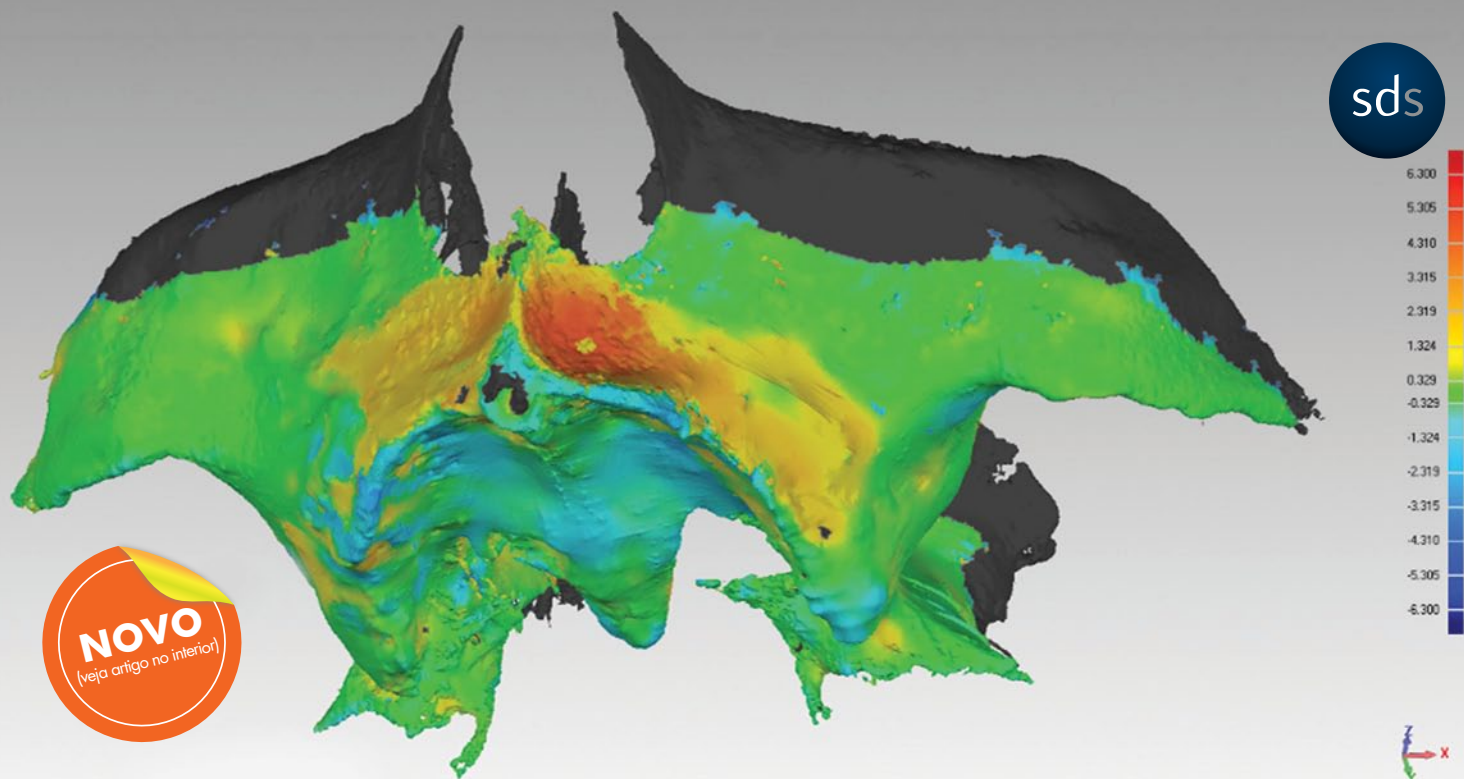


SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 112 • JANEIRO/FEVEREIRO 2017 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)



OsteoBiol®
by Tecross



A COMBINAÇÃO IDEAL PARA A ESTABILIZAÇÃO DO ENXERTO
OsteoBiol® Gen-Os® collagenated xenogenic bone + TSV thermosensitive gel

Reabsorvível⁽¹⁾ | Promove a revascularização e formação de osso novo⁽²⁾ | Estabilização do enxerto^(A)

