensar falhas do tratamento efetuado”, defende.

A prótese total fixa implanto-suportada permite, na opinião de João Mouzinho, um conforto ao paciente completamente diferente “já que devolve a mastigação em cerca de 95%. Os pacientes agradecem porque deixam de utilizar fixadores de prótese dentária, permitindo ter uma situação idêntica à que tinham quando eram mais jovens. Estas melhorias são muito notórias na capacidade de alimentação e de conforto na estética ao sorrir”. A autoestima dos pacientes ficará também beneficiada, contribuindo para

uma vida social e profissional mais ativa e confiante.

### Esclarecer e só depois tratar

As próteses totais surgem como uma das soluções terapêuticas para a reabilitação destes doentes. E também aqui os médicos dentistas têm um papel fundamental no que respeita à gestão das expectativas dos pacientes. “Em alguns casos poderá ser uma solução transitória (interina), mas em muitos outros é uma solução definitiva. As expectativas dos nossos pacientes, nomeadamente dos desdentados totais, devem ser discutidas e explicadas mesmo antes de se começar o tratamento. É muito importante explicar que este tipo de reabilitação implica uma adaptação neuromuscular (que pode demorar bastante tempo), alterações na dieta alimentar e adaptação na fala”, refere Nuno Sampaio.

Só após o esclarecimento de todas as dúvidas é que deve ser iniciado o tratamento. Surgem aqui alguns desafios para o médico dentista no que respeita à reabilitação total fixa. “Desde a motivação que temos que dar aos nossos pacientes para cuidarem das reabilitações totais fixas implanto-suportadas, porque são muitas vezes pacientes que perderam o hábito de higiene por já não terem dentes há vários anos, à dificuldade cirúrgica e protética de reabilitar pacientes totais com implantes que, por vezes, têm grandes atrofias ósseas, colapsos da dimensão vertical, que se reflete numa atrofia dos tecidos moles da face e de uma cara ‘mais envelhecida’ onde muitas vezes os 2/3 superiores da face não correspondem ao 1/3 inferior da face”, acrescenta João Mouzinho.

Realizar um trabalho de equipa, passando por um planeamento adequado que envolva o médico dentista, o técnico de prótese dentária, o paciente e outros profissionais envolvidos, os resultados tenderão para o sucesso, na opinião de Luís Costa, presidente da Associação Portuguesa de Técnicos de Prótese Dentária (APTPD). “Muito importante é todos estarem conscientes das várias nuances e comunicarem de forma clara, objetiva e bem ponderada para que as

expectativas não sejam um problema. Qualquer reabilitação passa sempre por um compromisso e todos devem estar conscientes disso. Depois, usando os inúmeros meios que hoje estão ao nosso dispor e respeitando as suas características, atingimos resultados que satisfazem todos. Nada é melhor para um profissional que a satisfação de quem recebe o nosso trabalho e melhora a sua autoestima”, defende.

### Desafios diários

Do lado dos técnicos de prótese dentária, os desafios são muitos e as exigências contínuas. “Se por um lado necessitamos de acompanhar a permanente evolução em setores como as tecnologias ou os materiais e processos, por outro temos uma pressão constante, nós e em particular os médicos dentistas, por parte dos pacientes que procuram tratamentos mais complexos e exigentes, muitas vezes motivados pelos *media*. É frequente recebermos fotos de celebridades com o desejo/pedido de que possamos reproduzir determinado sorriso”, alerta Luís Costa, que tem assistido ao longo dos anos à pressão da sociedade, onde impera “a ditadura da estética”, passando a função para segundo plano.

Para o também técnico de prótese dentária Luís Macieira, a prótese total, “para muitos considerada a mãe de todas as próteses, sempre foi desafiante”. Dos atuais desafios destaca “os que se relacionam com as opções implanto-suportadas onde, por diversos fatores e limitações, só uma boa planificação e protocolo de trabalho permite gerir um bom equilíbrio e resultado. Existem técnicas para melhorar as condições existentes à partida e só a consciência plena de onde queremos chegar permite desenvolver o melhor caminho e, muitas vezes, até um compromisso entre o desejado e o possível”.

A afirmação da profissão e a consolidação do seu estatuto dentro da equipa da saúde oral é também um enorme desafio. “Também destacaria a organização e regulamentação do exercício da mesma. O nosso trabalho é basicamente de bastidores, feito entre

paredes. Muita gente nem se imagina o que faz o técnico de prótese dentária. Atualmente executamos um trabalho de grande rigor técnico, com tecnologia de ponta, recorrendo aos mais variados materiais, o que exige competência e conhecimento de processos. Nesse sentido achamos importante que as pessoas saibam mais, que entendam qual o nosso papel na reabilitação oral, por aí passa, sem qualquer dúvida, a falada afirmação e reconhecimento”, defende Luís Costa.

Do ponto de vista clínico, e na opinião do médico dentista Nuno Sampaio, “a reabilitação dos desdentados totais (nomeadamente a mandibular) constitui um desafio para o médico dentista e para o paciente. “Cabe aos médicos dentistas reconhecer o grau de dificuldade e instituir a melhor terapêutica. Novos materiais de impressão e laboratoriais vêm ajudar o tratamento, mas o sucesso do mesmo continua a estar muito focado nos conhecimentos do médico dentista. Obviamente que, se for possível colocar um número mínimo de implantes que permita melhorar a retenção das próteses totais inferiores, o prognóstico da reabilitação muda radicalmente”, esclarece.

#### **Avanços que marcam a diferença**

E que novidades têm surgido ao longo dos anos nesta área? Luís Macieira destaca o “recurso à prototipagem, como elemento físico de diagnóstico através de técnicas de CAD-CAM, e a consequente elaboração da prótese com base no protótipo validado e/ou modificado”. Na sua opinião, o enorme desafio da inovação passa precisamente por “não avançar até ao momento em que todos os fatores forem avaliados e controlados. Infelizmente, o imediatismo e velocidade, são muitas vezes fatores que orientam os procedimentos chegando ao extremo de algumas pessoas estarem dispostas a pagar mais para serem pior tratadas”. A planificação com base em elementos virtuais de diagnóstico e a elaboração de guias e protótipos de execução ou validação, são na sua opinião, “as armas mais importantes e em franco desenvolvimento, sendo a

## **UMA ASSOCIAÇÃO QUE REPRESENTA A VOZ DOS TÉCNICOS DE PRÓTESE DENTÁRIA**

A Associação Portuguesa de Técnicos de Prótese Dentária (APTPD) tem como missão promover e dinamizar a formação e valorização científica, cultural e profissional dos seus associados, assim como representar e sustentar os interesses da profissão. “É uma associação que tem feito o seu percurso com algumas intermitências. A atual direção tem feito um esforço de reorganização e penso que hoje conseguimos ser uma referência e uma voz reconhecida pelos nossos parceiros desta área”, explica o seu presidente, Luís Costa. Dando corpo a uma velha ambição, a associação tem hoje uma sede e um secretariado permanente. Está neste momento a atualizar a base de dados e a criar mecanismos que aproximem os sócios. Realizou-se em maio o Congresso da associação que cumpre esse objetivo e que “bateu este ano todos os recordes em termos de inscritos e expositores”. A associação organiza regularmente ações de formação continuada aos sócios, com conferências e cursos práticos. “Tudo isto requer uma estrutura de suporte que é necessário criar. Mas o nosso principal objetivo é claro: criação de uma organização de inscrição obrigatória que regule o exercício da profissão e regulamente o fabrico dos dispositivos médicos feitos por medida”. O próximo Congresso realiza-se daqui a dois anos, no Porto. “Quer no congresso, quer na APTPD, existe muito trabalho que as pessoas não veem e talvez nem imaginem, todo ele voluntário que gostaria de destacar. É compensador quando sentimos que valeu a pena termos ousado tentar fazer algo pela nossa profissão. A nossa esperança é que cada dia mais se juntem a nós para que a voz dos técnicos de prótese dentária seja mais e mais forte”, conclui.

## **Em termos de novidades, Luís Macieira destaca o “recurso à prototipagem, como elemento físico de diagnóstico através de técnicas de CAD-CAM, e a consequente elaboração da prótese com base no protótipo validado e/ou modificado”**

vertente digital do trabalho cada vez mais interessante e consequente nos resultados pretendidos. Também alguns materiais trouxeram novas possibilidades de realizar tratamentos totais com melhor desempenho mecânico e biológico, como por exemplo, a zirconia”.

No que respeita à investigação, o presidente da APTPD considera que “é uma caixa de pandora em Portugal. Estamos na pré-história, muito pouco se faz nessa área. Mas a revolução é contínua, todos os dias surgem novos materiais, novos processos e abordagens, inclusive perspectivas de uso”. Considerando que a tecnologia é uma arma atual e futura dos laboratórios de técnicos de prótese dentária, Luís Costa defende que a aposta em investigação “é o que falta aos técnicos. Penso que isso só será possível se as universidades fizerem um trabalho de parceria com os mesmos. Estou convicto que, se se abrir a porta, muitos tenderão a entrar, de forma a darmos um passo definitivo em termos profissionais”.

Aliar a tecnologia às cirurgias é a inovação destacada por João Mouzinho. “Hoje em dia dispomos de ferramentas, como o *Digital Smile Design* (DSD), que nos permite planear os casos antes de começar a intervenção, com uma precisão absoluta”. É uma espécie de *test-drive*

Colocar uma prótese dentária  
é muito mais que um ato médico...

**...significa mudar a vida do seu paciente**



A GSK pode ajudá-lo a gerir as expectativas dos seus pacientes sempre que colocam uma nova prótese dentária, desde o momento da decisão e durante todo o percurso...



**AJUDA**  
a falar, comer e sorrir com confiança

Contacte-nos em [ch.apoio-profissional@gsk.com](mailto:ch.apoio-profissional@gsk.com) ou [www.gsk-consumerhealthscience.com](http://www.gsk-consumerhealthscience.com)

cirúrgico que permite ao médico dentista mostrar ao paciente uma maquete do resultado final, mesmo antes de começar o trabalho. “Aliar esta tecnologia à cirurgia guiada por computador permite que os implantes sejam colocados nas posições ideais em relação à quantidade e qualidade óssea e posição final dos dentes, permitindo ainda planejar inicialmente a prótese total fixa final”, sublinha o médico dentista. Defende ainda o recurso às novas técnicas na reabilitação total fixa com implantes, que passam “por uma facilidade cirúrgica guiada por computador” e a capacidade de reabilitação com dentes fixos no próprio dia. “Em relação à prótese fixa total destaco a possibilidade de utilização de estruturas em *zircónia prettau*, estruturas altamente resistentes, quase inquebráveis, com uma estética muito superior”.

#### O futuro aqui tão perto

“Gosto do presente e de ter memória do passado, sem passado não há futuro”, defende Luís Costa. Gostava de ver a profissão devidamente reconhecida, com um exercício de boas práticas, “uma afirmação de competências com criação de massa crítica e uma organização

de inscrição obrigatória que regularia definitivamente a profissão. Seria a realização de um sonho, não só meu, mas de muitos técnicos de prótese dentária da minha geração”, afirma. Quanto às novas gerações, aproveita para deixar uma mensagem: “devem unir-se e afirmar as suas competências, investir na sua formação, na criação de capacidade. Estudem, investiguem, divulguem o vosso trabalho, apostem em documentá-lo e não se contentem com o trabalho dentro do laboratório”, afirma. Considerando que existe ainda um longo caminho a percorrer, defende que o mesmo deve ser firme e objetivo. “Sorrir é a melhor coisa do mundo, poderemos fazer as pessoas sorrir com mais confiança e alegria. Requer paixão, mas é um exercício fantástico”.

Uniformizar procedimentos é elementar para Luís Macieira. “Acredito que, enquanto houver abordagens pessoais e sem critério, trabalharemos sempre sem previsibilidade e testando em pacientes opções que não oferecem garantias. Penso que devemos cada vez mais pensar que a consistência de resultados passa pelo recurso aos processos”. Na sua opinião, este é o

período de cimentação de avanços anteriores, mais do que uma fase de novos avanços. “No entanto, a indústria, muitas vezes faz parecer que estamos permanentemente a avançar, criando uma pressão artificial sobre os profissionais, a quem cabe distinguir o que realmente é importante e credível para aplicação. Qualquer nova técnica ou material necessita de vários anos de aplicação clínica para se poder validar e para chegar ao ponto em que se demonstra válida para uso disseminado com resultados previsíveis e repetíveis na mão dos profissionais”. Sobretudo na área de implantologia “faz parte uniformizar processos entre as diferentes abordagens, não fazendo sentido que, um mesmo resultado pretendido, passe por diferentes processos”. É então urgente definir consensos “sobre as muitas técnicas, procedimentos e materiais, de modo a poder isolar as variáveis e passar para um nível superior de certezas nos tratamentos efetuados”, explica.

#### A aposta por parte dos laboratórios

O laboratório Hi-Tec/Wisil “procura ser uma referência no fornecimento de próteses dentárias, pelo que está permanentemente em busca de novas soluções, novos materiais e novas tecnologias que permitam estar sempre, não só na vanguarda, como na superação



das expectativas dos clientes”, explica Tiago Santos, diretor de produção do laboratório.

No que respeita à prótese fixa, verificou-se que “com a introdução em massa no mercado de sistemas *in door* de fresagem, houve uma evolução do tipo de materiais fresáveis, da rapidez de fresagem, assim como do resultado final do produto, quer em termos de adaptação, quer em termos morfologia dentária”. O destaque vai para a introdução no mercado “de trabalhos monolíticos translúcidos, quer sejam coroas unitárias sobre dente ou sobre implante, quer sejam reabilitações completas. Outra mais-valia deste material aliado a uma técnica específica passa pelo facto de ‘simplificar’ a execução de trabalhos totais, uma vez que se poderá recorrer a diversas morfologias dentárias que estão disponíveis na biblioteca virtual do *software*. Neste tipo de técnica é possível executar protótipos para teste de adaptação, estética, oclusão e função. Após validação poderá ser fresado em PMMA à cor, que poderá servir de trabalho provisório. Quando se parte para o trabalho definitivo apenas é necessário puxar o ficheiro informático do protótipo ou do provisória e fresa-lo em prettau. Desta forma não haverá surpresas indesejáveis aquando a colocação do trabalho final”, explica o responsável.

No que toca à prótese removível, Tiago Santos sublinha as mais-valias das “próteses termo injetáveis feitas de poliamida e que passam, desde logo, pelo facto de serem executadas com um material anti-alérgico, ou seja, livre de monómero; serem menos espessas, mais leves, mais resistentes e com menor índice de fraturas quando comparadas com as próteses de acrílico”. No que respeita à prótese removível, o ano passado representou vários novos lançamentos para a empresa, não estando previstas novidades para o presente ano. “Na prótese fixa, a evolução das técnicas e materiais não nos permite dizer que não haverá novidades quanto a esta matéria, a evolução é constante. Estamos atentos ao mercado nacional e internacional e, na nossa opinião, no decorrer do ano

### EM BUSCA DA PRÓTESE PERFEITA?

Será que os médicos dentistas e os técnicos de prótese dentária buscam a prótese perfeita? Ou esta é uma utopia? Luís Costa defende que “perfeitos são os dentes naturais”. Para os médicos dentistas e os técnicos de prótese dentária fica “a tentativa de reproduzir, o melhor possível, essa natureza, e corrigir defeitos ou situações menos estéticas, no propósito de correspondermos aos anseios dos pacientes e dar resposta às suas necessidades e desejos numa ética de saúde oral que lhes confira bem-estar. A verdade é que muitas vezes os profissionais são pressionados no sentido do tal sorriso perfeito que os ditames da moda vão impondo”. É muito relativo o conceito de perfeição. “Pelo lado dos pacientes, a estética e o conforto sempre foram reclamados. Por parte dos profissionais, parâmetros mais técnicos são cada vez mais postos em causa pois algumas verdades do passado recente são também questionadas e o contínuo estudo, mas sobretudo a evidência clínica, obriga a uma permanente atenção e foco. Perseguimos a cópia da natureza sem nunca o alcançar e essa utopia guia-nos permanentemente na definição dos objetivos”, acrescenta Luís Macieira.

haverá uma consolidação dos materiais do tipo resinas de alta resistência para o uso de trabalhos totais, assim como uma evolução natural de metais pré-sinterizados fresados para execução de reabilitações totais, sejam elas metal/acrílicas ou metal/cerâmicas”.

