

SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 110 • SETEMBRO/OUTUBRO 2016 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)



MIS DAY

PORTO 22 DE OUTUBRO 2016

sds



PLANNING PREDICTABLE AESTHETICS
IN IMPLANT REHABILITATION

NITZAN BICHACHO



TREATMENT OF AESTHETICS CASES.
HARD AND SOFT TISSUE RECONSTRUCTION
THE KEYS FOR SUCCESS

PATRICK PALACCI



A BIO LÓGICA DO IMPLANTE ^{V3}
JOÃO PIMENTA



TÉCNICAS DE PRESERVAÇÃO
DA CRISTA ÓSSEA
MIGUEL DE MELO COSTA



ALEXANDRA MARQUES



IMPLANTOLOGIA NA REGIÃO
ESTÉTICA: KEYS TO SUCCESS

DIOGO BEZERRA

BE ^VISIONARY. MAKE IT SIMPLE.

LOCAL:
AUDITÓRIO DE SERRALVES

MIS[®]
PORTUGAL

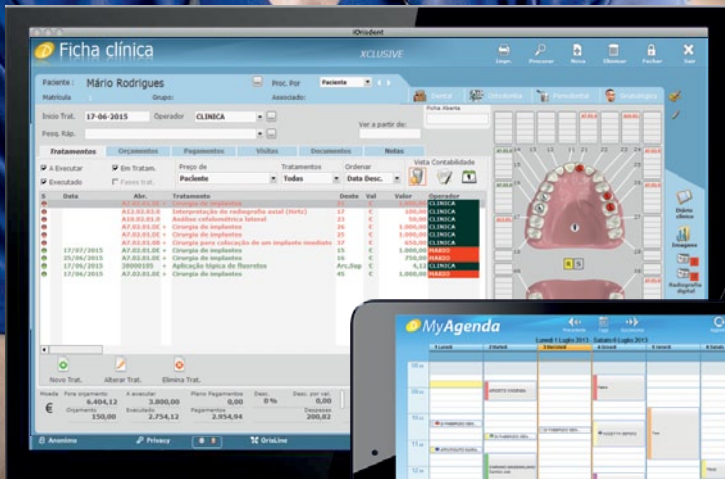
sds

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

OrisDent evo

Aumenta a rentabilidade da sua Clínica Dentária.



Otimizar a Gestão da sua Clínica e aumentar 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

 **OrisLine**

OrisLine Portugal
Tel. 215999378
info@orisline.com

SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 110 • SETEMBRO/OUTUBRO 2016 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)



DENTALBIZZ OS MELHORES MOMENTOS RUMO AO CONSULTÓRIO 3.0



SAIBA QUEM SÃO
OS VENCEDORES DOS
PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2016

ODONTOPEDIATRIA:
TECNOLOGIA E EMOÇÃO
EM PROL DA SAÚDE ORAL
PEDIÁTRICA

Ficha técnica

SAÚDE ORAL ^{SO}

Diretor: Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)
Colaboraram nesta edição: Carmen Silva, Cláudia Pinto, 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
 Estatuto editorial disponível em www.saudeoral.pt/ficha-tecnica



By **ABIWAYS**

Propriedade: IFE – Edições e Formação, SA
 - Rua Basílio Teles, 35 1º Dto. 1070-020 Lisboa
 Tel: 210 033 800 Fax: 210 033 888 E-mail: geral@ife.pt
NPC: 504 700 669
Órgãos sociais: IFE 100%

Country Manager: Raquel Rebelo
Diretora Comercial: Sónia Albuquerque
Pré-impressão, impressão e acabamento: 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

Os artigos de opinião apenas veiculam as posições dos seus autores



E O PRÉMIO VAI PARA...

No passado dia 29 de setembro, a revista Saúde Oral celebrou mais uma vez a excelência na medicina dentária em Portugal ao organizar a sétima edição dos Prémios Saúde Oral. Numa altura em que os profissionais de medicina dentária enfrentam vários desafios, e onde o stress é uma constante, são momentos como este que ajudam a dar um novo alento na prática clínica diária. A acreditar que os esforços não são em vão. Foi o que comprovámos numa cerimónia recheada de emoção. Nesta edição partilhámos consigo os melhores momentos de um dia que começou com o Dentalbizz, o Encontro Anual de Gestão para Profissionais de Medicina Dentária que este ano focou as atenções no consultório 3.0. Ainda que alguns defendam que estamos longe de alcançar a excelência do consultório 3.0, os oradores partilharam a sua visão do que é a excelência da medicina dentária e como é possível colocar em prática ideias simples, a começar pelas revistas nas salas de espera dos consultórios. Neste artigo revelamos ainda algumas dicas sobre como comunicar com *millennials* ou o que é um médico dentista empreendedor.

Esta edição conta ainda com uma entrevista a Jorge Dias Lopes na qual o médico dentista faz um retrato do seu percurso na medicina dentária, na Ortodontia, e onde revela qual a sua posição sobre a atual situação na medicina dentária, com o excesso de alunos. “No meu ponto de vista deve-se fundamentalmente à falta de informação da situação atual da classe. Será por vocação? Na esmagadora maioria não acredito. Porque vão ter emprego garantido e ganhar muito dinheiro, ideias generalizadas da população? A esmagadora maioria hoje em dia não vai conseguir esse objetivo, pelo menos em Portugal. Vão querer ser emigrantes? Muitos serão obrigados. Mas este problema não é só da medicina dentária. É um problema deste País”. Para ler e refletir.

O dossier desta edição é dedicado à Odontopediatria, que ocupa um espaço cada vez mais importante nas clínicas dentárias por todo o país. Fomos traçar um retrato de uma especialidade reconhecida recentemente pela OMD
 Boas leituras.

Sónia Ramalho



6 DENTALBIZZ 2016
RUMO AO CONSULTÓRIO 3.0



14 JORGE DIAS LOPES
“A ENTRADA DA MEDICINA DENTÁRIA NO SNS NÃO VAI RESOLVER O PROBLEMA DOS UTENTES, NEM DO EXCESSO DE MÉDICOS DENTISTAS”



27 ODONTOPEDIATRIA
MEDICINA, TECNOLOGIA E EMOÇÃO EM PROL DA SAÚDE ORAL PEDIÁTRICA

STAND OMD
27-38

sds

sds

Implantes e Biomateriais

MIS OsteoBiol[®]
by Tecnos

Biomatlante
Biologics Solutions

Cad Cam e Digital

AMANNGIRRBACH

Branqueamento Dentário e Higiene Oral

PHILIPS

ZOOM!

Equipamento para Cirurgia

W&H

Bien Air[®]
Dental

sds

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

DENTALBIZZ 2016 RUMO AO CONSULTÓRIO 3.0

O Hotel Cascais Miragem foi o palco escolhido para a 5ª edição do Dentalbizz, o Encontro Anual de Gestão para Profissionais de Medicina Dentária. O evento, realizado no passado dia 29 de setembro, contou com a presença de cerca de 200 pessoas que ouviram apresentações relacionadas com o tema: “Dentista 2.0 VS Dentista 3.0 – Como mudar o mindset da Medicina Dentária”.

Texto: Cláudia Pinto Fotos: Afonso Costa

“Estamos todos aqui reunidos porque temos a perfeita noção de como é fundamental o papel do marketing na angariação de pacientes, no crescimento das nossas clínicas, na melhoria dos nossos tratamentos e, por isso, na promoção da Saúde Oral e na qualidade de vida da população”. Foi desta forma que arrancou mais uma edição do Dentalbizz, com as boas-vindas por parte de Bruno Seabra. O vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária sublinhou que “queremos dentistas que possuam uma visão diferente do mercado, mais empreendedores, capazes de se manterem e crescerem perante esta situação adversa. Têm sede de conhecimento para estarem atualizados e preparados para enfrentar esta fase que a medicina dentária está a atravessar”.

Estava dado o mote para a edição deste ano do Dentalbizz que arrancou com a apresentação “Da satisfação à personalização”, de André Casado, professor e investigador em Comunicação Digital na Universidade Católica Portuguesa e Diretor da I AM IN. Dando destaque aos *millennials*, os nativos digitais,



André Casado, diretor da I AM IN, revelou como adaptar a comunicação aos *millennials*

pessoas nascidas após 1980 que são completamente familiarizadas com as novas tecnologias, o orador fez a distinção entre o consultório 1.0, o consultório 2.0 e o consultório 3.0. “Estamos totalmente viciados em tecnologia, não queremos esperar por nada e a impaciência marca tudo aquilo que fazemos na vida”. Nesse sentido, de que forma podem as clínicas dentárias ligarem-se aos *millennials*? André Casado sugeriu algumas: “Deve ser promovida uma comunicação bilateral. Ou seja, não só enviar SMS a indicar que o paciente vai ter uma consulta a determinada hora, por exemplo, mas fazer perguntas nesse mesmo SMS de forma a promover a interação”. É também importante “dar-lhes exclusividade para que se sintam importantes, e personalizar um contacto, através de uma voz humana, de uma cara, de forma a personalizar os contactos”.

O truque parece estar nas boas

experiências e na capacidade de promover sentimentos bons. “A clínica tem de expressar saúde, felicidade, simpatia, estética, preocupação. Tem a obrigatoriedade de conhecer o seu paciente online e offline e a sala de espera não deve parecer-se com a clínica. Bons serviços criam experiências que originam emoções e sentimentos positivos”. André Casado apresentou algumas características dos vários tipos de consumidores (do 1.0 ao 3.0). “O consumidor 3.0 confia na multidão, é sensível ao preço, socialmente conectado, inconsciente da segurança, previne problemas e é hiperinformado”. Por último, é alguém que valoriza “a gratificação imediata”. Como medidas a implementar na prática, o responsável pela I AM IN considera que “qualquer empresa tem de ter uma identidade e cultura próprias”. Para tal há que “simplificar a comunicação e torná-la percetiva dos pacientes”. Isto porque os consumidores estão a perder



Bruno Seabra, vice-presidente da SPEMD na cerimónia de abertura

ceramill®



ceramill® mind

Um software de construção inteligente, com um intuitivo planeamento de trabalho e articulador virtual CR.



ceramill® map400

Um scanner funcional, preciso e rápido com integração Splitex para uma transferência precisa dos modelos.



ceramill® motion 2

Fresadora de 5 eixos, para processamento a seco ou com irrigação num só equipamento, com uma variada gama de materiais.



AMANN GIRRBACH



SDS Lda
Rua Central Park, nº6-1ºB
2795-242 Linda-a-Velha
T +351 21 4175017 | T +351 96 3288589
info@sds.pt

“O dentista 3.0 é aquele que investe em pessoas, recursos, aposta em formação contínua, procura avanço tecnológico, e não se sente superior à restante equipa”

Miguel Stanley

focos de atenção, estando esta “cada vez mais limitada”.

Miguel Stanley, médico dentista, CEO&Fundador White Clinic, levou aos presentes um caso prático baseado na sua experiência profissional e na sua clínica, começando por traçar um panorama da Medicina Dentária no mundo. A sua clínica tem “seis gabinetes, 30 pessoas envolvidas e o tempo de espera médio antes da consulta é de quatro minutos”. Destacou o facto de, no consultório 3.0, existirem equipas multidisciplinares, em contraponto com o consultório 2.0, em que “o dentista faz tudo, não trabalhando necessariamente na área que mais gosta ou em que é especialista”. Neste último caso, existem autênticos “Macgyver’s da Medicina Dentária”. Ressaltou ainda o facto “de não ser recomendável a existência de uma hierarquia na equipa”.

O médico dentista apontou quatro dimensões para a excelência: experiência, materiais, tempo de consulta e protocolo clínico. Sublinhou a dificuldade “que é ser dentista, por ser uma profissão isolada, com uma concorrência desenfreada, em que se trabalha em contrarrelógio e onde há grande desgaste físico”.

O dentista 3.0 é aquele, na sua opinião, que investe em “pessoas, recursos, aposta em formação contínua, procura avanço tecnológico e não se sente superior à restante equipa”. Apesar de ter consciência que “grande parte da população nunca vai conseguir resolver os problemas da boca”, reconhece a importância “de saber dizer não para manter a qualidade”. Na sua opinião, existem quatro pilares de



Miguel Stanley, CEO&Fundador White Clinic



António Moutinho, diretor ibérico Nobel Biocare

excelência, “sem as quais é impossível ter sucesso: experiência, materiais, tempo de consulta e protocolo clínico”. Defensor de que os pacientes devem “entender o valor dos procedimentos”, considera que é crucial “eliminar o stress do preço na primeira reunião”.

O que pode correr mal?

Seguiu-se a apresentação de António Moutinho intitulada: “Dentista 3.0 *Downloading: System Error*”. O Diretor Ibérico da Nobel Biocare tentou chamar à atenção da audiência para a realidade dos tempos e centrou a sua apresentação para aquilo que pode correr mal. “Atualmente, a maioria das clínicas não tem um plano para chegar ao consultório 3.0: gosta-se do conceito, mas na maioria dos casos não existe uma estratégia. Enquanto isto não acontecer, não se vai chegar lá”, defende.



Maria da Luz Ferreira, diretora das Clínicas Cemdei

Considerando que as expetativas frustradas constituem a maioria dos erros em Medicina Dentária, salientou a importância da humildade de as clínicas se autodiagnosticarem de forma correta. “Façam perguntas, procurem soluções, peçam ajuda”. E foi esta também a mensagem de conclusão de Sónia Santos, engenheira mecânica e biomédica e sócia-gerente da MedSUPPORT, que apresentou o tema: “Cultura de segurança: a efetiva melhoria da qualidade”. Considerando que as clínicas devem “reduzir ao mínimo aceitável o risco de dano” e que a qualidade “não se pode descurar”, defende que há “que fazer o que tem de ser feito e pedir ajuda”. A MedSUPPORT é especializada em licenciamento para funcionamento, apoiando empresas a promover a gestão da qualidade e da segurança.

Maria da Luz Ferreira, diretora das

clínicas Cemdei, apresentou um caso prático baseado na certificação realizada nas mesmas, dando como título à sua apresentação: “Nunca mais fomos os mesmos”. Apresentou o seu historial profissional até aos dias de hoje e o caminho que teve de palmilhar até chegar à certificação. Atualmente “definimos um plano de melhoria contínua, passámos a ter um planeamento estratégico, conseguimos novas oportunidades e temos uma metodologia de trabalho”.

Das sugestões à prática do dia-a-dia

Vítor Brás, médico dentista e diretor clínico da Clínica Morgado da Póvoa, foi um dos

oradores do Dentalbizz, mas antes da sua apresentação esteve à conversa com a SAÚDE ORAL. Presença assídua nas edições anteriores, confessou que tem colocado em prática algumas das ideias que foram lançadas nos eventos. “Levo daqui algumas sugestões que vou implementar na clínica a partir de amanhã”. Considera que “o dentista comum não tem formação em gestão e, muitas vezes, não sabe o que é um modelo de negócio”. Defende que alguns colegas da área queixam-se da falta de mercado, mas “nada fazem para mudar. Não podemos ser muitos bons na técnica sem que os pacientes percebam o valor dos serviços que prestamos”. Na sua opinião

é um desafio “implementar o consultório 3.0: as pessoas querem fazê-lo mas não sabem como lá chegar. Têm esse objetivo, mas não têm um plano para o atingir. Há pretensão de chegar a um patamar, mas não se sabe que degraus se tem de subir para lá chegar”. Sabe distinguir uma clínica pequena, como a sua, de uma rede de clínicas, como a Malo Clínica. “São diferentes modelos de negócio, com DNA's completamente distintos”.

Sérgio Caniço, médico dentista da Clínica Minhodente, em Braga, considera que a concorrência nos dias de hoje “é muito grande e existe excesso de profissionais”. Esta foi a primeira vez que participou no Dentalbizz. “Penso que é um evento que se diferencia de outros porque aborda a parte do paciente como um todo. Julgo que se falam de componentes muito importantes ao nível da comunicação, da gestão, da forma como o consultório está organizado e como se deve abordar o paciente. Tudo isto influencia o paciente, para que se sinta melhor e para que uma clínica se diferencie das demais”, afirma. Apesar de exercer Medicina Dentária há relativamente pouco tempo, confessa que tenta colocar alguns aspetos diferenciadores na prática clínica. “Tento colocar os meus pacientes à vontade e estabelecer uma relação de confiança”. Defende ainda que os avanços tecnológicos são importantes e que é fundamental implementar estratégias de evolução, “mas não devem ser dados passos maiores do que as pernas. Há que acompanhar as inovações consoante a carteira de clientes, procurando uma boa gestão global”.

Médica dentista há 27 anos, Maria João Sousa é a diretora clínica da Sorridente e confessa que sempre se preocupou com os



Sónia Costa, sócia-gerente da MedSupport



João Borges, fundador da João Borges Aesthetic Dentistry





Vítor Brás, médico dentista, diretor da Clínica Morgado da Póvoa



Sala cheia para assistir ao teatro/debate sobre comunicar com pacientes

temas ligados à gestão. “Sempre estivemos à frente dos tempos e desenvolvemos projetos inovadores. Estes temas são o ponto de partida para tudo. No que respeita à parte técnica, desenvolvemos aquilo que aprendemos o melhor que soubermos. No que respeita à área de gestão não nos é ensinada na faculdade. Logo, se não tentarmos aprender e aperfeiçoar, não evoluímos”, diz-nos. É também presença assídua nas edições do Dentalbizz. “Venho todos os anos a este evento e considero que algumas das ideias transmitidas são facilmente aplicadas no dia-a-dia. Temos uma equipa pequena: somos oito médicos dentistas, oito assistentes e temos três clínicas, mas conseguimos implementar algumas das medidas que foram abordadas por alguns oradores”, explica. O facto de a página do Facebook necessitar de



Debate sobre qual a melhor forma de comunicar com pacientes

atenção permanente e de ser atualizada constantemente levou a que fosse contratada uma pessoa para a gerir. “A página está em *standby* pois não tínhamos tempo para a gerir diretamente. Vamos introduzir muitas mudanças em breve nesta ferramenta que é o futuro”.

Do empreendedorismo ao sucesso

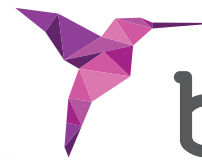
A parte da tarde foi dedicada ao Empreendedorismo. João Borges, médico dentista, CEO e fundador da João Borges Aesthetic Dentistry, revelou as suas raízes familiares, focando que é fundamental “alimentar o espírito empreendedor de ser diferente”. E para que isso aconteça há prioridades: “saber o que se quer da vida; fazer uma análise SWOT, perceber qual é o objetivo final e onde queremos estar”. Ser empreendedor em Medicina Dentária significa “conhecer profundamente as

várias áreas, os avanços tecnológicos e os nossos concorrentes”. Para João Borges “é impossível empreender sem treinar. O negócio deve ser o combustível para o crescimento”. Um empreendedor faz, muitas vezes, o seu caminho de forma solitária. “Há que celebrar as vitórias e aceitar as derrotas”. O empreendedorismo é, na opinião de João Borges, “a procura incessante de vitórias” e aquilo que separa uma empresa de sucesso de outras “é a perseverança e a capacidade de acreditar”.

Seguiu-se a apresentação de Vítor Brás baseada no *neuromarketing* e consumer experience em saúde. Começou por explicar que o *neuromarketing* “valoriza a componente emocional do consumo” e apresentou algumas ideias práticas implementadas na sua clínica e que alteraram a prática do dia-a-dia. “São ideias que não necessitam de um grande investimento. Por exemplo, na consulta de Odontopediatria passei a ter uns óculos que permitem às crianças ver um filme enquanto efetuamos o tratamento”. Na sua opinião, “mais de 10 minutos na sala de espera pode levar-nos a perder um cliente” e existem revistas que se podem ter para marcar a diferença, como a National Geographic, em alternativa a publicações “mais generalistas e corriqueiras”. O médico terminou a sua apresentação com a mensagem: “Sê único! Dê experiências e não apenas consultas”.

A tarde terminou com o Teatro-Debate: “*What's up Doc*”, com a participação de Ana Pina, *Talent Developer, Trainer&Coach*; João Rosa Luz, *Actor, Performer e Stand Up Comedian*; e Telma Lopes, *Training Manager* da IFE. Através da simulação de uma consulta dentária, os participantes tiveram a possibilidade de parar as atuações quando considerassem que algo estaria incorreto na relação médico – paciente e na forma como a consulta estaria a ser desenvolvida, sobretudo no ponto de vista da comunicação. Os participantes foram dando diretrizes para as cenas seguintes. Um exercício prático que os fez refletir sobre a melhor forma de atender os pacientes. 🧠

Nota: A revista Saúde Oral agradece o apoio dos patrocinadores do Dentalbizz



bti.
Human
Technology

Uma jornada organizada
para que seja o primeiro a
conhecer todos os nossos avanços
e desenvolvimentos em implantologia
oral e medicina regenerativa

1ª Edição

BTI DAY '16

CIÊNCIA PARA CONSTRUIR O FUTURO

17 dezembro · PORTO

CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA DO PORTO
Rua Nova Da Alfândega
Edifício Da Alfândega
4050-430 Porto

Lugares limitados



Centro de Congressos
da Alfândega do Porto

*Para formalizar a sua inscrição poderá contactar o seu assessor clínico ou enviar um mail
para bti.portugal@bticomercial.com.*

Mais informações em www.btiday.com



BTI Biotechnology Institute Portugal
Tel.: +00 351 22 1201373 | Fax: +00 351 22 1201311
bti.portugal@bticomercial.com | www.bti-biotechnologyinstitute.pt

BTI APP
NOVOS PRODUTOS

Versão iPhone/ smartphone
Versão iPad / tablet (área exclusiva clientes)



CITY SMIL'ART CLÍNICAS DO BAIRRO NA CIDADE

Privilegiam a qualidade e a excelência e a sua finalidade é o estabelecimento de alianças estratégicas com clínicas dentárias já existentes, de modo a que 'vistam a camisola' City Smil'Art. A primeira clínica da marca abriu em Lisboa, no início de julho e o *feedback* tem sido "positivo".

Texto: Carmen Silva Fotos: David Oitavem

A primeira clínica dentária City Smil'Art abriu ao público no dia 4 de julho, na Alameda dos Oceanos, no Parque das Nações, em Lisboa, e de acordo com Aurélio Ramalho, da direção financeira, "estamos a negociar com mais clínicas". A City Smil'Art é uma marca criada por uma equipa de profissionais, que conta com mais de 25 anos de experiência na área da medicina dentária. A equipa é liderada por Francesco Damiani, médico dentista, Aurélio Ramalho, gestor de empresas, e Margarida Correia, *marketeer*. Sob o conceito de 'clínica dentária do bairro', a City Smil'Art tem como objetivo tornar-se uma referência nacional de clínicas dentárias, cultivando uma política de proximidade com os seus pacientes.

Apesar do seu surgimento recente, o projeto "já estava pensando há alguns anos", revela Aurélio Ramalho, explicando que "ainda não tinha havido oportunidade de o desenvolver". No entanto chegou-se à conclusão de que "agora era altura ideal para avançar", sublinha. É verdade que a situação económica e financeira do país está complicada, mas como afiança Margarida Correia "não podemos deixar de avançar com os projetos por causa dos receios". No caso da City Smil'Art "sabemos o que queremos fazer e como queremos ajudar as pessoas", refere a *marketeer*, daí que a situação do país não assuste o trio de empreendedores. E mesmo que as questões monetárias possam, em teoria, condicionar a realização de algum tratamento, "também temos várias formas de ajudar as pessoas nesta área, pois estamos a criar produtos específicos, como um cartão com um *plafond*, em que se vai descontando o valor", explica Margarida Correia. Apesar de, "em termos de foco de comunicação, o alvo ser a classe média-alta relativamente aos tratamentos atendemos outros públicos".



Margarida Correia com Francesco Damiani e Aurélio Ramalho

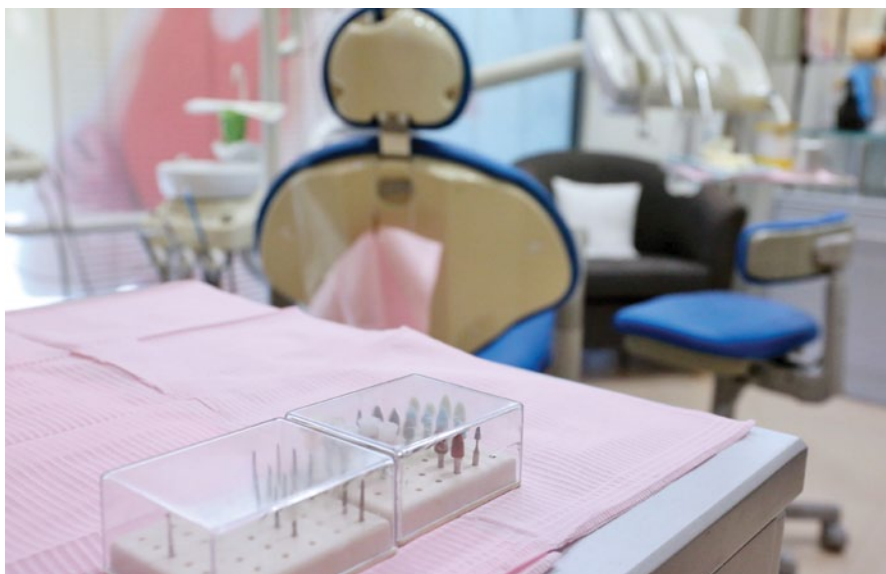
A abertura no Parque das Nações, "uma localização de excelência no âmbito do conceito que estamos a criar", como aponta Aurélio Ramalho, marcou o pontapé de saída da City Smil'Art. E, apesar do pouco tempo decorrido desde a abertura, "temos tido um feedback positivo e um retorno em termos de comunicação muito interessante", garante o diretor financeiro.