(1) Nannmark U, Sennerby L - CIDRR, 2008 Dec; 10(4): 264-70

(2) Prof. Imad About et al - Dental Materials Journal 2016, In press

(A) CBCTs showing horizontal augmentation up to 5 mm: yellow and red areas highlight bone augmentation
Overlapping of pre-op and immediate post-op cone beams: courtesy of Prof. Tiziano Testori

osteobiol.com

REGENERATION SCIENCE

INSPIRED BY NATURE

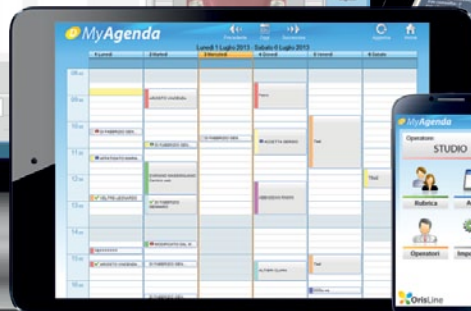
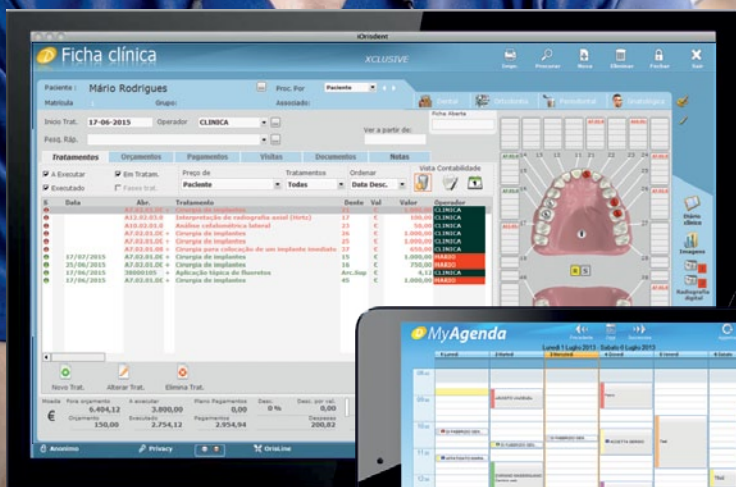


SDS, Lda

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



comunicação em alta definição



traçados cefalométricos



gestão do Laboratório de Prótese Dentária

www.orisline.pt



OrisLine Portugal
Tel. 215999378
info@orisline.com

SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 112 • JANEIRO/FEVEREIRO 2017 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)

ESPECIAL ORTODONTIA
EM FRANCO
DESENVOLVIMENTO E A
RECUPERAR DO ATRASO
DO SÉCULO XX

CARTA ABERTA DE CÉSAR
MEXIA DE ALMEIDA
"CONTRIBUIÇÕES
PARA UMA REVISÃO DA
POLÍTICA DA SAÚDE
ORAL"



João Carlos Ramos
“É PRECISO DIGNIFICAR
MAIS A MEDICINA DENTÁRIA”

Ficha técnica

SAÚDE ORAL ^{SO}

Diretor: Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)
Colaboraram nesta edição: Carmen Silva, Cláudia Pinto, Manuela Vasconcelos e Susana Marvão
Fotografia: Natacha Cardoso, Ricardo Meireles, 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 envolvimento: 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:
 52,20€ (IVA incluído, 6%)

Revista fundada em 1998 por A. Esteves

Os artigos de opinião apenas veiculam as posições dos seus autores



A IMPORTÂNCIA DA MEDICINA DENTÁRIA

Já sabemos que o início do ano é aquela época em que abrandamos um pouco o ritmo e aproveitamos para fazer um balanço. Avaliamos o caminho percorrido, os caminhos que queremos seguir e escrevemos os objetivos para os próximos 365 dias. Um dos meus objetivos era entrevistar o Dr. João Carlos Ramos pelo seu papel no ensino da medicina dentária e pelo seu novo projeto em Aveiro. Nesta edição pode ler a entrevista a uma das figuras da medicina dentária, que defende que o ensino tem de levar as pessoas a sentir, ou então não vai funcionar. “Muitas vezes a diferença não está na qualidade técnica ou científica daquilo que tentamos passar, mas na forma como passamos e interagimos com os alunos. Isto é algo muito difícil porque os alunos têm personalidades diferentes, nós temos a nossa própria personalidade e portanto não temos uma fórmula mágica que nos permita chegar de forma eficaz a todos os alunos. Temos de nos adequar. Há uma frase que gosto muito e traduz tudo isto: ‘Diz-me como se faz e eu provavelmente esqueço-me; mostra-me como se faz e

eu provavelmente lembrar-me-ei, faz-me sentir e eu jamais esquecerei’. É um provérbio que traduz exatamente o que para mim deve ser o ensino”. Aproveitámos a visita a Coimbra para conhecer por dentro a Orisclinic, onde Júlio Fonseca, Alexandra Vinagre e Salomão Rocha dão primazia à medicina dentária multidisciplinar, numa simbiose perfeita com outras áreas da saúde. Certamente que a medicina dentária vai caminhar cada vez mais neste sentido, ao ver o paciente como um todo. Destaque ainda para o dossier dedicado à ortodontia, onde tentámos perceber quais os desafios que se colocam a esta especialidade, para a reportagem do XXV Congresso da OMD, que reuniu os médicos dentistas na Exponor e para uma análise ao volume de negócios da medicina dentária. Quanto vale o setor da medicina dentária em Portugal, pergunta Dilen Ratanji. Para descobrir nesta edição.