A GSK Consumer Healthcare é uma empresa que tem como missão “ajudar as pessoas a fazer mais, a sentirem-se

**“Acredito que, enquanto houver abordagens pessoais e sem critério, trabalharemos sempre sem previsibilidade e testando em pacientes opções que não oferecem garantias”,**  
Luís Macieira

melhor e viverem mais tempo. A inovação é um pilar estratégico de muito valor e, nesse sentido, envidamos esforços continuados para mantermos o nosso *portfólio* atualizado antecipando as necessidades dos profissionais de saúde e dos consumidores”, revela fonte da empresa. No segmento das próteses dentárias, “todos os produtos que o laboratório disponibiliza na gama Corega, soluções de fixação e limpeza para utilizadores de próteses dentárias removíveis, procuram ajudar a falar, comer e sorrir com toda a confiança. Como especialistas no cuidado das próteses dentárias removíveis, sabemos que colocar uma prótese é muito mais que um ato médico. Significa mudar a vida do paciente. A gestão das expectativas e a motivação para o papel ativo do paciente que coloca uma prótese são essenciais para assegurar a satisfação a longo prazo. Por essa razão, além dos produtos disponibilizamos também ferramentas educativas para que o profissional de saúde oral possa ajudar os seus pacientes que colocam uma nova prótese dentária: desde a decisão e durante todo o percurso”, acrescenta. A Corega lançou recentemente no mercado nacional “o novo Corega Ação Total, um creme fixativo com uma inovadora fórmula de fixação 3D. O produto oferece fixação todo o dia (12h), mais conforto (consegue reduzir o número de movimentos indesejáveis da prótese) e mais confiança (aumenta em 38% a força da mordida!)”.

<sup>1</sup> vs sem fixativo



# DIGITAL SMILE DESIGN LET'S GET DIGITAL!

É uma abordagem recente que coloca a imagem digital ao serviço da Medicina Dentária e que tem reunido cada vez mais adeptos. Cativar e aproximar o paciente desde o primeiro momento é um dos pontos fortes, mas as vantagens não se esgotam aí, defende quem já a aplica na clínica.

Texto: Manuela Vasconcelos

*Emotional Dentistry*. Esta expressão em voga é presença comum quando o tema é *Digital Smile Design*. Mais do que uma técnica de imagem digital, esta abordagem assume-se como uma nova visão em Medicina Dentária que pretende revolucionar a forma como se analisa cada caso, se define o tratamento a seguir e, sobretudo, se envolve o paciente na (re)construção do seu sorriso desde o primeiro instante. Uma tecnologia que aperfeiçoa também a comunicação entre médico e paciente, com vista à criação de sorrisos que encaixem na perfeição na personalidade e características do indivíduo. É a abordagem holística que Christian Coachman, médico dentista brasileiro de renome mundial e fundador deste conceito, vê como o caminho a seguir em Medicina Dentária, e que já está a ser explorada também em Portugal.

### História em evolução

Em Medicina Dentária, a estética não pode ser dissociada da função, uma dupla à qual se junta a componente emocional. É uma preocupação comum na prática clínica e que leva à busca por novas formas de abordar os problemas. “O termo *emotional dentistry* faz parte do meu ADN”, afirma Miguel Stanley, médico dentista, CEO da White Clinic e considerado um dos pioneiros no uso desta técnica em Portugal: “Desde 2004 que utilizo o conceito de *smile design* rotineiramente pois sempre considerei a medicina dentária isso mesmo, mais do que dentes, desenhar sorrisos. Mesmo antes do Dr. Christian Coachman me ter introduzido o *Digital Smile Design* (DSD) já considerava a comunicação um passo fundamental para conseguir transmitir aos nossos pacientes o que estamos a pensar construir. Desta forma, dar o salto do analógico para o digital não foi difícil. As técnicas que utilizávamos eram os tradicionais *wax-ups* de laboratório e a minha favorita que era realizar um *mock-up* diretamente na boca em compósito. Hoje em dia tornámo-nos digitais e o DSD é uma ferramenta que

## Através de marcações e linhas sobre a imagem digital da boca e dentes do paciente, esta tecnologia ajuda a delinear a intervenção (medir proporção dos dentes, alinhamento) bem como a identificar eventuais riscos e limitações ao tratamento.



utilizamos em grande parte dos nossos casos. Apesar de ser um pouco mais demorado, é incrivelmente preciso e do ponto de vista do paciente, muito mais espetacular”.

Hugo Madeira, médico dentista e CEO da Clínica de Implantologia Avançada, em Lisboa, também já não abdica desta tecnologia. Na sua prática clínica, o *Digital Smile Design* “tornou-se uma ponte essencial entre o planeamento digital do sorriso e a produção dos dentes propriamente dita, a parte da impressão e da fresagem das peças dentárias, facetas, coroas ou próteses sobre implantes”, refere. Nos últimos anos, para além da evolução nos procedimentos, também a tecnologia evoluiu “a própria APP do DSD tem sofrido alterações, até com fotografias de um *smartphone* conseguimos fazer um esboço do desenho do sorriso”, realça ao mesmo tempo que reconhece

existir agora mais divulgação: “Há cerca de três anos, quando comecei a utilizar esta técnica, pouco ou nada se ouvia falar. Atualmente, a maioria dos profissionais já sabe do que se trata.”

### Passo a passo

No artigo *Digital Smile Design: A Tool for Treatment Planning and Communication in Esthetic Dentistry*, publicado em 2012 (*Quintessence of Dental Technology*), Christian Coachman e Marcelo Calamita, médicos dentistas, defendem que o protocolo DSD não facilita apenas a comunicação entre médico dentista e paciente, mas beneficia cada etapa do tratamento. O método pressupõe a realização de imagens em três perspetivas – rosto completo com sorriso rasgado e dentes separados, rosto completo em repouso e vista total da arcada mantendo os dentes superiores e inferiores separados. Recomenda-se ainda a realização de um pequeno vídeo no qual o paciente explica as suas expectativas, preocupações (as imagens deverão captar todos ângulos possíveis dos dentes e sorriso, incluindo uma vista de perfil e do rosto a 45 graus).

As imagens servirão depois como base para o planeamento da intervenção. De seguida, através de marcações e linhas sobre a imagem digital da boca e dentes do paciente, esta tecnologia ajuda a delinear a intervenção (medir proporção dos dentes, alinhamento) bem como a identificar eventuais riscos e limitações ao tratamento. Num tratamento multidisciplinar, como a reconstrução de um sorriso, visualizar, ampliar e “desenhar” sobre a imagem facilita a comunicação entre cada técnico envolvido no processo, a transmissão de informação exata sobre o problema fomenta a troca de ideias, pelo acesso aos dados do paciente (imagens, informação) e permite simular várias soluções até encontrar a mais adequada. O uso deste tipo de tecnologia permite ainda, nas fases seguintes do tratamento, analisar o caso e confirmar se está a ser seguido o plano inicial ou se são necessários ajustes. O recurso à imagem e à simulação digital



revela-se vantajoso, tanto do ponto de vista técnico como estético, junto do paciente, uma vez que ajuda o médico a demonstrar eventuais dificuldades de cada caso e a fazer uma antevisão dos resultados, o que contribui para uma maior aproximação e aceitação do tratamento proposto.

Por exemplo, na White Clinic Miguel Stanley começa por fazer um diagnóstico para avaliação da

situação do ponto de vista biológico e quantificar os problemas existentes. “Ainda na mesma consulta, o paciente faz uma TAC que nos dá uma radiografia em três dimensões do crânio. Este passo é muito importante porque permite observar o caso em detalhe. [...] Além da TAC, fazemos moldes precisos da boca dos pacientes e seguimos rigorosamente o protocolo fotográfico de vídeo. Como estes três

**“Hoje em dia tornámo-nos digitais e o DSD é uma ferramenta que utilizamos em grande parte dos nossos casos. Apesar de ser um pouco mais demorado, é incrivelmente preciso e do ponto de vista do paciente, muito mais espetacular”, Miguel Stanley**

elementos – TAC, moldes e protocolo fotográfico – temos todo o material necessário para traçar um planeamento digital de cada caso”, refere no blog [www.miguelstanley.com](http://www.miguelstanley.com).

#### **Prós e contras**

De acordo com os médicos dentistas entrevistados, a balança está claramente desequilibrada na avaliação da eficácia do DSD, ou seja, as vantagens reconhecidas a esta abordagem superam em larga medida as desvantagens. De acordo com a experiência de Hugo Madeira, os maiores trunfos são “poder gerir da melhor forma as expectativas do paciente e o tempo que ganhamos em cada tratamento. Antigamente, os trabalhos de criação de próteses fixas ou de reabilitação sobre implantes eram iniciados sem que médico ou paciente tivessem acesso ao resultado final. Daqui decorria tempo gasto em provas e a ansiedade e a inquietação do paciente até que se chegasse ao resultado. Por outro lado, o facto de podermos estudar um tratamento ao detalhe, do início ao fim, de termos uma visão macro de todas as necessidades do paciente, de conseguirmos apresentar-lhe um trabalho muito mais cuidado e de

# 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...

**ACTEON**

qualidade, permite que pratiquemos aquilo que de melhor se faz em medicina dentária.”

Miguel Stanley destaca o poder de *Digital Smile Design* na comunicação com o paciente: “Acredito que a taxa de aceitação aumenta quando usamos esta ferramenta. Temos usado muito em casos complexos e, de acordo com o Dr. Coachman, estamos entre os líderes mundiais na aplicação do DSD à cirurgia guiada. Este tem sido o nosso principal foco.” Quanto aos custos associados ao uso desta tecnologia, ambos os entrevistados não consideram um fator muito relevante. Embora possa demorar mais concretizar o planeamento digital do tratamento, “a sua execução é muito mais rápida e requer menos provas e consultas”, defende Hugo Madeira. Além disso, “qualquer estudo de planeamento, seja ele analógico ou digital, tem um custo inerente que

#### INICIATIVA

### JOVENS DENTISTAS APOSTAM NA FORMAÇÃO EM DSD

Com o intuito de promover a formação de jovens médicos dentistas, a Young Dentists Portugal (YDP) iniciou uma parceria em 2015 com a *Digital Smile Design* para atribuição de bolsas de formação no valor de dois mil euros. No ano passado foram já atribuídos dois prémios neste âmbito: Bolsa de Estética Dentária YDP-DSD Londres e Bolsa de Liderança YDP-DSD Berlim.

A YDP é uma associação de jovens médicos dentistas e estudantes de medicina dentária portugueses que visa promover a partilha de conhecimentos e a divulgação científica. Foi fundada em 2013 e insere-se na associação Young Dentists Worldwide.

Para saber mais consulte: <http://www.ydp.pt>

#### EM ENTREVISTA

### “O DSD É MUITO MAIS UMA FILOSOFIA DO QUE UMA TÉCNICA”

Christian Coachman, médico dentista na génese do *Digital Smile Design*, traça um retrato desta técnica que já é usada por 40 mil profissionais em mais de 60 países



#### Como “pai” do *Digital Smile Design*, que balanço faz da sua aplicação em Medicina Dentária?

O DSD é muito mais uma filosofia do que uma técnica. Esta filosofia preconiza o Design do Sorriso integrado com a face como ponto de partida do planeamento moderno interdisciplinar, através da utilização de tecnologia 3D. A utilização de uma plataforma de *software* 3D interdisciplinar facilita o diagnóstico e visualização dos problemas e possíveis soluções. Torna também mais fácil a integração das especialidades, tomada de decisões e avaliação de riscos, portanto, ajuda o dentista a tomar melhores decisões e explicar melhor estas decisões ao paciente.

#### Que risco pode acarretar esta técnica?

Não existe risco nenhum em melhorar a nossa capacidade de visualização, diagnóstico, planeamento e tomada de decisões, somente vantagens. Ao planear melhor conseguimos mais previsibilidade, melhores resultados e consequentemente pacientes mais felizes.

#### O que diria a um médico dentista que ainda não experimentou o DSD?

Não é somente o DSD, mas sim esta nova maneira de observar os nossos pacientes e de interagir com eles e com nossa equipa interdisciplinar através de ferramentas digitais maravilhosas, uma Odontologia Holística Tecnológica. Diria àqueles que não se abriram às possibilidades desta nova e moderna odontologia que o façam. Não devemos temer a evolução natural mas sim abraçá-la e usufruir dos benefícios de uma odontologia mais atraente e menos stressante. Quem não o fizer ficará pra trás num futuro muito próximo.

#### Na sua perspetiva, qual será o próximo passo?

Trazer esta nova visão para as instituições de ensino e permitir que jovens dentistas já nasçam na profissão com esta filosofia dentro do seu ADN odontológico. Juntamente com as empresas, temos que evoluir e adaptar os sistemas e *software* para esta filosofia. Muito trabalho pela frente, mas como isto também é nossa paixão o trabalho acaba sendo diversão.

**“Esta filosofia e tecnologia está a espalhar-se por todo o mundo. Para mim é uma honra e alegria ver que nossas ideias fazem sentido para tantos profissionais”, comenta Christian Coachman**

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

## Técnica Cervera

Soluções ortodontia: do tratamento clássico ao 3D individualizado



COMPATÍVEL  
COMA  
ATIVIDADE  
PROFISSIONAL



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

Início 83ª Edição: **22-23-24 Setembro 2016**



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



+34 91 554 10 29



[www.ortocervera.com](http://www.ortocervera.com)



[cursos@ortoceosa.com](mailto:cursos@ortoceosa.com)

acresce ao tratamento”, defende Miguel Stanley, embora reconheça que “para uma clínica que faça tratamentos unitários como core-business esta tecnologia não seja uma prioridade”.

Por outro lado, o tempo tanto para a realização de um procedimento, como para que o médico dentista adquira competências pode ser encarado como um travão. Uma visão errada, como explica Hugo Madeira: “todos os processos baseados em conhecimento científico exigem um período de aprendizagem que, para alguns, pode ser visto como uma desvantagem, não para mim. Não vejo na curva de aprendizagem do DSD uma desvantagem, mas sim um meio para atingir um fim.”