O segredo está na marca

As marcas têm uma identidade própria e, por isso, são capazes de agregar determinados atributos que as tornam familiares aos consumidores. E quanto mais emoções e sentimentos positivos despertarem nestes, maior é a hipótese de serem lembradas por eles. Graças à existência de uma marca "o consumidor que precisa de serviços de saúde oral vai começar a conhecer-nos e a ter noção dos nossos princípios de excelência e de qualidade", sublinha Margarida Correia.



Em Portugal, existem uma série de clínicas "que têm as suas características, o seu nome, a sua forma de agir no mercado e quase todas são geridas por médicos dentistas", salienta a responsável de marketing. Além disso "existem ainda os grandes grupos", acrescenta. É nesta envolvência que a City Smil'Art nasce com a meta de "pegar na excelência com que se trabalha na medicina dentária e criar o conceito de clínica do bairro", revela Margarida Correia. Ou seja, "tendo em conta as clínicas que existem nas cidades



queremos pegar nas melhores e transformá-las numa marca”, remata, salientando que a City Smil’Art “não opera numa lógica de *franchising*, mas na criação de parcerias estratégicas com as próprias clínicas e com os seus médicos”.

Formação e turismo

Francesco Damiani é italiano e ‘frequenta’ Portugal há vários anos, sobretudo na qualidade de consultor e no âmbito da formação, sendo a City Smil’Art a primeira experiência em termos da abertura de clínicas, onde assume a direção clínica e médico dentária. O médico dentista explica que, em termos de serviços, “implementaremos, por exemplo, as

técnicas mais avançadas de implantologia e de regeneração óssea”. No entanto, além da implantologia, as clínicas da marca irão disponibilizar aos pacientes valências como ortodontia, estética dentária, odontopediatria, periodontologia, endodontia, oclusão, cirurgia oral, dentisteria e higiene oral. Por outro lado, segundo Margarida Correia, “internamente, queremos promover a venda dos produtos que os médicos dentistas aconselham durante a consulta”, nomeadamente géis e elixires, pasta de dentes e kits de branqueamento.

E, num futuro próximo, pensa-se mesmo em apostar no turismo de saúde. “Numa próxima fase queremos captar pacientes estrangeiros para fazerem os seus tratamentos nas nossas clínicas. Uma das ideias é a criação de roteiros turísticos para que possam conhecer Portugal, ao mesmo tempo que são tratados”, refere a *marketeer*. Porém, no momento presente, a missão é “para além de continuarmos a criar alianças estratégicas com as clínicas dentárias, apostar na formação, que também é uma parte muito importante do projeto”, indica Aurélio Ramalho. Isto porque, como expõe Francesco Damiani, “a especialização é a palavra-chave, ou seja, um médico dentista não pode fazer tudo, daí o conceito de equipa ser muito importante”. A formação City Smil’Art vai incidir nas áreas da implantologia, cirurgia oral e prótese sobre implantes. ●

O FATOR PROXIMIDADE

Segundo Margarida Correia, atualmente um dos problemas identificados nas clínicas dentárias é que “as pessoas não sabem quem são os médicos e, por isso, acabam por não ganhar confiança. O indivíduo só entrega a sua boca a pessoas que minimamente conhece e se não conhece as equipas que estão nas clínicas dificilmente se relacionará com elas”. Daí que a City Smil’Art procure colmatar este obstáculo ao transformar as clínicas existentes em ‘clínicas do bairro’, à luz da filosofia da marca. “Queremos juntar-nos aos médicos dentistas e com eles ser uma marca mais forte”, declara a *marketeer*. Um fator importante para uma clínica estabelecer uma relação de proximidade com o meio em que está inserida é a aposta na comunicação. “A maior parte das clínicas abre e espera que os clientes entrem pela porta e hoje em dia um negócio não é viável só com base nesta estratégia: tem de haver comunicação”, salienta Margarida Correia. No que à City Smil’Art diz respeito “temos site, Facebook e um marketing muito ativo”, explica a responsável, acrescentando que “possuímos ainda telemarketing numa lógica de ir convidando as pessoas que fazem parte da nossa base de dados a vir às clínicas e explicando o que é a nossa marca”. Um dos grandes objetivos é “estar sempre próximo das pessoas. Se elas tiverem uma dor sabem que poderão contar connosco, pois na City Smil’Art há sempre alguém que as atende ou que as aconselha. Quer seja através do *email*, de um telefonema ou do Facebook, o indivíduo terá sempre uma resposta”, assegura Margarida Correia.

JORGE DIAS LOPES

“A ENTRADA DA MEDICINA DENTÁRIA NO SNS NÃO VAI RESOLVER O PROBLEMA DOS UTENTES, NEM DO EXCESSO DE MÉDICOS DENTISTAS”

É médico dentista, especialista em Ortodontia pela OMD e membro fundador do Colégio da Especialidade. Estivemos à conversa com Jorge Dias Lopes sobre a medicina dentária em Portugal e sobre o início do seu percurso na medicina dentária.

Texto: Susana Marvão Fotos: Ricardo Meireles



Como começou e desenvolveu o seu percurso na medicina dentária?

Começou pela medicina quando em 1975 fiz o exame de aptidão ao ensino universitário, tendo sido admitido por ter ficado no 100º lugar, num universo de 1200 candidatos, para 300 vagas. Em outubro desse ano iniciei o Curso de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, tendo completado o 4º ano. Quando já estava a frequentar o 5º ano decidi, por considerar uma saída profissional moderna e aliciante, pedir a transferência para a Escola Superior de Medicina Dentária do Porto, criada a 5 de maio de 1976. Tal decisão implicou a

necessidade de repetir o 4º ano, porque estes dois cursos só tinham em comum os três primeiros anos. Foi uma opção difícil e contra a vontade do meu pai, de quem guardo na memória o orgulho por ter sido um homem com “H” grande e, para mim, o melhor pai do mundo.

E quando terminou a licenciatura em Medicina Dentária?

Em julho de 1982 concluí a licenciatura em Medicina Dentária, com seis anos de duração, na Escola Superior de Medicina Dentária do Porto (ESMDP) e em agosto inscrevi-me na Secção de Medicina Dentária da Ordem dos Médicos

(atualmente cédula profissional n.º 0057 da OMD). Iniciei actividade em regime livre como médico dentista generalista, num consultório que montei para o efeito em Valongo, até 1990. Em Janeiro desse ano transferi a minha actividade profissional de medicina dentária generalista para uma clínica privada que formei na cidade do Porto e, a partir de setembro de 1995, passei a exercer ortodontia em exclusividade.

Paralelamente, a minha carreira académica foi iniciada em 1982 como Monitor e, posteriormente, como Assistente Estagiário da disciplina de Endodontia da ESMDP. No ano seguinte interrompi esta atividade para cumprir o Serviço Militar obrigatório até 1984, tendo exercido a atividade de Médico Dentista, no Serviço de Estomatologia do Hospital Militar Principal de Lisboa, com o posto de Aspirante Oficial Miliciano de Medicina Dentária. Fui substituir o meu colega e amigo Prof. Doutor Mário Jorge Silva e passei a ser o único Médico Dentista do exército. Esta atividade em ambiente hospitalar foi uma experiência gratificante.

Como surgiu o interesse pela Ortodontia?

Em dezembro de 1984 voltei à disciplina de Endodontia e em 1987 passei para a disciplina de Ortodontia, onde preenchi uma vaga de Assistente Estagiário. A partir desse momento tive como principal objetivo a progressão na carreira académica e o desenvolvimento das

disciplinas da Ortodontia. A partir de março de 1989, após provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica, tomei posse como Assistente de Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP). Em maio de 1997 fiz o doutoramento em Medicina Dentária na área de conhecimento de Odontopediatria e Ortodontia pela FMDUP e passei a ser Professor Auxiliar. No ano seguinte, desde 1998, fui Coordenador do Curso de Mestrado em Ortodontia da FMDUP.

Em 20 de Fevereiro de 1999, a OMD atribui-me o título de especialista em Ortodontia e passei a ser membro fundador do Colégio de Especialidade de Ortodontia (ao abrigo da Lei n.º 110/91 de 23 de Janeiro). Mais tarde, em janeiro de 2004, tomei posse como Prof. Associado da FMDUP e em 2006 fiz as provas de agregação, tendo em 2008 passado a Professor Catedrático da FMDUP. De momento exerço funções docentes, de Diretor do Programa de Doutoramento e Diretor do Serviço de Ortodontia desta Faculdade. Sou Regente da UC de Ortodontia III e da UC ODP/ORTO do Mestrado integrado e de algumas UCs do Programa de Doutoramento, e Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia. Na OMD sou vogal da Direção do Colégio da Especialidade de Ortodontia desde 2007 e tenho o privilégio de integrar atualmente o já terceiro triénio desta direcção, com uma equipa de elevado valor que tem procurado dignificar a especialidade, sob a Presidência do meu bom colega e amigo Prof. Doutor Luís Jardim.

Como escolheu a sua área de especialidade e porquê?

Iniciei a minha carreira académica em 1982 na disciplina de Endodontia da ESMDP. Quando no ano seguinte fui cumprir o Serviço Militar obrigatório durante 16 meses no Hospital Militar Principal de Lisboa tinha as tardes livres e aproveitei para trabalhar na clínica do Prof. Eurico de Freitas, na Lapa, e para estagiar na Av. 5 de Outubro, na clínica de dois Odontologistas, Fernando Ferreira e Cunha Luz. Aprendi muito sobre

endodontia e prótese fixa, mas também tive a noção que era grande a procura dos pacientes por tratamentos ortodónticos, sem que encontrassem resposta. Comecei a interessar-me e confrontar-me da sua dificuldade, levando-me a estudar Ortodontia. O impulso final foi quando se proporcionou a minha transferência para a disciplina de Ortodontia, onde preenchi uma vaga de Assistente Estagiário. Fui muito bem recebido pelo Diretor de Serviço, Prof. Doutor José Campos Neves, pelos colegas Prof. Doutor Carlos Silva e Prof.ª Doutora Maria Cristina Pollmann. A partir desse momento, em 1987, tive como principal objetivo a progressão na carreira académica e a aprendizagem da Ortodontia, tendo nesse mesmo ano assistido e participado na I Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento-Facial, já também com a companhia do Prof. Doutor Afonso Pinhão Ferreira. Lentamente, mas de forma metódica e sistemática, durante cerca de oito anos fui-me preparando para a prática exclusiva de Ortodontia, seleccionando cursos e reuniões científicas relacionadas com a área. Assinei revistas da especialidade, inscrevi-me em instituições ortodónticas internacionais e, na actividade clínica privada, evitei a marcação de casos não ortodónticos. Para esta formação vocacionada para o exercício da ortodontia saliento a contribuição da carreira académica, a obtenção do diploma de Pós-graduado em Ortodontia pela FMDUP em 27 de Fevereiro de 1993 e o acompanhamento e participação em praticamente todas as acções levadas a efeito pela Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento-Facial.

Como foi deixar a medicina dentária generalista?

Tomada a decisão de optar pela Ortodontia, e tendo consciência que o exercício desta especialidade exigia exclusividade, era obrigatório o abandono da medicina dentária generalista, o que aconteceu em setembro de 1995, apesar de todos os custos económicos e psicológicos inerentes à perda de grande número de pacientes. Nessa altura foi constituída a

sociedade comercial do tipo sociedade por quotas, Jorge Dias Lopes - Clínica de Medicina Dentária Lda, destinada a responder à qualidade dos serviços ortodónticos a prestar. Com um quadro de pessoal bem preparado e equipamento atualizado, a clínica apostou desde o início na qualidade e na cooperação com os colegas das diferentes áreas da medicina dentária. A minha filosofia baseia-se numa medicina dentária integrada, assegurando um plano de tratamento ortodóntico completo e apropriado, interligado com a cirurgia maxilo-facial, quando necessário. Presto serviços particularmente referenciais, por indicação de variados profissionais de saúde (médicos e médicos dentistas, terapeutas da fala, etc.), tratando pacientes de diversas regiões do país, desde crianças a adultos. Coopero com os médicos dentistas para a reabilitação oral, no âmbito de uma equipa pluridisciplinar.

O que recorda desses tempos em que iniciou a atividade?

O número de médicos dentistas era muito reduzido, eramos quase uma família em que praticamente todos nos conhecíamos. Não havia dificuldade de emprego e era fácil abrir um consultório em qualquer local (sem as exigentes regras atuais) e passado algum tempo ter a agenda cheia de pacientes. Não se falava de tratamentos grátis ou com descontos e não existia a pressão inadmissível das seguradoras na comparticipação dos actos médico-dentários. Havia maior sentido ético e de missão na profissão. O principal obstáculo era a dificuldade de formação. Havia poucos livros, poucos cursos, o que obrigava, de facto, a esforços acrescidos para progredir no conhecimento da medicina dentária.

Como vê a atual situação na medicina dentária, com o excesso de alunos?

Naturalmente muito complicada. Não se pode continuar a aumentar o número de médicos dentistas em cerca de 5% ao ano, numa classe tão jovem como é a nossa. Em boa verdade, às vezes custa-me compreender como é que ainda existem tantos estudantes a quererem

seguir Medicina Dentária. No meu ponto de vista deve-se fundamentalmente à falta de informação da situação atual da classe. Será por vocação? Na esmagadora maioria não acredito. Porque vão ter emprego garantido e ganhar muito dinheiro, ideias generalizadas da população? A esmagadora maioria hoje em dia não vai conseguir esse objetivo, pelo menos em Portugal. Vão querer ser emigrantes? Muitos serão obrigados. Mas este problema não é só da medicina dentária. É um problema deste País, que está a obrigar os jovens a procurar no estrangeiro o que lhes deveria ser proporcionado em Portugal. Porque pensam que basta a obtenção do mestrado integrado e que a posterior educação pós graduada é barata? Não é, aliás penso que hoje em dia são chocantes os custos da formação em medicina dentária. Proliferam os cursos de “fim-de-semana”, estágios clínicos e de especializações, transformados numa indústria que usufrui do excesso de estudantes e de médicos dentistas. Seria importante que estes aspetos fossem insistentemente divulgados ao público em geral para que, quando um jovem optar pelo curso de medicina dentária, o faça por vocação, mas com plena consciência do estado atual da profissão.

Na sua opinião, como poderíamos resolver o excesso de alunos e profissionais em medicina dentária?

O excesso de alunos só com números “clausus” e atitudes políticas de coragem, sem cedência aos interesses instalados. No entanto é difícil de conseguir esta limitação, pelos aspectos políticos e económicos que implica a sua redução. A Ordem, neste aspecto, poderá ter uma grande contribuição.

Quanto aos profissionais já existentes o que se pode fazer?

Só há dois caminhos: um deles é esperar que envelheçam e se reformem, o que vai demorar numa classe maioritariamente muito jovem. O outro é estimular a sua emigração, o que já ocorre naturalmente. Mas no meu ponto de vista também não me parece ser a solução. A emigração

QUEM É JORGE DIAS LOPES

- Médico Dentista, especialista em Ortodontia pela Ordem dos Médicos Dentistas e membro fundador do Colégio de Especialidade;
- Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP);
- Diretor do Programa de Doutoramento da FMDUP;
- Diretor do Serviço de Ortodontia da FMDUP;
- Cooordenador do Curso de Especialização em Ortodontia da FMDUP;
- Sócio titular da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento-Facial e • Presidente da Comissão Científica dessa sociedade;
- Membro de várias sociedades científicas nacionais e internacionais;
- Autor de diversas conferências e trabalhos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais;
- Prática exclusiva da Ortodontia desde 1995

compulsiva dos mais jovens (e não só) por falta de emprego obriga-os a abdicar do conforto do país que os formou, ao seu desenraizamento, a pagar impostos e contribuir para a economia de países que nada contribuíram para a sua formação e a ter e criar filhos lá fora. Vamos perder muitos dos nossos jovens, com consequências inerentes para o envelhecimento da nossa população, com as inevitáveis repercussões da nossa economia.

Como vê a entrada da medicina dentária no SNS?

O nosso Bastonário, Doutor Orlando Monteiro da Silva, a quem me unem laços de amizade e respeito mútuo desde há muitos anos, afirmou na sua Tomada de Posse “Médicos dentistas no SNS são parte de uma longa caminhada”. No

editorial da Revista da OMD de fevereiro de 2016 referiu as premissas gerais da parte do Ministério para a implantação do projecto. Como corolário afirmou “A concretizar-se, sublinho, a concretizar-se, será um marco fundamental para a medicina dentária portuguesa e para a saúde oral dos portugueses. Particularmente dos mais excluídos, aos quais esta iniciativa prioritariamente se destina”.

Apesar de estar de acordo com esta afirmação, que surge após anos consecutivos a lutar por esta integração da medicina dentária no SNS, existem vários aspetos a considerar e dou alguns exemplos. No início de julho estava e ver televisão e no “rodapé” passava a seguinte notícia: “Dentistas do SNS com milhares de utentes em lista de espera”. Como é possível isso acontecer se existem inúmeras clínicas e consultórios com poucos doentes, a passarem dificuldades ou a fecharem. Porque é que isso acontece? Um dos motivos poderá ser os custos elevados e o facto de os utentes não terem dinheiro para suportar esses honorários. Então pergunto: e as consultas de medicina dentária no SNS não têm custos para o Estado? Claro que têm de ter e serem suportadas pelo Estado para permitir cobrar honorários simbólicos. Se não for assim, no “rodapé” passaria certamente a seguinte notícia: “Dentistas do SNS sem utentes para atender vão ser dispensados”.

Outra pergunta: se é o Estado que paga, não somos nós médicos dentistas que também pagamos esses custos indirectamente com os nossos impostos? Assim sendo penso que esta entrada da medicina dentária no SNS seria excelente há 20 anos, quando havia poucos médicos dentistas e poucas clínicas e seria necessário esse investimento. Hoje em dia será preciso fazer muitas contas. Não temos um país com uma vasta rede de clínicas e consultórios médicos dentários, que deve ultrapassar a “rede rodoviária nacional”, e não a vamos aproveitar? O estado vai começar a montar centenas de consultórios no SNS quando estes já existem por iniciativa privada. E o país tem orçamento para isto?

E acha que pode resolver o problema da empregabilidade?

Em termos de empregabilidade com que se debate a profissão, à primeira vista poderá ser importante, porque a entrada da medicina dentária no SNS poderá dar emprego digamos a 300, ou a 500, ou a 700 médicos dentistas. Excelente mas, no último caso, mais otimista resolve o número de profissionais que se formam num ano. E quantas clínicas irão fechar, quantos profissionais ficarão desempregados como consequência desta integração? Considero que a entrada da medicina dentária no SNS não vai resolver o problema dos utentes, nem do excesso de médicos dentistas, mas admito que esta iniciativa irá beneficiar particularmente os mais excluídos, principalmente para se praticarem os cuidados básicos de saúde oral. Já não considero fazer sentido prestar tratamentos muito complexos ou diferenciados. Mas é uma iniciativa que tem de ser muito bem pensada, levando em consideração muitos dos aspectos que referi. Deverá procurar não concorrer com a prática privada da profissão e deve ser mantido em funcionamento e, se possível, aumentar a abrangência do actual modelo do “cheque dentista”. Tenho plena confiança que, neste processo, a OMD conseguirá um equilíbrio entre a prática privada e o alargamento da presença dos médicos dentistas nos centros de saúde, com a experiência adquirida com os longos anos a defender esta integração.

Na qualidade Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, qual o contributo da sua Faculdade ao ensino da especialidade de Ortodontia?

Para responder a essa questão permita-me que vá um pouco mais longe e comece por enquadrar “A Ortodontia como Especialidade da Medicina Dentária”. Segundo a *World Federation of Orthodontics* (WFO), a Ortodontia é definida como “a área da medicina dentária que se preocupa com a supervisão, a orientação e a correcção das estruturas dento-faciais em crescimento ou já desenvolvidas, incluindo todas as condições que exijam o movimento dos dentes para a correcção das anomalias de posição e das más formações das estruturas que lhes estão relacionadas, bem como da adaptação das relações de posição e de dimensão entre os dentes e os ossos faciais através da aplicação de forças e/ou pela estimulação e redireccionamento de forças funcionais dentro da complexo craniofacial”. Neste âmbito, a reflexão sobre a definição de ortodontia concertada por todas as Sociedades Científicas dos países que pertencem à WFO é por si só elucidativa quanto à exigência de conhecimentos e ao grau de formação pós-graduada necessária a um especialista em ortodontia.

No sentido de criar saídas profissionais para os médicos dentistas, em 1990 o corpo docente do Serviço de Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (SOFMD-UP), através do seu primeiro Diretor, Prof. Doutor José Campos Neves, introduziu a primeira formação pós-graduada dentro da Medicina Dentária a nível nacional e também a primeira em Ortodontia, tendo desde logo como



Implantologia

O SEU KIT
IMPLANTMED
A PARTIR DE

2.995€



Made in
AUSTRIA

IMPLANTMED KIT 01
SEM LUZ
2º CONTRA-ÂNGULO

Motor Implantmed
Pedal de controle S-N1
Micromotor com cabo
2 Contra-ângulos WI-75 E/KM

2.995 €

POUPE
1.455€

IMPLANTMED KIT 04
COM LUZ
2º CONTRA-ÂNGULO

Motor Implantmed
Pedal de controle S-N1
Micromotor com cabo
2 Contra-ângulos WS-75 LG

3.495 €

POUPE
1.809€

**3 MESES GRÁTIS DE GARANTIA
ADICIONAL AO REGISTRAR OS SEUS
PRODUTOS W&H EM www.whiberica.es**

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



Coordenador o Prof. Doutor Afonso Pinhão Ferreira. Na altura iniciava-se a nível europeu o conhecido “Relatório final do Projecto Erasmus sobre os Cursos de Pós-Graduação em Ortodontia”, que aconselhava o desenvolvimento e estabelecimento de um *curriculum* mínimo de três anos de educação especializada, ao longo de 4800 horas, num propósito nivelador da diversidade, do tamanho e do conteúdo dos programas dos cursos já existentes. Tal intento pretendia, além disso, definir as normas para os países que tivessem ou planeassem formação pós-graduada em ortodontia. Essa foi a razão fundamental pela qual se optou desde logo pela formação intensiva ao longo de três anos e pela adopção de conteúdos programáticos de treino clínico e de uma carga horária do curso, adequadas às directrizes citadas.

Esta vertente de ensino pós-licenciatura vai de encontro ao facto de, hoje em dia, no nosso país - a exemplo da maioria dos países europeus - as duas primeiras especialidades oficializadas na OMD serem a Ortodontia e a Cirurgia Oral. Qualquer médico dentista pode tornar-se especialista nestas áreas, desde que cumpra as regras que constam nos Regulamentos de Atribuição dos Títulos de Especialidade (RATE) da OMD, entre as quais a obrigatoriedade de um ensino contínuo, integrado e devidamente regulamentado. Não podemos deixar de realçar que o SOFMD-UP foi em 1 de Abril de 2004, após ter sido sujeito a avaliação por uma Comissão de Acreditação nomeada pelo Colégio de Ortodontia da OMD, considerado como idóneo para o ensino da especialidade de ortodontia pelo Conselho Directivo da Ordem. Tal facto reconhece o esforço pedagógico e científico do corpo docente e atesta a sua qualidade formativa. O ensino da Ortodontia tem regras muito próprias e internacionalmente concertadas, as quais além da inerente exigência lhe conferem um estatuto diferenciado na área da saúde oral. Com toda a justificação, é defensável que as anomalias oclusais sejam corrigidas por aqueles que fazem publicamente prova de competência acrescida para o

“Hoje em dia são chocantes os custos da formação em medicina dentária. Proliferam os cursos de “fim-de-semana”, estágios clínicos e de especializações, transformados numa indústria que usufrui do excesso de estudantes e de médicos dentistas”.

desempenho da Ortodontia e que, como tal, são autenticados pelo órgão máximo da classe através do seu Colégio de Ortodontia (CO). O licenciado ou mestre em Medicina Dentária está legalmente habilitado ao exercício da Ortodontia e o especialista tem uma competência acrescida e reconhecida para a sua prática clínica, já que para isso tem de frequentar com aproveitamento um curso de pós-graduação universitário a tempo inteiro, durante três anos, e sujeitar-se ao julgamento dos seus pares em avaliação conhecida por exame de especialidade. Na atual orgânica, o SOFMD-UP é responsável pelo ensino pré-graduado e pós-graduado da Ortodontia e pela gestão da clínica de ortodontia. O Curso de Especialização consiste num curso intensivo de três anos, de acordo com o preceituado no “Relatório Final do Projecto Erasmus para os Cursos de Pós-Graduação em Ortodontia na Europa” e ainda de acordo com o Regulamento de Atribuição dos Títulos de Especialidade (RATE) e o Regulamento Interno do Colégio de Ortodontia da Ordem dos Médicos Dentistas (RICO). Até ao presente momento já foram ministrados nove cursos, com a formação de 38 pós-graduados em ortodontia, e está em funcionamento o 10º curso. O atual corpo docente do SOFMD-UP é constituído por

seis elementos que ministram as aulas de forma rotativa. Tenho o privilégio de trabalhar com um corpo docente em que todos são doutorados e especialistas em Ortodontia pela OMD. O Professor Catedrático Afonso Pinhão Ferreira, a Professora Associada com Agregação Maria Cristina Figueiredo Pollmann, e os Prof. Auxiliares Maria João Ponces, Saul Matos de Castro e Eugénio Martins. Juntos procuramos o estudo e a atualização, mantendo a equipa com qualidade e amizade.