Boas leituras.

Sónia Ramalho

16



ENTREVISTA:
JOÃO CARLOS RAMOS
“É PRECISO DIGNIFICAR
MAIS A MEDICINA DENTÁRIA”

22



EVENTO
XXV CONGRESSO OMD
RECEBE MAIS DE 12 MIL
VISITANTES “OS TEMPOS
ESTÃO A MUDAR

28



DOSSIER
“EM FRANCO
DESENVOLVIMENTO E A
RECUPERAR DO ATRASO DO
SÉCULO XX”

JOSÉ MARIA PINHEIRO TORRES RECEBE CERTIFICADO DA EAO “É UM BELO EXERCÍCIO INTELLECTUAL, DEU-ME MUITO PRAZER”

Depois de ter passado por um rigoroso processo de seleção, José Maria Pinheiro Torres conquistou o certificado da Associação Europeia de Osseointegração (EAO), uma das mais reconhecidas organizações científicas internacionais a nível da implantologia.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: DR



José Maria Pinheiro Torres durante a cerimónia da EAO



O médico dentista foi ainda convidado a fazer uma apresentação de um caso clínico

O médico dentista começou a preparar a candidatura em fevereiro de 2016, um processo que implicou várias horas de estudo e a documentação de seis casos clínicos sujeitos à análise do júri. “É preciso um estudo exaustivo e uma minuciosa preparação dos casos clínicos. É um belo exercício intelectual, deu-me muito prazer, e ter corrido bem compensou o esforço”.

José Maria Pinheiro Torres concorreu com outros quatro candidatos de várias nacionalidades num exame bastante exclusivo. “Este ano passámos todos e recebemos os parabéns da EAO pois apenas um grupo restrito de 25 profissionais em todo o mundo detém este certificado até à data”. Os seis casos clínicos propostos a exame têm de seguir regras estritas e normas apertadas de documentação, como “exames radiográficos, registos fotográficos e uma fundamentação clínica e teórica exaustiva, bem como um *follow-up* de no mínimo 6 meses. Posso dizer que cada caso demora cerca de três dias a preparar”.

Exame teórico e prova oral

Após o envio dos seis casos clínicos, que funciona como triagem para os candidatos à certificação, a cada candidato é mandatário o conhecimento profundo em anatomia, radiologia, terapêutica, fisiologia, entre outras áreas, bem como proposta a leitura de aproximadamente 80 artigos científicos de variados temas relacionados com implantologia. Estes conhecimentos são postos à prova num teste de escolha múltipla. “Este exame teórico consiste em 50 perguntas para responder em duas horas. Posso dizer que estudei bastante, mas não é um exame simples, é muito clínico”.

Os candidatos têm de acertar em 60% das respostas, o que dá acesso à prova oral “onde defendemos os casos clínicos propostos. Dos seis casos defendi três escolhidos pelo júri. Todos eles tinham em comum uma forte componente no manuseamento de tecidos moles, com *follow-ups* de 5 a 7 anos, sendo alguns destes

casos tecnicamente originais”.

No caso de José Maria Pinheiro Torres, depois de ser informado que tinha conquistado a certificação ainda foi convidado a fazer a apresentação de um dos casos clínicos durante o congresso. “Tive dez minutos para a apresentação, submetendo-me de seguida às perguntas da audiência. Posso dizer que a apresentação não excedeu os 10 minutos, mas a sessão de perguntas e respostas prolongou-se por 30 minutos, suscitando um forte interesse pela audiência. A técnica apresentada torna-se muito interessante pois assenta no potencial regenerativo do próprio organismo, evitando a utilização de biomateriais, com excelentes resultados e estáveis a longo prazo. Todas as afirmações proferidas, tanto na prova oral, como na apresentação, têm de estar cientificamente documentadas”.

Em 2010 foi a vez de João Paulo Tondela receber a certificação da EAO, juntamente com outros três médicos dentistas da Suécia e do Japão. ●

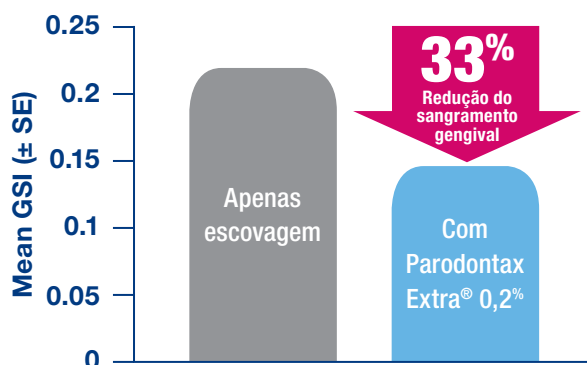
PROBLEMAS GENGIVAIS?