#### Casos e riscos a considerar

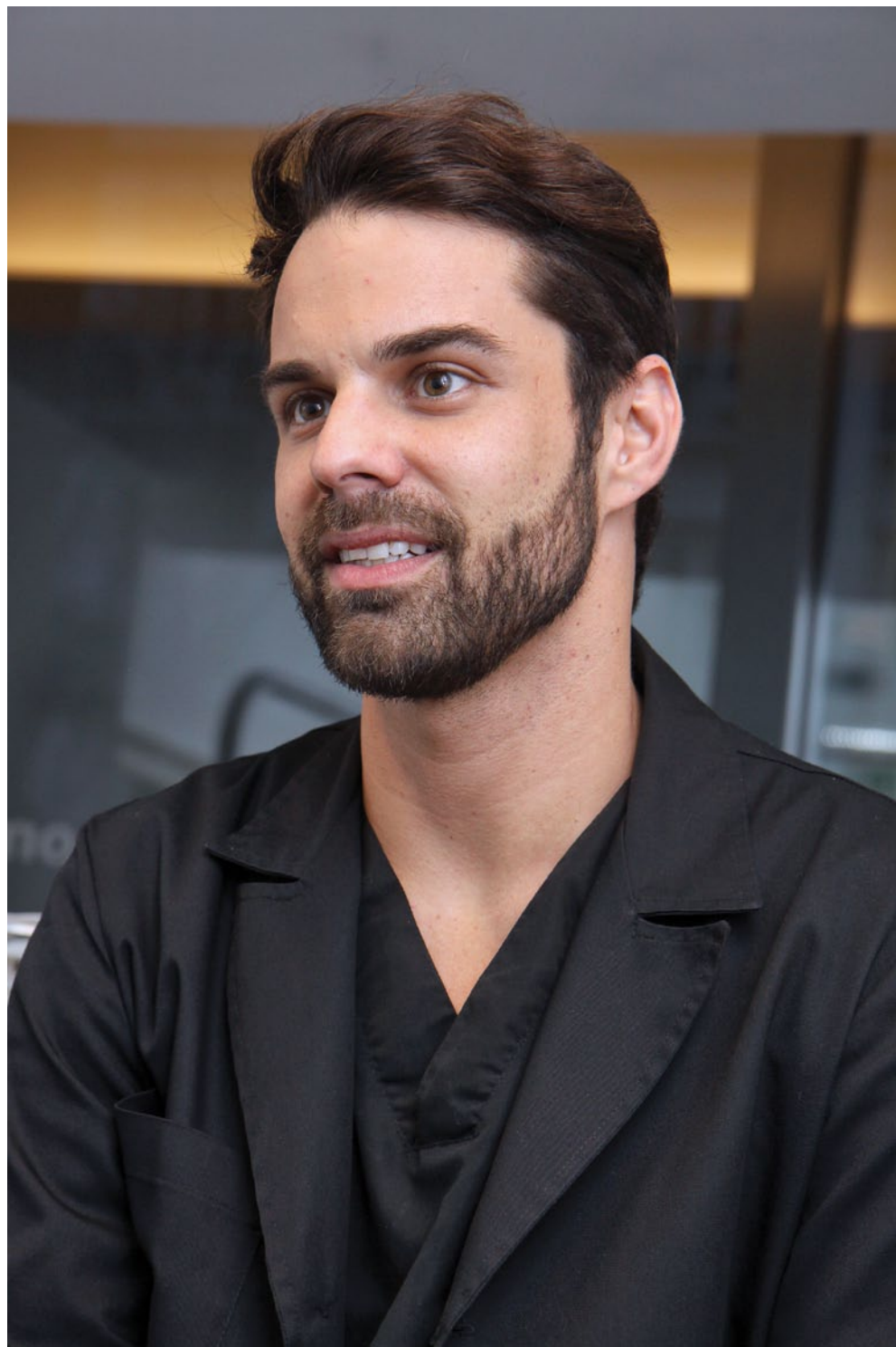
O leque de aplicação desta tecnologia é vasto, já que se destina “a todos os casos que envolvam a componente estética de um sorriso”, refere Hugo Madeira. Um cenário diferente do que se vivia no início, quando “era uma técnica mais aplicada em reabilitações estéticas, maioritariamente para a reabilitação com facetas. Hoje pode ser aplicada no desenho do sorriso de um paciente sem dentes, na previsão do resultado final de um tratamento ortodôntico ou na criação de guias cirúrgicas.” Procurada tanto por pacientes do sexo feminino como masculino, este “é um complemento para o tratamento

**De acordo com a experiência de Hugo Madeira, os maiores trunfos são “poder gerir da melhor forma as expectativas do paciente e o tempo que ganhamos em cada tratamento”.**

estético, utilizado para estudar o caso do paciente e para lhe mostrar o desenho de como ficará o seu sorriso”, resume Hugo Madeira.

“Quando bem aplicado acredito que é uma ferramenta incrível para os pacientes levarem para casa, não só

para mostrarem a sua família, mas também para fazer um test-drive e verem como se sentem com o novo sorriso”, sugere Miguel Stanley, e explica este teste que o paciente pode fazer com o estudo provisório: “Quando bem feito, o DSD a integração



e adaptação do bisacril permite que o paciente veja um resultado praticamente idêntico aquilo que vamos entregar no final em cerâmica. A interação deste novo sorriso na vida social da pessoa ajuda muito a tomar uma decisão.” Apesar das suas vantagens, o *Digital Smile Design*, tal “como qualquer outra ferramenta, tem de ser aplicado com conhecimento de causa”, alerta Miguel Stanley e exemplifica: “Existem algumas limitações: nos casos em que os dentes estejam vestibularizados pode tornar-se impossível fazer um *mock-up* que o paciente considere estético. Perde-se um pouco o impacto, é *case sensitive*”.

### Quebrar hábitos, superar obstáculos

Esta técnica tem conquistado os médicos dentistas um pouco por todo o mundo. Em Portugal, segundo os entrevistados, persistem ainda algumas reservas. Existe um “obstáculo estrutural e que está enraizado em várias áreas da medicina, quando existe resistência à inovação e lealdade inquestionável a técnicas mais tradicionais”, aponta Hugo Madeira e explica: “Ainda são muitos

os médicos dentistas que não estão dispostos a ‘perder tempo’ a investigar e a estudar esta técnica de planeamento. Na minha opinião, isto demonstra que um dos maiores obstáculos à implementação do DSD ainda é a desinformação, já que depois de ultrapassada a curva de aprendizagem ganhamos em tempo e em qualidade. Outro exemplo concreto aconteceu quando falava com uma colega que me dizia que não podia usar o DSD porque não tinha um estúdio fotográfico, o que demonstra desinformação, pois é possível planear em DSD com fotografias de *smartphone*.”

Na opinião de Miguel Stanley, “a maioria das pessoas conhece o DSD exclusivamente como ferramenta para desenhar sorrisos, com pouca aplicação na vida real. A nossa experiência na clínica ao fazer tratamentos vanguardistas no *cross-over* da estética para a cirurgia guiada pela face com uma integração do CBCT com fotografias utilizando a tecnologia NemoTech estamos a descobrir uma maneira incrivelmente confortável e previsível de trabalhar casos extremamente complexos.”

Na perspetiva de Hugo Madeira, o futuro passa “pela dimensão digital da medicina dentária, onde podemos criar digitalmente todo o planeamento de uma reabilitação estética, desenhar estruturas em computador e imprimi-las em 3D.”. Seja qual for o próximo passo, ninguém duvida que cada vez mais os tratamentos estéticos não se limitarão a criar harmonia estética e função. “Têm uma componente emocional, já que o paciente passou a participar no projeto do seu sorriso e também porque tentamos desenhá-lo estreitando aquilo que são as suas características físicas com a sua personalidade”, conclui Hugo Madeira. 🌟

### SAIBA MAIS

“Os médicos dentistas Hugo Madeira e Miguel Stanley têm uma forte presença no mundo digital e ambos apostaram em blogs pessoais onde vão dando a conhecer o seu trabalho.

<http://www.hugomadeira.com/>  
<http://www.miguelstanley.com/>



# DIGITAL SMILE DESIGN UMA FERRAMENTA IDEAL PARA CASOS DE ALTA DEMANDA ESTÉTICA



MIGUEL STANLEY<sup>2</sup>, D.D.S



BEATRIZ JORDÃO<sup>1</sup>, D.D.S



INÊS MIGUEL<sup>1</sup>, D.D.S



FILIPA BRAGA<sup>2</sup> D.D.S

<sup>1</sup> Departamento de estética e reabilitação Oral, White Clinic, Lisboa

<sup>2</sup> Departamento de cirurgia e reabilitação oral, White Clinic, Lisboa

## Descrição do caso

Uma paciente de 49 anos apresentou-se na clínica privada, a sua principal queixa prendia-se com a deterioração e aspeto dos dentes antero-superiores. Estava, no entanto, no entanto, reticente à mudança. Após uma avaliação clínica criteriosa constatou-se que não havia problemas articulares ou oclusais. Em seguida realizou-se todo o protocolo fotográfico indicado para a realização de um Digital Smile Design (DSD) fig 1, assim como moldes de estudo, a marcação de dois pontos de referência e a medição da distância entre eles (fig 3).

Entre a primeira e a segunda consulta foi desenhado o novo sorriso em conformidade com a face da paciente recorrendo ao DSD e impressas em 3D as moldeiras para a realização do *mock-up*.

Numa segunda consulta foi realizado o *mock-up* estético e mostrado o estudo à paciente. Após a aprovação da mesma avançou-se para a realização do plano de tratamento proposto à paciente, utilizando o *mock-up* como guia de desgaste. Na terceira consulta foram aderidas as peças cerâmicas, que foram realizadas com base no sorriso definido através do DSD.

## Discussão

Atualmente assistimos a grandes desenvolvimentos no campo do planeamento digital. O protocolo DSD acompanha essa evolução e permite uma comunicação eficaz entre a equipa interdisciplinar de médicos dentistas e o técnico de prótese dentária. A utilização deste protocolo pode ainda tornar o diagnóstico mais eficaz e o plano de tratamento mais consistente. Os esforços

necessários para implementar DSD são recompensados através de uma lógica de tratamento mais direta e de fácil comunicação em cada caso.

Um tratamento restaurador bem-sucedido envolve o controlo das quatro dimensões de tratamento: estética, função, estrutura e biologia. Em relação à estética existem quatro principais questões que devem ser controladas para melhorar a previsibilidade e corresponder às expectativas do paciente: o plano horizontal de referência, a linha média facial, o desenho do sorriso e a cor. A questão é como transferir precisamente esta informação do rosto para a boca, para o gesso e para a restauração final. O principal objetivo do protocolo DSD é para facilitar este processo (2).

Com esta informação, o técnico pode facilmente fabricar um *wax-up*, com as características anatómicas dentro dos parâmetros previstos, incluindo nele os planos de referência faciais como linhas médias dentárias em conformidade com a linha média facial. Esta informação é transferida do *wax-up* para a fase de *try-in* através de um *mock-up* (3, 4, 5). O design das restaurações estéticas definitivas é baseado no design do *mock-up*, sendo que este deve ser experimentado e aprovado o mais cedo possível para orientar a sequência de tratamento (2).

## Conclusão

O planeamento do tratamento através do DSD reduz o tempo total de tratamento, melhora a comunicação entre todos os intervenientes e ajuda a identificar os desafios que vão ser encontrados ao longo do percurso de tratamento. 🌟

## BIBLIOGRAFIA

1. Coachman C, Van Dooren E, Gürel G, Landsberg CJ, Calamita MA, Bichacho N. Smile design: From digital treatment planning to clinical reality. In: Cohen M (ed). *Interdisciplinary Treatment Planning. Vol 2: Comprehensive Case Studies*. Chicago: Quintessence, 2012:119–174.
  2. COACHMAN, C.; CALAMITA, M. Digital smile design: a tool for treatment planning and communication in esthetic dentistry. *Quintessence Dent Technol*, 2012
  3. Magne P, Belser U. *Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition: A Biomimetic Approach*. Chicago: Quintessence, 2002.
  4. Gürel G. *The Science and Art of Porcelain Laminate Veneers*. Chicago: Quintessence, 2003.
  5. Gürel G, Bichacho N. Permanent diagnostic provisional restorations for predictable results when redesigning smiles. *Pract Proced Aesthet Dent* 2006;18:281–286.
- Ceramic Laminate Veneers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Survival and Complication Rates. *The International journal of prosthodontics*. 2015. 29(1): 38-49.



FIGURA 1: Face Frontal: estudo dos planos e simetrias



FIGURA 2: Vista Intra-Oral Frontal: 2D Smile Frame



FIGURA 3: Vista Intra-Oral Frontal: Estudo por proporção dentária



FIGURA 4: Vista Intra-Oral Frontal: sobreposição do estudo 2D



FIGURA 5: Goteiras impressas seguindo o estudo 2D

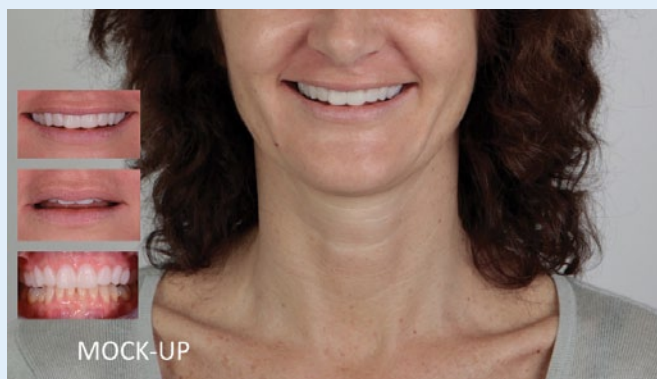
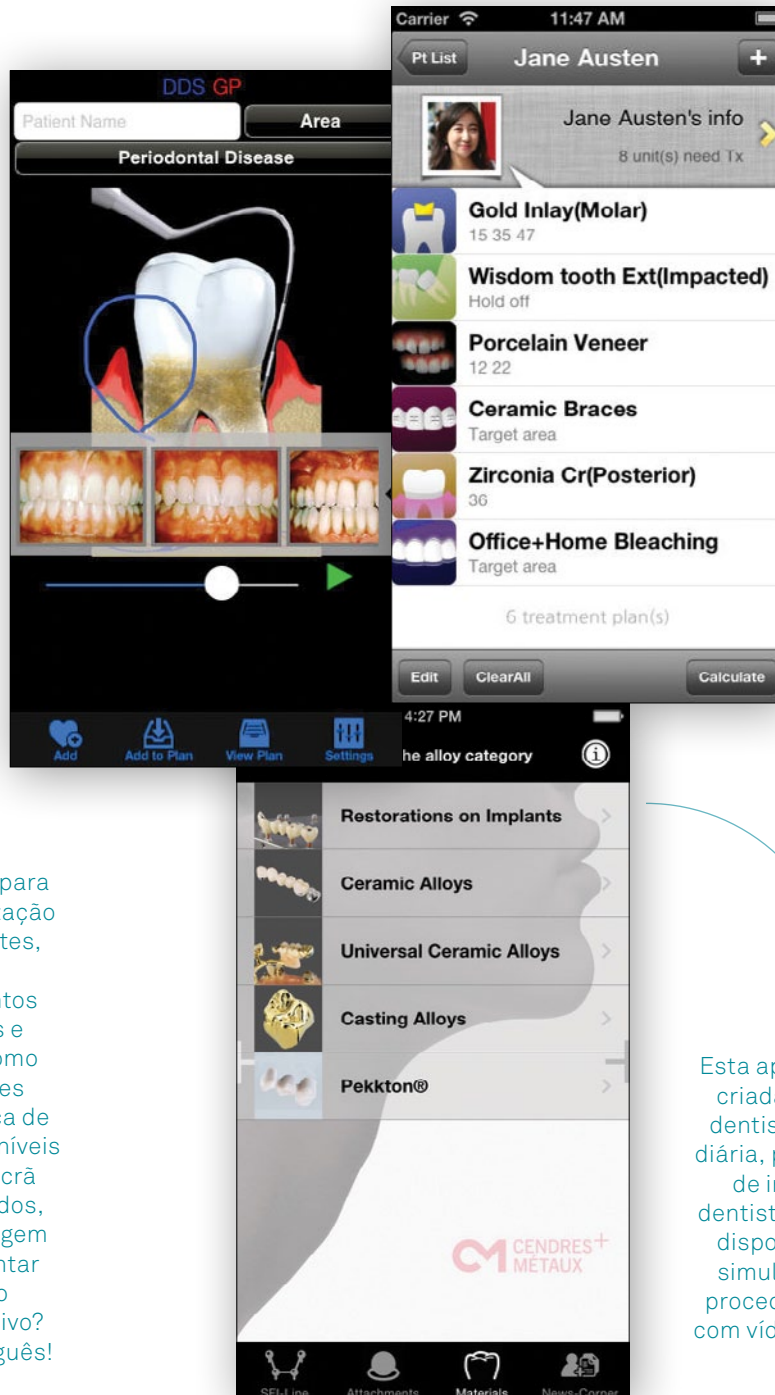


FIGURA 6: Face Frontal: o Mock-Up

# 7 APP'S 'OBRIGATÓRIAS' PARA MÉDICOS DENTISTAS

Seja em que área for já existe uma aplicação para tudo! Das mais úteis às mais estranhas, as *app's* para dispositivos móveis têm conquistado um espaço considerável e importância no mercado da tecnologia. E o setor da medicina dentária não é diferente! A SAÚDE ORAL selecionou algumas das aplicações mais úteis para os médicos dentistas. Aquelas que tem MESMO que 'descarregar'. Tome nota.