Numa análise realista pensamos que o ensino da especialidade da ortodontia da FMDUP acompanha a evolução da corrente internacional e está atualmente preparado para se adaptar a novos conhecimentos e novas formas de ensino/aprendizagem. A reflexão sobre o produto deste trabalho só poderá ser encontrada nos conhecimentos científicos, clínicos e êxito profissional dos inúmeros Médicos Dentistas Pós-Graduados que se formaram nesta Faculdade. Continuaremos a tentar melhorar o que nos propusemos quando abraçamos a carreira académica, isto é, transmitir os nossos conhecimentos com idoneidade e dedicação, dentro dos parâmetros atuais da pedagogia e sentido do dever cumprido.

O que representou para si ter recebido o Prémio Figura do Ano na área da Ortodontia nos Prémios Saúde Oral 2015?

Ter recebido este prémio foi sem dúvida uma enorme honra e alegria e ao mesmo tempo uma grande surpresa. Aproveito a oportunidade para agradecer à Revista de Saúde Oral por esta iniciativa e aos membros do júri que me distinguiram, numa especialidade com a pujança da Ortodontia e que conta, nos seus membros, com inúmeros colegas de nível internacional. Para esta distinção pode ter ajudado o facto de exercer ortodontia em exclusividade há mais de 20 anos, com a inerente colaboração dos meus pares. Também os meus já numerosos cabelos brancos tiveram certamente a sua contribuição, o que reforça o meu muito obrigado aos colegas que me proporcionam este privilégio. 🌟

ANTEVISÃO XXV CONGRESSO OMD “O PROGRAMA CONCENTRA EM TRÊS DIAS O MELHOR QUE SE FAZ EM PORTUGAL E NO MUNDO”

De 10 a 12 de novembro, o Porto recebe mais uma edição do congresso da OMD. Falámos com Pedro Trancoso, presidente da comissão organizadora, sobre as novidades que estão a ser planeadas para este ano.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: OMD

Em 2016, o Congresso da OMD celebra 25 edições. Depois do ano passado a fasquia ter sido elevada com a realização do evento no MEO Arena, o que está a ser preparado para a edição deste ano na Exponor?

Realmente, a fasquia é elevada e tem vindo a ser elevada de edição para edição. Este ano, além de um programa científico de excelência e de uma Expo-Dentária maior que nas edições anteriores, estamos a preparar uma exposição que celebra as 25 edições do congresso e um jantar, aberto a todos os conferencistas mediante inscrição prévia, que antecederá a festa oficial do XXV Congresso da OMD. O jantar e a festa decorrerão na Alfândega do Porto. Pela primeira vez vamos juntar congressistas, órgãos sociais da OMD, expositores e conferencistas num evento que pretende celebrar a vitalidade da medicina dentária nacional.

A retrospectiva de edições anteriores, com vídeos partilhados no FB, faz parte da estratégia para a edição deste ano?

Sim, dado o simbolismo do congresso deste ano optamos por realizar vídeos com o testemunho de cada um dos ex-presidentes das comissões organizadoras dos anteriores congressos e com dirigentes da APMD - instituição que antecedeu a OMD - e que conhecem profundamente a história do congresso. Os vídeos estão a ser publicados nas redes sociais e contam, na primeira pessoa, a história de cada congresso da OMD. Por um lado ficamos com um registo histórico que permite a uns recordar os primórdios do congresso e, por outro, proporcionamos à maior parte dos colegas, dada a média de idades da classe,

o acesso a uma história que provavelmente desconhecem.

O que significa assumir o cargo de presidente da Comissão Organizadora? Significa uma imensa responsabilidade. O congresso exige que todas as suas vertentes

Espero que, no final dos três dias do congresso, os colegas regressem às suas casas com a sensação de que esses dias foram muito proveitosos do ponto de vista da sua formação profissional



se revistam de um enorme sucesso quer para congressistas, expositores, conferencistas e convidados. Se virmos a dimensão que o Congresso da OMD atingiu é fácil perceber que é necessário um trabalho intenso não só por parte do presidente da Comissão Organizadora, mas essencialmente por todos os colegas que a integram, assim como pelos membros da Comissão Científica, do Conselho Diretivo e colaboradores da OMD, que despendem do seu precioso tempo para que todos os anos o congresso tenha o sucesso que todos reconhecem.

Como vai tentar deixar o seu cunho na edição deste ano?

Tentando que esta edição seja maior que as anteriores, mas que, além disso, fique na memória de todos. Espero que, no final dos três dias do congresso, os colegas regressem às suas casas com a sensação de que esses dias foram muito proveitosos do ponto de vista da sua formação profissional, que tiveram a oportunidade de estar em contacto com as novidades da indústria e que ficaram com uma noção do que tem sido o percurso evolutivo do congresso. Do ponto de vista social, a realização do jantar associado à festa, na sexta-feira, vai permitir juntar colegas que ao longo do ano poucas vezes se encontram, conhecer novos colegas, estar em contacto com os conferencistas e com os órgãos sociais da OMD de uma forma informal.

Em termos de programa científico, quais as especialidades que vão estar em maior destaque?

O congresso da OMD foi e será sempre

um congresso generalista. Claro que existem sempre áreas do conhecimento que parecem ter mais destaque, como a implantologia ou a estética, mas se olharmos para o programa com atenção podemos ver que este cobre a quase totalidade das áreas da medicina dentária. Penso que esta visão, que as várias comissões científicas do congresso têm tido ao longo dos anos, é a mais adequada ao panorama da prática da medicina dentária em Portugal e que tem sido, em parte, a chave do sucesso deste evento.

Vão continuar a apostar em cursos *hands-on* ou vão haver outras novidades?

Os cursos *hands-on* têm conseguido captar a atenção dos médicos dentistas e, como tal, são uma aposta ganha. Este ano vamos manter o formato, mas temos estado a trabalhar no sentido de que esta oferta seja maior que nas edições anteriores.

Quantos conferencistas, nacionais e estrangeiros, vão estar presentes? Destaca a presença de algum conferencista em especial?

O programa científico apresenta um nível elevadíssimo. Estarão presentes 47 conferencistas nacionais e 17 conferencistas estrangeiros. É injusto destacar este ou aquele nome, pois irei sempre cometer injustiças para com os restantes, mas destacam-se conferencistas como Waldemar Polido, Federico Ferraris, Paulo Kano, Nigel Pitts, Walter Devoto, Mitsuhiro Tsukiboshi, Domingo Martín, entre outros. Posso com toda a certeza afirmar que, mais uma vez, se consegui um programa que concentra em três dias o melhor que se faz em Portugal e no Mundo.

Está previsto um reforço do número de lugares dos auditórios? Visto que o ano passado havia pessoas de pé em algumas salas?

Nunca se vai conseguir ter uma sala que permita acolher todos os congressistas se um número significativo destes optar por assistir a uma determinada sessão. De qualquer modo, e dado que o número de congressistas tem aumentado todos os anos, pareceu-nos sensato aumentar a

capacidade das salas. Assim, o auditório principal terá uma capacidade instalada de 1400 lugares e teremos um segundo auditório com a capacidade de 1000 lugares, isto além de mais dois auditórios com capacidade para 600 e 300 lugares. Contaremos, ainda, com três salas com capacidade para cerca de 100 pessoas cada, dedicadas às comunicações científicas, temas socioprofissionais e cursos *hands-on*.

E a nível do jantar do congresso, há alguma novidade este ano?

O jantar do congresso será, por si mesmo, uma novidade, uma vez que até aqui nunca esteve aberto à participação dos congressistas. Conseguimos, este ano, conjugar esforços para que num único espaço se realize um jantar, onde esperamos contar com a participação de cerca de 1500 pessoas, e a já tradicional festa do congresso. Gostava de realçar que a inscrição no jantar é obrigatória e implica o pagamento de um valor simbólico de 20€, valor este que se manterá até ao dia 20 de outubro, se fizer simultaneamente a inscrição no congresso. Como o ritmo de inscrições no congresso, com a opção de participação no jantar, está a crescer a bom ritmo, seria prudente que os colegas se inscrevessem o quanto antes sob pena de não termos capacidade para todos os interessados.

Ainda é a Expo-Dentária que atrai visitantes ao congresso da OMD ou é definitivamente a excelência do programa científico?

Não tenho muitas dúvidas que o principal motivo do elevado número de inscrições no congresso é a excelência do programa científico. Isto faz com que em três dias se concentrem, num único espaço, um número não alcançado em nenhum outro evento nacional de médicos dentistas, estudantes e outros profissionais de saúde. É uma oportunidade única para a indústria estabelecer um contacto próximo com o seu público-alvo, daí que se verifique que, de ano para ano, exista uma vontade expressa da indústria em estar presente na Expo-Dentária. Claro que a participação dos expositores tem permitido ao congresso não só manter,

mas aumentar a qualidade do evento. É esta conjugação de fatores que faz do congresso da OMD o maior evento de medicina dentária da Península Ibérica.

Está prevista alguma novidade na Expo-Dentária, para atrair ainda mais visitantes a este espaço? Algo como uma *black Friday* a nível de equipamentos, por exemplo?

A grande novidade é mesmo o aumento da área de exposição em 1900m² em relação à edição de 2014 que se realizou na Exponor. O que corresponde a 401 espaços de exposição, quando em 2014 eram 345. Também privilegiamos a relação auditórios/Expo-Dentária, com a circulação dos congressistas a ser feita quase exclusivamente através da Expo-Dentária. Esta alteração beneficia os expositores, uma vez que proporciona um contacto ainda mais frequente com todos os visitantes, e os próprios congressistas, uma vez que conseguimos reduzir as distâncias entre os vários pontos num espaço tão grande como o do congresso. Todas as ações comerciais são da inteira responsabilidade dos expositores, por isso não cabe à Comissão Organizadora estabelecer eventos como o mencionado.

Qual a mensagem que gostaria de deixar aos médicos dentistas que nunca foram a um Congresso da OMD ou que estão a pensar ir pela primeira vez?

Gostava de aproveitar a oportunidade para convidar todos os médicos dentistas, estudantes de medicina dentária e outros profissionais a estarem presentes, em novembro, na Exponor. Todos os que já participaram sabem que podem esperar um congresso que supera expectativas todos os anos. Os que nunca participaram terão a oportunidade de investir na sua formação contínua, com um painel de conferencistas de renome nacional e internacional, de usufruir de um contacto próximo com as novidades técnicas e tecnológicas disponibilizadas pela indústria, e de uma excelente oportunidade para travar conhecimento com colegas e criar redes para além da componente social que é sempre um sucesso. 🍷

FAMÍLIA **CS 8100**

GRANDES RESULTADOS NO MÍNIMO DE ESPAÇO

Com a **Família CS 8100**,
deixe para trás a digitalização
de grandes dimensões,
lenta e desconfortável.



EXTRAORAL
IMAGING

MADE EASY FOR YOU

O espaço é importante em qualquer clínica – por isso, a Carestream Dental garante que nunca terá de sacrificar o tamanho pela capacidade. A família CS 8100 combina a mais avançada e sofisticada tecnologia de aquisição de imagens com sistemas simples e compactos. A aquisição de imagens panorâmicas, cefalométricas e 3D nunca foi tão fácil.

Visite-nos em carestreamdental.com



PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2016 CELEBRAÇÃO DA EXCELÊNCIA NA MEDICINA DENTÁRIA

Gil Alcoforado foi o grande vencedor da noite ao ser distinguido com o Prémio Especial Carreira na cerimónia de entrega dos Prémios Saúde Oral 2016 que decorreu a 29 de setembro no Hotel Cascais Miragem.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Afonso Costa

A iniciativa, da responsabilidade da revista Saúde Oral e do Grupo IFE, contou com a abertura a cargo de Bruno Seabra, presidente da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária, que aproveitou a ocasião para sublinhar a importância de eventos que reconheçam a excelência da medicina dentária em Portugal.

A cerimónia, que já vai na sua 7ª edição, começou como é hábito com a entrega dos Prémios Produto às empresas que mais se destacaram

nas mais variadas áreas. Seguiu-se a entrega dos Prémios Clínicos, da responsabilidade de um júri nomeado pela revista Saúde Oral e que este ano contou com as presenças de Pedro Rabaço, porta-voz do júri, Isabel Póiares Baptista, Alexandre Cavalheiro, João Paulo Tondela, Hugo Costa, Maria Teresa Xavier e Sandra Gavinha.

Pedro Rabaço explicou em detalhe como decorreu a reunião do júri, a que se seguiu a entrega dos troféus aos vencedores nas várias áreas. Destaque

ainda para o Prémio Solidariedade Social que este ano foi entregue ao departamento de Higiene Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Fátima Bizarra recebeu o prémio e destacou o trabalho feito em instituições que acolhem pacientes com deficiências.

O momento alto da noite aconteceu com a entrega do Prémio Especial Carreira a Gil Alcoforado. O médico dentista, que em 2012 tinha sido distinguido com o prémio Figura



Luís Guerreiro com António Moutinho e Gil Alcoforado



Rui Montellano com Dárcio Fonseca e Carla Fonseca



Nuno Costa Santos com André Cabral



Bruno Seabra



Maria da Luz Ferreira com o marido



do Ano na Área da Periodontologia, agradeceu o prémio ao júri e confessou ainda não estar preparado para “calçar

as pantufas”, pois ainda tem muitos desafios pela frente. Visivelmente emocionado, Gil Alcoforado aproveitou a ocasião para agradecer aos pais, presentes na cerimónia, e para deixar uma palavra de agradecimento a colegas e alunos. Para o médico dentista, mais importante do que receber o próprio prémio é assistir ao sucesso de médicos dentistas que foram seus alunos, caso de Paulo Mascarenhas, que na mesma noite foi distinguido com o prémio Figura do Ano na Área da Periodontologia. 🍷

PRÉMIOS PRODUTO



Melhor Marca de Implantes:
NobelZygoma - Nobel Biocare Portugal, S.A.



Melhor Design Clínicas Dentárias:
MedSUPPORT - Projeto: Clínica Costa Barbosa



Melhor Dentífrico: **Parodontax - Pasta Dentífrica Extra Fresh - GlaxoSmithKline Consumer Healthcare**



Melhor Escova: **Elgydium Clinic - Escova Sensitive - Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Portugal, Lda.**



Melhor Colutório - Sensodyne: **Elixir Cool Mint para dentes sensíveis - GlaxoSmithKline Consumer Healthcare**



Melhor Medicamento: **Spidifen 600 mg - Zambon - Produtos Farmaceuticos, Lda**



Melhor Anestésico:
Lidonostrum Bomba-Spray - Sidefarma, S.A.



Melhor Unidade Dentária: **SD 730 ANCAR - Antoni Carles, S.A.**



Melhor Software Clínico:
Novigest - Tactis - Serviços Informaticos, Lda



Melhor Consumível:
Philips ZOOM - ZOOM White Speed - SDS, Lda.



Projecto Inovação Produto: **ELEMENTSFREE - Kerr**



Projecto Inovação Investigação: **Biodisco para Articulação Temporomandibular - David Ângelo**

OBRIGADA, OBRIGADA!

Pelo seu duplo voto de confiança na GSK.



Agradecemos a todos os Profissionais de Saúde Oral por confiarem nos nossos produtos e pela dupla distinção nos Prémios Saúde Oral 2016.

Juntos, conseguimos criar mais sorrisos saudáveis em Portugal!



PRÉMIOS CLÍNICOS



Figura do Ano na área da Ortodontia: **Francisco Vale**



Figura do Ano na área da Implantologia: **João Caramês**

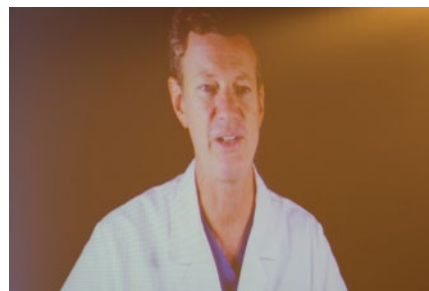


Figura do Ano na área da Endodontia: **Jorge Martins**



Figura do Ano na área da Periodontologia: **Paulo Mascarenhas**



Figura do Ano na área da Oclusão: **André Mariz de Almeida**



Figura do Ano na área da Prosthodontia: **José Carracho**



Figura do Ano na área da Reabilitação Ora: **Jorge André Cardoso**



Figura do Ano na área da Odontopediatria: **Ana Coelho**



Figura do Ano na área da Higiene Oral: **João Pedro Ferreira**



Figura do Ano na área da Dentisteria: **Joana Garcez**



Figura do Ano na área de Técnicos de Prótese: **Avelino Santo**



Prémio Solidariedade Social:
FMDUL - Departamento de Higiene Oral, Fátima Bizarra



Prémio Especial Carreira: **Gil Alcoforado**

ODONTOPEDIATRIA MEDICINA, TECNOLOGIA E EMOÇÃO EM PROL DA SAÚDE ORAL PEDIÁTRICA

Um ano após o reconhecimento da especialidade pela Ordem dos Médicos Dentistas, a Odontopediatria ocupa um espaço cada vez mais importante nas clínicas dentárias por todo o país. Fomos ao encontro dos médicos dentistas que se dedicam a esta área para perceber como tem evoluído e quais as principais apostas.

Texto: Cláudia Pinto



“Não basta gostar de crianças e achar-lhes graça... há que ser realmente efetivo.”

As palavras de Ana Luísa Costa, médica dentista e professora universitária, Figura do Ano em Odontopediatria nos Prémios Saúde Oral 2014, ilustram a necessidade de levar a saúde oral pediátrica a sério.

“Trata-se de uma área fundamental que, apesar de desafiante, acarreta uma exigência clínica imensa, sobretudo em termos de abordagem comportamental do paciente. Transmito muito esta noção aos meus alunos. Pela faixa etária adstrita representa momentos de intervenção nos quais se torna muito importante sublinhar boas práticas em saúde oral precocemente instituídas, decisivas em idade adulta. Por outro lado, cabe ao odontopediatra um papel basilar no encarar da consulta de Medicina Dentária como algo agradável, frutífero e não necessariamente desagradável e doloroso, conforme considerado com muita frequência.” Uma missão que cativa cada vez mais médicos dentistas.

Pequenos grandes desafios

Associada por excelência às crianças, a Odontopediatria abrange também a saúde oral de jovens, grávidas e pessoas com necessidades especiais. “Esta área da

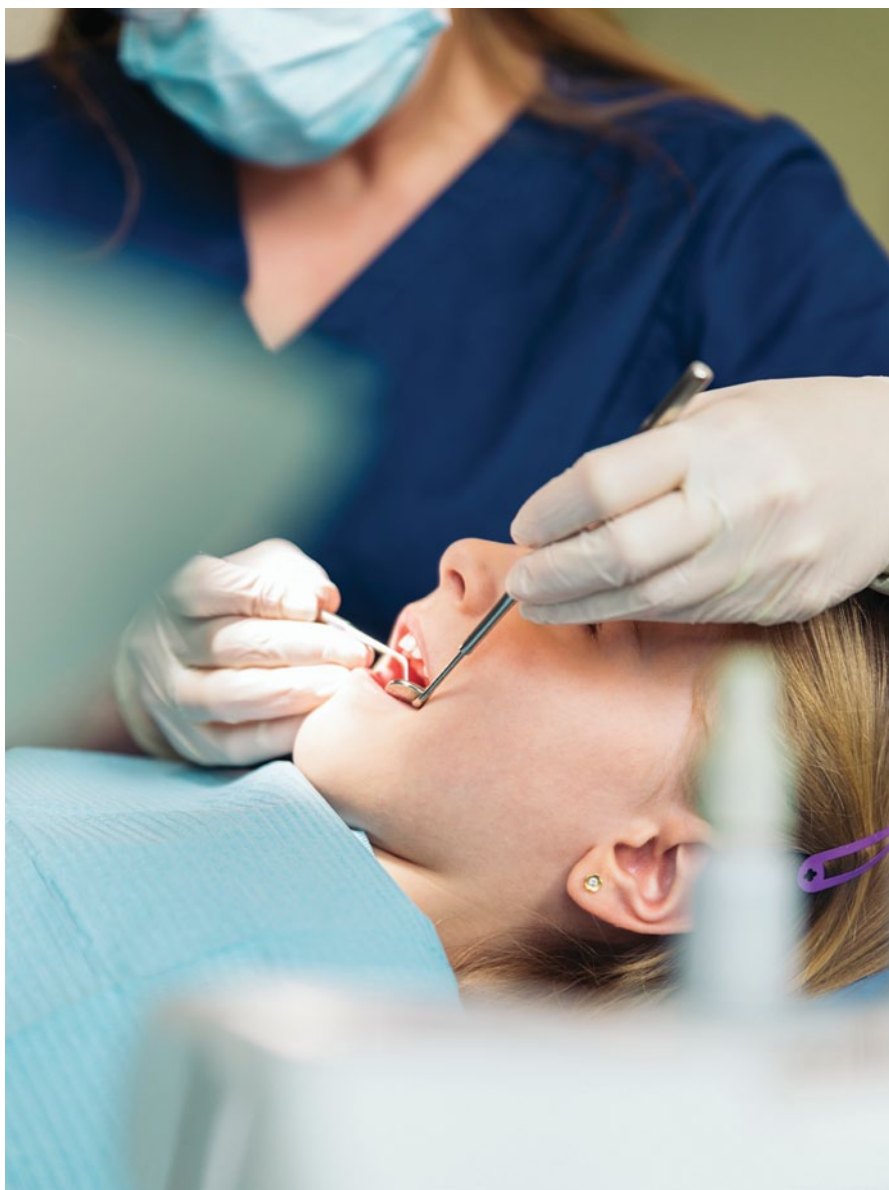
Medicina Dentária inclui uma variedade de disciplinas, técnicas, procedimentos e aptidões que compartilham uma base comum com outras áreas da medicina dentária, mas são modificadas e adaptadas às necessidades peculiares de crianças, adolescentes e pessoas com necessidades especiais”, afirma Viviana Macho, médica dentista especializada em Odontopediatria. “A criança tem de ser vista como um ser que se encontra em constante desenvolvimento e que apresenta características anatómicas, fisiológicas e psicológicas e que lhe são próprias e diferem das dos adultos. Uma criança não é um adulto em miniatura.

Desta forma, um odontopediatra deve ter conhecimentos específicos e conhecer as técnicas atualizadas mas, além disso, é responsável por orientar, educar, motivar e acompanhar o paciente, dando ênfase à prevenção, permitindo o desenvolvimento adequado do sistema estomatognático da criança.”

O impacto da odontopediatria

ultrapassa os procedimentos realizados na própria consulta, uma vez que permite criar uma relação positiva entre médico-paciente desde cedo, implementar bons hábitos de higiene e prevenção da saúde oral e detetar precocemente

eventuais problemas, como a maloclusão ou as cáries dentárias. De acordo com as estatísticas do estudo *Dental Caries and Sealant Prevalence in Children and Adolescents in the United States, 2011–2012*, cerca de 23% das crianças com idades entre os dois e os cinco anos tem já cáries nos dentes decíduos e, no que respeita aos dentes definitivos, 21% das crianças na faixa etária dos seis aos 11 já apresenta este problema. Na clínica onde exerce Odontopediatria, é com frequência que Cristina Mourinho recebe pacientes “entre os quatro e os seis anos, e deveria ser bem mais cedo. A maioria das vezes com dor pela cárie ou por trauma (quedas)”. Apesar da crescente sensibilização por parte dos pais, do “volume de informação facilmente acessível e da preocupação relacionada com a educação em saúde oral, persistem muitas situações limite, com bocas completamente devastadas em idades muito precoces, com todas as consequências inerentes comumente reconhecidas”, alerta Ana Luísa Costa, médica dentista com prática exclusiva em Odontopediatria e professora na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. É, por isso, “fundamental



“Com a evolução dos smartphones, tablets e wearables, a tecnologia está impregnada no nosso quotidiano e é preciso “surfear” a onda. Já se vê a preocupação que algumas clínicas têm de ter cadeiras dentárias pediátricas, televisões no teto...”

Vítor Brás

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 84^a Edição: **23-24-25 Março 2017**



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



+34 91 554 10 29



www.ortocervera.com



cursos@ortoceosa.com

“Em termos de relevância, evolução e aposta na área, tem sido crescente e tendencialmente valorizada, o que nos predispõe a um patamar de excelência quando comparados com outros países europeus”
Ana Luísa Costa

que se insista na obrigatoriedade da realização da primeira consulta de Odontopediatria pelo menos até aos três anos de idade da criança (o que ainda não se verifica na maioria dos casos, embora muitos Pediatras e Médicos de Medicina Geral e Familiar já o recomendem); que a escovagem dentária seja cumprida, sempre que não existam óbvias condicionantes, nos estabelecimentos de ensino, de acordo com as recomendações em vigor; e que as grávidas recebam obrigatoriamente, de forma organizada, nos serviços competentes, além de cuidados orais, formação específica acerca dos cuidados preventivos no bebé.”

A imprevisibilidade do comportamento da criança é apontada como o principal desafio em Odontopediatria. “Enquanto no adulto conseguimos pelo comportamento e discurso perceber como encara a consulta; numa criança os vários estudos de psicologia mostram que existe uma quantidade significativa de variáveis que determinam a cooperação da criança: idade, género, meio social, até a hora da consulta. Por vezes, a maior dificuldade reside na maturidade da criança, na idade ou até mesmo no estilo parental dos pais”, explica Vitor Brás, o médico dentista e cirurgião oral na Clínica Morgado da Póvoa. O controlo do comportamento do paciente infantil na clínica dentária

PANORAMA NACIONAL: O QUE FALTA MUDAR?