Texto: Ana Rita Costa



## DDS GP

Esta aplicação foi criada para potenciar a consciencialização e a educação dos pacientes, permitindo ilustrar e demonstrar os tratamentos dentários mais comuns e os efeitos de doenças como a periodontite e as cáries dentárias. A *app* tem cerca de 200 demonstrações disponíveis e permite desenhar no ecrã do dispositivo com os dedos, o que facilita a aprendizagem daqueles que estão a tentar perceber determinado tratamento. O mais positivo? Está disponível em português!

## DENTAL MANAGER

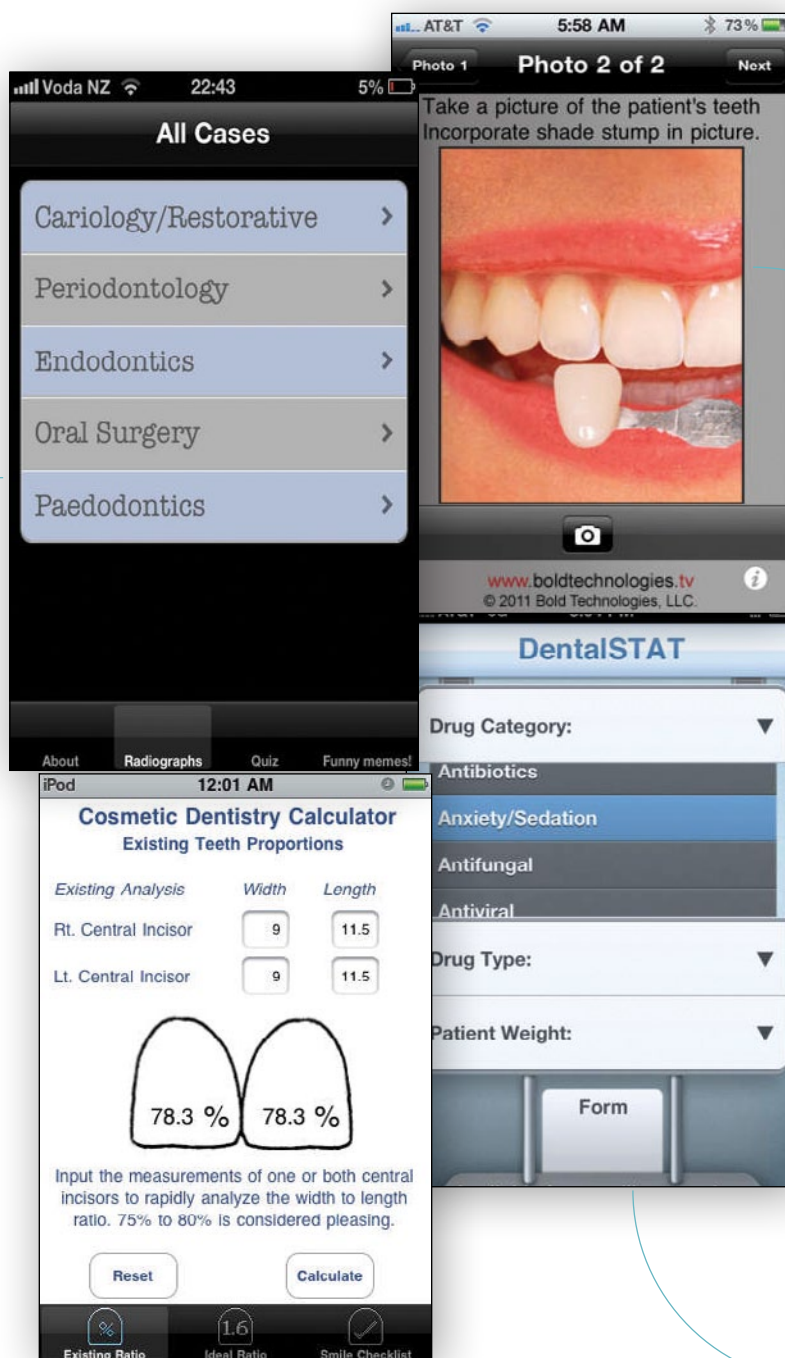
Como o nome indica, esta *app* permite construir e gerir um plano de tratamentos para os pacientes e calcular os custos do mesmo, tudo a partir de um dispositivo móvel. Depois é só enviar a informação ao paciente para que este possa decidir aquilo que pretende fazer.

## C+M DENTAL

Esta aplicação foi especialmente criada para apoiar os médicos dentistas na sua prática clínica diária, providenciando um conjunto de informações úteis sobre dentisteria. Entre as ferramentas disponíveis destaque para um simulador que permite treinar procedimentos de forma virtual, com vídeos explicativos, e planear cada caso.

## DENTAL RADIOGRAPHS

Esta aplicação permite ver a dentição em raio-X, incluindo descrições, glossários e outro tipo de informações para que os dentistas e os estudantes de medicina dentária possam estudar a arte da radiografia dentária. Informação acerca dos medicamentos mais utilizados na medicina dentária.



## COSMETIC DENTISTRY CALCULATOR

Numa perspetiva de dentisteria cosmética e na era do DDS, esta aplicação permite analisar a dentição de um paciente e calcular as dimensões ideais. O objetivo é ajudar os médicos dentistas a desenhar um plano de tratamento estético e a desenvolver um sorriso o mais natural possível.

## DENTAL RX

Criada para facilitar as trocas de informações, esta *app* permite enviar dados diretamente de um *smartphone* e de forma rápida. Útil para facilitar a comunicação com o laboratório.

## DENTALSTAT

Trata-se de uma ferramenta de cálculo que permite calcular dosagens de medicamentos de acordo com as especificações fisiológicas de determinado paciente. De acordo com o iTunes, a aplicação possui informação acerca dos medicamentos mais utilizados na medicina dentária.

PUB

## VENDE-SE CLÍNICA DENTÁRIA

Centro de QUELUZ  
LICENCIADA para  
funcionamento pela ERS

Contacto: 964 049 530

# DENTALBIZZ E PRÉMIOS SO 2016 DENTISTA 2.0 VS DENTISTA 3.0 – COMO MUDAR O MINDSET NA MEDICINA DENTÁRIA

Na 5ª edição do Dentalbizz, o evento de gestão para médicos dentistas centra-se na aposta em tratamentos personalizados, que levam em conta as preferências do paciente. Vamos ver como é possível evoluir do consultório 2.0 para o consultório 3.0.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: David Oitavem



Se num Consultório 2.0 o dentista estava focado num atendimento mais personalizado e na satisfação do paciente, começamos a ver um novo foco na medicina dentária: o Consultório 3.0 onde assistimos a uma aposta num tratamento personalizado, que leva em consideração as preferências do paciente e o desejo de viver experiências marcantes. Mas como se faz esta transição? Como posso transformar o meu consultório e conseguir um equilíbrio entre as expectativas do paciente e as possibilidades do tratamento dentário? E será que devo de adaptar o consultório às exigências dos novos clientes Millennium? Vamos tentar encontrar respostas para estas e outras dúvidas através da apresentação de casos práticos, para perceber qual a realidade das clínicas que já estão a adotar esta nova metodologia.

E numa altura em que a concorrência entre clínicas dentárias está cada vez mais acesa será que um médico dentista deve ter conhecimentos de estratégias de venda? Será que o médico dentista também vende ou apenas tem de estar concentrado na prática clínica diária? Qual a linha que separa um médico dentista de um marketer? O tema vai estar em discussão no segundo painel do dia, onde se vai abordar o tema e a importância dos profissionais saberem 'vender' o seu trabalho ou um plano de tratamentos.

### **Empreendedorismo e odontologia**

O universo da medicina dentária está em constante evolução e o tratamento odontológico deixou de ser visto como um tratamento individualizado, para passar a estar incluído na saúde do paciente como um todo. Antecipar

tendências e prestar serviços inovadores é uma forma de conquistar mais pacientes, mas para isso é necessário ter espírito empreendedor. Este vai ser o tema do terceiro painel do dia, onde a discussão vai centrar-se nas ferramentas para ser autoconfiante e empreendedor. A edição deste ano conta ainda com um *workshop* com dicas para saber comunicar com colegas e pacientes. Sabe comunicar com eficácia? Está a conseguir passar a sua mensagem e a influenciar o pensamento e as ações dos outros? Neste *workshop* vamos aprender a desenvolver a comunicação oral, como preparar uma apresentação eficaz e como conseguir comunicar com impacto.

A conferência termina com mais uma edição dos Prémios Saúde Oral 2016, que distingue as melhores empresas e os clínicos que mais se destacaram ao longo do ano nas mais diversas especialidades. ●

[www.saudeoral.pt/dentalbizz](http://www.saudeoral.pt/dentalbizz)

7ª EDIÇÃO

S PRÉMIOS  
SAÚDE ORAL

5.ª EDIÇÃO

# Dental Bizz

ENCONTRO ANUAL DE GESTÃO PARA  
PROFISSIONAIS DE MEDICINA DENTÁRIA

DENTISTA 2.0 VS DENTISTA 3.0  
COMO MUDAR O MINDSET NA MEDICINA  
DENTÁRIA

29 DE SETEMBRO DE 2016

HOTEL CASCAIS MIRAGEM



Platinum Sponsor



Gold Sponsor



Silver Sponsors



Iniciativa

SAÚDE ORAL

Organização



by ABILWAYS

# RECUPERAÇÃO ESTÉTICA ATRAVÉS DE FACETAS CERÂMICAS



**ANDRÉ LIMA ROQUE**

Licenciado em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte; Especialista nas áreas de Implantologia e Reabilitação Oral; Docente no ISMAI e no Centro de Formação Prof. Fernando Almeida; Participação em cursos e congressos nas mais diversas áreas da Medicina Dentária

Na medicina Dentária atual os resultados estéticos são tão importantes e valorizados como os funcionais. Durante décadas restaurações dentárias de cobertura coronária total foram o tratamento de eleição, com resultados previsíveis, mas obrigando a uma maior destruição de tecido dentário são. As facetas cerâmicas vieram mudar o paradigma, permitindo atingir ótimos resultados estéticos e funcionais acrescentando a estes biocompatibilidade e biomimetismo através de uma dentisteria minimamente invasiva.

Estudos mostram taxas de sucesso deste tipo de restaurações cerâmicas laminadas de cerca de 95% a 10 anos e com taxas de fratura semelhantes a dentes intactos. Assim sendo, podem ser utilizadas numa vasta gama de situações clínicas, nomeadamente dentes com restaurações extensas ou fraturados, alterações de forma e cor ou encerramento de diastemas. O sucesso deste tipo de reabilitação depende de inúmeros fatores passando não só pelo preparo dentário e manutenção dos tecidos periodontais, como também um rigoroso protocolo de cimentação. A realização de um enceramento diagnóstico é crucial. Permite ao paciente, através da realização de um “mock-up” visualizar as alterações propostas tornando reais as suas expectativas, como também permite criar guias de redução que irão guiar o preparo necessário à confeção das facetas.

A preparação dentária é minimamente invasiva com desgastes axiais próximos dos 0,5/0,7mm para manutenção, sempre que possível, do preparo em esmalte para uma melhor adesão e menores riscos de sensibilidade dentária pós-operatória. A linha de acabamento é justa gengival evitando a invasão do espaço biológico. Na

cimentação adesiva deve ser utilizado um protocolo adequado ao material utilizado e rigoroso. Por norma são utilizados cimentos resinosos fotopolimerizáveis que são fáceis de manipular, possuem consistência ideal e estabilidade de cor.

As facetas cerâmicas mostram ser um ótimo tratamento estético graças à não pigmentação da cerâmica e manutenção do brilho acrescentando vantagens a nível de dureza semelhante ao esmalte, bem como boa saúde periodontal e vitalidade pulpar.

## Caso Clínico

Paciente do sexo masculino de 37 anos de idade, aparentemente saudável, com hábitos tabágicos, procurou tratamento na CMDC com o objetivo de mudar o seu sorriso, mostrando-se descontente com as inúmeras restaurações inestéticas e diferenças cromáticas no sector antero-superior. O exame clínico mostrou-nos peças dentárias (12, 11, 21 e 22) com restaurações extensas, desadaptadas com recidivas de cárie. De notar também as alterações cromáticas e uma desarmonia nas margens gengivais, especialmente nos dentes 11 e 21. O seu histórico médico não revelou quaisquer sintomas ou queixas relacionados com a oclusão ou disfunção temporomandibular.

O início do estudo passou pela realização de uma gengivectomia para alinhamento das margens gengivais, para que se conseguisse uma boa harmonia no trabalho final. Foram também substituídas todas as restaurações em resina e tratadas todas as lesões de cárie. Após 2 meses de espera para uma boa cicatrização dos tecidos periodontais procedeu-se a um enceramento diagnóstico onde se incluíram os 4 incisivos superiores.

Na consulta seguinte foi realizado o “mock-up” a partir do enceramento, permitindo prever o resultado final do tratamento. Este mesmo “mock-up” foi aprovado pelo paciente.

Fez-se um guia de silicone com base no enceramento. Este guia é recortado de forma a permitir o adequado e rigoroso controlo do desgaste, uniforme em toda a superfície dentária, de aproximadamente 0,5mm. Iniciou-se o desgaste sobre o “mock-up”, com 2 sulcos horizontais, com uma broca esférica, sendo estes guia para a redução vestibular, marcando o fundo dos mesmos com um lápis de forma a auxiliar no controlo de redução. Seguidamente iniciou-se a redução vestibular, com uma broca tronco cónica controlando sempre a profundidade dos sulcos com a chave de silicone com o intuito de criar um espaço uniforme de 0,3-0,5mm.

O espaço necessário para o bordo incisal é de 1,5mm; o controlo da redução incisal também se fez com a chave de silicone. O desgaste dos dentes foi o mínimo possível para podermos trabalhar sempre sobre esmalte ou resina composta nas zonas das restaurações previamente refeitas. A nível interproximal o desgaste foi feito ligeiramente para além do ponto de contacto entre os dentes. No acabamento é importante que as preparações não apresentem ângulos agudos, procedendo-se ao polimento dos preparos com discos flexíveis.

Procedeu-se de seguida a uma cuidadosa impressão dos preparos, colocando-se um fio fino (000) no fundo do sulco gengival embebido em solução hemostática, foi colocado de seguida um fio de maior espessura (0) que, por sua vez, foi removido imediatamente antes da impressão realizada em silicone com dupla mistura.

Após as impressões e com a muralha obtida a partir do enceramento confeccionou-se o provisório, colocando material provisório no interior da mesma e levando-a à boca, sobre os dentes preparados, onde previamente tinha sido feito o ataque ácido (spot-etch) com ácido ortofosfórico 37% de forma a reter

a restauração provisória. Depois do material estar endurecido, removeram-se excessos e realizou-se cuidadoso acerto e polimento.

No dia da colocação das facetas de dissilicato de lítio, material que nos pareceu válido com base na sua resistência e boas propriedades estéticas, procedeu-se a cimentação.

Verificamos assentamento e adaptação marginal das facetas e procuramos, mais uma vez, aprovação por parte do paciente. Procedeu-se então ao isolamento absoluto de 13 a 23, seguindo-se o protocolo de cimentação de acordo com a tabela 1.

Sequência de procedimento para preparação do dente	Sequência de procedimentos de preparação da superfície de dissilicato de lítio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sequência de procedimento para preparação do dente</li> <li>• Limpeza da superfície dentária</li> <li>• Aplicar ácido ortofosfórico 37% durante 30 segundos</li> <li>• Lavar abundantemente com água durante 20 segundos e secar</li> <li>• Aplicar resina hidrofóbica (Excite®) – Não fotopolimerizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar ácido fluorídrico 5% durante 20 segundos</li> <li>• Lavar abundantemente 20 segundos</li> <li>• Aplicar ácido ortofosfórico 37% durante 15 segundos</li> <li>• Lavar abundantemente 20 segundos e secar</li> <li>• Aplicar álcool etílico a 95% e secar</li> <li>• Colocar facetas em banho de ultra-sons com água destilada 5 minutos e secar</li> <li>• Aplicar gota de silano</li> <li>• Aplicar ar quente de secador durante 1 minuto</li> <li>• Aplicar resina hidrofóbica (Excite®) – Não fotopolimerizar</li> <li>• Misturar cimento e aplicar na face interna da faceta</li> </ul>
<p>Aplicar faceta sobre o dente fazendo pressão provocando extravasamentos de excessos Fotopolimerização durante 3 segundos e remoção de excessos Colocação de gel de glicerina e fotopolimerização 1 minuto por face</p>	

## Conclusão

Facetas cerâmicas apresentam uma crescente aplicabilidade na Medicina Dentária devido aos excelentes resultados estéticos que conseguem alcançar, associados a uma elevada longevidade clínica, alta resistência e boa manutenção dos tecidos periodontais. É importante a realização de um estudo prévio do caso, para que se possa obter o sucesso pretendido, pois muitas vezes são necessários tratamentos adjuvantes, como é caso de tratamentos ortodónticos e/ou periodontais. Nas correções estéticas de dentes muito restaurados e com alterações cromáticas, as facetas cerâmicas apresentam uma alternativa terapêutica durável, com remoção mínima de estrutura dentária saudável, que neste caso se mostrou uma abordagem de sucesso. ●



FIGURA 1: Inicial



FIGURA 2: Inicial



FIGURA 3: Inicial



FIGURA 4: Após Gengivectomia



FIGURA 5: Substituição de restaurações



FIGURA 6: Enceramento diagnóstico



FIGURA 7: Mock-up

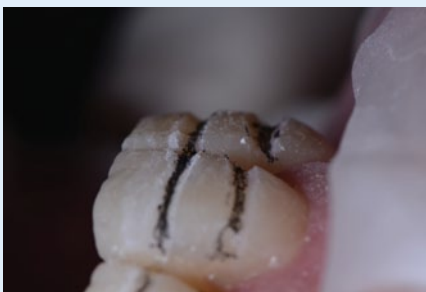


FIGURA 8: Mock-up com sulcos de desgaste



FIGURA 9: preparos para facetas



FIGURA 10: Preparos com fio de retração



FIGURA 11: Impressões para facetas dupla mistura



FIGURA 12: Provisórios



FIGURA 13: Facetas Dissilicato de Lítio



FIGURA 14: Facetas Dissilicato de Lítio



FIGURA 15: Finais



FIGURA 16: Finais



FIGURA 17: Finais



## NSK LANÇA ICLAVE PLUS

Depois do iClave, a NSK apresentou o iClave plus, um autoclave que, de acordo com a marca, está indicado “prestáveis avançadas” e para “realizar a esterilização de peças de mão, contra ângulos e turbinas”. Segundo a NSK, a nova tecnologia tem uma câmara com 18 litros de capacidade e conta com um volume útil equivalente a uma autoclave de 24 litros. “O sistema de bandejas especiais permite introduzir um maior número de peças. A sua câmara de cobre coberta de níquel realiza um exclusivo sistema de aquecimento de tipo ‘calor adaptativo’ que permite alcançar uma temperatura uniforme em todo o interior da câmara evitando danificar os instrumentos”, refere. Além disso, o novo equipamento faz ciclos rápidos de 18 minutos com secagem incluída, “dispõe de um painel de controlo de fácil manejo, mediante um código de cores que mudam segundo a fase do processo em que se encontra”, e regista os dados dos ciclos de esterilização.



## COLGATE LANÇA ESCOVA DE DENTES E CANETA BRANQUEADORA

A Colgate lançou uma escova de dentes e uma caneta branqueadora. De acordo com a marca, trata-se de uma caneta integrada no cabo da escova de dentes Colgate MaxWhite, que possui uma fórmula à base de peróxido de hidrogénio. “Este novo passo, que consiste em aplicar gel da caneta branqueadora diretamente nos dentes após a escovagem, torna-se um novo hábito a adotar complementando a escovagem quotidiana feita com a escova de dentes Colgate MaxWhite.” A Colgate refere ainda que a fórmula proporciona um branqueamento “até três tons mais branco (com o uso contínuo durante três semanas conforme recomendado) e o processo de branqueamento começa logo a atuar no primeiro dia de utilização.” A solução está disponível nos habituais canais de distribuição, com a escova de dentes mais a caneta branqueadora, por um PVP de 12,99 euros.



## ORISLINE APOSTA NO MERCADO PORTUGUÊS COM SOFTWARE ORISEDUCO 3 HD

O OrisLine Group, multinacional que desenvolve *software* para clínicas dentárias e laboratórios de prótese, abriu recentemente um escritório em Lisboa. De acordo com a empresa, a aposta surge porque “o OrisLine *software* é usado por muitos dentistas em Portugal”. Entre as soluções da empresa está o *software* de gestão OrisDent evo, que “permite otimizar o tempo e reduzir os custos da clínica: comunicações específicas e eficazes através de SMS, e-mail e notificações para *smartphones* irão aumentar o número de consultas.” A empresa possui também um *software* educacional, o OrisEduco 3 HD, que “permite que os dentistas possam mostrar aos pacientes o plano de tratamentos através de mais de 400 animações e vídeos em alta definição. Deste modo, os pacientes tornam-se conscientes da importância do tratamento e ficam mais recetivos para aceitar o orçamento proposto. Com a associação de cada tratamento a uma animação correspondente, o orçamento torna-se mais interativo.” A estes somam-se ainda o OrisCeph, um *software* para traçados cefalométricos dedicado aos Ortodontistas e que está diretamente ligado ao gráfico ortodôntico no programa OrisDent, e o OrisLine, que faz a ligação entre todos os outros programas



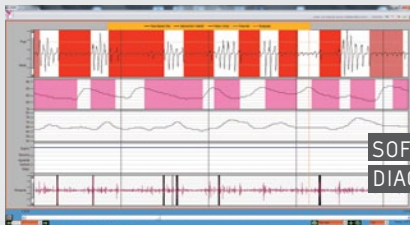
## INSERTO IP1: UMA NOVA FORMA DE LIMPEZA E MANUTENÇÃO DE IMPLANTES

A Acteon lançou o Inserto IP1, uma tecnologia que pertence ao kit ImplantProtecttm e que foi desenhada para o tratamento e manutenção de implantes dentários. De acordo com a marca, trata-se de uma solução desenhada para casos de periimplantite e que foi concebida em titânio puro de grau 4. “A ação mecânica do titânio puro evita a transferência de material para o implante e limita as alterações na sua superfície. Deste modo previne o risco de re-contaminação bacteriana”, refere a marca. Desenhado com uma extremidade mais larga, permite a limpeza do limite do implante.

# 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].



Já lhe contaram qual é o novo desafio para os dentistas?

Use o scanner QR da aplicação BTI APP e...ficará a saber!



BTI APP

## Países Nórdicos realizam primeiro transplante de tecido facial

por DTI


O sistema Pro-Model, do fabricante finlandês Planmeca, foi a tecnologia utilizada para realizar o primeiro transplante de tecido facial da História dos países nórdicos. O serviço que desenha e cria modelos de crânio e de guias cirúrgicos específicos para o paciente, com base em imagens de tomografia CBCT/CT (Cone-Beam Computed Tomography), contribuiu para reduzir significativamente o tempo previsto para esta intervenção, realizada no Töölö Hospital no Hospital District of Helsinki e Uusimaa (HUS). Além da redução da duração da cirurgia, a tecnologia ProModel permitiu obter resultados significativamente mais precisos quando comparada aos métodos convencionais, revelou a equipa de cirurgiões em conferência de imprensa. Como expli-

cou Dr Jyrki Törnwall: “Com base na literatura médica sabemos que pode demorar três a quatro horas para “aparar” os ossos. Nesta operação em particular, Patrik [Lassus] e eu demorámos menos de dez minutos a colocar o transplante. Isto permitiu uma redução drástica da duração da cirurgia, enquanto melhorou significativamente a precisão na colocação do osso.” Usar a cirurgia virtual para simular procedimentos é cada vez mais importante para a Cirurgia atual. “Tanto os cirurgiões como nós, engenheiros, vemos o potencial incrível deste tipo de colaboração,” afirmou Jani Horelli, CAD/CAM Design Manager na Planmeca. “Esta área continua a crescer a um ritmo acelerado e é muito interessante assistir a esta evolução. Tenho orgulho em pertencer a uma comunidade de es-

pecialistas finlandeses altamente qualificados. Participar na melhoria das vidas de pessoas que se depararam com doenças ou incapacidades graves tem um significado muito especial.”

A colaboração entre Planmeca e HUS dura há cerca de uma década. “O papel que desempenha a Planmeca foi essencial para o nosso trabalho durante anos —permitiu utilizar simulações em computador para criar guias de corte para cortar com uma orientação e profundidade exatas, bem como remover estruturas faciais que sabemos serem compatíveis com o dador, num ângulo preciso,” disse Törnwall, reconhecendo as vantagens dos serviços 3-D da empresa. Tanto a HUS como a Planmeca iniciaram o planeamento desta operação anos antes da cirurgia. Este consistiu na modelação do tecido

dador e na definição sobre como iria combinar com o recetor, bem como similar a operação com os cirurgiões previamente.

De seguida, os componentes foram desenhados e produzidos na sede da Planmeca e transportados para o hospital, onde foram levados diretamente para o bloco operatório. Esta operação, extremamente rara e que foi apenas a 35ª deste tipo a ser realizada em todo mundo, consistiu no transplante das mandíbulas (superior e inferior), lábios e nariz, bem como segmentos de pele, músculos faciais e da língua e nervos associados a estes músculos. A cirurgia durou 21 horas e contou com uma equipa de 11 cirurgiões, 20 enfermeiras e outros especialistas. A nível mundial, o primeiro transplante facial foi realizado em França no ano de 2005.. 

# Novo consenso europeu sobre implantes

por DTI

A Associação Europeia de Implantologistas Dentários (BDIZ EDI) publicou um novo consenso que atualiza as diretrizes sobre implantes curtos, angulados ou de diâmetro reduzido. As diretrizes, que substituem as de 2011, apresentam recomendações para a avaliação de potenciais indicações e abrangem as vantagens e limitações deste tipo de implantes dentários. Com base num estudo da Universidade de Colónia, o consenso foi publicado após o 11º European Consensus Conference (EuCC), um encontro anual de um painel de especialis-

tas composto por médicos dentistas e académicos sob a égide de BDIZ EDI, que visa estabelecer consensos em questões como implantologia e delinear as respetivas diretrizes. No que respeita à classificação de implantes curtos, angulados e de diâmetro reduzido, a EuCC acordou o seguinte: os implantes são descritos como curtos se o seu comprimento intraósseo for igual ou inferior a 8 mm e o seu diâmetro igual ou superior a 3,75 mm. Consideram-se implantes ultracurtos aqueles cujo comprimento é inferior a 6 mm. Os implantes de diâmetro reduzido podem ser definidos como aqueles

cujo diâmetro intraósseo é inferior a 3,5 mm para colocação em locais com largura reduzida no rebordo alvéola. Implantes com diâmetro inferior a 2,7 mm são considerados como mini-implantes. Além disso, a EuCC declarou que os mini-implantes têm um risco acrescido de perda e que mini-implantes curtos devem ser evitados. De acordo com as recomendações da EuCC, o uso de implantes curtos, angulados ou de diâmetro reduzido em zonas com volume ósseo reduzido pode ser uma opção segura, tendo em conta os riscos associados ao uso de implantes de dimensões

padrão quando conjugados com procedimentos de aumento. Contudo, os especialistas sublinharam que o cirurgião implantologista e o dentista que executam o restauro devem ter o treino adequado no uso de implantes curtos e ultracurtos. Como afirmou o presidente da BDIZ EDI, Christian Berger: “É errado pensar que os implantes curtos, angulados e de diâmetro reduzido podem ser usados para superar falhas na técnica cirúrgica. Estes implantes não foram desenvolvidos para profissionais que (ainda) não dominam a elevação dos seios e o aumento ósseo.” [D](#)

## “O futuro da Medicina Dentária está no digital e na prevenção”

### Entrevista ao CEO de Curaden Ueli Breitschmid

A empresa suíça Curaden é uma das poucas nesta indústria que adota uma abordagem holística em Medicina Dentária. A empresa conjuga produtos dentários de elevada qualidade, modelos de treino pioneiros e conceitos profiláticos para saúde oral a longo prazo. Nesta entrevista, o Diretor-Geral Ueli Breitschmid fala sobre os novos métodos e conhecimentos em Medicina Dentária e aponta os cuidados preventivos de excelência como a chave para uma boa saúde oral, bem como os programas de prevenção que promovem a saúde do paciente e permitem às clínicas obter sucesso financeiro.

por DTI

Curaden pretende oferecer mais do que simples produtos de dentários e Mr Breitschmid defende um treino exaustivo na

área da prevenção dentária. Por que considera esta questão tão importante  
Curaden é a única empresa que, além de fabricar os

produtos, proporciona aos pacientes o conhecimento e competências necessários, em colaboração com intrutores experientes, para que possam ser eles

próprios a cuidar da sua saúde oral. Desenvolvemos o nosso conhecimento e produtos com o objetivo de que os dentes permaneçam saudáveis para toda a

vida. A nossa filosofia de empresa conjuga os produtos inovadores CURA-PROX, o nosso sistema educacional dentário iTOP e o plano Prevention-One prático. O nosso objetivo é reduzir a prevalência de gengivite, periodontite e perda dentária. Por este motivo apoiamos uma profilaxia de tecidos moles abrangente. Por fim, os problemas gengivais ainda constituem a causa mais comum de má saúde oral. Apoiamos a profilaxia neste sentido com as nossas fantásticas escovas interdentais, os nossos seminários iTOP e outros serviços.

Em qualquer debate sobre saúde oral é sempre importante observar a combinação entre um produto de elevada qualidade e a aplicação experiente que é feita do mesmo. O produto em si, sem um utilizador experiente pouco ou nada muda. Por esta razão 80 por cento das pessoas nos países desenvolvidos têm doenças gengivais; porque ninguém lhes mostrou como fazer uma higiene oral adequada. Apenas alguém com bastante treino pode motivar e ensinar outra pessoa.