Médicos dentistas apontam os próximos passos em Odontopediatria em Portugal

Na clínica

Vitor Brás, médico dentista, alerta para o facto de a Comunicação e Marketing serem “quase desprezadas por certos profissionais” e exemplifica: “Páginas de Facebook geridas por funcionários da clínica que, da melhor forma que sabem, partilham artigos avulsos da internet sobre Medicina Dentária; na clínica têm os folhetos da OMD ou posters gastos sobre a evolução da cárie dentária.” Na sua perspetiva é preciso “mudar o *mindset* do médico dentista comum. Há quem tenha dificuldade em encarar a saúde como um negócio. Não defendo campanhas agressivas de ‘retomas de prótese’ ou no restauro de um dente oferecer o segundo, mas que se usem ferramentas como o Marketing Sensorial, Branding Digital ou *Client Relationship Management*. Grande parte dos meus colegas ou nunca ouviu estes termos ou não está ciente do impacto que podem ter na sua clínica.”

Na universidade

“Registo uma evolução tendencialmente positiva, com um interesse formativo crescente na área. Para este facto terá provavelmente contribuído o surgimento da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria e, mais recentemente, o processo de criação desta especialidade pela OMD”, afirma Ana Luísa Costa, segunda a qual “nos devemos orgulhar, de uma forma geral, da qualidade da nossa formação, também nesta área concreta da Medicina Dentária, com reflexos diretos na qualidade dos tratamentos que prestamos. Falta-nos, porém, no nosso país, uma maior oferta de formação pós-graduada de reconhecido mérito, levando a que muitos colegas, tendo essa possibilidade, a recorrer a outros países.”

Na sociedade

Na opinião de Cristina Mourinho, é necessário mais divulgação: “Muitos pais só procuram o médico dentista quando a criança tem dor, poucos são aqueles que encaram a dentição de leite igual à definitiva de modo a preservar a dentição a evolução natural da sua esfoliação (perda).” Além da realização da primeira consulta prévia à erupção dos primeiros dentes, Viviana Macho defende a sensibilização dos portugueses para que “a primeira visita ao odontopediatra ocorra na gestação”. Apesar de existir “o cheque-dentista da grávida ainda persiste o preconceito que a grávida não pode fazer tratamentos dentários, por isso considero fundamental alterar esta mentalidade. Os meios sociais, juntamente com o médico e o enfermeiro de família, devem realçar que a saúde oral é importante na saúde em geral e reforçar que uma não existe sem a outra”, realça.

é fundamental para a realização do tratamento dentário”, declara Viviana Macho, exemplificando: “A falta de cooperação durante a consulta dentária é justificada pelo medo e desconforto na cadeira do médico dentista, além de experiências anteriores, diretas ou indiretas, traumáticas. A necessidade de um conhecimento básico de psicologia e

a aplicação de técnicas adequadas para o controlo do comportamento do paciente são importantes e necessárias para o sucesso na relação médico dentista – pacientes no tratamento dentário.”

Clínicas High-tech

Tornar a ida ao dentista numa experiência positiva e integrá-la como uma rotina



de cuidados de saúde para a vida é a preocupação tem levado cada vez mais médicos dentistas a investir na criação de espaços próprios para os mais novos e numa abordagem mais apelativa. Foi a aposta da MD Clínica, como exemplifica Cristina Mourinho, médica dentista com prática exclusiva em Odontopediatria e Ortodontia em crianças e adolescentes: "a MD Kids abrange uma sala de espera atrativa, equipada com brinquedos, TV, Playstation, livros, tal como gabinetes adaptados aos mais pequenos, com a melhor tecnologia de diagnóstico e com televisão e música. Apostámos também numa equipa médica de Odontopediatria todos os dias da semana. A sala de espera equipada permite que o tempo de espera pelas consultas seja passado de forma mais rápida e agradável. A televisão e a música no gabinete levam também ao relaxamento e distração das crianças permitindo ao médico efetuar os tratamentos de forma mais tranquila. O balanço é bastante positivo pois conseguimos responder de forma mais rápida às necessidades dos pequenos pacientes e abranger um maior número de pacientes."

A aposta na tecnologia não se limita o bem-estar do paciente, engloba também os tratamentos e dispositivos médicos e até a forma de comunicar. "O paciente não quer uma consulta, mas sim uma experiência" é a visão de Vítor Brás, que "culminou em querer inovar e construir uma clínica visualmente apelativa, com técnicas de Marketing Sensorial que já são aplicadas na indústria de retalho e também com equipamentos que acabassem com certos preconceitos (medo da agulha, som da broca...)." Uma das inovações introduzidas são os óculos multimédia, que "na Clínica Morgado da Póvoa todos (pequenos e graúdos) utilizam para ver um concerto ou filme durante a consulta e a anestesia (que foi talvez o melhor investimento)". Aproveitando o potencial do mundo digital, Vítor Brás implementou uma abordagem próxima dos clientes e pacientes, mais à escuta das suas necessidades e expectativas: "Faço questão de interagir com a minha audiência online, escrevo um blogue no nosso site, partilho imagens da clínica e do trabalho desenvolvido, respondo a mensagens e e-mails com dúvidas de pacientes e potenciais pacientes". Uma opção que pode também trazer vantagens do ponto de vista estratégico para

NOVIGEST

O SEU ALIADO ESTRATÉGICO NA GESTÃO

2016



VENCEDOR

Software
Clínico

PRÉMIOS SAÚDE ORAL

OBRIGADO
PELA
CONFIANÇA



CLÍNICA



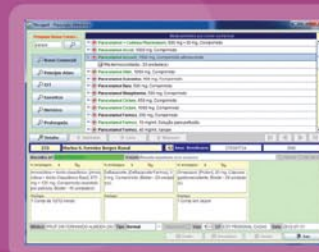
GESTÃO



ANAMNESE



PERIO



PRESCRIÇÃO



FATURAÇÃO



TACTIS

serviços informáticos
www.tactis.pt

✉ geral@tactis.pt

☎ +351 220 163 968



uma clínica. “Com base no que aprendi e continuo a ler sobre Neurociência e Marketing e as estatísticas da minha página de facebook e site, sei que são as mulheres quem mais procura e vê as minhas publicações online e são as mulheres que, no contexto familiar, decidem sobre a que médico recorrer. Assim, a minha comunicação incide mais no público feminino que mais facilmente criará heurísticas sobre a minha clínica”, descreve, reconhecendo que “boa parte da comunicação online incide na Odontopediatria, contudo o principal foco é no lado emotivo da Medicina Dentária e não no que é puramente técnico ou racional.”

Avanços e Oportunidades

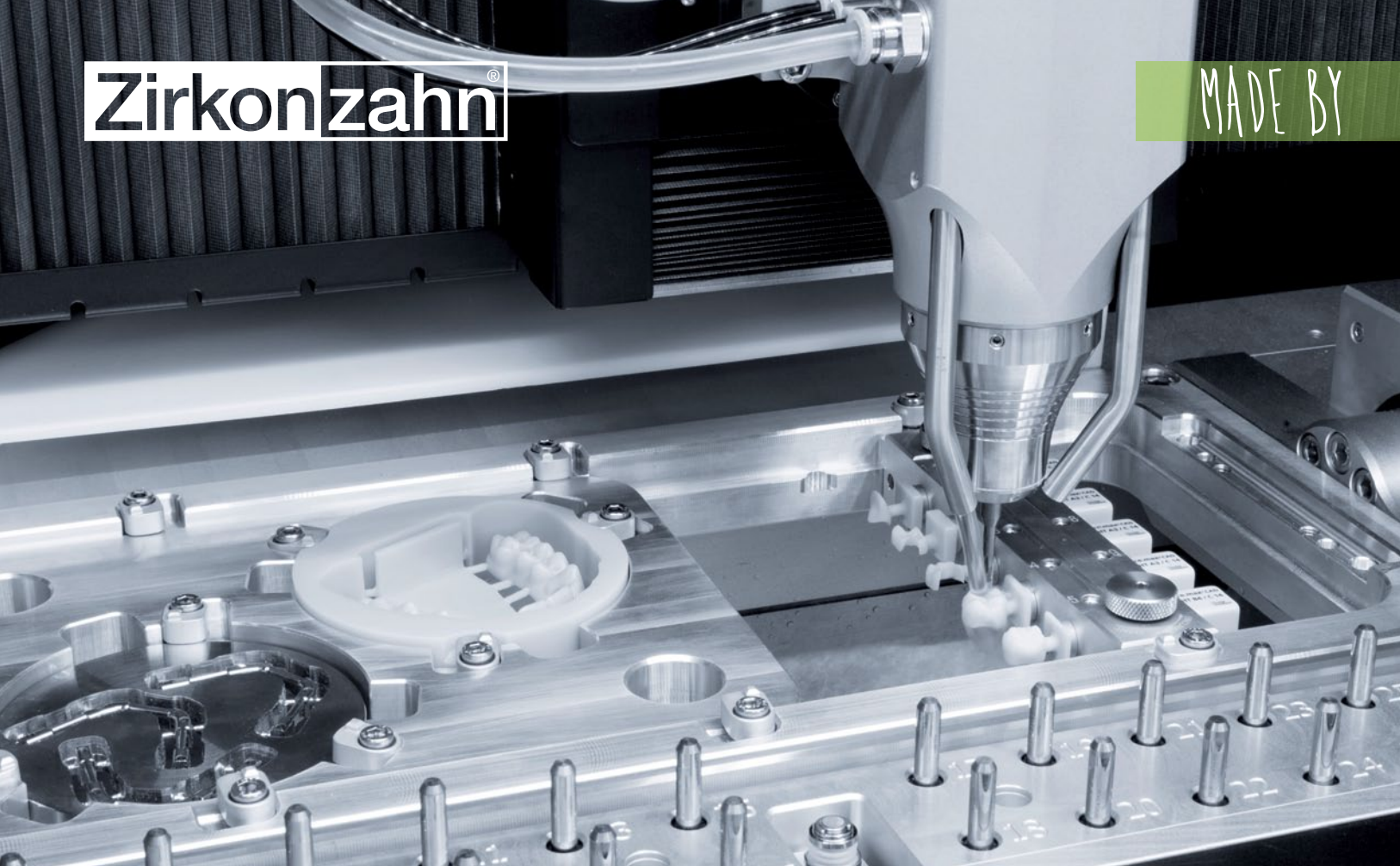
“A Odontopediatria possui um mercado de trabalho em expansão, devido ao fato de estar integrada com todas as áreas da medicina dentária. Os maiores avanços ocorreram no controlo de comportamento, na orientação e

“É muito gratificante chegar ao fim dos tratamentos dentários e ver uma criança, que antes nem entrava no consultório, ficar triste porque a próxima consulta para controlo do seu estado de saúde oral será daí a seis meses. É um desafio que não tem preço.”

Viviana Macho

educação relativamente aos hábitos orais, no diagnóstico precoce, nas técnicas preventivas e restauradoras, de modo a executar intervenções mínimas”, destaca Viviana Macho. “Cada vez mais existem consultórios especializados com equipamento mais específico para o tratamento destes pequenos pacientes. O importante é que cada vez mais o tratamento dentário é possível na cadeira dentária, não sendo necessário recorrer a anestesia geral.” A aplicação de selantes como método preventivo de cáries, prática comum em Odontopediatria, viu recentemente reiteradas as suas vantagens num estudo publicado na revista *Pediatric Dentistry*, segundo o qual esta técnica pode reduzir até 80% o risco de cárie dentária nos molares definitivos.

Na opinião de Vítor Brás, a aposta crescente “numa Medicina Dentária especializada e em planos de tratamento multidisciplinares traz como vantagem, não só em Odontopediatria, um atendimento que vai mais de encontro



Mesa de trabalho com diferentes tipos de suportes

M4 WET HEAVY METAL

MULTI-TALENTOS

- Com tecnologia de fresagem simultânea de 5+1 eixos
- Para o processamento em zircónio, resina, cera, madeira, metal sinterizado, cromo-cobalto, titânio assim como blocos pré-fabricados de titanium abutment (Raw-Abutment®), blocos de pontes pré-fabricados (Bridge-Rod), cerâmica de vidro e compósito.
- Com uma área de fresagem particularmente grande (39 x 17 cm) adequa-se especialmente à produção em massa de até 10 modelos ou 20 arcadas completas.
- A funcionalidade de troca de ferramentas e o depósito de ferramentas permitem a troca de até 32 brocas.
- Podem-se usar diferentes suportes: 2- e 4-Blank-Plate, Raw-Abutment® Holder, Bridge-Rod Holder, Glass Ceramics Holder.
- Todos os materiais necessários à produção de uma restauração dentária completa (tal como Raw-Abutments®, cerâmica de vidro, metal, resina) podem ser processados num único processo de fresagem.

EXPERIMENTE-A AO VIVO NA
EXPO-DENTÁRIA EM PORTUGAL
STAND 321/322
10.11 – 12.11.2016





às necessidades específicas do paciente pediátrico”. Na sua clínica e nos tratamentos pediátricos recorre-se à técnica “QuickSleeper® (SinusMax), que não dói e não provoca dormência”, exemplifica. No caso da Clínica MDKids, a existência de um corpo clínico e equipamento completamente dedicado aos mais pequenos alia-se, como descreve Cristina Mourinho, a “tratamentos dentários com possibilidade de utilização de técnicas auxiliares (controle de comportamento, sedação consciente com protóxido de azoto, anestesia geral). Nestas consultas identificamos possíveis maloclusões com a possibilidade da sua correção através de vários tratamentos de acordo com o tipo de problema dos pacientes: ortodontia intercetiva, a ortopedia facial, ortodontia com os aparelhos convencionais fixos e o sistema Invisalign Teen®, um sistema inovador específico para a dentição mista e definitiva nos adolescentes, que consiste em mover os dentes de um modo

gradual e previsível sem a necessidade de utilizar brackets e arcos, através de alinhadores removíveis, permitindo uma melhor higiene oral, um tratamento mais confortável sem restrições alimentares e bastante estético.”

Na perspetiva de Ana Luísa Costa, “os avanços vão sendo comuns a outras áreas da Medicina Dentária, com ênfase para o facto de que, muitas das vezes, o que é aplicado nas crianças em termos técnicos/materiais/equipamentos quase sempre resulta de uma ‘adaptação’ do que é originalmente idealizado para os adultos. E as diferenças existem, não sendo apenas uma questão de dimensão das estruturas orais...” “Em termos de evolução, “a tendência parece assentar, no meu ponto de vista, em soluções idealmente menos invasivas, passivas de aplicação precoce, respeitadoras da anatomia e fisiologia infantis, com destaque para técnicas regenerativas e desenvolvimento de materiais de inquestionável biocompatibilidade”,

comenta. Tomando como ponto de partida a noção de que as crianças de hoje serão os adultos de amanhã, a evolução da Odontopediatria passa também pela compreensão da sua relevância. De acordo com Cristina Mourinho, “a integração da saúde oral na saúde geral é um objetivo importante que deve ser cumprido, uma vez que as relações encontradas entre as doenças da cavidade oral e as doenças sistémicas são cada vez maiores. O pediatra tem um papel fundamental no aconselhamento da criança à consulta de medicina dentária, de modo a que haja a promoção da saúde oral e a prevenção das patologias mais frequentes, nomeadamente a cárie dentária e as maloclusões. Sabe-se hoje que muitos tratamentos de longa duração e com elevado custo realizados durante a adolescência e a jovens adultos poderiam ser evitados apenas com medidas preventivas na 1ª infância, revelando a importância da colaboração entre pediatra, família e o Odontopediatra.”

ANTÓNIO SOUSA, COUNTRY SALES MANAGER DA ANCAR PORTUGAL “NÃO SOMOS UMA MARCA DE UMA SÓ VENDA”

A espanhola Ancar está há 25 anos no mercado nacional, pelas mãos de António Sousa. E apesar da vinda das marcas chinesas e do ruído que provocou no mercado, a Ancar não vacila. Não quer vender uma cadeira a um profissional. Quer vender muitas cadeiras ao mesmo profissional. “Queremos acompanhá-lo na sua vida profissional”. E, por isso, garantem apostar na qualidade, durabilidade e ergonomia dos seus equipamentos.

Texto: Susana Marvão Fotos: Ricardo Meireles

Há 25 anos que António Sousa é o “rosto” da Ancar no nosso país. Mas se, hoje, a marca espanhola tem já um amplo portfólio de unidades de tratamento, cadeiras e carrinhos dentários, há 25 anos a realidade era um pouco distinta. E o que António Sousa tinha para vender era... uma cadeira. Um único modelo. “Era a Cadi. E ficou famosa porque, na altura, veio revolucionar o mercado. Não havia muitos equipamentos em alumínio fundido pelo que, quando este modelo apareceu ganhávamos os clientes pela resistência do equipamento. Mas realmente era redutor porque só tínhamos mesmo aquele modelo”, contou à SAÚDE ORAL o *country sales manager* de Portugal.

Uma cadeira é muito mais do que uma cadeira

E se, antes, uma cadeira não deixava de ser apenas uma cadeira hoje isso já não se aplica ao mercado, às empresas, aos fornecedores e aos próprios médicos dentistas. Quer porque o design é já exigido e exigível, mas sobretudo a ergonomia é obrigatória. “A cadeira tem de se adaptar ao profissional. Estamos a falar de um equipamento que o médico utiliza oito horas por dia. É cansativo. Se não corresponde ao modo de trabalhar do médico não faz sentido”. De resto, a ergonomia é algo que as marcas europeias, não só a Ancar, mas a generalidade da sua concorrência tem canalizado substanciais investimentos. Mas a concorrência da China veio alterar as regras do jogo. “Não existe ergonomia, não são minimamente resistentes... Basicamente porque não criam, limitam-se a copiar”. E também o preço é bastante distinto. Numa altura em que economicamente os recursos são mais escassos e controlados, estas marcas asiáticas acabam por ganhar algum espaço.



Para António Sousa, o problema é que o dentista não tem capacidades inatas de gestão. E quando vai fazer a aquisição do produto não olha para muitas das valências que o *country manager* admite terem de ser prioritárias aquando da compra. “Muitas vezes não têm esse conhecimento, nem sensibilidade porque a especialidade deles não é essa. Se olham para um equipamento que custa 15 mil e a 8 mil que vai fazer o que ele precisa para o dia-a-dia... O problema é que uma cadeira de 15 mil tem uma durabilidade de mais de dez anos e uma de 8 mil tem de quatro anos. Se fizermos as contas à amortização do investimento, compensa efetivamente comprar a mais cara. Além de todos os outros aspetos que já falamos, como ergonomia e qualidade”.

Mais difícil vender a jovens dentistas

Com este cenário torna-se mais difícil vender a jovens dentistas que estejam a montar o primeiro consultório. “É verdade que é muito mais fácil negociar uma unidade de tratamento com quem já está no mercado do que quem está no início da atividade. Quem está no mercado já tem noção destas questões de amortizações e das necessidades que tem na sua profissão, da importância que este equipamento tem na sua vida.” Hoje, António Sousa diz honestamente aos seus clientes

que, se quiserem gama baixa, a Ancar simplesmente não tem. “Não é o nosso foco. Posicionamo-nos na faixa média-alta”.

Em termos geográficos, a Ancar faz a cobertura nacional. “Já tivemos mais agentes, mas este não é um mercado fácil. Tenho 37 anos de mercado e é muito específico, os comerciais têm de estar preparados para vender este tipo de equipamentos. Houve uma fase em que havia muita gente no mercado que não sabia muito bem o que andava a fazer. Hoje não, até porque as próprias fábricas facultam todo o tipo de apoio. A Ancar dá-nos cursos técnicos e comerciais. Como agente já fomentei esses cursos em Portugal porque é fundamental que quem ande na rua saiba o que anda a vender. O argumento somos os melhores e temos as cadeiras mais bonitas já não basta.”

Aliás, António Sousa vai mais longe. Acredita que um bom profissional não só conhece o produto que vende, como a pessoa a quem o vai vender. “Um pequeno exemplo: há dentistas que trabalham nas costas da cadeira. Há dentistas que trabalham na lateral. A cadeira já tem de ser diferente. Muitas vezes não se fala nisto, mas claro que há equipamentos que se adaptam melhor a uma situação do que a outra. Muita gente não sabe e depois não entendem porque é que não se adaptam a determinados modelos”. O responsável admite que um bom negócio é claramente aquele em que o profissional se sente perfeitamente ajustado à compra. “Até porque queremos que da próxima vez que ele precise renovar a sua cadeira ou que amplie a sua atividade nos volte a contactar. Não somos uma marca de uma só venda. Somos uma marca que quer acompanhar o médico por todo o seu percurso profissional. E queremos que nos recomende a colegas.” 🌟

A EFICÁCIA DO DISPOSITIVO INTRAORAL DIA NO TRATAMENTO DA SAHS GRAVE E MODERADA EM PACIENTES SEM ADERÊNCIA AO TRATAMENTO COM CPAP

EDUARDO ANITUA

1MD, DDS, PhD, Eduardo Anitua Foundation, Vitoria, Espanha.

Correspondência:

Dr. Eduardo Anitua
C/ Jose Maria Cagigal 19,
01007 Vitoria,
Spain

Resumo

A síndrome de apneia-hipopneia do sono (SAHS) é um problema crescente com graves consequências para a saúde das pessoas que padecem desta doença. O tratamento com melhor relação custo-eficácia nos casos graves é a pressão positiva contínua na via aérea superior (CPAP). No entanto, este tratamento não está isento de inconvenientes que produzem uma má aderência ao tratamento por parte de alguns pacientes. Nesses casos, os dispositivos de avanço mandibular (DAM) podem ser a primeira linha de tratamento. Existe a necessidade de avaliar a eficácia dos DAM neste tipo de pacientes. Como tal, o objetivo deste trabalho é avaliar a eficácia de um dispositivo intraoral para o tratamento da SAHS grave e moderada.

Material e métodos

Para avaliar a eficácia do novo dispositivo intraoral (DIA, BTI Biotechnology Institute, Vitoria, Espanha) foram avaliados retrospectivamente pacientes com a síndrome de apneia-hipopneia do sono (SAHS) grave e moderada tratados com este novo dispositivo. A magnitude do avanço mandibular foi monitorizada com o BTI APNiA (BTI Biotechnology Institute, Vitoria, Espanha) para determinar o avanço mandibular mais eficaz na redução do IAH,

tendo sido realizados controlos semanais. Depois da titulação, os pacientes foram monitorizados durante um ano.

Resultados

Nos pacientes com SAHS grave foi possível conseguir com o novo dispositivo intraoral (BTI DIA) uma diminuição de um grau (de grave para moderada) em 57,14% dos pacientes, uma diminuição de dois graus (de grave para ligeira) em 28,57% dos pacientes e uma diminuição de três graus (de grave para sem apneia) em 14,28% dos pacientes. Os pacientes com SAHS moderada tiveram uma diminuição de um grau (de moderada para ligeira) em 60% dos pacientes e uma diminuição de dois graus (de moderada para sem apneia) em 20% dos pacientes do grupo. Em nenhum dos casos tratados com o dispositivo BTI APNiA foram observados efeitos secundários clássicos dos DAM nem alterações cefalométricas. Esta situação pode dever-se ao facto de que em todos os casos tratados com este dispositivo a protrusão ter sido a mínima necessária, sempre abaixo de 50%.

Conclusões

Este novo dispositivo é apresentado como uma alternativa eficaz e válida para o tratamento da apneia-hipoapneia obstrutiva do sono em pacientes não aderentes ao tratamento com CPAP. A tolerância dos pacientes ao novo dispositivo intraoral foi excelente dado que o avanço foi o mínimo necessário para conseguir a máxima redução do IAH basal.

Introdução

A síndrome de apneia-hipopneia do sono (SAHS) é um grave problema de saúde pública que, na sua forma mais grave, afeta 3-6% dos homens, 2-5% das mulheres e 1-3% das crianças. A SAHS causa hipertensão arterial e produz um aumento

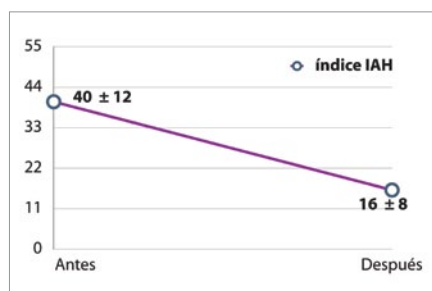
do risco de doenças cardiovasculares, deterioração da qualidade de vida, acidentes e excesso de mortalidade^{1,2}

Qualquer abordagem terapêutica da SAHS precisa de um diagnóstico correto e de uma adequada classificação do paciente, realizada habitualmente nos centros de cuidados primários, embora cada vez mais com os novos dispositivos de diagnóstico, tanto noutros centros como as consultas odontológicas. Não existe um sintoma ou sinal clínico específico da SAHS que permita estabelecer o diagnóstico com segurança. Não obstante, existe a possibilidade de utilizar alguns questionários que foram desenvolvidos para ajudar a estabelecer a suspeita clínica de SAHS com maior probabilidade clínica (Tabelas I, II e III).

O Documento Espanhol de Consenso definiu a SAHS como “um quadro de sonolência excessiva, perturbações cognitivo-comportamentais, respiratórias, cardíacas, metabólicas ou inflamatórias secundárias com episódios repetidos de obstrução da via aérea superior durante o sono”.² Estes episódios são avaliados com o Índice de Apneias-hipopneias de sono (IAH) definido como o número de apneias (obstruções totais) + o número de hipopneias (obstruções parciais) divididos pelas horas de sono (Tabela II). Um IAH > 5 é considerado como anormal e um IAH ≥ 30 é sinónimo de SAHS grave.² O tratamento com melhor relação custo-eficácia nos casos graves é a pressão positiva contínua na via aérea superior (CPAP) que é seguida por dezenas de milhões de pessoas em todo o mundo. O tratamento com CPAP, embora bem aceite pela maioria dos pacientes, com cumprimentos superiores a 70%, não está isento de inconvenientes. 50% dos pacientes apresenta algum tipo de efeito secundário que se repercute no adequado cumprimento. Como tal, outros tratamentos como os dispositivos intraorais são de uma



FIGURAS 1: Dispositivo APNiA posicionado permitindo grande amplitude de movimentos.