### **Como podem a motivação e o controle ser alcançados?**

Pacientes e médicos dentistas devem seguir um calendário regular no que respeita o tratamento e a formação. A abordagem atual de uma ou duas visitas anuais já não é a mais apropriada. Ira o dentista

ou ao higienista não deve ser um acontecimento anual, mas algo mais frequente. Basta pensar no prazer que temos ao fazer um tratamento de beleza ou massagem. Ter dentes brancos e bem tratados faz parte do conceito moderno de consciência corporal, um pouco como uma ida ao ginásio.

### **Quer isto dizer que a maioria dos problemas de saúde oral pode ser resolvida com profilaxia regular?**

A profilaxia dentária é apenas um dos aspetos da saúde oral. Parece muito mais importante considerar a formação na área dentária. Durante anos, os dentistas e companhias de produtos dentários manifestaram-se a favor de uma mudança na educação. A terapia dentária preventiva deveria ter, pelo menos, o mesmo peso da restauração. Qualquer dentista sabe que pouco é ensinado sobre prevenção nas faculdades de medicina dentária. Existem conceitos de prevenção estabelecidos há muito tempo e financeiramente apelativos para toda a equipa da clínica, incluindo o Prevention-One. Hoje em dia as soluções digitais oferecem uma terapia profilática rápida e indolor. O futuro da medicina dentária é digital e focado na prevenção e o dentista do futuro como médico preventivo é responsável pela saúde geral do paciente.

### **Antevê uma colaboração mais estreita entre dentistas e médicos?**

A dentisteria e a medicina irão certamente continuar a aproximar-se, à medida que a interação entre tecido oral e outros órgãos fica mais clara. Lentamente mas de forma segura, os dentistas serão reconhecidos pelo seu papel na medicina. São eles os guardiães da saúde, porque a boca representa a base de quase todas as doenças crónicas. Em breve, os dentistas irão medir a tensão arterial e obter amostras de saliva ou de sangue. Será possível baixar a prevalência de doenças crónicas, incluindo o cancro, a doença de Alzheimer, doenças cardiovasculares e diabetes através de uma higiene oral mais eficaz. Ao mesmo tempo, a medicina do futuro será capaz de detectar sinais de gengivite ou periodontite.

### **Concentra-se numa prevenção da saúde oral holística em vez da restauração. Que conceito propõe Curaden neste âmbito?**

Focamo-nos numa profilaxia otimizada para pacientes e profissionais de saúde dentária. A prevenção oral treinada individualmente (iTOP) é o nosso sistema de ensino conhecido internacionalmente. Neste âmbito temos trabalhado em conjunto com o dentista Dr Jiri Sedelmayer. Ele revolucionou a abordagem ao ensino, motivação e

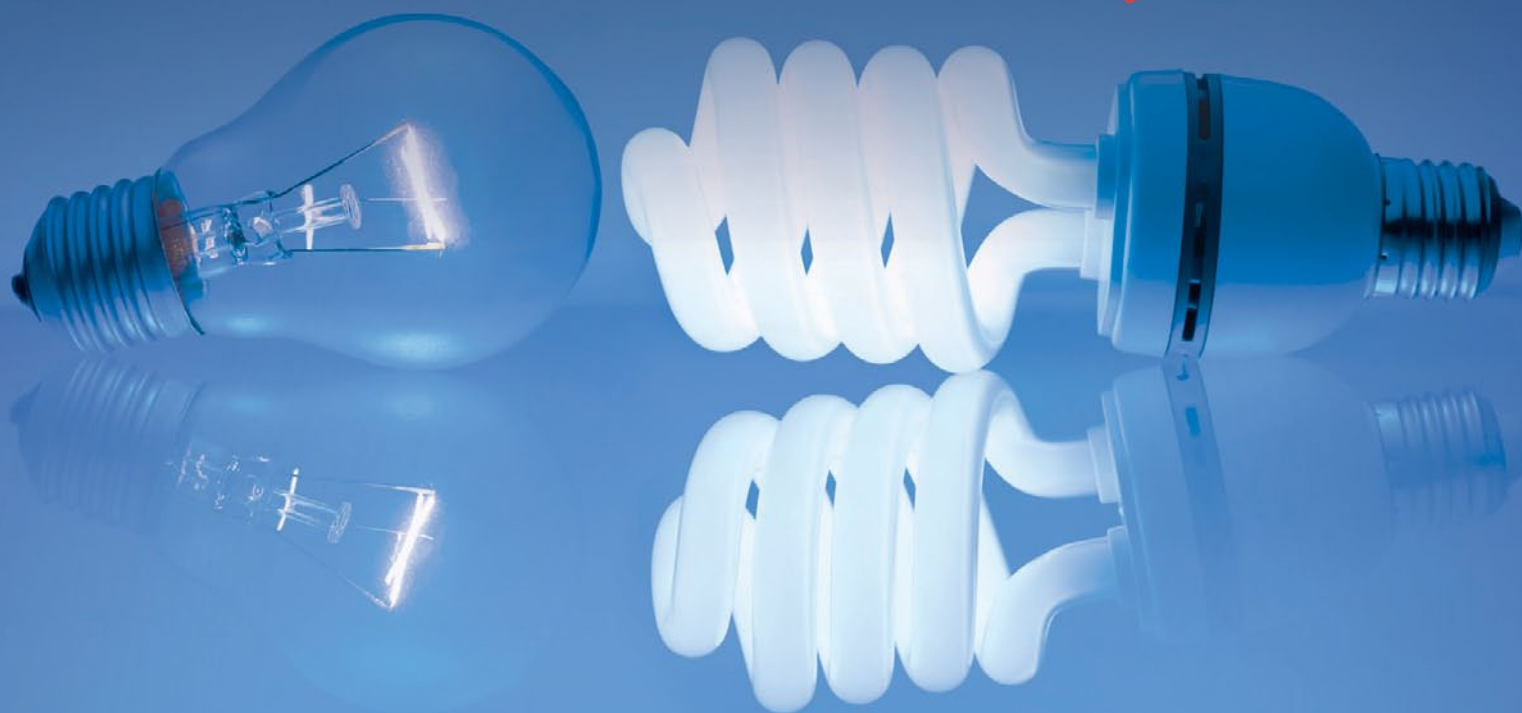
controlo de profilaxia individual. Esta perspectiva inclui formação regular, as ferramentas adequadas e uma boa dose de motivação. Primeiro, começamos com os profissionais de saúde dentária, que transmitem os seus novos conhecimentos e competências diretamente para os pacientes. Todos os nossos seminários iTOP são supervisionados por dentistas independentes e higienistas que já concluíram a formação. O programa iTOP aborda uma das maiores questões em qualquer clínica dentária: como motivar e ensinar os pacientes e escovar os dentes na perfeição, com bons resultados. Através do iTOP, oferecemos formação individual com monitorização regular e correção das técnicas profiláticas adquiridas. Usamos as últimas tecnologias e técnicas de limpeza, ou seja, o controlo mecânico da placa dentária certo. É claro que os seminários estão também abertos aos profissionais com anos de experiência. Existem sempre novas formas de escovar bem os dentes e os intervalos entre eles.

### **Qual é a duração do programa iTOP?**

O programa iTOP está estruturado de forma consecutiva. Propomos seminários de vários dias, tanto para principiantes como para participantes avançados, assim como para formadores de prospeção iTOP. Os nossos se-

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

**EXXIV**<sup>®</sup>  
ETORICOXIB



**EXXIV**<sup>®</sup>, 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<sup>®</sup> 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 broncoespasmo, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou reações do tipo alérgico após a administração de ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteroides (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, arteriopatia periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas listadas por frequência (muito frequentes: ≥1/10, frequentes: ≥1/100 a <1/10, pouco frequentes: ≥1/1.000 a <1/100, raros: ≥1/1.000 a <1/1.000, muito raros: <1/10.000) foram as seguintes: Muito frequentes: dor abdominal, osteíte alveolar, edema/retenção de líquidos, tonturas, cefaleias, palpitações, arritmias, hipertensão, broncoespasmo, obstipação, flatulência, gastrite, azia/refluxo ácido, diarreia, dispepsia/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, creatinafosquinase 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<sup>®</sup> 60 mg, cx. 7 e 28 comp. Exxiv<sup>®</sup> 90 mg cx. 7 e 28 comp. Exxiv<sup>®</sup> 120 mg, cx. 7 comp. Comparticipação (excepto Exxiv<sup>®</sup> 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 & C<sup>ª</sup> 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**

P O R T E L A & C <sup>ª</sup> , S . A .



minários de revisão potenciam o conhecimento e motivação adicional. O iTOP também ensina estratégias de comunicação. A comunicação com o paciente e com a equipa são a chave para a saúde dentária. Outra vantagem do iTOP é a cobertura global do nosso programa educativo. Seja na Europa, Ásia ou América do Norte, os profissionais de saúde dentária podem beneficiar as soluções completas da formação iTOP.

**Com iTOP para estudantes, a Curaden visa alcançar estudantes e jovens dentistas. Porque é que Curaden atribui tanta importância ao treino precoce dos jovens?**

Primeiro os estudantes devem manter os seus dentes numa saúde oral perfeita, só depois poderão tratar dos seus pacientes. O dentista e o paciente devem sempre cumprir os cuidados regulares dos seus próprios dentes com boas escovas de dentes, dentífricos e escovas inter-

dentais. Isto permite que o aspirante a dentista se familiarize com surgiram os danos que precisam de tratamento.

**Como podem os profissionais de saúde dentária aplicar melhor o conceito iTOP em benefício dos pacientes e da clínica?**

Oferecemos um pacote de serviços para a saúde dentária nos pacientes a longo prazo, chamada Prevention-One. Esta é a nossa inovadora abordagem terapêutica para ser-

viços profiláticos. O plano inclui limpeza regular dos dentes, procedimentos, bem como produtos CURAPROX. Acreditamos veemente que Prevention-One representa o futuro da Dentisteria. Independentemente do produto, Prevention-One e CURAPROX, procuramos estar acessíveis ao paciente. Em 2015, fundámos a primeira Clínica Curaden, no centro de Londres. A clínica tem instalações de topo e, é claro, todos os produtos e conceitos Curaden. **DTI**

## Stress e pressão financeira na origem de má qualidade na obturação

por DTI

Um novo estudo relacionou a qualidade da obturação ao nível de stresse que os dentistas sentem ao executar o procedimento e aos valores cobrados. Alguns dentistas relataram que “suficientemente bom” era muitas vezes um objetivo mais realista do que a qualidade ótima apontando a complexidade da obturação e o tempo insuficiente reservado para este procedimento devido à tarifa de tratamento associada, entre outras razões. De acordo com o estudo, realizado no âmbito de uma tese de doutoramento na Sahlgrenska Academy, apenas metade de todas as obturações efetuadas nos serviços dentários públicos da Suécia tem boa qualidade. Além disso, mais de um terço das obturações revela sinais

de periodontite apical, que podem originar sintomas agudos como dor e edema e pode até alastrar e constituir risco de vida. No intuito de compreender as razões que levam os dentistas a aceitar obturações tecnicamente fracas, Lisbeth Dahlström, investigadora sénior na Sahlgrenska Academy, levou a cabo entrevistas de grupo com 33 dentistas dos serviços dentários públicos da Suécia. Os resultados demonstraram que o tratamento era frequentemente associado a sentimentos negativos, como stresse e frustração, e que era comum que o tratamento fosse executado com uma sensação de perda de controlo devido às dificuldades técnicas percecionadas. Outra razão que levava os dentistas a aceitar menor qualidade era que o tempo

destinado ao tratamento de acordo com o montante cobrado era insuficiente, relataram os participantes. “O dentista encontra-se perante um dilema: voltar atrás no tratamento para otimizar a qualidade ou prestar cuidados dentro do quadro da compensações previstos e, desta forma, arriscar aceitar uma obturação incompleta”, explicou Dahlström.

No que se refere à qualidade, os dentistas entrevistados relataram incerteza quanto ao que é uma qualidade razoavelmente aceitável. Segundo Dahlström, muitas vezes os dentistas declaram que o “suficientemente bom” era mais realista do que a qualidade ótima. Contudo, apesar das dificuldades vividas, o estudo também mostrou que os dentistas querem prestar

bom tratamento e que estão muito preocupados com os seus pacientes, afirmou o investigador. Para melhorar a qualidade das obturações, Dahlström sugeriu medidas como mais oportunidades para prolongar a formação, tempo para debater e trocar experiências no local de trabalho, bem como investimento em equipamento que melhora o tratamento, encurta o tempo necessário e aumenta a visibilidade. Na Suécia, são realizados aproximadamente 250,000 obturações por ano e estima-se que existem pelo menos 2,5 milhões de dentes obturados com periodontite apical. Dahlström defendeu a sua tese, intitulada “On root-filling quality in general dental practice”, a 4 de março. **DTI**

# NITZAN BICHACHO É O PRINCIPAL ORADOR DO EVENTO MIS DAY, A REALIZAR NO DIA 22 DE OUTUBRO, NO PORTO, NO AUDITÓRIO DE SERRALVES.



O Professor Nitzan Bichacho será o principal orador no evento MIS DAY (promovido pela empresa SDS, distribuidor exclusivo da marca em Portugal) no próximo dia 22 de Outubro, no Auditório de Serralves, juntamente com oradores Portugueses. Não será a primeira vez que vem a Portugal. E já teve o prazer de ter estado no Porto noutras ocasiões.

## Implante V3 e o conceito V

A conferência de Nitzan Bichacho irá abordar o fundamento bio fisiológico do novo desenho do implante V3 da MIS, bem como o conceito V como um todo. A sua experiência acumulada dos últimos 20 anos sobre a estrutura óssea e as alterações de tecidos moles em torno de implantes, assim como a sua experiência clínica e as investigações científicas, permitiram alcançar um “selo” biológico estável, saudável e natural na zona das restaurações com implantes.

O conceito V maximiza a quantidade de volume de osso e de tecidos moles em torno do implante através de uma variedade de procedimentos cirúrgicos e protéticos. Naturalmente que quanto mais estável a massa de tecidos vitais for, melhor será a estética e a longevidade dos tecidos.

Este conceito é baseado em conclusões alcançadas nas últimas décadas que esclarecem o processo biológico após a extração de dentes e o que ocorre nos tecidos circundantes dos implantes dentários. A compreensão destes processos fisiopatológicos levam ao uso



de técnicas cirúrgicas, de reabilitação específicas e de sistemas de implantes inteligentes, a fim de permitir a ideal maturação dos tecidos de cicatrização de longa duração.

Os fundamentos científicos do Conceito V serão apresentados, seguidos de vários casos clínicos, onde técnicas específicas são implementadas com o objetivo de alcançar a estética ideal e a biocompatibilidade, nas diferentes indicações para a reabilitação de implantes.

## MIS DAY

Nitzan Bichacho - Planning predictable aesthetics in implant rehabilitation

O MIS DAY será com certeza um evento a não perder, uma vez que o Professor Nitzan Bichacho tem publicado e feito palestras por todo o mundo em prestigiadas universidades, academias dentárias internacionais assim como instituições profissionais nas áreas de terapia de implante dentário, próteses fixas, odontologia estética e sobre tratamentos inovadores em odontologia estética.

Já foi galardoado com vários prémios

conferidos por instituições internacionais de todo o mundo, pela sua excelente contribuição profissional na área da Odontologia Estética. É criador de várias técnicas, materiais e sistemas que se tornaram amplamente utilizados em todo o mundo.

É coinventor do Sistema de implantes Nobel Active e do sistema de implantes V3 da MIS e de inúmeras novas técnicas e materiais que se tornaram amplamente utilizados em todo o mundo.

Além do Professor Nitzan Bichacho, serão ainda palestrantes:

- Patrick Palacci- Treatment of aesthetics cases. Hard and soft tissue reconstruction - the keys for success
- João Pimenta - A Bio Lógica do Implante V3
- Miguel de Melo Costa - Técnicas de Preservação da Crista Óssea
- Alexandra Marques e Diogo Bezerra - Implantologia na região estética: keys to success

## INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:

SDS, Lda:

T +351 21 417 5017 | T +351 96 328 8589

info@sds.pt

# SIGAMOS OS EXEMPLOS



RUI PAIVA

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

Os amigos são fontes inspiradoras para as nossas reflexões. Dizia-me no outro dia um deles que a limitação no acesso ao exercício da Medicina Dentária é uma medida declaradamente corporativista cujo único propósito seria o de preservar o nosso estatuto e rendimento. Uma vez que essa limitação não se aplicaria a outras profissões e atividades económicas, nada justifica que o acesso ao curso de Medicina Dentária seja regulado por outros fatores que não a lei da procura e da oferta por parte das faculdades sejam elas públicas ou privadas. Discordo em absoluto.

Existem algumas atividades que, prestando um serviço público, são em simultâneo uma atividade comercial privada e que, como tal, têm de gerar lucro sob pena inclusive de colocar em risco a saúde pública. Não será necessária muita imaginação p.ex. para nos assustarmos com a ideia de uma clínica de Medicina Dentária poupar nos custos de funcionamento diário eliminando ou contornando regras essenciais de controlo de infeção cruzada entre pacientes... As farmácias são reconhecidamente um negócio regulado pelo Infarmed, que tem o poder de determinar onde se pode instalar uma farmácia em função de critérios de densidade populacional e de distância relativamente à farmácia mais próxima.

No que respeita clínicas e consultórios

de Medicina Dentária, a lei vigente é a do salve-se quem puder assistindo-se à abertura de consultórios lado a lado, no mesmo prédio ou na mesma rua, peijando-as de várias ofertas tal como se de pastelarias ou lojas de pronto-a-vestir se tratassem. De seguida, na imperiosa necessidade de angariar clientes (as pessoas já não são encaradas como pacientes) dá-se largas à imaginação e, como a lei o permite e a decência não o proíbe, esmaga-se a ética e a deontologia e distribuem-se folhetos publicitários, faz-se marketing mal disfarçado em tudo que é programinha foleiro de TV ou rádio, semeiam-se anúncios em táxis, autocarros, placards eletrónicos e camisolas de futebol...Mas como diabo se chegou em tão poucos anos a esta situação?!

Com o beneplácito dos nossos governantes e da Ordem dos Médicos Dentistas não se regulou, e não se regula ainda, o acesso à profissão. É imperioso limitar fortemente o número de estudantes admitidos cada ano nas faculdades de Medicina Dentária portuguesas, sob pena de se estarem a formar fornadas de Médicos Dentistas que não conseguirão exercer a sua profissão e que não serão capazes de adaptar os conhecimentos adquiridos para nenhuma outra atividade, dada a enorme especificidade do nosso curso. Substancialmente diferente do caso da Medicina.

Limitar o número de estudantes admitidos no curso de Medicina Dentária é uma medida que se impõe urgentemente embora, como dizia outro amigo e colega “mesmo que isso acontecesse no imediato já não te vai influenciar em nada”. Pois não, não vai porque a correção dos efeitos deste tremendo erro que foi abrir faculdades ‘a torto e a direito’ vai levar gerações a ser corrigido. No entanto, como dizia um sábio oriental (há-os para todos os gostos...) “Não plantes árvores apenas

para seres tu a beneficiar da sua sombra...”.

Uma vez mais defendo o seguimento do exemplo de outros países colocados perante esta mesma situação de plethora profissional. Na década de 80, na Holanda, havia dentistas a mais, formados por faculdades todas públicas; as autoridades competentes tomaram então a decisão de fechar faculdades. Desse modo, a faculdade de Utrecht fechou portas e as duas de Amesterdão fundiram-se numa só. Passou-se então de 5 faculdades para 3 (Amesterdão, Nyjmengen e Groningen). Desde essa altura, o *numerus clausus* anual mantém-se inalterado em 240 vagas. Ah, pois, falta relembrar que a população holandesa é de 17 milhões e os tratamentos dentários são comparticipados pelo Estado! Compare-se então com a situação portuguesa em que existem 7 faculdades com um *numerus clausus* que ronda os 500 para uma população de 10 milhões, sem assistência estatal, sem recursos económicos e sem hábitos de frequência da consulta de Medicina Dentária. É de loucos!

Infelizmente a nível da OMD, do nosso Bastonário, do tão propalado Conselho Geral da OMD, nada transparece acerca de alguma preocupação e ações consequentes acerca deste drama. Volto a insistir: esta é a raiz de todos os problemas da Medicina Dentária portuguesa atual, dos quais saliento os atropelos à ética e deontologia, a falência de consultórios e clínicas, o esmagamento dos preços por seguradoras e o desemprego dos jovens licenciados. É tempo de obrigar as autoridades que se querem competentes a discutir o assunto e a tomar medidas urgentes!

PS: com os meus agradecimentos ao colega Silva Guarda, ex. docente na Faculdade de Medicina Dentária de Utrecht. 🍷

(O autor escreve de acordo com a antiga ortografia)

# OrisDent evo

Aumenta a rentabilidade da sua Clínica Dentária.



Otimizar a Gestão da sua Clínica e aumente a produtividade com **um software completo e fácil de usar**. Permite economizar tempo e concentrar-se no seu trabalho: OrisDent evo controla-lhe todas as atividades da clínica e questões administrativas. Os **gráficos modernos e intuitivos** permitem um uso flexível, mesmo para aqueles que não são peritos em informática. **Controle todas as imagens e os RX** dos seus pacientes diretamente na ficha clínica. OrisDent evo tem integração com todos os sistemas de radiografia digital e de vídeo do mercado.

 **OrisEduco 3**

comunicação em  
alta definição

 **OrisCeph**

traçados  
cefalométricos

 **OrisLab X3**

gestão do Laboratório  
de Prótese Dentária

[www.orisline.pt](http://www.orisline.pt)

 **OrisLine**

OrisLine Portugal  
Tel. 215999378  
[info@orisline.com](mailto:info@orisline.com)

# SUCESSO DO PROJETO C.A.S.O. BRAGA: PRIMEIRO ANO DE INTERVENÇÃO PERMITIU MAIS DE 5.500 TRATAMENTOS DE SAÚDE ORAL



Num ano de existência, a parceria entre a Organização Não-Governamental "Mundo a Sorrir" e a Câmara Municipal de Braga permitiu prestar assistência a cerca de 920 bracarense no recém-criado Centro de Apoio à Saúde Oral (C.A.S.O. Braga). Este apoio foi e é prestado, sobretudo, a pessoas em situação de carência socioeconómica, pobreza e exclusão social, disponibilizando e reforçando o acesso destas populações aos cuidados básicos de saúde oral.

O Centro de Apoio à Saúde Oral, que conta com uma equipa de nove colaboradores, com o apoio de 16 voluntários e 19 instituições parceiras, realizou no primeiro ano de existência 4.549 consultas e cerca de 5.592 tratamentos de saúde e higiene oral. No total foram colocadas 113 próteses dentárias e doadas mais de 1.800 escovas e pastas de dentes, com o objetivo de sensibilizar a população local para a importância dos cuidados

diários de higiene oral. Do total de consultas agendadas, apenas 7% das mesmas não se concretizou devido a faltas dos doentes.

Nas palavras de Miguel Pavão, fundador e presidente da Mundo a Sorrir, "o balanço deste primeiro ano é extremamente positivo e revela que os objetivos foram plenamente cumpridos e que a intervenção no concelho de Braga era, de facto, fundamental. Os ganhos são diretos na saúde e indiretos pelas condicionantes sociais". No caso particular de Braga, a autarquia vê reconhecidos os esforços da associação e os resultados positivos da sua intervenção no terreno e, por esse motivo, revelou intenção de renovar o protocolo com a ONG. O trabalho realizado pela "Mundo a Sorrir" representa, ao mesmo tempo, um modelo de descentralização na garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde oral.

O programa "Braga a Sorrir" baseia-se em três vertentes: assistência médico-dentária e acompanhamento psicossocial das pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconómica, no âmbito do Projeto C.A.S.O., prevenção, educação e promoção da saúde oral das crianças, nas escolas do 1.º Ciclo, no âmbito do 'Projeto Aprender a Ser Saudável', e intervenção médico-dentária junto das pessoas idosas inseridas em diferentes respostas sociais (lares, centros de dia, SAD), e profissionais de apoio geriátrico, no âmbito do 'Projeto Sorrisos de Porta a Porta'.

## SOBRE A "MUNDO A SORRIR"

A "Mundo a Sorrir" é uma ONG presente em todo o território nacional, assim como em países lusófonos com necessidades de cuidados de saúde, atuando em áreas como a Assistência Médica, a Reinserção Social e Laboral e a Cooperação e Ajuda ao Desenvolvimento. Entre os grupos de intervenção estão crianças e jovens, pessoas em situação de carência social e idosos. A "Mundo a Sorrir" foi fundada por Miguel Pavão, em 2005, após uma experiência de voluntariado em Cabo Verde, e conta já com mais de 80 parceiros em todo o mundo. Mais informações em: [www.mundoasorrir.org](http://www.mundoasorrir.org)

Textos em parceria com a Mundo a Sorrir



excelente adaptação  
e modelagem



ceram.x<sup>®</sup>gloss

Excelente acabado e polimento

ceram.x<sup>®</sup>  
Compósito universal nanocerâmico

**A Exclusiva tecnologia SphereTEC™ eleva o manejo do compósito a um nível superior**

- Sistema de cor engenhoso e simples: 5 cores que cobrem toda a gama de cores VITA®<sup>1</sup>
- Polimento fácil e rápido para um brilho excepcional
- Estética natural



incorpora  
**new: SphereTEC™**  
www.dentsply-spheretec.com



<sup>1</sup>VITA não é uma marca registrada da Dentsply International Inc.

Para mais informação, por favor visite [www.dentsply.es](http://www.dentsply.es)

**Dentsply  
Sirona**  
Restorative

# “ORÇAMENTO”... QUE PALAVRÃO!



**DILEN RATANJI**

• Diretor-Geral DentBizz Consulting

Existem conotações menos positivas associadas à palavra “orçamento”, pois imagino que, face aos acontecimentos recentes, as pessoas associem muito ao “orçamento de Estado”... não tem nada a ver, mas tem tudo a ver. Bom, vamos por partes. Mas então o que é um orçamento? Não é mais do que uma ferramenta de gestão que permite monitorizar a evolução da actividade da empresa, com base numa projecção de proveitos e gastos durante um período de tempo. É exactamente isso que acontece num orçamento de Estado. Por norma, nas empresas os orçamentos são anuais e os desvios entre o realizado e o objectivado são analisados com periodicidade mensal. No fundo, o orçamento traduz a quantificação financeira dos planos necessários para que a empresa alcance as metas a que se propôs. Formalmente, o orçamento compreende as projecções financeiras ao nível das vendas, compras, fornecimento e serviços externos, pessoal e IVA (inexistente na maior parte das Clínicas de Medicina Dentária). Obviamente que não necessitamos de ser tão rigorosos na formulação de um orçamento, contudo é fundamental que o mesmo contemple as principais rubricas de proveitos e gastos inerentes à actividade de exploração, neste caso, de uma CMD.

Mas antes de formularmos um orçamento de uma CMD é fundamental concretizarmos dois passos prévios: a definição dos objectivos estratégicos e respectivos planos de acção que ajudarão a concretizar aqueles objectivos. Ou seja, a estratégia de actuação. Para quantificarmos os objectivos, o Director Clínico/ Gestor da CMD, em articulação com os seus assessores na área da gestão, deverão

estabelecer valores para as principais rubricas. Numa CMD, estaremos a falar de objectivos de vendas ao nível dos serviços médico-dentários (ex.: consulta, medicina dentária preventiva, dentisteria operatória, endodontia, periodontologia, implantologia, etc.). Ao nível dos gastos deveremos considerar rubricas como salários com médicos dentistas, assistentes, e outro pessoal auxiliar, compras de produtos, honorários de colaboradores externos (ex.: médicos dentistas especialistas), acções de marketing, conservação e reparações, aquisição de equipamentos, serviços bancários, electricidade, água, deslocações e estadas, entre muitas outras rubricas. Numa análise mais elaborada, poder-se-á definir objectivos ao nível dos resultados líquidos, rentabilidade das vendas e rentabilidade dos capitais próprios. No entanto, não é muito usual aprofundar-se estas análises em micro e pequenas empresas, como são a grande maioria das CMD.

Cada gestor encontrará as melhores formas para utilizar os recursos humanos, financeiros e materiais de que dispõe e a sua opção basear-se-á na avaliação económica das diferentes possibilidades, sem descurar ou comprometer os aspectos qualitativos. Verifica-se uma estreita interligação entre o planeamento estratégico e o orçamento, sendo este uma importante ferramenta de implementação da estratégia da empresa. A monitorização mensal do orçamento é (teoricamente) simples de implementar, pois a ideia é verificar se o valor efectivo realizado numa determinada rubrica alcançou (ou não) o seu objectivo mensal e analisar o respectivo desvio (positivo ou negativo). Com base na análise mensal,

o gestor deverá diagnosticar que rubrica evoluiu menos favoravelmente e adoptar as respectivas medidas correctivas, de forma a que nos meses seguintes essa rubrica cumpra os valores objectivados. De referir, contudo, que muitas vezes os orçamentos de exploração têm que ser ajustados em função de reposicionamentos estratégicos das empresas ou mesmo pelo aparecimento de novos factores exógenos à empresa, ou seja, que “fujam” ao controlo da empresa (ex.: factores macroeconómicos). Por outro lado, um orçamento não necessita de apresentar escrupulosamente as rubricas conforme aparecem em vários modelos pré-definidos, seja na internet ou nos vários compêndios de gestão. E sendo um orçamento de exploração, deverá apresentar os proveitos e gastos operacionais da CMD, não se incluindo desta forma rubricas como juros pagos/recebidos, depreciações e provisões ou proveitos/gastos extraordinários. Conforme referi anteriormente, e reitero, o orçamento necessita apenas de apresentar as principais rubricas de proveitos e gastos inerentes à actividade operacional da CMD, do dia-a-dia. Com base nesta premissa, apresento um exemplo de orçamento de exploração para uma CMD.