FIGURAS 2: Redução do índice IAH em pacientes com apneia grave com a utilização do dispositivo.

importância vital neste campo. As primeiras publicações relacionadas com dispositivos intraorais para o tratamento da síndrome de apneia-hipoapneias do sono (SAHS) surgem na década de 80³⁻⁷.

A American Academy of Sleep Medicine (AASM) define os DAM como “dispositivos que se introduzem na boca e que modificam a posição da mandíbula, da língua e de outras estruturas de suporte da via aérea superior para o tratamento do ronco e/ou da SAHS”⁸. O modo de atuação dos DAM baseia-se num sistema que permite avançar ligeiramente a mandíbula alguns milímetros. Este avanço gera um aumento do tónus dos músculos da orofaringe, reduzindo o ronco e as apneias. Vários estudos demonstraram uma redução das apneias de mais de 50% na maioria dos pacientes, com uma diminuição do ronco em mais de 80% dos casos^{3,9}. O problema destes dispositivos



FIGURAS 2: Redução do índice IAH em pacientes com apneia moderada com a utilização do dispositivo.

DAM é que foram reportadas complicações na maioria dos estudos que os utilizaram para o tratamento da SAHS durante longos períodos de tempo. Estas complicações podem dividir-se em diferentes grupos¹⁰⁻¹⁴:

a) Alterações cefalométricas: registando-se movimentos mandibulares (avanço de 0,1 mm; retrocesso de 0,3 mm), rotação mandibular posterior (0,5°), aumento do comprimento mandibular (0,4 mm), ocorrendo neste último dado em casos com grandes avanços.

b) Alterações oclusais: são frequentes as alterações nos contactos oclusais descritos na maioria dos estudos, bem como a redução da sobremordida (chegando inclusive a mordidas de uma extremidade à outra ou de classe III em alguns casos) ou problemas na articulação temporomandibular.

c) Problemas derivados do aparelho: a maioria dos estudos descrevem problemas

relacionados com o aparelho semelhantes aos dos pacientes portadores de um dispositivo de ortodôncia: aumento de salivação, secura oral, irritação das mucosas.

d) Problemas na articulação temporomandibular (ATM): o mais frequente é o aparecimento de dor miofascial que desaparece ao retirar o DAM. A maioria dos autores encontrou uma maior incidência destes efeitos nos dispositivos de avanço fixo do que nos dispositivos reguláveis.

Com o objetivo de minimizar os efeitos secundários anteriormente descritos associados a outros dispositivos de avanço mandibular, sobretudo nos fixos, desenvolvemos um DAM que diminui estes efeitos (figura 1):

1. As alterações oclusais e cefalométricas, derivadas do grande volume de acrílico reportadas por outros dispositivos (maiores quanto maior for a quantidade de acrílico posterior), são minimizadas com o novo DAM desenvolvido para ter um dispositivo com uma altura de acrílico mínima: 1,5 mm para o modelo inferior e 1 mm para o superior.

2. O sistema de fixação de ambas as placas permite movimentos de abertura e lateralidade sem fixar ambos os arcos. A mobilidade permitida pelo dispositivo assegura a liberdade da mandíbula durante as horas do tratamento, minimizando os problemas de articulação.

3. Ao mesmo tempo, a protrusão utilizada no dispositivo é mínima quando comparada com outros dispositivos do mercado, evitando em grande parte as alterações provenientes do avanço, tanto na cefalometria como na oclusão.

Material e métodos

Para avaliar a eficácia do novo dispositivo intraoral (DIA, BTI Biotechnology Institute, Vitoria, Espanha) foram avaliados retrospectivamente pacientes com a síndrome de apneia-hipopneia do sono (SAHS). O diagnóstico da SAHS foi realizado com o novo equipamento de diagnóstico BTI APNiA (BTI Biotechnology Institute, Vitoria, Espanha). A análise dos registos do sono dos pacientes foi analisada com o APNiA por pessoal da Unidade do Sono da clínica Eduardo Anitua (Vitoria, Espanha). Depois

Escala de sonolência de Epworth				
	Assinale a resposta que se assemelha mais à sua situação atual			
	Nunca ficaria com sono	Pouca probabilidade de ficar com sono	É possível que fique com sono	Grande probabilidade de ficar com sono
Sentado a ler	0	1	2	3
A ver televisão	0	1	2	3
Sentado, inativo, num lugar público (por exemplo, num teatro ou num ato público ou numa reunião)	0	1	2	3
Como passageiro num veículo uma hora seguida	0	1	2	3
A descansar deitado à tarde quando as circunstâncias o permitem	0	1	2	3
Sentado a conversar com alguém	0	1	2	3
Sentado tranquilamente depois de uma refeição sem álcool	0	1	2	3
Num automóvel, ao parar alguns minutos no trânsito	0	1	2	3
Soma total de pontos:				

TABELA 1: Escala de Epworth. Trata-se de uma auto-escala que o paciente deve preencher. Considera-se ESD quando a pontuação final é > 10 e, especialmente, > 12.

da criação do dispositivo intraoral DIA, este foi adaptado na boca para maximizar o conforto durante a sua utilização. A magnitude do avanço mandibular foi monitorizada com o BTI APNiA para determinar o avanço mandibular mais eficaz na redução do IAH, tendo sido realizados controlos semanais com o dispositivo e novos registos do sono. Foi feita a alteração do tensor de cada paciente, até se conseguir reduzir o IAH para menos de 50%. Uma vez obtida esta redução o paciente foi monitorizado durante um ano, tendo sido elaborado um estudo final onde foi determinada a eficácia do tratamento.

Resultados

Para avaliar a eficácia do novo dispositivo intraoral realizámos um estudo piloto em pacientes com apneia obstrutiva do sono nas suas duas graduações mais graves: 10 pacientes com apneia moderada e 7 pacientes com apneia grave. Após o período de acompanhamento, no estudo final todos os pacientes com SAHS grave demonstraram uma melhoria significativa (Figura 2). Com o novo dispositivo intraoral (BTI DIA) foi possível obter uma diminuição de um grau (de grave para moderada) em 57,14% dos pacientes, uma diminuição de dois graus (de grave para ligeira) em 28,57% dos pacientes e uma diminuição de três graus (de grave para sem apneia) em 14,28% dos pacientes.

Os pacientes com SAHS moderada viram o seu índice IAH reduzido, tal como mostra a Figura 3. Isto pressupõe uma diminuição de um grau (de moderada para ligeira) em 60% dos pacientes deste grupo e uma diminuição de dois graus (de moderada para sem apneia) em 20% dos pacientes do grupo. Em nenhum dos casos tratados com o dispositivo BTI APNiA foram observados efeitos secundários clássicos dos DAM nem alterações cefalométricas. Esta situação pode dever-se ao facto de que em todos os casos tratados com este dispositivo a protrusão ter sido a mínima necessária, sempre abaixo de 50%.

Discussão

Atualmente é do conhecimento geral que os DAM são uma alternativa fiável para o tratamento da SAHS, bem como da roncopatia em muitos casos^{8,15}. Dados recentes indicam, além disso, que os DAM de avanço regulável são melhores no tratamento da SAHS, uma vez que permitem estabelecer uma personalização para cada caso gerando uma protrusão controlada¹⁶⁻¹⁷. A pressão positiva constante da via aérea (CPAP) foi, e é em muitos casos, o tratamento de eleição para este tipo de pacientes, sendo a opção terapêutica oferecida pelo sistema de saúde gratuito em muitos países, como é o caso de Espanha. A CPAP, apesar de conseguir tratar todos

Grau de excessiva sonolência durante o dia (ESD)	
1	Não há ESD
2	LEVE: Episódios pouco frequentes de ESD que ocorrem em situações passivas (ver televisão, ler, viajar como passageiro). Produzem pouco impacto nas atividades da vida diária.
3	MODERADA: Episódios de ESD que ocorrem regularmente em situações que requerem um certo grau de atenção (concertos, teatros, reuniões). Produzem algum impacto nas atividades da vida diária.
4	GRAVE: Episódios de ESD diários em situações francamente ativas (falar, comer, passear), altera de forma importante as atividades habituais.

TABELA 2: Gradação da graduação da excessiva sonolência diurna.

Critérios de suspeita clínica de SAHS	
1	Ronco habitual (ressonar pelo menos cinco dias por semana, geralmente entrecortados e ruidosos).
2	Excessiva sonolência diurna (ESD) definida como uma tendência involuntária para o sono ou adormecer em situações inapropriadas não explicada por outras causas.
3	Apneias observadas pelo parceiro, familiar ou acompanhante (geralmente de forma repetitiva).
4	Cansaço não explicado por outras causas.
5	Presença de HTA e/ou doença cardíaca ou cerebrovascular.
6	Obesidade (Um IMC – Índice de Massa Corporal – superior a 30 kg/m ² é indicativo de obesidade). Este índice é um marcador da relação entre o peso e a altura. Calcula-se dividindo o peso em quilogramas entre o quadrado da altura (m ²). Um IMC inferior a 18 implica demasiada magreza; entre 19-25 é peso normal; entre 26-29 é excesso de peso; entre 30-39 é obesidade e se for superior a 40, estamos perante uma obesidade mórbida).

TABELA 3: Critérios de suspeita clínica de SAHS. Se um paciente cumprir 2 dos 6 critérios é aconselhável que seja avaliado por suspeita clínica de SAHS e exista indicação da realização de uma prova de sono. A presença de ronco habitual, juntamente com qualquer um dos outros critérios aumenta o risco de SAHS.

os casos, é um método menos aceite pelos pacientes do que os DAM, sendo que em muitos casos este facto inclina a balança a seu favor. Conseguir reduzir os efeitos secundários dos DAM clássicos com este novo dispositivo ao reduzir a protrusão permite, além disso, eliminar uma parte negativa do tratamento com DAM, favorecendo a sua utilização a longo prazo.

Numa revisão sistemática com meta-análise publicada recentemente¹⁸ foram avaliados diferentes tipos de DAM comercializados, chegando-se à conclusão de que o aumento na protrusão não origina uma redução maior no IAH, recomendando a avaliação de sistemas de avanço mandibular que consigam uma menor protrusão com uma boa eficácia, tal como o dispositivo que apresentamos neste estudo piloto. A heterogenicidade nos níveis de protrusão (50-89%)¹⁸ existentes nos diferentes dispositivos comercializados até à data, torna inviável uma comparação com o dispositivo intraoral testado neste trabalho. Este grau de avanço mandibular é maior nos diferentes DAM do que no nosso dispositivo DIA, exceto nos dos estudos em que a percentagem foi inferior a 50%^{16,19}. No estudo de Arab and cols¹⁹ foram observadas reduções importantes no IAH ao realizar protrusões a 25%, tendo-se constatado que as protrusões acima de 50% geraram vários efeitos secundários. No segundo

trabalho publicado por Kato and cols¹⁶ os autores reportaram uma diminuição nas dessaturações noturnas de 25% quando utilizados os dispositivos que avançam a mandíbula em 2 mm, uma redução de 48% quando avançam a mandíbula em 4 mm e uma redução de 65% quando avançam a mandíbula em 6 mm com dispositivos DAM fixos. O principal problema de comparação destes dados com os dados obtidos no nosso estudo ou no estudo de Arab and cols é que não é estabelecida a que percentagem da protrusão total do paciente correspondem esses milímetros, pelo que não podemos correlacionar esses dados.

Conclusões

Como principais descobertas deste estudo piloto podemos concluir que o dispositivo intraoral (DIA) é eficaz e promissor no tratamento da SAHS grave em pacientes não aderentes ao tratamento com CPAP. A utilização do equipamento de diagnóstico da SAHS (BTI APNiA) foi necessária para a titulação e determinação da magnitude do avanço necessária para obter a máxima redução do IAH. A tolerância dos pacientes ao novo dispositivo intraoral foi excelente dado que o avanço foi o mínimo necessário para conseguir a máxima redução do IAH basal. 🍷

BIBLIOGRAFIA :

1. Durán J, Esnaola S, Ramón R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:685-9.
2. Durán-Cantolla J, TL, Puertas-Cuesta FJ, Pin-Arboledas G y el Grupo Español de Sueño (GES). Documento de consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. *Arch Bronconumol* 2005;41(nº4):1-110.
3. Cartwright RD, Samelson CF. The effects of a nonsurgical treatment for obstructive sleep apnea: the tongue retaining device. *J Am Med Assoc*. 1982;248:705-9.
4. Cartwright RD. Predicting response to the tongue retaining device for sleep apnea syndrome. *Arch Otolaryngol*. 1985;111:385-8.
5. Soll BA, George PT. Treatment of obstructive sleep apnea with a nocturnal airway patency appliance. *N Engl J Med*. 1985; 313:386-7.
6. Bonham PE, Currier GF, Orr WC et al. The effect of a modified functional appliance on obstructive sleep apnea. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1998;94:384-92.
7. Schmidt-Nowara W, Lowe AA, Wiegand L et al. Oral appliances for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea: a review. *Sleep* 1995;18(6):501-10
8. Ferguson KA, Ono T, Lowe AA, et al. A randomized crossover study of an oral appliance vs nasal continuous positive airway pressure in the treatment of mild moderate obstructive sleep apnea. *Chest*. 1996;109:1269-75.
9. Lowe A, Sjoeholm T, Ryan C, et al. The effects of klearway oral appliance on airway size and obstructive sleep apnea. *Sleep*. 2000;23:S172-8.
10. Alía, E., Martínez-González, A., De la Cruz, J. Eficacia y efectos adversos de los aparatos intraorales en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño. *Cient Dent* 2010;7;2:99-106.
11. Martínez-Gomis J, Willaert E, Nogues L, Pascual M, Somoza M, Monasterio C. Five years of sleep apnea treatment with a mandibular advancement device. Side effects and technical complications. *Angle Orthod*. 2010 Jan;80(1):30-6.
12. Chen H, Lowe AA, Strauss AM, de Almeida FR, Ueda H, Fleetham JA, Wang B. Dental changes evaluated with a 3D computer-assisted model analysis after long-term tongue retaining device wear in OSA patients. *Sleep Breath*. 2008 May;12(2):169-78. Erratum in: *Sleep Breath*. 2009 Mar;13(1):117.
13. Battagel JM, Kotecha B. Dental side-effects of mandibular advancement splint wear in patients who snore. *Clin Otolaryngol*. 2005 Apr;30(2):149-56.
14. Clark GT. Mandibular advancement devices and sleep disordered breathing. *Sleep Med Rev*. 1998 Aug;2(3):163-74.
15. Hoekema A, Stegena B, de Bont LGM, et al. Efficacy and co-morbidity of oral appliances in the treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea: a systematic review *Clin Rev Oral Biol Med*. 2004;15:137-55.
16. Kato J, Isono SA, Tanaka A, et al. Dose-dependent effects of mandibular advancement of pharyngeal mechanics and nocturnal oxygenation in patients with sleep-disordered breathing. *Chest*. 2000;117:1065-72.
17. Walker-Engstrom ML, Ringqvist I, Vestling O, et al. A prospective randomized Study comparing two different degrees of mandibular advancement with a dental appliance in treatment of severe obstructive sleep apnea. *Sleep Breath*. 2003;7:119-30
18. Bartolucci ML, Bortolotti F, Raffaelli E, D'Antò V, Michelotti A, Alessandri Bonetti G. The effectiveness of different mandibular advancement amounts in OSA patients: a systematic review and meta-regression analysis. *Sleep Breath*. 2016
19. Jan 15. [Epub ahead of print] Aarab G, Lobbezoo F, Hamburger HL, Naeije M. Effects of an oral appliance with different mandibular protrusion positions at a constant vertical dimension on obstructive sleep apnea. *Clin Oral Investig*. 2010 Jun;14:339-45

Come and join mydentist

We're Europe's largest dental company, delivering excellent care to 10 million patients through our network of over 650 practices throughout the UK. We offer a quality working environment in which over 2,500 of our dentists enjoy a rewarding career full of support, flexibility and development opportunities.

We offer excellent earning potential from an established patient list and additional income from private practice opportunities. If you have postgraduate experience and are committed to moving to the UK, we'll help you with all aspects of relocation and support your continuing professional development and GDC registration. We'll also support you in achieving the required language certificate through classroom based language training.

We're holding 2 Recruitment Days in Portugal:

Wednesday 28th September - Hotel D. Luis, Santa Clara, 3040-091 Coimbra

Thursday 29th September - Hotel D. Luis, Santa Clara, 3040-091 Coimbra

Event agenda:

- An informative introduction to mydentist; our culture, our brand and the many opportunities that await you
- Learn about the benefits of living in the UK and find out about current vacancies in Wales and South West England
- Informal discussions about the clinical support available at mydentist

We'll also be holding face-to-face interviews at the events with a view to making offers for roles on the day.

To book your place

Please call
+44 (0) 1204 799 699
or email
j.fowler@mydentist.co.uk

{my}dentist™
helping the nation smile

REABILITAÇÃO ORAL COMPLEXA ASSOCIADA À TÉCNICA DE SOCKET-SHIELD MODIFICADA DO 11



DARCIO LUÍS FONSECA

Médico Dentista, Licenciado pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul; *Fellow in Implant Dentistry* pela Universidade de Miami; Pós graduado em Implantes, Dentisteria estética e Ortodontia; Docente do curso ministrado em Portugal pelo Dep. de Cirurgia Maxilo-Facial da Universidade de Miami; Docente convidado da pós-graduação em implantologia do instituto universitário de ciências da Saúde (IUSC)-CESPU; Docente convidado do Master Online em Medicina Oral e Cirurgia Implantológica Avanzada. Alebat education e Universidade Católica de Múrcia, Espanha; Prática clínica exclusiva de Implantologia e reabilitação oral.



INÊS NUNES

Médica Dentista; Mestrado integrado pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Pós-graduada em Periodontologia pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul; Pós-graduada em Dentisteria Avançada e Materiais restauradores, pelo Instituto Universitário de ciências da saúde (IUCS)-CESPU

Resumo

A perda dentária a nível do setor antero-superior continua a ser um fator desafiante em implantologia, já que as alterações tridimensionais decorridas a nível dos tecidos duros e moles se refletem numa desarmonia facial que afeta negativamente a vida social dos pacientes. A manutenção da porção bucal da raiz e colocação implante imediata tem-se revelado bastante efetiva, na preservação do complexo periodontal possibilitando a manutenção da estética anterior pré extração, pela minimização dos riscos de remodelação óssea e tecidual pós extracionais. Como principal objetivo pretendemos demonstrar a efetividade da técnica de *socket-shield* para a obtenção de um resultado estético de excelência.

Materiais e métodos

Paciente do sexo feminino com dente 11 comprometido por fratura coronal, tendo sido realizado *socket-shield* modificado e colocação imediata de implante. O pós-operatório imediato e a 16 meses são demonstrados, observando-se uma perfeita integridade entre a reabilitação e arquitetura gengival.

Conclusão

A técnica *socket-shield* revela-se muito promissora na abordagem de casos onde a manutenção estética é essencial podendo ser associada a biomateriais, usufruindo das suas vantagens no alcance de um melhor resultado estético.

Introdução

A cicatrização de alvéolos pós-extracionais é sempre acompanhada de uma remodelação óssea e tecidual. De acordo com vários estudos, a perda dentária é acompanhada por uma perda do complexo periodontal e conseqüentemente perda do “bundel bone”, uma vez que o seu

suprimento se encontra dependente do ligamento periodontal.¹ Além da perda desta porção de osso alveolar, encontra-se também referida a ocorrência de uma remodelação tridimensional dos tecidos, onde a cortical óssea vestibular é a mais afetada pelo processo de reabsorção comparativamente com a cortical lingual, constituindo um problema acrescido quando se trata da região estética.^{1,2} A colocação imediata de implantes dentários pós-extracionais surgiu numa tentativa de impedir a ocorrência da reabsorção excessiva da crista alveolar, bem como responder às expectativas dos pacientes quanto ao tempo da reabilitação, principalmente numa reabilitação anterior, e custos envolvidos. 1,2,3 No entanto, a colocação imediata de implantes dentários nas zonas anteriores, por si só, não impede a ocorrência de alterações tecidulares volumétricas a nível horizontal da cortical vestibular.^{3,4} O recurso a técnicas de regeneração óssea guiada e utilização de enxertos de tecidos moles foi utilizada durante vários anos com vista a evitar e preservar a crista alveolar em todas as suas dimensões. Porém, apesar de melhorar o prognóstico inicial de perda volumétrica, a reconstrução cirúrgica com recurso a estes materiais permite apenas uma compensação parcial, mas não total, sendo sempre acompanhada por uma perda tecidual, que no caso de enxertos de tecidos moles ronda os 30%.^{4,5} Neste sentido, tornou-se necessário recorrer a técnicas cirúrgicas menos invasivas e que permitissem a manutenção dimensional horizontal e vertical da crista alveolar, bem como dos tecidos gengivais circundantes. Várias publicações têm descrito a preservação do alvéolo pós-extracional, a partir da manutenção de uma porção do fragmento radicular bucal, juntamente

com a colocação imediata de implante adjacente à porção lingual do fragmento, sugerindo a preservação da vitalidade e prevenção do colapso marginal, com consequências devastadoras em termos estéticos, principalmente a nível anterior. Esta técnica, conhecida como “*Socket-shield technique*” foi inicialmente descrita e comprovada histologicamente por Hürzeler et al., em 2010, tendo como base alguns estudos anteriores (Malmegren et al. 1984, Malmegren et al. 1994, Filippi et al. 2001, Anderson et al. 2003, Salama et al. 2009) onde a preservação radicular se mostrou efetiva na manutenção da crista alveolar e do volume ósseo circundante.⁴ Mais recentemente, alguns autores têm introduzido algumas variantes a esta técnica, onde a utilização de xenoenxertos, membranas e enxertos de tecidos moles, se encontram associados, com o intuito de um maior alcance estético.^{2,3,5}

Os autores descrevem e ilustram um caso clínico de “*Socket-shield*” modificado, do 11, associado a reabilitação implanto suportada posterior combinada com facetas a nível antero-superior e do dente 41, para correção de apinhamento deste último.

Caso clínico

Paciente de 67 anos de idade, caucasiana, do sexo feminino, recorreu à consulta referindo como queixa principal a estética resultante da reabilitação existente e a rotação do dente 41 referindo ainda sensibilidade térmica no dente 11. A história médica não revelou qualquer situação relevante. Ao exame clínico verificou-se que o dente 11 se encontrava vital, uma vez que reagia hiperativamente aos estímulos térmicos, constatando-se ainda a ausência de vários dentes: 14, 15, 16, 17, 24, 26, 35, 36, 37, 46 e 47, que se encontravam substituídos por prótese parciais removíveis e a presença hábitos parafuncionais (bruxismo), revelada não apenas pela existência de facetas de desgaste a nível dos dentes remanescentes, como também nos dentes das reabilitações protéticas. A nível anterior observou-se uma desarmonia estética evidenciada pela presença de diastema interincisivo de

aproximadamente 1,5mm, provocado pela presença de um volumoso freio labial (fig. 1 e 2). A nível do maxilar inferior, verificou-se a presença de rotação do dente 41.

Como plano de tratamento foi proposta a realização de tratamento endodôntico do 11, tratamento ortodôntico bimaxilar, colocação de implantes nos espaços edentulos e reabilitação implantossuportada até sexto (arco curto), em ambas as arcadas, sendo referido à paciente a necessidade de realizar facetas dentárias a nível do setor antero-superior, caso o resultado estético decorrente do tratamento não se encontrasse dentro das expectativas quer da paciente, quer dos clínicos.

Após iniciar o tratamento endodôntico do 11, a paciente sofreu fratura horizontal a nível ósseo (figs. 4,5). Como consequência, o plano de tratamento inicialmente proposto, onde seria realizada ortodontia fixa bimaxilar foi cancelado, tendo sido substituído pela realização de implante a nível do 11. Optou-se por realizar a exodontia conservadora do 11, onde parte vestibulo-coronal da raiz foi mantida (*socket-shield technique*) com remoção da porção apical e palatina (figs. 6 e 7). Seguiu-se a colocação do implante imediato (Essential cone 4,5x12mm, da Klokner®), com torque 45NW. (figs. 8,9,10,11) e preenchimento do “gap”, entre a porção remanescente da raiz e a superfície vestibular do implante com xenoenxerto (cerabone®, da Botiss®) - técnica *socket-shield* modificada. Foi realizada carga imediata, não funcional, tendo-se aproveitado a coroa clínica, do próprio dente como provisório (figs. 13 à 17). As cirurgias de implantes do 14, 15, 24, 26, 34 e 46, foram realizadas no mesmo dia, tendo sido utilizados implantes Klokner KL®, todos eles com torque de inserção de 40 Nw à exceção do 46, onde se obteve um torque de 50Nw. Foram realizadas consultas de controlo 8 dias, 15 dias e 4 meses após a cirurgia de colocação dos implantes.

Após um tempo de espera de 8 meses com reabilitação provisória, iniciou-se os preparos para as facetas dos dentes 13, 12, 21, 22, 23 e 41, e ao início da moldagem, para pedido das coroas

sobre implantes (fig. 18,19). O preparo das facetas teve como base um mock-up em Structor da VOCO®, obtido a partir de um enceramento diagnóstico pedido em laboratório, para que melhor se conseguisse controlar o desgaste necessário a realizar (figs. 20 à 26). As facetas e coroas sobre implantes foram realizadas em Emax dissilicato de lítio da Ivoclar Vivadent, sendo as facetas aderidas de acordo com protocolo rigoroso de cimentação adesiva (figs. 27 à 43). O *follow-up* das facetas e coroas sobre implantes foi realizado 8 meses após colocação das mesmas, sendo o controlo da carga imediata do socket-shield realizada 16 meses após a sua colocação (figs. 44 à 47).