Arrisco-me a dizer que o orçamento de exploração é uma ferramenta obrigatória para todos as CMD que querem ter uma gestão profissionalizada e que deve ser planeado e formulado no final do ano anterior a que respeita, para que possa ser implementado e acompanhado a partir do início do ano seguinte. 🍷

O autor escreve de acordo com a antiga ortografia

## PROVEITOS

### Prestação de Serviços Médico-Dentários

- Consultas
- Medicina Dentária Preventiva
- Dentisteria Operatória
- Endodontia
- Cirurgia Oral
- Periodontologia
- Implantologia Oral
- Prostodontia
- Reabilitação Oral / Prótese Oro-Maxilo-Facial
- Ortodontia
- Tratamentos DTM / DOF
- Imagiologia
- Perícias
- Outros Actos Médicos

### Vendas de Produtos

- Dentífricos
- Escovas de Dentes
- Outros Produtos

### Prestação de serviços

- Serviços médicos em outras CMD
- Aluguer de Instalações
- Outras prestações de serviços

### Total Proveitos

## GASTOS

### Gastos com o pessoal

- Salários
- Subsídio de alimentação
- Seguros acidentes de trabalho
- Prémios
- Outros gastos - Pessoal

### Estado e Outros entes Públicos

- Retenção na fonte - SS
- Retenção na fonte - IRS
- TSU

### Gastos na prestação de serviços

- Consumíveis médicos
- Outros gastos - prestação de serviços

### Fornecimento de Serviços Externos

- Água
- Luz
- Comunicações e Correios
- Combustíveis
- Gás
- Subcontratos - Contabilidade
- Subcontratos - Informática
- Subcontratos - Consultoria
- Subcontratos - Ar condicionado
- Subcontratos - Limpeza
- Subcontratos - Segurança
- Subcontratos - Médicos Dentistas Especialistas
- Contratos de Créditos MLP
- Manutenção - Edifício

### Outros gastos

- Manutenção - Veículo
- Renda
- Reparação de equipamentos
- Licenças de software
- Material de escritório e economato
- Seguro Edifício e equipamento
- Seguro - Veículo

### Total de Gastos

25 de junho

**CURSO DE DOR ORO-FACIAL, DTM E OCLUSÃO PARA HIGIENISTAS ORAIS**

A Associação Portuguesa de Higiênistas Oraís (APHO) vai promover, em Lisboa, o ‘Curso de Dor Oro-Facial, DTM e Oclusão para Higiênistas Oraís’, a cargo de Luís Rendinha. De acordo com a organização, “a dor oro-facial, que engloba a disfunção da ATM, afeta cerca de 10 a 26% da população. A complexidade e especificidade da patologia, aliada à extrema variabilidade de casos clínicos e exigências técnicas das intervenções terapêuticas coloca o tratamento destes doentes num espectro à parte das restantes intervenções realizadas no consultório.” <http://www.apho.pt/node/124>

14 de julho

**ANOMALIAS DE CLASSE II: DO SIMPLES AO COMPLEXO**

A Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto vai realizar, nas suas instalações, um seminário sobre ‘Anomalias de Classe II: do simples ao complexo’. A iniciativa estará a cargo de Álvaro Larriu, especialista em Ortodontia de adultos. Esta formação realiza-se no âmbito do IV Módulo de Técnica Auto-Ligável do Curso de Especialização em Ortodontia Clínica da FMUP e tem como objetivo elucidar os participantes sobre o tratamento das anomalias de Classes II com este tipo de técnica. [congressoortodontiafmup@gmail.com](mailto:congressoortodontiafmup@gmail.com)

22 a 24 de setembro

**PÓS-GRADUAÇÃO DE ORTODONTIA**

A Ortocervera vai realizar novas edições dos cursos ‘Pós-graduação de Ortodontia’ e ‘Aplicação Clínica do Avanço Mandibular para o tratamento da SAHS’. A Pós-graduação de Ortodontia será subordinada ao tema “Especialista em Ortodontia Funcional, Aparatologia Fixa e Autoligado” e terá início em setembro, com um módulo sobre ‘Cefalometria e Diagnóstico’, ao qual se seguirão módulos sobre ‘Estudo da Classe 1’, ‘Cefalometria e Diagnóstico’, ‘Estudo da Classe 2’, ‘Estudo da Classe 3’, ‘Diagnóstico Multidisciplinar e Introdução ao Autoligado estético’, ‘Biomecânica Avançada de Autoligado’ e ‘Ortodontia Multidisciplinar’. [curso@ortoceosa.com](mailto:curso@ortoceosa.com)

23 de Outubro

**2º CONGRESSO SPEDROOKIES**

Depois da primeira edição realizada em Coimbra, a 2ª edição do Congresso SPEDRookies ruma a Lisboa em Outubro. Em discussão vão estar temas como Reabilitação de casos com perda de dimensão vertical de oclusão: Descomplicar o complicado; Restaurações cerâmicas aderidas no setor anterior; a Periodontologia ao serviço da estética dentária ou a abordagem interdisciplinar de lesões cervicais. <https://www.facebook.com/SPEDRookies/>

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](http://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€**

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

SO 108 SAÚDE ORAL

**IDENTIFICAÇÃO**

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 – IBAN: PT 50 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](mailto: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](mailto: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



CATÁLOGO DE FORMAÇÃO 2016

# Desafiar o futuro

## Endomarketing

O marketing interno ao serviço da cultura empresarial

- ✦ Identificar ferramentas e técnicas que permitam alavancar a marca da empresa junto dos colaboradores

**Lisboa: 26-27 set.16**

## Plano de formação

Do levantamento de necessidades à implementação

- ✦ Controlar os passos chave no desenvolvimento do plano de formação

**Lisboa: 21-22 set.16**

## Personal branding

Dinamize e promova a sua marca pessoal

- ✦ Conhecer-se e definir uma estratégia de criação de marketing pessoal

**Lisboa: 28-29 set.16**

## Contabilidade dos impostos diferidos

- ✦ Conhecer os PCGA (princípios contabilísticos geralmente aceites) das normas de contabilidade nacionais e do international accounting standards board

**Lisboa: 21 set.16**

## KAM - Key account management

Gestão estratégica de grandes contas

- ✦ Analisar o papel do KAM enquanto consultor

**Lisboa: 29 set.16**

## PNL aplicado ao Marketing

- ✦ Desenvolver o sentido de escuta e observação

**Lisboa: 21-22 set.16**

Conheça  
a nossa oferta



MAIS DO QUE FORMAÇÃO, UMA  
**EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM**

# “SOU UMA ‘CONTROL FREAK’”



## CÁTIA GONÇALVES

médica dentista, mestre em Periodontologia

### Em criança qual a profissão que queria seguir?

Médica. Pintora. Poeta. Veterinária. Bailarina. Compositora. Bióloga. Artesã. Nadadora. Dona de uma papelaria. Tudo isto.

### O que a levou a optar pela medicina dentária?

Era a profissão que reunia mais valências que reconhecia na minha pessoa. Aliava a inteligência cinestésica (check), a biologia e a medicina humana que amo. A medicina pura (geral) não é para mim. Não tenho estofo psico-emocional, envolvo-me demasiado nos problemas alheios e preciso de um biorritmo regular diário. Não aguento noitadas ou privação de sono. E "com os males dos outros, não posso eu bem": pode-se dizer que sofro de uma espécie de 'hiper-empatia compulsiva'. Por outro lado, uma profissão exclusivamente no mundo das artes também não me realizaria. Há coisas no "funcionamento real" do mundo artístico que não encaixam comigo, enervam-me. Digamos que sou uma espécie de hidra eternamente insatisfeita, com uma cabeça nas artes e outra cabeça nas ciências. E ambas as cabeças pensam e falam demais.

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

O dia em que saí da Faculdade de

Medicina Dentária da Universidade do Porto com o grau de Mestre em Periodontologia.

### Tem algum lema de vida?

Só um??? Não, tenho vários, para várias situações. Mas, essencialmente, "vive e deixa viver", "nem tudo o que parece é", "enfrenta os medos de frente", "tem fé" e "nada é impossível" são coisas que digo diariamente a mim própria. Não gosto do lema "um dia de cada vez", para mim é completamente contranatura, mas ando a tentar encaixar esse "chip" na minha cabeça, porque sou uma "control freak". Gosto sempre de saber de onde venho, para onde vou, quando, qual é o melhor (e não necessariamente o mais fácil) caminho e quem me vai acompanhar na jornada. Mas hoje em dia programar a vida não resulta tão bem com antigamente.

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

Orgulho-me de não conseguir mentir, nem de vestir camisolas nas quais não acredito, ou que não primem pelos bons princípios. Ou camisolas que me limitem a liberdade (camisas de forças). De ter a noção dos meus limites. De só partir para um tratamento depois de acreditar que é exatamente o melhor que faria a um familiar. De não ser corrompível por benefícios financeiros ou outros. De reconhecer os bons pares profissionais com orgulho e sem um pinga de inveja. De nunca ter desistido de cruzar uma meta que me tenha proposto. Arrependo-me de não ter sido mais segura de mim em certas situações que o exigiam. De ter demorado anos a pacificar-me com a parte psicológica de lidar com pacientes todos os dias. De ter demorado demasiado tempo a tomar certas decisões que eram prementes e que acabaram por ser tomadas mais tarde do que gostaria, relativamente a certas escolhas e colaborações profissionais. De me ter passado pela cabeça desistir.

De ter acordado tarde para certas realidades da nossa área.

De não ser organizada e de ainda ser um sofrimento atroz, para mim, documentar os meus casos.

### Não sai de casa sem...

A minha filha e a cabeça entre as orelhas. Ah, e os óculos. Vejo um bocado mal sem eles.

### Qual o seu maior vício?

Estar perto das pessoas que amo. A liberdade. A procura da verdade em tudo. O tabaco (que vergonha). Escrever. Sofrer com dilemas filosófico-lógico-emocionais. Gengivas e sangue.

### Qual a palavra que melhor a descreve?

Intuitiva. Obstinação. Uma das duas.

### Projetos por concretizar em 2016?

Realizar sonhos antigos relacionados com a ascensão técnica/científica, no campo profissional, maior dedicação à vertente "formação", realização pessoal, mais descanso, mais tempo de qualidade com os meus, mais lazer, mais vida saudável. Tudo coisas perfeitamente fáceis de fazer em seis meses (não)!

### O que falta no sector da medicina dentária em Portugal?

Pacientes para todos (tem que se brincar com a desgraça).

Agora a sério:

1. Humildade.
2. Transparência.
3. Honradez.
4. Lealdade.
5. Menos mercenarismo.
6. Mais respeito, por parte dos grupos económicos por detrás dos franchisings e suas variações, pelos profissionais, pela medicina dentária de qualidade e pelos pacientes.
7. Maior visibilidade, no estrangeiro, do que se faz por cá (somos um dos países com melhor medicina dentária mundial). 🌍

# XXXVI Congresso anual



07 e 08 OUTUBRO 2016  
FUNDAÇÃO ANTÓNIO CUPERTINO DE MIRANDA  
PORTO

## 07 OUTUBRO . Sexta-Feira

AUDITÓRIO PISO 0	AUDITÓRIO PISO -1	SALA A	SALA B
09:00 Tratamento Ortodôntico na Dentição Mista <i>Cristina Pollmann . Eugénio Martins Francisco Vale</i>	09:00 Restaurações diretas em dentes posteriores - Desafio clínico <i>Joana Garcez</i>	09:00 Fórum Investigação <i>Ensaíos Clínicos - Luis Azevedo (FMUP) Experimentação Animal - Ana Colette (ICBAS)</i>	09:00 ONGs e outras Assoc. Filantrópicas
10:30 Coffee Break	10:30 Coffee Break	10:30 Coffee Break	10:30 Coffee Break
11:00 Tratamento Ortodôntico na Dentição Mista <i>João Cerejeira . Gonzalo Facal</i>	11:00 O passo a passo das restaurações directas em dentes anteriores <i>Paulo Monteiro</i>	11:00 Fórum Investigação (cont.) <i>Biofilme - Mariana Henriques (U. Minho) Biomecânica - Mário Vaz (FEUP)</i>	11:00 ONGs Assoc. Filantrópicas
12:30 Sessão Solene de Abertura	12:30 Sessão Solene de Abertura (Auditório Piso 0)	12:30 Sessão Solene de Abertura (Auditório Piso 0)	12:30 Sessão Solene de Abertura (Auditório Piso 0)
13:00 Almoço	13:00 Almoço	13:00 Almoço	13:00 Almoço
14:30 Manejo de reabsorções dentales <i>Fernando Duran</i>	14:30 Peri-implant soft-tissue histomorphology around different dental implants <i>Juan Blanco Carrión</i>	14:30 Comunicações Livres / Prémio Congresso 2016	14:30 ONGs Assoc. Filantrópicas
16:30 Coffee Break	16:30 Coffee Break	16:30 Coffee Break	16:30 Coffee Break
17:00 Manejo de reabsorções dentales (cont.) <i>Fernando Duran</i>	17:00 Aplicación de los microtornillos gingivales en cirugía mucogingival y peri-implantaria <i>David Morales Schwarz</i>	17:00 Comunicações Livres / Prémio Congresso 2016	17:00 ONGs Assoc. Filantrópicas
18:30 Encerramento	18:30 Encerramento	18:30 Encerramento	18:30 Encerramento

## 08 OUTUBRO . Sábado

AUDITÓRIO PISO 0	AUDITÓRIO PISO -1	SALA A	SALA B
09:30 Challenges for Oral Medicine in the 21st Century <i>Stephen Porter</i>	09:30 Esthetics, Predictable Results and Current Material Concept <i>Jan Hajtő</i>	09:30 Curso de Assistentes Dentárias <i>Filipe Araújo</i>	09:30 Reunião APHO
11:00 Coffee Break	11:00 Coffee Break	11:00 Coffee Break	11:00 Coffee Break
11:30 Leucoplasia oral. Tratar ou não tratar? <i>Luís Monteiro</i> Patologia da cavidade oral com indicação para biópsia . <i>Filipe Freitas</i>	11:30 Esthetics, Predictable Results and Current Material Concept (cont.) <i>Jan Hajtő</i>	11:30 Curso de Assistentes Dentárias <i>Filipe Araújo</i>	11:30 Reunião APHO
13:00 Almoço	13:00 Almoço	13:00 Almoço	13:00 Almoço
14:30 Título a definir . <i>Salomão Rocha</i> Prótese Dentária / Tecnologias <i>Título e Orador a definir</i>	14:30 Implantologia (título a definir) <i>Luís Quadrado de Vicente (Madrid)</i>	14:30 Curso de Assistentes Dentárias <i>Título e Orador a definir</i>	14:30 Reunião APHO
16:00 Coffee Break	16:00 Coffee Break	16:00 Coffee Break	16:00 Coffee Break
16:30 Intelligent software solutions from implant planning to the final restoration <i>Wilfried Tratter</i>	16:30 Implantologia (título a definir) <i>Helena Francisco</i>	16:30 Curso de Assistentes Dentárias <i>Título e Orador a definir</i>	16:30 Reunião APHO
18:00 Encerramento	18:00 Encerramento	18:00 Encerramento	18:00 Encerramento

REUNIÃO APHO . 08 de Outubro . Sala B . PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE O SITE <http://www.apho.pt>

PATROCINADORES PLATINIUM



PATROCINADORES GOLD



PATROCINADORES SILVER



SOCIEDADES PARCEIRAS



SOCIEDADES AFILIADAS



MEDIA PARTNERS



**NSK**

CREATE IT.

# iClave

LINHA DE AUTOCLAVES



## iClave mini

Autoclave portátil de classe S para peças de mão

- Autoclave de classe S que cumpre com as normas europeias de esterilização

TÃO PEQUENO... QUE CABE EM QUALQUER PARTE

2.490 €\*  
4.590 €



Tamanho compacto: altura 360 mm  
Reduzido peso: 15,5 kg  
Totalmente portátil

TEMPO DE ESTERILIZAÇÃO:  
14 MINUTOS

## iClave plus

Autoclave de classe B com tecnologia de vanguarda

- Autoclave de classe B (conforme a norma EN 13060)

MAIOR SEGURANÇA • MAIOR CAPACIDADE

4.090 €\*  
7.080 €



**NSK Dental Spain SA** [www.nsk-spain.es](http://www.nsk-spain.es)

Sr. António Teixeira · tlm: 912 29 21 02 · e-mail: [teixeira@nsk-spain.es](mailto: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](mailto:info@nsk-spain.es)