Discussão

De acordo com os estudos publicados por Hürzeler MB et al., 2010 e Baümer D et al., 2014, a retenção da porção bucal da raiz, conjuntamente com a colocação imediata de implante, permite a sua osteointegração sem ocorrência de resposta inflamatória ou reabsorção óssea associada.⁶ De acordo com os estudos histológicos realizados pelos mesmos autores, observou-se a formação de novo cimento, sem qualquer interposição de tecido fibroso, entre a porção lingual do fragmento radicular e a superfície vestibular do implante. Verificando-se ainda, a manutenção do ligamento periodontal, aderido à face vestibular da porção bucal do fragmento radicular, devido à manutenção do “bundel bone” coronal.^{1,4,5,6} Deste modo, a manutenção da arquitetura tridimensional da crista óssea e tecidos moles adjacentes é conseguida, já que o processo de reabsorção e remodelação óssea pós-extracional, mais acentuado na tábua óssea vestibular, é drasticamente minimizado.^{1,3,4,5,6} Alguns autores referem que o sucesso desta técnica se encontra dependente das condições do dente comprometido.⁶ Como contra indicações à técnica de *socket-shield* encontram-se descritas: a presença de lesões periapicais, fraturas radiculares verticais, reabsorções internas e externas, perfurações e patologia periodontal não controlada.^{6,7} No entanto encontra-se descrito que nos casos de lesões

periapicais crônicas, se for realizado um correto desbridamento e limpeza do alvéolo, associado a antibioterapia sistêmica meticulosa a colocação de implante imediato associado a esta técnica pode ser realizada, sendo contudo necessários mais estudos de *follow-up*.⁷ Segundo, Chen ST et al, 2004, o preenchimento do gap entre o implante e a parede óssea não é necessário se o espaço existente for inferior a 2mm, já que existe a possibilidade de cicatrização espontânea. No presente caso, como se tratava de uma zona de lata estética, optou-se pelo preenchimento do mesmo, com um xenoinxerto de origem bovina (Cerabone®, da Botiss), possibilitando-nos aliar as vantagens de manutenção de volume, promovidas por este biomaterial, à técnica original de *socket-shield*, tendo-se por isso realizado um *socket-shield* modificado.

Conclusão

Neste caso clínico podemos constatar a fiabilidade da técnica de *socket-shield*, proposta por HÜzler et al, 2010 na manutenção da arquitetura tridimensional da crista óssea alveolar e tecidos moles circundantes, que poderia não ser conseguida, caso se optasse pelo método tradicional de regeneração óssea guiada para preenchimento de alvéolo pós-extracção e colocação imediata de implante.

A associação de biomaterial com a técnica de *socket-shield* constitui uma mais-valia na manutenção da arquitetura óssea tridimensional, uma vez que entendemos permitir uma associação entre as melhores características que o biomaterial oferece, como a manutenção de volume e osteocondução, com toda a potencialidade da técnica de *socket-shield* original, permitindo alcançar excelentes resultados estéticos, como se pode observar no *follow-up* de 16 meses deste caso. Ressalvamos que, por se tornar uma técnica relativamente recente, são necessários estudos de *follow-up* mais longos para que se possam comparar os resultados com as técnicas já utilizadas, embora se possa aferir que comparativamente ao mesmo período de tempo, esta técnica se revela a mais efetiva na manutenção e alcance da estética ideal. do tratamento é fundamental para que se obtenha sucesso no tratamento realizado.

As recentes técnicas de imagem, como é o caso do CBCT, bem como a utilização de microscópio operatório, são de elevada utilidade para a identificação de variações anatómicas e para a abordagem mais previsível nesse tipo de situações. ●

Nota: Os autores enaltecem o trabalho laboratorial realizado pelo Centro Estético de Faro.

BIBLIOGRAFIA :

1. Glocker M et al. Ridge preservation with modified "Socket-shield" technique: a methodological case series. *Dent. J.* 2014;2:11-21.
2. Wadhvani P et al. Socket shield technique: a new concept of ridge preservation. *Asian journal of oral health & allied sciences.* 2015;5(2):55-58.
3. Gluckman H et al. The socket-shield technique to support the buccofacial tissues at immediate implant placement. *International dentistry-african edition.* 2015;5(3)
4. Baumer et al. The socket-shield technique: first histological, clinical, and volumetric observations after separation of the buccal tooth segment-a pilot study. *Clinical implant dentistry and related research.* 2013
5. Hurzeler MB et al. The socket-shield technique: a proof-of-principle report. *J Clin Periodontol.* 2010;37:855-862.
6. Holbrook SE. Model-guided flapless immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone utilizing a nanostructured titanium implant: a case report. *Journal of implantology.* 2016;42(1):98-103.
7. Cherel F, Etienne D. Papilla preservation between two implants: a modified socket-shield technique to maintain the scalloped anatomy? A case report. *Quintessence International.* 2014;45(1).
8. Chen et al. Immediate or early placement of implants following tooth extractions: reviews of biologic basics, clinical procedures, and outcomes. *The International Journal of Oral Science & Maxillofacial Implants.* 2004;4.



FIGURA 1: Fotografia sorriso inicial



FIGURA 2: Vista frontal



FIGURA 3: Close-up dos anteriores



FIGURA 4: Fratura justa óssea da coroa clínica do dente 11.



FIGURA 5: Vista oclusal da fratura do dente 11



FIGURA 6: Radiografia apical do fragmento coronal da raiz

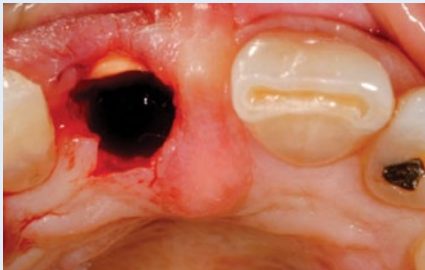


FIGURA 7: Fotografia oclusal evidenciando a porção raiz remanescente: Shield



FIGURA 8: Colocação de implante no 11

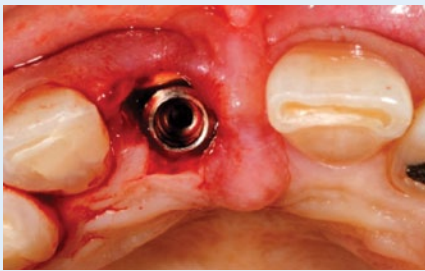


FIGURA 9: Vista oclusal da realização de Socket-shield no 11



FIGURA 10: VRadiografia apical após colocação de Implante no dente 11



FIGURA 11: Toma de impressão para carga imediata

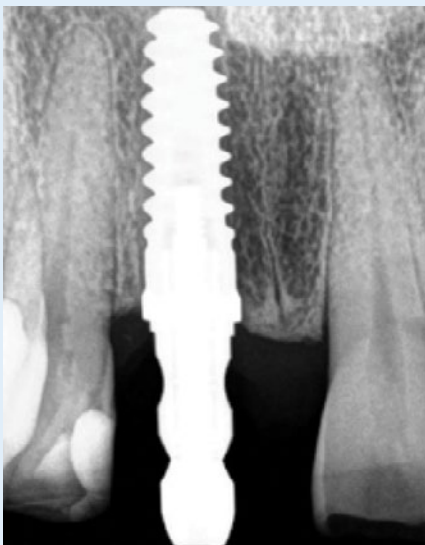


FIGURA 12: Radiografia apical com coping de impressão, para verificação de paralelismo



FIGURA 13: Coroa provisória aproveitando a coroa clínica, fraturada do 11



FIGURA 14: Toma de cor



FIGURA 15: Fotografia frontal com coroa provisória



FIGURA 16: Vista oclusal com provisório

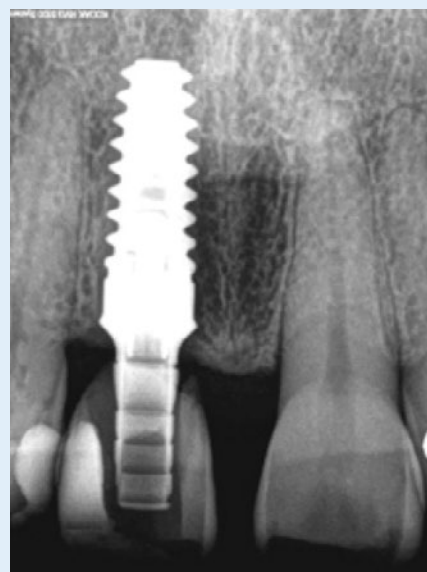


FIGURA 17: Radiografia apical com provisório



FIGURA 18: Cicatrização tecidual, após 4 meses



FIGURA 19: Vista oclusal da cicatrização tecidual, após 4 meses.

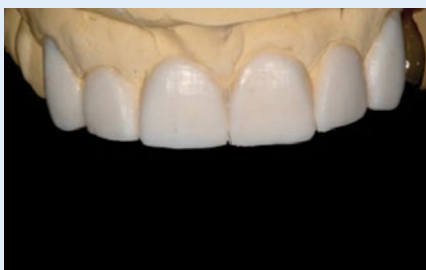


FIGURA 20: Enceramento diagnóstico de 13 a 23



FIGURA 21: Fotografia frontal com mock-up



FIGURA 22: Preparo para facetas



FIGURA 23: Close-up do preparo para facetas do 12 e 13



FIGURA 24: Close-up do preparo para facetas do 21, 22 e 23



FIGURA 25: Preparo para facetas, vista oclusal



FIGURA 26: Preparação da arcada para Realização da impressão definitiva



FIGURA 27: Facetas e coroas Emax



FIGURA 28: Coroa sobre implante do 11



FIGURA 29: Coroa sobre implante no 11 e faceta, após adesão no 21



FIGURA 30: Vista frente, final da reabilitação da arcada superior



FIGURA 31: Close-up lateral direito do 12-21



FIGURA 32: Close-up lateral esquerdo do 12-22

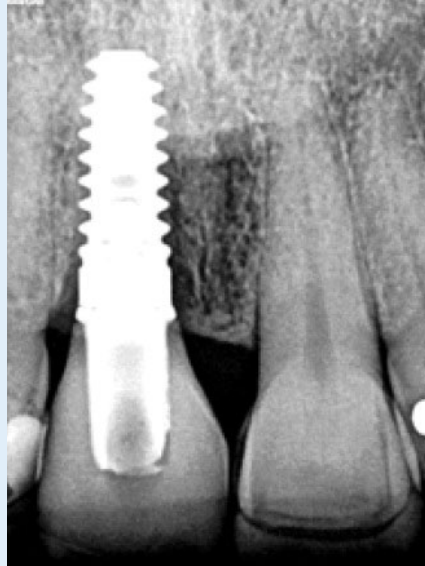


FIGURA 33: radiografia apical final da coroa sobre implante 11 e faceta aderida 21



FIGURA 34: Vista inicial do 41.



FIGURA 35: vista oclusal inicial do 41



FIGURA 36: preparo do 41 para faceta.



FIGURA 37: vista frontal do preparo para o faceta do 41



FIGURA 38: Adesão da faceta no 41



FIGURA 39: Vista oclusal , com faceta do 41 aderida



FIGURA 40: Fotografia final da reabilitação



FIGURA 41: Fotografia lateral direita final



FIGURA 42: Fotografia lateral esquerda final



FIGURA 43: Fotografia oclusal superior final



FIGURA 44: Close-up frontal do sorriso final, após colocação



FIGURA 45: Close-up final do 11 -21, mostrando a arquitetura gengival e adaptação da reabilitação, num follow-up de 16 meses



FIGURA 46: Close-up final do 11 ao 23, mostrando a arquitetura gengival e adaptação da reabilitação, num follow-up de 16 meses

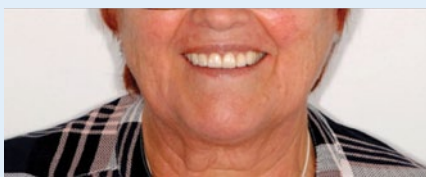


FIGURA 47: Fotografia final do sorriso, 16 meses após reabilitação

REUNIÃO DE INVERNO DA APMO

Lisboa
3 e 4
Fevereiro
2017

Escola
Superior
de Tecnologias
da Saúde
de Lisboa

PROGRAMA PRINCIPAL

ORADORES CONFIRMADOS

Ana Loureiro	Filipe Freitas	Pedro Trancoso
Andres Blanco	Helena Rebelo	Ricardo Faria e Almeida
António Mano Azul	José Maria Suaréz	Rui Amaral Mendes
António Mata	José Silva Marques	Sofia Carvalho
Carlos Zagalo	Marisa Zenha	Stephen Flint
Carolina Venda Nova	Paulo Mascarenhas	

SESSÕES PARALELAS E CURSOS PRÁTICOS

Curso de L-PRF em cirurgia e medicina oral
 Curso de fillers em patologia perioral do envelhecimento
 Curso de laser em medicina dentária
 Curso de assistência em cirurgia e reabilitação com implantes
 Mesa redonda sobre o Projecto de Intervenção Precoce de Cancro Oral (PIPICO)
 Pósters e comunicações livres (casos clínicos e investigação científica)



ACADEMIA PORTUGUESA DE
MEDICINA ORAL

MAIS INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES EM WWW.APMO.PT

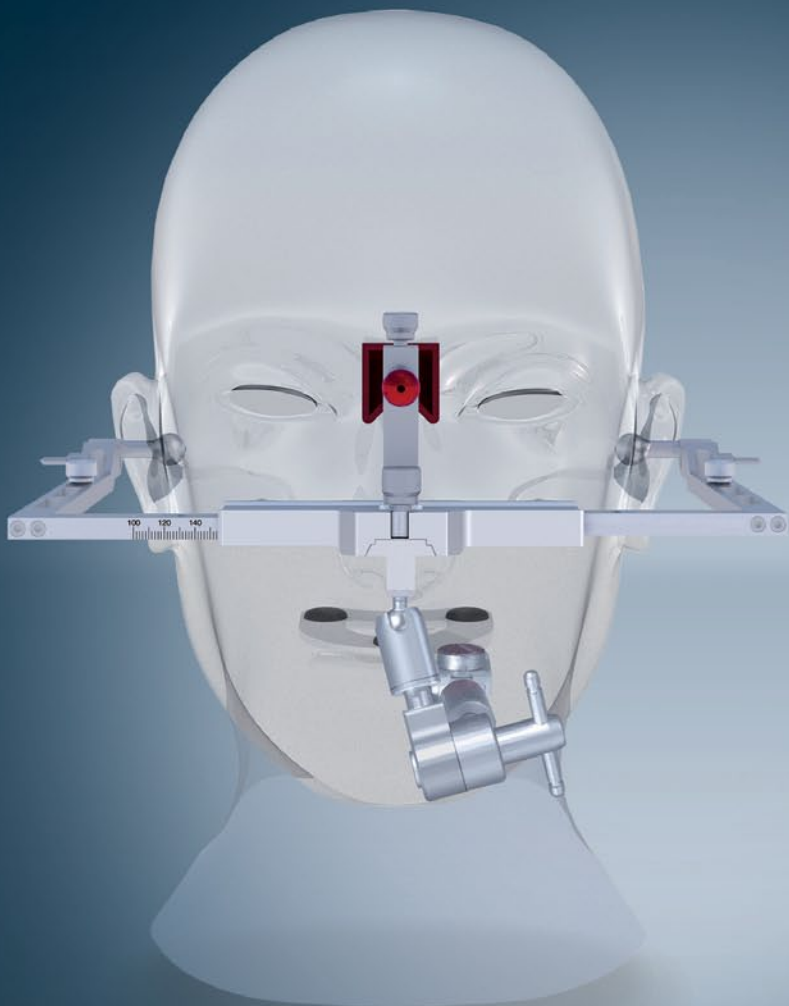
PATROCINADORES PREMIUM



MEDIA PARTNERS



artex[®] 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 Girschbach AG | Fon +43 5523 62333-105
www.amanngirschbach.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

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Edição Portuguesa

Vale a pena usar fio dentário? O debate e que conclusões tirar

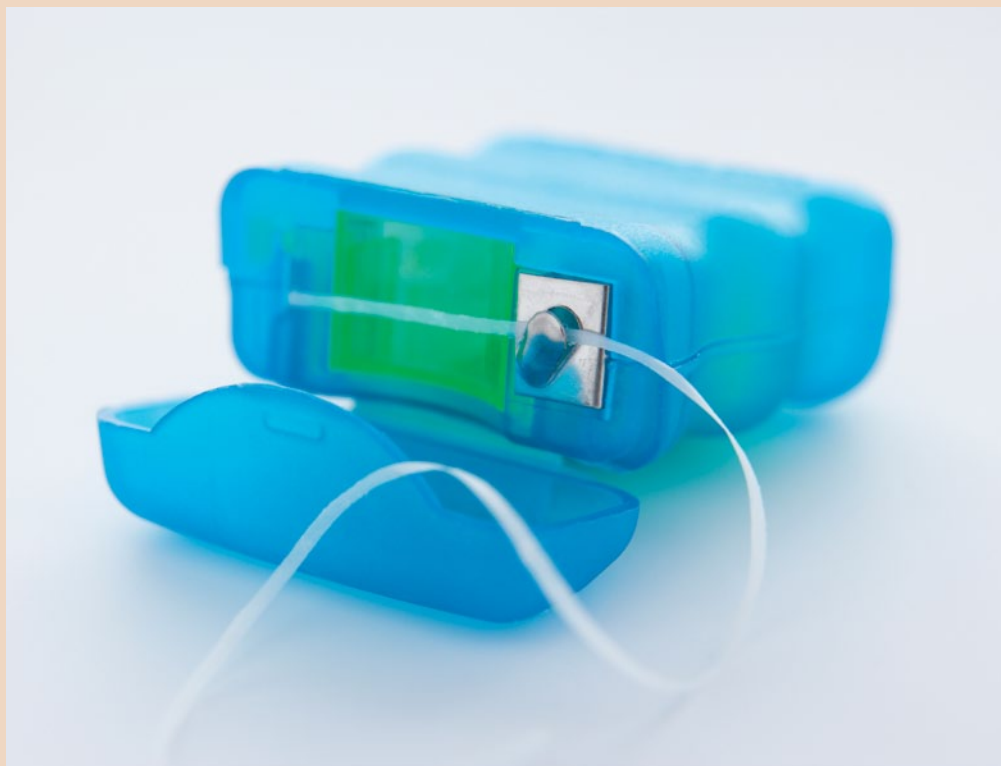
por DTI LONDON, UK/LEIPZIG, Germany:

No mês passado, um artigo da Associated Press (AP) que questionava o facto de os benefícios do uso de fio dentário nunca terem sido devidamente estudados tornou-se viral. As extensas reportagens que se seguiram nos media retiraram a seguinte mensagem de tudo isto: a utilização do fio dentário está sobrestimada. Mas será assim tão linear? Neste artigo iremos resumir notícias recentes sobre o tema e as reações da comunidade de Medicina Dentária por todo o mundo. “Não existem provas sólidas de que a usar fio dentário realmente resulta”—esta declaração, proferida pelo seu filho ortodontista deu ao repórter norte-americano Jeff Donn o arranque para começar esta controvérsia. Ao investigar este assunto mais profundamente o jornalista da AP descobriu que desde 1979 o governo dos Estados Unidos recomenda usar fio dentário, primeiro num relatório anual de cirurgia e mais tarde nas Diretrizes Alimentares (Dietary Gui-

delines for Americans), publicadas a cada cinco anos. “Uma abordagem combinada que inclua reduzir o tempo que os açúcares e amidos permanecem na boca, beber água fluoretada e utilizar fio dentário são a forma mais eficaz de reduzir a cárie dentária”, defendem as diretrizes de 2010. Uma vez que, por lei, estas recomendações nacionais devem ser baseadas em evidência científica,

Donn questionou os Departamentos de Saúde e de Serviços Humanos e da Agricultura dos Estados Unidos quanto à existência destes dados, ao abrigo do Freedom of Information Act. Em resposta à AP, o governo norte-americano reconheceu que a eficácia do uso de fio dentário nunca tinha sido suficientemente investigada. Como consequência, as recomendações para o seu uso foram excluídas das

diretrizes de 2015–2020. O mesmo se verificou com os conselhos relativos à água com flúor e à escovagem dentária, ambos removidos das últimas recomendações oficiais. No entanto, ninguém considerou por isso que escovar os dentes é uma etapa negligenciável da higiene oral. Objetivamente falando, a pesquisa existente sobre os benefícios do fio dentário é escassa, tem pouca qualidade ou uma



I AM EXCLUSIVE



new
PSPiX



**Novo scanner de
placas de fósforo:
Preciso, atrativo e de
dimensão reduzida**

**Leitura de todos os
tamanhos de placas:**
0, 1, 2, 3 e incluindo as oclusais.

Ecran tátil:
Fácil, intuitivo e para uma
utilização pessoal ou um
ambiente "multiusos", já que
pode ser partilhado por
até 10 postos de trabalho.

- Desenho compacto e de fácil acesso: o scanner de placas de fósforo mais pequeno do mercado.
- Grande qualidade de imagem e placas muito flexíveis.
- Conceito exclusivo de "Clic & Scan": faça a sua seleção no intuitivo ecran tátil, introduza a sua placa de fósforo e deixe que o PSPiX faça o resto...

probabilidade moderada a elevada de ser parcial (ter sido levada a cabo em nome de fabricantes de fio dentário), como vários estudos vieram a demonstrar.

Como um dos vários profissionais de Medicina Dentária que comentaram este facto, Dr Wayne Aldredge, presidente da Academia Americana de Periodontologia, reconheceu a fraca evidência científica e a curta duração de muitos estudos. Apesar disso, ele incentiva os seus pacientes a manter o uso de fio dentário para prevenir o aparecimento de doença periodontal. “É o equivalente a construir uma casa e não pintar dois dos lados”, explicou em entrevista, “no final esses dois lados acabarão por deteriorar-se muito mais depressa”. Tal como Aldredge, médicos dentistas e associações dentárias por todo o planeta emitiram pareceres – na sua maioria em defesa do uso do fio dentário como meio eficaz para remover a placa e resíduos alimentares entre os dentes e assim diminuir o risco de desenvolver gengivite, periodontite e cárie dentária. Por exemplo, a American Dental Association (ADA) declarou que “a falta de provas sólidas não equivale a falta de eficácia”. Para além disso, a ADA sublinhou que o Departamento de Saúde e Serviços Humanos reafirmou a importância do fio dentário

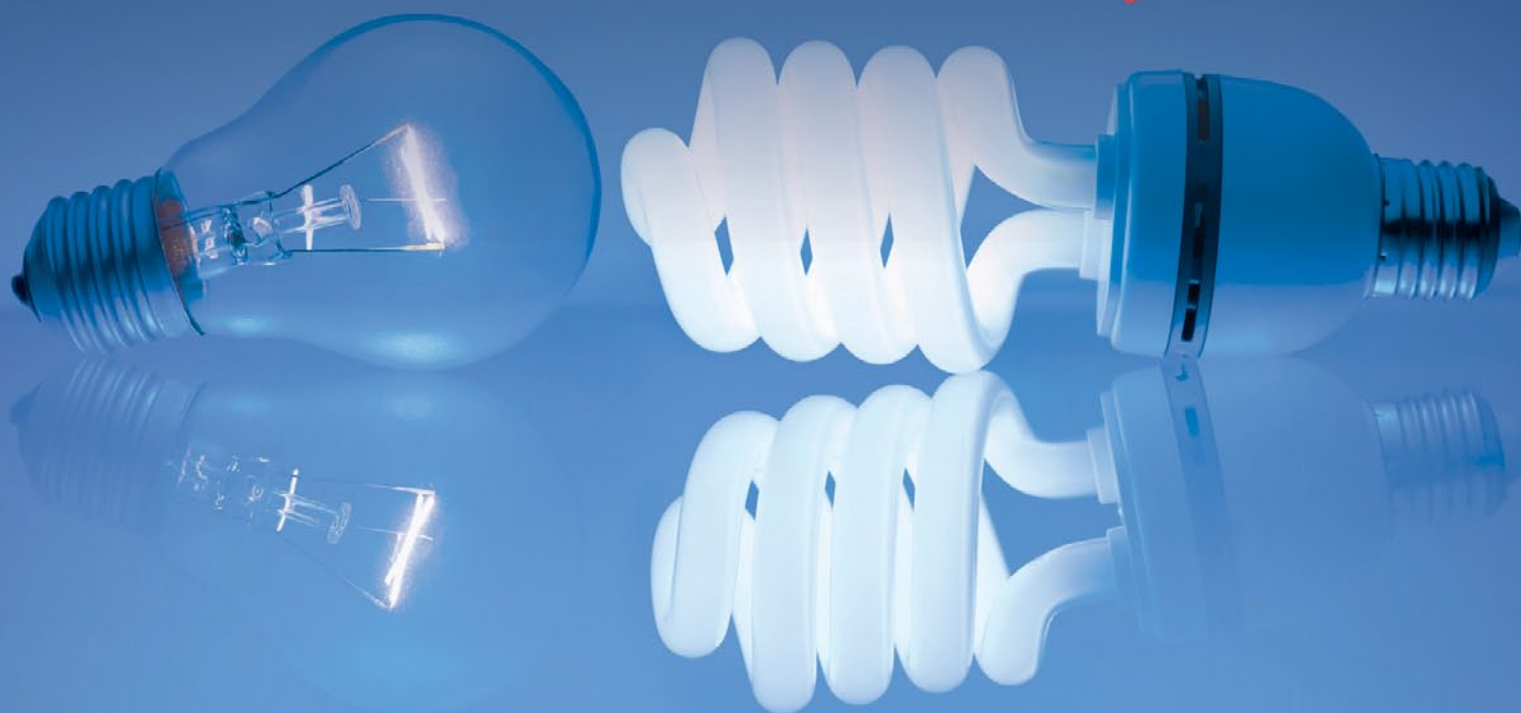
numa declaração à ADA a 4 de agosto, afirmando que “a limpeza profissional, a escovagem dentária e a limpeza entre os dentes (por meio de fio dentário e outros utensílios como escovas interdentais) têm demonstrado conseguir prevenir e remover a placa”. A associação alemã - German Dental Association – declarou que o uso de fio dentário continua a ser um meio importante para a limpeza dos espaços interdentários, especialmente os espaços estreitos dos dentes. De acordo com a organização, os estudos atuais não comprovaram nem desmentiram a eficácia do fio dentário. Contudo, os pacientes não devem concluir que é aconselhável ter uma higiene dentária menos completa. Dr Øyvind Asmyhr, Presidente da Norwegian Dental Association, reconheceu nas suas declarações: “Muito do que fazemos em Medicina e em Medicina Dentária não está comprovado mas isso não significa que não resulte. O bom senso e a experiência clínica indicam que a escovagem diária conjugada com o uso de fio dentário ajuda a reduzir o biofilme (camada de bactéria) em todas as superfícies do dente, o que previne o desenvolvimento de cárie, problemas nas gengivas e mau hálito.” Além disso, Asmyhr frisou que até que uma investigação realizada por um longo período de tempo prove

o contrário, a associação continuará a recomendar o uso de fio dentário e não vê qualquer razão para que as pessoas alterem a sua rotina. Ainda sobre esta polémica, a British Society of Periodontology sublinhou que a evidência indica uso preferencial de pequenas escovas interdentais para limpar entre os dentes, quando o espaço existente o permite, em alternativa ao fio dentário. A organização mencionou igualmente a recomendação oficial aos pacientes, aprovada durante a 11ª edição do European Workshop in Periodontology sobre a prevenção em doença periodontal, realizado em 2015: “A limpeza diária entre os dentes com escovas específicas interdentais é essencial para prevenir e tratar a periodontite. Usar o fio dentário não traz grandes benefícios a não ser que os espaços entre os dentes sejam demasiado estreitos para permitir o uso das escovas interdentais sem causar lesões.” Considerando todas estas opiniões que conclusões podem tirar, pacientes e médicos, da atual polémica? Independentemente da conceção deficiente dos estudos, dos resultados inconclusivos ou do sensacionalismo dos média que abordaram apenas uma pequena parte dos factos, existem pelo menos dois princípios sobre o uso de fio dentário que podem ser reconhecidos universalmente:

Primeiro, o fio dentário pode ser prejudicial se for usado de forma incorreta. Por exemplo, usar o fio dentário de forma descuidada pode danificar a gengiva, os dentes e o resultado de tratamentos dentários. Além disso, há provas de que o uso do fio dentário pode deslocar bactérias que podem invadir a corrente sanguínea e provocar infeções perigosas, especialmente em pessoas cujo sistema imunitário está fragilizado. Segundo, o senso comum sugere que os problemas de saúde oral frequentes, como a cárie e inflamação nos espaços interdentários pode ser evitada apenas através da remoção dos resíduos entre os dentes, o que torna o uso de fio dentário benéfico para a saúde oral. A melhor forma de resumir desta polémica talvez sejam as palavras de Tim Iafolla do US National Institutes of Health, ao afirmar que, se os padrões mais elevados da ciência fossem aplicados para manter as análises da década passada, faria sentido deixar as recomendações para o uso de fio dentário. Contudo, “é de baixo risco e de baixo custo. Sabemos que existe a possibilidade de que funcione por isso sentimo-nos confortáveis a recomendar aos nossos pacientes que usem o fio dentário.” [\[4\]](#)

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

EXXIV[®]
ETORICOXIB



EXXIV[®], comprimidos revestidos por película contendo 30 mg, 60 mg, 90 mg ou 120 mg de etoricoxib. **Indicações terapêuticas:** Alívio sintomático da osteoartrite (OA), artrite reumatoide (AR), espondilite anquilosante e da dor e sinais de inflamação associados a artrite gotosa aguda. Tratamento de curta duração da dor moderada associada à cirurgia dentária. **Posologia e modo de administração:** Exxiv[®] é administrado por via oral e pode ser tomado com ou sem alimentos. Osteoartrite – 30 mg uma vez por dia. Em alguns doentes com alívio sintomático insuficiente, um aumento da dose para 60 mg, uma vez por dia, pode aumentar a eficácia. Na ausência de um aumento no benefício terapêutico devem ser consideradas outras opções terapêuticas. Artrite reumatoide – 90 mg uma vez por dia. Espondilite anquilosante – 90 mg uma vez por dia. Em situações de dor aguda, o etoricoxib deve ser usado apenas no período sintomático agudo. Artrite gotosa aguda – 120 mg uma vez por dia. Em estudos clínicos para a artrite gotosa aguda, o etoricoxib foi administrado durante 8 dias. A dose para a artrite gotosa aguda não deve exceder 120 mg por dia, limitada a um máximo de 8 dias de tratamento. Dor pós-operatória na cirurgia dentária – 90 mg uma vez por dia, limitado a um máximo de 3 dias. Alguns doentes podem precisar de analgesia pós-operatória adicional. Doses superiores às doses recomendadas para cada indicação não demonstraram eficácia adicional ou não foram estudadas. A dose para cada indicação não deve exceder a dose máxima recomendada. Uma vez que o risco cardiovascular relacionado com a utilização de etoricoxib pode aumentar com a dose e a duração da exposição, deverá usar-se a menor dose diária eficaz, na menor duração possível. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes. Úlcera péptica ativa ou hemorragia gastrointestinal (GI) ativa. Antecedentes de broncospasma, 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, broncospasma, 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, creatinafosfoquinase aumentada, hipercalemia, ácido úrico aumentado. Raros: angioedema/reações anafiláticas/reações anafilactoides incluindo choque, confusão, irrequietude, hepatite, insuficiência hepática, icterícia, síndrome Stevens-Johnson, necrose epidérmica tóxica, erupção medicamentosa fixa e natremia diminuída. Foram notificados os seguintes efeitos indesejáveis graves associados à utilização de AINEs, que não podem ser excluídos para o etoricoxib: nefrotoxicidade incluindo nefrite intersticial e síndrome nefrótica. **Apresentação:** Exxiv[®] 60 mg, cx. 7 e 28 comp. Exxiv[®] 90 mg cx. 7 e 28 comp. Exxiv[®] 120 mg, cx. 7 comp. Participação (excepto Exxiv[®] 120 mg, cx. 7 comp.): 37% (Regime Geral) 52% (Regime Especial). Sob licença de Merck & Co., Inc. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM: BIAL - Portela & C^ª S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado - PORTUGAL Sociedade Anónima, Cons. Reg. Com. Trofa Matriculada n.º 500 220 913. NIPC 500 220 913. Capital Social €50.000.000 - www.bial.com - info@bial.com. Medicamento sujeito a receita médica. DIDSAM130705 Antes de prescrever consulte o RCM.

Antes de prescrever consulte o RCM.

Bial

PORTELA & C^ª, S. A.





ZIRKONZAHN APRESENTA TECNO MED MINERA

A Zirkozahn criou o Tecno Med Mineral, uma resina de alto rendimento que agora está disponível nas cores tissue e dentin. Numa nota enviada às redações, a marca refere que “com o Tecno Med Mineral oferece mais uma alternativa, isenta de metal, à prótese comum. O material de alto rendimento termoplástico é, devido às suas características superiores, particularmente apropriado para a produção de próteses definitivas. A sua alta resistência e principalmente a sua excelente biocompatibilidade fazem do Tecno Med Mineral o material ideal para o tratamento de pacientes com alergias.” Para além disso, segundo a Zirkozahn, “o Tecno Med Mineral não é abrasivo e não pigmenta” e conta com uma estrutura “molecular semi-cristalina” que resulta “numa resistência e estabilidade química excelentes”. Saiba mais em www.zirkonzahn.com.



GRUPO ORISLINE TEM NOVO SITE

O Grupo Orisline, empresa que desenvolve soluções de TI para o setor dentário, lançou um novo website. De acordo com a empresa, o objetivo “é fornecer aos seus visitantes uma visão clara e completa sobre o Grupo e sobre os produtos que disponibiliza”. “Para os clientes, o website será uma ferramenta otimizada para a gestão das suas licenças de software e para os seus serviços ativos, graças a um design moderno com especial atenção para o seu interface intuitivo. A combinação da sua estrutura simples e moderna, imagens grandes e textos legíveis, criam um portal informativo apontado para todas as pessoas que desejam manter-se informadas sobre as mais recentes tecnologias disponíveis para as clínicas e laboratórios dentários”, acrescenta a empresa. O website está disponível em Inglês (<http://www.orisline.com/en/>), Italiano, Espanhol e Português e conta agora com uma nova Área Cliente, acessível a partir da homepage e protegida através de login e password, e que dá acesso a vários serviços.



VITIS® LANÇA PRIMEIRO ANTICÁRIES QUE REPARA E PROTEGE O DENTE

A Dentaïd lançou a gama Vitis Anticáries, uma linha composta por pasta e colutório que segundo a marca “repara o esmalte dentário e cria uma capa protetora resistente ao ataque dos ácidos”. Numa nota enviada às redações, a Dentaïd explica que “a fórmula Vitis Anticáries tem a tecnologia inovadora da Dentaïd, nanorepair, que consegue proteger e reparar o esmalte desde o seu interior, graças à ação das nanopartículas de hidroxiapatite, elementos naturais do dente, que têm a capacidade de se incorporar no esmalte dentário. Estes, juntamente com o flúor, favorecem a formação de fluorapatite e a remineralização do esmalte. Além disso, a presença do xilitol numa concentração específica determinada, suprime a formação de placa dentária”. Luís Proença, Diretor Geral dos Laboratórios Vitória, explica que “este lançamento é uma revolução. A cárie é uma afeção que afeta grande parte da população portuguesa e o Vitis Anticáries atua em todas as fases do processo de formação das cáries”. Os três mecanismos de ação presentes nesta gama – nanopartículas de hidroxiapatite, flúor e xilitol – permitem, segundo a marca, “formar uma capa protetora resistente à erosão”, “reforçar e fortalecer o esmalte” e “remineralizar o esmalte”.



ACTEON LANÇA GERADOR PIEZOELÉTRICO

A Acteon lançou o Piezotome Solo LED, “um gerador piezoelétrico de última geração com luz LED de alta potência (60 W)”. De acordo com a marca, a nova solução “integra a melhor tecnologia Acteon com os componentes mais potentes, fiáveis e seguros dirigidos a cirurgia ultrassónica periimplantar”. Além disso, a nova tecnologia “está dotada de uma peça de mão com luz LED e um kit essencial”.

CONFERÊNCIA GLOBAL MIS - 2016 BARCELONA

Tudo na MIS, tem um objetivo: Simplificar

A 3ª Conferência Global da MIS realizou-se em Barcelona de 26 a 28 de Maio. Durante estes três dias, conferencistas de todo o mundo participaram em workshops, assistiram a palestras dadas por líderes de opinião de renome mundial e participaram em dois eventos sociais memoráveis dando a todos a oportunidade de relaxar e de conviver com seus colegas.

Estiveram presentes cerca de 2.500 médicos dentistas de todo o mundo e a SDS, distribuidor exclusivo da MIS em Portugal, esteve também presente na Conferência contando com a presença de mais de 100 médicos convidados.

O CEO da MIS, Idan Kleifeld, proferiu as seguintes palavras, na abertura da conferência de imprensa em Barcelona: "Acreditamos que a simplicidade é o maior

valor acrescentado que podemos oferecer aos médicos que usam os nossos produtos. E esta será a nossa missão ao longo dos anos."

A Conferência Global deste ano focou-se em várias inovações importantes da MIS que estão verdadeiramente a revolucionar o mundo da implantologia. Nomeadamente, o VCONCEPT que inclui o inovador implante V3. Na verdade, o CEO da MIS definiu a inovação como um dos principais objetivos da MIS, dizendo "Nós gostaríamos de ser a empresa de implantes dentários mais inovadora do mundo".

O Vice-presidente da MIS, Doron Peretz, destacou ainda que o implante V3, é a única verdadeira inovação no mercado de implantologia nos últimos anos e que "a combinação entre o implante e a restauração é a inovação que irá posicionar a MIS como líder de valor acrescentado no mercado".

Entre os vários oradores de renome mundial

que estiveram presentes na conferência, esteve o Professor Nitzan Bichacho, que será o principal orador no evento MIS DAY (promovido pela empresa SDS) no próximo dia 22 de Outubro de 2016 no Auditório de Serralves, juntamente com oradores Portugueses.*

Além do excelente programa científico da conferência, a MIS organizou dois eventos sociais inesquecíveis. A abertura da Conferência Global da MIS realizou-se com um exclusivo e único jantar de gala em pleno relvado do estádio do Barcelona - Camp Nou. O jantar terminou com música ao vivo e um espetacular jogo de luz e fogos-de-artifício. Para encerrar a Conferência, a MIS organizou no maior club noturno de Barcelona, o Opium Club, uma festa memorável para todos os presentes. Estes dois eventos mostraram o alto nível de profissionalismo e atenção ao detalhe que a MIS tem orgulho e prazer em demonstrar.



Festa de Encerramento no Opium Club



Jantar de Gala no Estádio Camp Nou



Professor Nitzan Bichacho durante a palestra



INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:

SDS, Lda

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

info@sds.pt



Porto, 22 de outubro 2016

Além do Professor Nitzan Bichacho, serão ainda palestrantes do MIS DAY:

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

A VIDA SECRETA DOS DENTISTA



RUI PAIVA

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

Perante tal título desiludam-se desde já aqueles que esperam revelações ou inconfiências acerca do modo como vivemos a nossa vida... Trata-se apenas do título de um pequeno filme produzido por uma associação espanhola denominada "SLO – salvemos la odontologia". Ao que apurei trata-se de uma associação de jovens Médicos Dentistas, Estomatologistas e Cirurgiões Maxilo-Faciais que pugnam pela dignificação da Medicina Dentária em Espanha. Serão jovens, dinâmicos e imaginativos, dominarão certamente as novas formas de comunicação, as redes sociais e as novas tecnologias. E deverão ser considerados uma mais-valia e um exemplo a seguir em Portugal. Os nossos jovens colegas, que tanto penam e que tão iludidos chegam à profissão têm de diversificar as suas ações, têm de dar força e contribuições à sua associação "Young Dentists Portugal", têm de ser ousados e imaginativos, exigentes e reivindicativos, perante o Estado, perante a Ordem dos Médicos Dentistas, perante as diversas Sociedades da Medicina Dentária, perante os colegas mais velhos e os "senadores" da Medicina Dentária portuguesa, que salvo raras e louváveis exceções se remetem a um silêncio ensurdecedor e cómodo.

O filme em questão lança interrogações e afirmações dirigidas não apenas aos Médicos Dentistas, mas também ao grande público e assim terá de ser como primeira etapa de uma estratégia que visará passar a mensagem ao poder político. O dito filme

"O essencial desta temática é que urge transmitir à população em geral, às famílias e aos jovens em idade de optarem por algum curso superior, às entidades responsáveis e às demais instituições com capacidade de influenciarem as decisões políticas, o real estado de pletera na nossa profissão por excesso de formação de jovens Médicos Dentistas".

começa por lançar a informação de serem atualmente necessários cinco anos de formação base, mais três de especialização para se ser Médico Dentista especialista. De seguida divulga uma série de dados estatísticos certamente desconhecidos da maioria da população tais como o facto do Médico Dentista exercer a profissão sanitária mais stressante e a menos considerada; de nos Estados Unidos da América existirem estudos que revelam que, apesar de ser uma das profissões melhor remuneradas, é a profissão com maior índice de suicídios; que existem em Espanha milhares de Médicos Dentistas no desemprego; que muitos dos licenciados em Espanha abandonam o seu país desencantados com a situação; que muitos jovens Médicos Dentistas estão nas mãos de comerciais que os pressionam para faturar; que devido ao excesso de Médicos

Dentistas as condições laborais que alguns têm de aceitar roçam a exploração; que qualquer empresário pode instalar uma clínica dentária, pelo que a saúde do paciente nem sempre é o mais importante; que os Médicos Dentistas estão fartos de publicidade enganosa; que os "seguros dentários" são uma farsa, são planos de descontos encobertos; que o Médico Dentista está trabalhando GRÁTIS ou por uma quantia tão pequena que não cobre os custos; que a época dos Médicos Dentistas ricos já não existe; que em cada 10 Médicos Dentistas há 9 com problemas de dores nas costas.

Termina depois do filme com avisos e conselhos de carácter geral e de fácil aplicação a diversas profissões como "chegar a ser um bom Médico Dentista é um grande desafio", "trabalhar com ética depende de ti", "nunca te esqueças que são pacientes e não clientes" etc, mas que revelam o clima que se vive por dentro da nossa profissão.

O essencial desta temática é que urge transmitir à população em geral, às famílias e aos jovens em idade de optarem por algum curso superior, às entidades responsáveis e às demais instituições com capacidade de influenciarem as decisões políticas, o real estado de pletera na nossa profissão por excesso de formação de jovens Médicos Dentistas. Importa informá-los didaticamente acerca das consequências práticas e concretas e dos riscos que decorrem de tal situação. Riscos para a saúde pública, consequências a vários níveis, económicos, psicológicos, sociais. A responsabilidade desses alertas é de todos nós mas, obviamente, a exigência dessa responsabilidade tem distintos patamares, sendo que as instituições que nos representam estão no topo dessa escala. "Young Dentists Portugal", Ordem dos Médicos Dentistas e diversas sociedades científicas podem e devem ser imaginativos e coordenados na utilização dos diversos meios disponíveis para a prossecução do objetivo maior que é a dignificação da Medicina Dentária portuguesa! ●

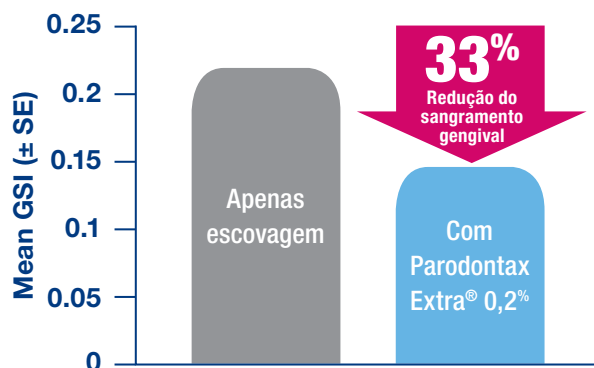
PROBLEMAS GENGIVAIS ?

...É BOM PODER CONTAR COM PARODONTAX EXTRA®



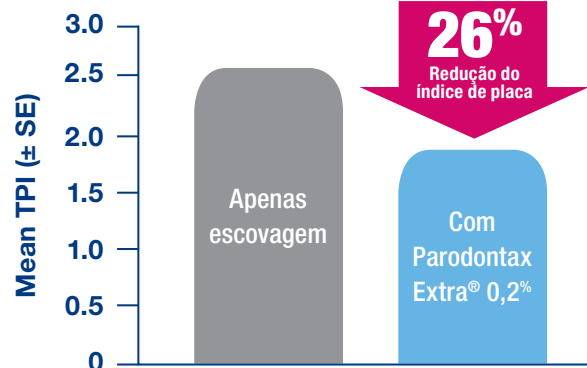
REDUZ O SANGRAMENTO GENGIVAL¹⁻⁴

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



REDUZ A PLACA BACTERIANA⁴

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



MUNDO A SORRIR INICIA PROJETO DE SAÚDE ORAL E PÚBLICA EM MOÇAMBIQUE “SAÚDE A SORRIR”

Fotos: Mundo a Sorrir



A ONG Mundo A Sorrir iniciou, em Setembro, o projeto “Saúde a Sorrir” para crianças das escolas do 1ºCiclo no distrito Bilene-Macia, em Moçambique. Aliado às ações de prevenção e tratamento na saúde oral e geral, o projeto procura também reforçar a importância do acesso de água potável. A falta de acesso de água potável contribui para o aumento dos problemas de saúde oral e pública. Segundo dados da UNICEF, em Moçambique, apenas 40% das escolas rurais têm instalações de unidades sanitárias e mais de metade da população continua a consumir água em fontes com poucas condições higiénico-sanitárias.

Numa primeira fase, o grupo de voluntários do projeto “Saúde a Sorrir” irá recolher dados sobre as condições de acesso e de qualidade da água, nomeadamente os locais onde há água e as condições de higiene e saneamento nas escolas. Posteriormente, e em parceria com as Águas do Porto - organização da Câmara Municipal do Porto - prevê-se a melhoria do acesso e da qualidade da água nas zonas mais carenciadas.

Em parceria com o Centro de Saúde da Macia, esta nova missão internacional da Mundo A Sorrir visa ainda melhorar as condições de saúde pública e oral das populações, através da educação e da prevenção das crianças, dos professores e das mães sobre os cuidados de saúde, de higiene e da alimentação saudável. Em Moçambique, a organização irá realizar várias atividades junto das comunidades, como formações para a saúde pública e oral dos professores, das crianças e das mães, rastreios dentários com aplicação bianual de flúor, oferta de escovas e pastas dos dentes e o atendimento no Centro de Saúde da Macia das crianças rastreadas com necessidade de intervenção médico-dentária.

A intervenção da Mundo A Sorrir em Moçambique irá ocorrer juntamente com os atuais profissionais de saúde do país, pois a organização não pretende substituí-los, mas sim trabalhar em conjunto, integrando-os e capacitando-os. A primeira missão para Moçambique conta com o apoio de três médicas dentistas voluntárias que vão estar cerca de dois meses no país. 🌍

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

Textos em parceria com a Mundo a Sorrir





CURSO HANDS-ON DE DENTISTERIA ESTÉTICA

Restaurações diretas à base de cerâmica, pontes e coroas provisórias

COIMBRA

PROGRAMA

Admira Fusion – Restaurações Directas à base de Cerâmica

Componente teórica. Restaurações diretas à base de Cerâmica com a nova tecnologia de Admira Fusion, Admira Fusion Flow e Admira Fusion x-tra com particular ênfase nas vantagens. Apresentação de alguns casos clínicos onde serão abordadas as Restaurações Anteriores e Posteriores e algumas técnicas de utilização dos produtos.

Componente prática. Realização de diferentes restaurações anteriores e posteriores com recurso aos produtos Admira Fusion, Admira Fusion Flow e Admira Fusion x-tra.

Structur 3 – Pontes e Coroas Provisórias

Componente teórica: vantagens da execução imediata do provisório em consultório assim como, vantagens das Resinas BIS-GMA em detrimento das convencionais resinas acrílicas de laboratório. Apresentação de casos clínicos, etc.

Componente prática: Realização de uma ponte provisória e de um elemento unitário provisório e cimentação em modelo.

FORMADOR

Cristiano Alves

Médico Dentista (UFP) - Prática exclusiva em Reabilitação Oral / Assistente Convidado da Disciplina de Protoprontologia Fixa (LMD - FMUC) / Pós-Graduação em Reabilitação Oral Protética (LMD - FMUC) / Pós-Graduação em Competências Clínicas Profissionalizantes em Medicina Dentária (UFP)

LOCAL

Sede do Conselho Regional de Coimbra . Rua Antero de Quental, 256 - Ed. Avenida, 9º sala 908 . Coimbra

PREÇO

Sócio SPEMD - 100€ . Não Sócio SPEMD - 150€

LOTAÇÃO / DURAÇÃO

10 formandos . 8 horas

DATA E HORÁRIO

22 de outubro de 2016 - 9h30 - 13h00 . 14h30 - 19h00

Mais informações em
www.spemd.pt
secretariado@spemd.pt

MB MULTIBANCO

Inscrições online em www.spemd.pt
Pagamento de serviços através de referência multibanco

Apoio
VOCO
DE ORTODONTIA

**22 de outubro
2016**

NOITES DA SPEMD



LISBOA . PORTO . COIMBRA

SPEMD

Inscrição obrigatória em http://www.spemd.pt/formacao/noites_da_spemd
A inscrição online permite a receção do diploma via mail



JORGE ANDRÉ CARDOSO

**O Interface Perio-Restaurador -
estética e biologia**

Braga, 22 de novembro de 2016



ALEXANDRA VINAGRE

**Opções terapêuticas para a restauração
de dentes posteriores em resina composta**

Lisboa, 06 de dezembro de 2016



RICARDO FARIA DE ALMIDA

**A regeneração óssea associada ao
tratamento com implantes. Como evitar
e como solucionar - considerações clínicas**

Viseu, 20 de outubro de 2016



PEDRO COUTO VIANA

**Desafios Estéticos na Prótese
sobre Implantes**

Coimbra, 24 de novembro de 2016

SPEMD

Para mais informações consulte o site da SPEMD em www.spemd.pt

Patrocínios:

Media Partner:

Parceiros Institucionais:

2ª Visita Guiada . Porto

Visita pelos Jardins das Virtudes a São Pedro de Miragaia

EVENTOS

SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

2ª Visita Guiada . Lisboa

Lisboa...antes e depois

2016
23.10.2016

2016
15.10.2016

Vista sobre o rio Douro e a Alfândega do Porto percorrendo a zona medieval de Miragaia, apreciando os telhados e o casario, os jardins e as fontes

- 9:30 – Ponto de encontro junto ao Palácio da Justiça, na Praça do Carregal
- Início da descida das escadas do Jardim das Virtudes apreciando as suas fontes
 - Apreciar o Palácio e as escadas das Sereias e a pirâmide onde era hasteada a bandeira
 - Descer a Calçada das Virtudes
 - Rua dos Armazéns
 - Escadas do Monte Judeus
 - Rua da Arménia (onde se refugiaram os Arménios fugidos de Constantinopla)
 - Arcos de Miragaia
 - Visita à Igreja de São Pedro de Miragaia

Data: 15 de outubro 2016, com início às 09h00 (tolerância máxima de 10 minutos) e fim previsto, às 13h00. Número de participantes mínimo: 4 adultos (a visita será acompanhada por guia).

Custo de inscrição:

As visitas são gratuitas para sócios e acompanhantes quando inscritos associados ao sócio. Para não sócios, quando não acompanhados de um sócio, cada visita tem um custo de 10,00€. Entradas em parques, jardins, palácios, museus, monumentos, transportes, etc, facultativas e pagas à parte.

Mais informações e inscrições online em:
http://www.spemd.pt/sobre_a_spemd/visitas_guiadas

Em caso de dúvida contacte os serviços centrais através do mail secretariado@spemd.pt

Local de concentração, e início da visita guiada, Praça do Comércio - Estátua de D. José (GPS: 38° 42' 26" N e 9° 10' 96" N)

- Praça do Comércio
- Rua Augusta
- Elevador de Santa Justa
- Largo do Carmo
- Largo da Trindade (Igreja de S. Roque)
- Breve incursão pelo Bairro alto
- Praça Luís de Camões (Igreja dos italianos)
- Largo do Calhariz

Data: 23 outubro 2016, com início às 09h00 (tolerância máxima de 10 minutos) e fim previsto, às 13h00. Número de participantes mínimo: 4 adultos (a visita será acompanhada por guia).

Custo de inscrição:

As visitas são gratuitas para sócios e acompanhantes quando inscritos associados ao sócio. Para não sócios, quando não acompanhados de um sócio, cada visita tem um custo de 10,00€. Entradas em parques, jardins, palácios, museus, monumentos, transportes, etc, facultativas e pagas à parte.

Mais informações e inscrições online em:
http://www.spemd.pt/sobre_a_spemd/visitas_guiadas

Em caso de dúvida contacte os serviços centrais através do mail secretariado@spemd.pt



PLANEAR 2017... JÁ?



DILEN RATANJI

• Diretor-Geral DentBizz Consulting

Poderá parecer idílico, mas a verdade é que faz todo sentido que no início de cada “ano lectivo” se comece a planear o ano seguinte da sua clínica, nos mais variados domínios. Agora que já recarregou baterias nas (merecidas) férias é altura de iniciar paulatinamente o planeamento estratégico da sua empresa para o ano de 2017. Vou ajudá-lo nesta tarefa, colocando algumas questões que servir-lhe-ão para desenvolver uma reflexão estratégica do seu negócio.

Estratégia

Qual o crescimento que pretende objectivar para a sua clínica em 2017? Fará sentido adquirir mais equipamento para a clínica? A sua oferta de serviços manter-se-á a mesma? Deverá internalizar ou externalizar algum serviço? O posicionamento da sua marca carece de alguma alteração? Como poderá racionalizar os custos? Com que fornecedores? Como prevenir eventuais “ataques” da sua concorrência directa? Fará sentido abrir mais alguma clínica no concelho ou nas suas zonas limítrofes? Terá possibilidade de desenvolver parcerias estratégicas com outras clínicas dentárias?

Marketing

Os preços dos seus serviços vão sofrer

Qual o crescimento que pretende objectivar para a sua clínica em 2017? Fará sentido adquirir mais equipamento para a clínica? A sua oferta de serviços manter-se-á a mesma? Deverá internalizar ou externalizar algum serviço? O posicionamento da sua marca carece de alguma alteração? Como poderá racionalizar os custos?

alguma alteração em 2017? Quais as principais medidas de marketing *online* e *offline* que irá implementar no decorrer do próximo ano? Depois de analisar o seu negócio que campanhas pretende lançar no decorrer do próximo ano? Há possibilidade de explorar outros segmentos-alvo além dos que já existem na sua clínica? Se sim, de que forma poderá fazê-lo? Há necessidade de alterar a imagem e/ou interiores da sua clínica? Como poderá aumentar os níveis de fidelização dos seus pacientes? E como evitar a deserção de pacientes para outras clínicas? Como vai tentar reactivar os pacientes inactivos? Já sabe como irá auscultar os seus pacientes e o seu nível de satisfação com os serviços prestados pela sua clínica? E de que forma irá abordar os pacientes menos satisfeitos? Como capitalizar a notoriedade da sua marca no mercado? Como potenciar a política de responsabilidade social da empresa? Já tem definido um valor para acções de marketing (*benchmark*: entre 5% e 7% do total do volume de negócios anual)?

Recursos Humanos

Consoante a estratégia adoptada necessita de mais recursos humanos para a estrutura? Terá alguma medida de apoio à contratação por parte do IEFP ou outros incentivos da Segurança Social? Terá necessidade de dispensar algum recurso humano? Fará sentido criar linhas intermédias na estrutura orgânica da empresa para que possa descentralizar algumas operações? Saberá quais as motivações e expectativas de cada recurso humano para os próximos dois anos? O modelo de objectivos comerciais e de incentivos manter-se-á o mesmo? Quais as formações que estrategicamente interessarão mais à sua clínica e que

vão de encontro com as expectativas e motivações dos seus colaboradores? Qual a verba disponível para a participação das formações? O sistema de avaliação de desempenho manter-se-á o mesmo? Haverá alteração de funções ou procedimentos internos no seio da estrutura, de forma a melhorar a organização e comunicação internas? Que medidas de marketing interno (aumento da motivação da equipa) pretende desenvolver?

Finanças e Fiscalidade

Já tem um plano para otimizar o IRC a pagar no final do ano? Agende uma reunião com o seu contabilista para discutir este tema. Que proveitos e custos estima que haja até o final do

ano? Fará sentido diferir e/ou antecipar algum custo (ex.: aquisição de um bem) com o objectivo de aumentar a eficiência fiscal? Já definiu uma estratégia de recuperação das dívidas de clientes e a respectiva imputação contabilística? Já iniciou a recolha de elementos para elaborar um orçamento de exploração para o próximo ano (proveitos vs. custos)?

Não é suposto o gestor da clínica elaborar o plano estratégico da sua empresa num par de dias, pois sabemos que actividade operacional do dia-a-dia não permite que se dedique a este tema de forma ininterrupta. Contudo, ter a resposta às questões supracitadas (e mais algumas que, entretanto, surjam) permitirá estruturar o plano

com maior assertividade. Antecipação e antecedência são a chave para um bom planeamento estratégico. E seja objectivo na estruturação do seu plano estratégico: conseguirá ter as respostas a todas estas questões em menos de 4 páginas. Sim, é suposto ter uma evidência escrita do seu plano, pois as notas mentais não são muito seguras...

Bom regresso ao trabalho e excelentes negócios! 🍀

O autor escreve de acordo com a antiga ortografia

WWW.SAUDEORAL.PT

SAÚDE ORAL



A REVISTA PROFISSIONAL DE
ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

Conheça as novidades
do setor na nossa [Newsletter Semanal](#)

GANHE ATÉ 20% DESCONTO
NUMA FORMAÇÃO

FORMAÇÕES

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

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

SIM, DESEJO ASSINAR A SAÚDE ORAL

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

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

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)

Assinatura _____

Linha de Assinaturas: (+351) 210 033 800

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

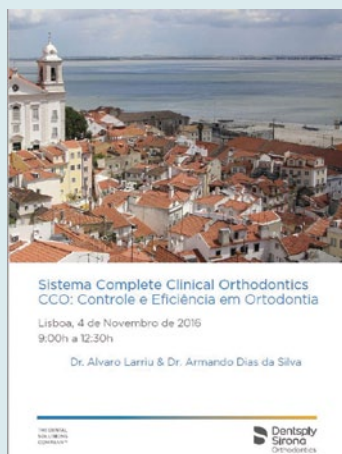
Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se à gestão da sua assinatura e apresentação futura de novas propostas.

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



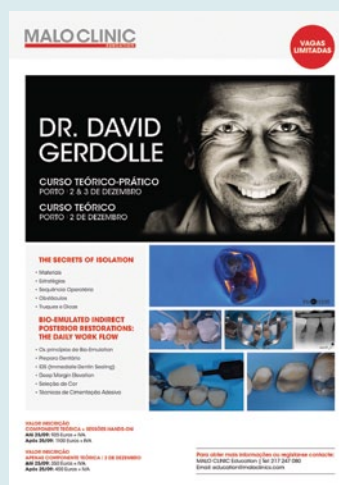
ORTOCERVERA APOSTA EM PÓS-GRADUAÇÃO DE ORTODONTIA

A Ortocervera (Grupo CEOSA) anunciou que vai organizar uma nova edição da Pós-Graduação ‘Especialistas em Ortodontia Funcional, Aparelhos Dentários e Autoligados’m ministrada por Alberto Cervera. O curso está estruturado em quatro áreas: Protocolos de diagnóstico e tratamento – Estudos de síndromes clínicas – Práticas com braquetes autoligáveis – Práticas clínicas. Esta edição tem início a 23 de março de 2017. Mais informações via email cursos@ortoceosa.com



SISTEMA CCO: CONTROLE E EFICIÊNCIA EM ORTODONTIA

A organização já chegou às 140 inscrições para os Study Club sobre o Sistema CCO-Complete Clinical Orthodontics (GAC-Dentsply Sirona) a realizar em Lisboa, 05 Novembro – Hotel Marriot e no Porto, 26 Novembro – Hotel HF Ipanema Park. O principal objetivo será o de demonstrar porque com o Sistema CCO (auto ligável inter ativo), conseguimos obter o máximo controlo rotacional e de expressão de torque, decorrendo cada sessão entre as 09h00-12h30, com o programa: Introdução à técnica auto ligável; Sistema CCO-Complete Clinical Orthodontics; Porquê um Sistema Inter-Activo?; As vantagens ilustradas em casos clínicos; O futuro. A inscrição é gratuita, bastando enviar o nome e local da formação a frequentar para ccoiberia@gmail.com.



DAVID GERDOLLE EM PORTUGAL PARA CURSO TEÓRICO-PRÁTICO

Nos próximos dias 2 e 3 de Dezembro, a MALO CLINIC Education organiza uma formação teórico-prática com David Gerdolle, orador de renome internacional, sob os temas “The Secrets of Isolation” e “Bio-Emulated indirect posterior restorations: the daily work flow”. Dirigido a médicos dentistas, o curso é uma mais-valia para a prática clínica de todos os profissionais que se dedicam à Dentisteria e à Prótese Fixa. No âmbito do tema “Secrets of Isolation”, David Gerdolle irá abordar materiais, estratégias, sequência operatória, obstáculos, entre outros assuntos, transmitindo truques e dicas para o dia-a-dia clínico dos formandos. Os participantes poderão optar por se inscrever nas componentes teórica e prática, beneficiando de um dia de hands-on – Isolamento; Bio-Emulated Indirect Posterior Restorations - onde poderão sistematizar e interiorizar todos os conceitos e know-how transmitido. Em alternativa podem optar pela componente teórica que terá lugar a 2 de Dezembro.



BTI DAY 2016 VAI DISCUTIR AVANÇOS EM IMPLANTOLOGIA E MEDICINA REGENERATIVA

A edição de 2016 do BTI Day realiza-se a 17 de dezembro, no Centro de Congressos da Alfândega do Porto, sob o mote ‘Ciência para Construir o Futuro’. Focado nos avanços e desenvolvimentos da implantologia dentária e da medicina regenerativa, o evento colocará em discussão temas como: Avanços em Cirurgia; Avanços em Prótese; Medicina Regenerativa; Que nada nos tire o sono: Apneia. Para mais informações sobre a iniciativa visite o site <http://btiday.com/en/>



XXV

CONGRESSO
ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS
PORTUGUESE DENTAL ASSOCIATION ANNUAL MEETING

CONFERENCISTAS CONFIRMADOS

ANDREW SPIELMAN | USA
MEDICINA / CIRURGIA ORAL

DOMINGO MARTÍN | SP
ORTODONTIA

EVA BERROETA | SP
PRÓTESE FIXA

GERMÁN ESPARZA GÓMEZ | SP
MEDICINA / CIRURGIA ORAL

MITSUHIRO TSUKIBOSHI | JP
TRAUMATOLOGIA E TRANSPLANTACÃO DENTÁRIA

NELSON PINTO | BR
REGENERAÇÃO ÓSSEA

NICOLA WEST | UK
DENTISTERIA

PAULO KANO | BR
PRÓTESE FIXA

WALTER DEVOTO | IT
RESTAURAÇÃO ESTÉTICA

www.ond.pt/congresso

ORGANIZAÇÃO

PLATINIUM SPONSOR

GOLD SPONSORS

SILVER SPONSOR

INTERNATIONAL
MEDIA PARTNER



Pierre Fabre
ORAL CARE



straumann

KLOCKNER

HENRY SCHEIN



ageas
seguros





Bruno Queridinha “ESTA TÉCNICA VEM SIMPLIFICAR A ABORDAGEM DE UMA FORTE PERCENTAGEM DE CASOS ATRÓFICOS”

É médico dentista, especialista em Ortodontia pela OMD e membro fundador do Colégio da Especialidade. Estivemos à conversa com Jorge Dias Lopes sobre a medicina dentária em Portugal e sobre o início do seu percurso na medicina dentária.

Texto: Sónia Ramalho

Quando terminou o curso de Medicina Dentária e em que instituição?

Terminei o curso de Medicina Dentária em 2009 na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Porque escolheu o curso de Medicina Dentária?

Medicina Dentária não era uma paixão à partida, mas sim um meio para trabalhar em saúde, isso sim uma paixão. O interesse pela área cresceu após o contacto com Cirurgia e outras disciplinas de cariz biomédico.

Foi relativamente fácil encontrar trabalho?

No espaço de dois meses após terminar o curso estava a trabalhar de Domingo a Domingo. O número de dias não era, no entanto, diretamente proporcional ao número de pacientes. Continuei sempre à procura e hoje estou muito satisfeito por nunca ter parado. Tentei numa fase inicial

valorizar acima de tudo a aprendizagem. Foquei-me apenas numa área, na que considerei à data mais importante para mim. O meu objetivo era acumular o máximo de experiências possível e levar o meu desempenho a um nível superior o mais rápido que conseguisse. Queria, como quero agora, ser sempre melhor em prol dos meus pacientes. Se há alguma coisa que posso dizer aos recém-licenciados é que não é fácil, mas não é impossível, e que a atitude e disponibilidade são 50% de um currículo.

Tem alguma área preferida?

A minha área de eleição é Cirurgia.

Pode explicar como surgiu a oportunidade de fazer o estudo agora publicado?

O estudo surgiu durante o meu Mestrado em Cirurgia, na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, que por sua vez resultou numa Tese e, por conseguinte, numa publicação. Na MaloClinic, onde exerço a minha prática clínica, os casos atróficos são uma constante e a necessidade de protocolos simplificados aguçam o interesse académico. No âmbito da necessidade de uma Tese que me possibilitasse a obtenção do grau de Mestre em Cirurgia tive a possibilidade de ajudar a estabelecer uma a de trabalho formada pelo Professor Ricardo Faria de Almeida e Professor António Felino, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, e pelo Professor Paulo Maló e Mestre Miguel de Araújo Nobre, da MaloClinic, todos excelentes e reconhecidos profissionais com quem tive a honra de colaborar na realização deste estudo, que é muito atual. Além da relevância científica de uma publicação, este estudo foi importante pois, salvo erro, representou a primeira colaboração entre ambas as instituições no plano científico.

Em que consiste o estudo?

O estudo comparou duas amostras de indivíduos com ausência de 3 ou mais dentes no maxilar posterior atrófico. Um dos grupos foi reabilitado com 1 implante reto e 1 implante angulado; o outro grupo, reabilitado com 2 implantes retos; ambos os grupos em função imediata.

Os objetivos foram comparar as taxas de sobrevivência dos implantes em ambos os grupos, a frequência de complicações biomecânicas e a perda óssea marginal. Ambos os grupos foram reabilitados utilizando os mesmos protocolos clínicos e de manutenção. Os resultados do estudo forneceram evidência sobre uma alternativa de reabilitação do maxilar posterior atrófico, que não é ainda transversal à comunidade de Medicina Dentária, possivelmente por falta de conhecimento da técnica e/ou falta de experiência. No entanto, esta técnica vem simplificar a abordagem de uma forte percentagem de casos atróficos que, de outra forma, seriam submetidos a procedimentos mais demorados, dispendiosos e exigentes como enxertos ósseos.

Quais as conclusões do estudo?

Concluiu-se que, pela ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as amostras para a maioria dos parâmetros estudados, a utilização de implantes colocados angulados é tão viável quanto a utilização de implantes colocados retos para a reabilitação do maxilar posterior atrófico. Uma vez que a colocação de implantes retos em pacientes parcialmente edêntulos está muito bem documentada na literatura, o estudo foi uma forma de utilizar essa evidência para mostrar a viabilidade de uma modalidade alternativa, baseando-se também nas referências já existentes da utilização de implantes colocados angulados para reabilitação total.

E projetos para o futuro?

O trabalho tem-me levado a conhecer outras realidades. Tive oportunidade de trabalhar em Londres, neste momento estou em Shanghai. No entanto quero regressar a Portugal e focar a minha prática em Cirurgia e Investigação, que são as duas áreas que me apazem, e explorar outras áreas de interesse mais associadas à gestão. Para o futuro? Muitas ideias, muitas etapas, mas uma de cada vez. 🍷

Para consultar o estudo clique aqui <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27447158>

SPIDIFEN 600mg



A dor desaparece mais depressa



Spidifen 3 vezes
mais rápido que outros
ibuprofenos



Spidifen eficaz
ação anti-inflamatória



Contra a
dismenorreia



Contra a dor
de cabeça



Contra a dor
dentária



Contra a dor
muscular



G1755

DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: SPIDIFEN 400 mg granulado para solução oral; SPIDIFEN 600 mg granulado para solução oral; COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada saqueta de SPIDIFEN 400 mg contém 738 mg de Ibuprofeno, arginato, equivalentes a 400 mg de Ibuprofeno, como substância activa. Excipiente(s): Sacarose - 1770 mg; Sódio 57 mg (sob a forma de bicarbonato de sódio e de sacarina sódica); Aspartamo (E951) 60 mg. Cada saqueta de SPIDIFEN 600 mg contém 1105 mg de Ibuprofeno, arginato, equivalentes a 600 mg de Ibuprofeno, como substância activa. Excipiente(s): Sacarose - 1285 mg; Sódio 85 mg (sob a forma de bicarbonato de sódio e de sacarina sódica); Aspartamo (E951) 60 mg. FORMA FARMACÉUTICA: SPIDIFEN 400 mg, granulado para solução oral; SPIDIFEN 600 mg, granulado para solução oral; INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS: SPIDIFEN 400 mg e SPIDIFEN 600 mg - Como analgésico: Dor pós-traumática (entorses, contusões, luxações, fracturas), dor pós-cirúrgica (cirurgia geral, episiotomia, extracção dentária), odontalgias, cefaleia e dismenorreia. Outros processos dolorosos associados a inflamação. Como anti-reumático: Osteoartrite, artrite reumatóide, artrite reumatóide juvenil, espondilite anquilosante, reumatismo extra articular. Como antipirético: Febre (adultos e crianças com mais de 6 anos). POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Os efeitos indesejáveis podem ser minimizados utilizando a menor dose eficaz durante o menor período de tempo necessário para controlar os sintomas. Adultos: A posologia deverá ajustar-se à intensidade do quadro clínico a tratar. Em geral, a dose máxima diária recomendada é de 1200 mg de ibuprofeno (arginato), repartidos em 2 a 4 administrações. Em caso de tratamento crónico a posologia deverá ser ajustada à dose mínima de manutenção que proporcione o controlo adequado dos sintomas. Na artrite reumatóide podem ser necessárias doses superiores, no entanto, recomenda-se não ultrapassar a dose máxima diária de 2400 mg de Ibuprofeno (arginato). Na dismenorreia primária, recomenda-se uma dose diária de 400 mg de Ibuprofeno (arginato) até se obter o alívio da dor, sendo a dose máxima por administração de 400 mg de ibuprofeno (arginato) e a dose máxima diária de 1200 mg. Idosos: A farmacocinética do Ibuprofeno não se altera nos idosos, pelo que não se considera necessário modificar a dose nem a frequência de administração. No entanto, tal como para outros AINEs, deverão adoptar-se precauções no tratamento destes pacientes, que são geralmente mais propensos aos efeitos secundários e têm mais probabilidade de apresentarem alterações da função renal, cardiovascular ou hepática e de receber medicação concomitante. Recomenda-se iniciar o tratamento com a dose terapêutica mais baixa. Apenas após verificar que existe uma boa tolerância, poderá aumentar-se a dose até alcançar a estabelecida para a população em geral. Insuficiências renais: Convém adoptar precauções quando se utilizam AINEs em doentes com insuficiência renal. Em doentes com disfunção renal leve ou moderada deverá reduzir-se a dose inicial. Não se deverá utilizar Ibuprofeno em doentes com insuficiência renal grave. Insuficiências hepáticas: Embora não se tenham observado diferenças no perfil farmacocinético do Ibuprofeno nestes doentes, aconselha-se a adopção de precauções com o uso de AINEs. Os doentes com insuficiência hepática leve ou moderada deverão iniciar o tratamento com doses reduzidas e ser cuidadosamente vigiados. Não se deverá utilizar Ibuprofeno em doentes com insuficiência hepática grave. CONTRA-INDICAÇÕES: Hipersensibilidade conhecida ao princípio activo ou outros AINEs ou a qualquer dos excipientes da formulação. Pacientes que tenham experimentado crises de asma, rinite aguda, urticária, edema angioneurótico ou outras reacções do tipo alérgico após terem utilizado substâncias de acção semelhante (por exemplo Ácido acetilsalicílico ou outros AINEs). História de hemorragia gastrointestinal ou perfuração, relacionada com terapêutica anterior com AINE. Úlcera péptica/hemorragia activa ou história de úlcera péptica/hemorragia recorrente (dois ou mais episódios distintos de ulceração ou hemorragia comprovada). EFEITOS INDESEJÁVEIS: Muito frequentes (>1/10) dispepsia, diarreia. Frequentes (>1/100, <1/10) náuseas, vómitos, dor abdominal, erupção cutânea, fadiga ou sonolência, cefaleia, tonturas e vertigens. Não frequentes (>1/1000, >1/100) hemorragias e úlceras gastrointestinais, estomatite ulcerosa, urticária, prurido, púrpura (incluindo a púrpura alérgica), angioedema, rinite, broncoespasmo, insónia, ansiedade, intranquilidade, alterações visuais, tinitus. Raras (<1/1000) perfuração gastrointestinal, flatulência, obstipação, esofagite, estenose esofágica, gastrite, exacerbação de doença diverticular, colite hemorrágica inespecífica, colite ulcerosa ou doença de Crohn, hematemese, melenas, reacção anafiláctica, reacção psicótica, nervosismo, irritabilidade, depressão, confusão ou desorientação, amblyopia tóxica reversível, transtornos auditivos, trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, pancitopenia, agranulocitose, anemia aplásica ou anemia hemolítica, alterações da função hepática, hepatite e icterícia com Ibuprofeno racémico. Muito raras (<1/10000) eritema multiforme, necrólise epidérmica, lúpus eritematoso sistémico, alopecia, reacções de fotossensibilidade, reacções cutâneas graves como a síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica aguda (síndrome de Lyell), vasculite alérgica e meningite asséptica, podem ver-se agravadas as inflamações associadas a infeções. Também têm sido notificados, na sequência da administração de AINE, casos de hematemese e melenas. Caso se produza hemorragia gastrointestinal, poderá causar anemia e hematemese. Na maior parte dos casos em que foi comunicada meningite asséptica com Ibuprofeno, o doente sofria de alguma doença auto-imune (como lúpus eritematoso sistémico ou outras doenças do colagénio), o que pressupõe um factor de risco. Podem ver-se agravadas as inflamações associadas a infeções. Em caso de reacção de hipersensibilidade generalizada grave pode aparecer inchaço da face, língua e laringe, broncoespasmo, asma, taquicardia, hipotensão e choque. Pode prolongar o tempo de hemorragia. Parece existir uma maior predisposição por parte dos doentes com hipertensão ou transtornos renais a sofrer retenção hídrica. Edema, hipertensão arterial, e insuficiência cardíaca, têm sido notificados em associação ao tratamento com AINE. Os dados sugerem que a administração de Ibuprofeno em doses elevadas (2400 mg diários) e em tratamento de longa duração poderá estar associada a um pequeno aumento do risco de eventos trombóticos arteriais (p. exp. enfarte do miocárdio ou AVC). Com base na experiência com os AINEs em geral, não se pode excluir a possibilidade de ocorrência de casos de nefrite intersticial, síndrome nefrótico e insuficiência renal. DATA DA ÚLTIMA REVISÃO DO RCM: SPIDIFEN 400 mg, SPIDIFEN 600 mg - 10/12/2008; CLASSIFICAÇÃO DISPENSA AO PÚBLICO: SPIDIFEN 400 mg, SPIDIFEN 600 mg - MEDICAMENTO SUJEITO A RECEITA MÉDICA; ESCALÃO DE COMPARTICIPAÇÃO: SPIDIFEN 400 mg e SPIDIFEN 600 mg - Comparticipados pelo escalão C. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado: Titular da AIM: Zambon - Produtos Farmacêuticos, Lda. Rua Comandante Henrique Maya, 1; 1500-192 Lisboa; Tel 217600952; 217600954; ZambonPT@zambongroup.com; (V1PS_400_600_22072016). Revisão parcial de artigos publicados. Alguns dados apresentados neste documento podem não estar incluídos no RCM do medicamento. Consulte o RCM em www.infarmed.pt

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

4.090 €*
7.090 €*



iClave plus

Autoclave de classe B com tecnologia de vanguarda

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

MAIOR SEGURANÇA • MAIOR CAPACIDADE

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

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

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