...É BOM PODER CONTAR COM PARODONTAX EXTRA®

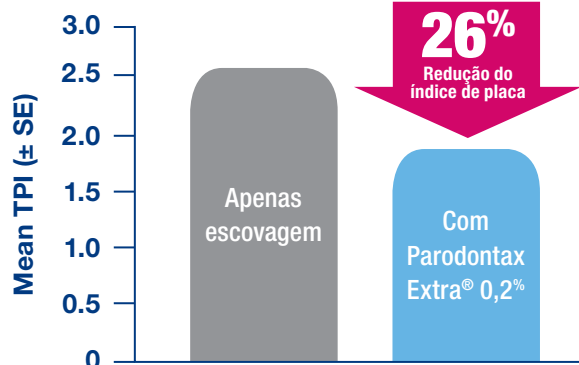
REDUZ O SANGRAMENTO GENGIVAL¹⁻⁴

- 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*



BTI DAY NA ALFÂNDEGA DO PORTO “NÃO SOMOS (APENAS) UMA EMPRESA DE IMPLANTES, SOMOS UMA ‘CASA’ QUE OFERECE SOLUÇÕES”

Mais uma vez, a BTI reuniu profissionais do setor para mostrar os últimos avanços da multinacional. E uma coisa parece certa: a empresa quer provar que não é apenas uma marca de implantes mas, antes, uma casa que oferece soluções e vê o paciente como um todo.

Texto: Susana Marvão

A Alfândega do Porto acolheu mais um BTI Day, uma jornada científica anual organizada pela “casa” portuguesa da BTI Biotechnology Institute e que apresentou as últimas novidades desenvolvidas pela equipa de investigação e desenvolvimento da multinacional, da responsabilidade de Eduardo Anitua. Durante o evento foram abordados variados temas, como os últimos avanços em cirurgia e prótese para o tratamento de diversas patologias, como a periimplantite ou o maxilar atrófico, apneia do sono e roncopatia, assim como a apresentação dos últimos desenvolvimentos ao nível da implantologia e aplicações terapêuticas com plasma rico em fatores de crescimento.

Ana Galvão, responsável pela BTI Portugal, explicou à SAÚDE ORAL que, hoje, a empresa é muito mais do que uma especialista em implantologia. “Temos a regeneração tecidual, apneia do sono, diagnóstico... Uma série de linhas paralelas à implantologia que vão sofrendo alterações. A mais recente a entrar para esta família foi a da apneia do sono e roncopatia, de resto aqui em debate na Alfândega do Porto”.

O encontro serviu precisamente para mostrar o ponto de situação de toda a panóplia de investigação que a BTI desenvolve. “Essa é uma preocupação muito grande que temos. Queremos estar sempre na linha da frente e diferenciarmos pela qualidade e pela investigação”. A principal mensagem que a empresa quis transmitir aos presentes foi a necessidade de nos informarmos e termos critérios para diferenciar a informação que nos chega de todos os lados. “Se repararmos, isto é válido para todos os quadrantes da vida. Aqui



“Queremos ver o paciente da forma mais global possível. E falar de apneia antes de fazer uma cirurgia de implantes ou um tratamento ortodôntico pode ser uma forma de criarmos uma maior durabilidade a esses tratamentos”,

Ana Galvão

obviamente toma particular importância porque estamos a falar de uma área da saúde, pelo que é imperativo sabermos discernir os conceitos que nos vão sendo apresentados. E aqui a BTI é vital porque faz investigação e desenvolve artigos científicos que vão avalizando os produtos que se vão lançando”. E, além dos produtos, Ana Galvão salienta o facto da empresa desenvolver filosofias de trabalho, formas de proceder “e isso é algo que também acaba por nos diferenciar”.

Mais do que uma ‘casa’ de implantes

Ana Galvão quer passar a mensagem que a BTI não é (apenas) uma empresa de implantes. “É uma casa onde se encontram soluções para o dia-a-dia”, garante. “Somos pluridisciplinares, atuamos em várias frentes e com soluções e produtos que

se complementam. Mais do que tudo, queremos ver o paciente da forma mais global possível. E falar de apneia antes de fazer uma cirurgia de implantes ou um tratamento ortodôntico pode ser uma forma de criarmos uma maior durabilidade a esses tratamentos”, explicou à margem do BTI Day. “São áreas que se potenciam umas às outras”.

A atuação da BTI no nosso país tem, de resto, vindo a alterar-se com o passar dos anos. Ana Galvão admite que, há 12 anos, a maior parte das pessoas que contactavam a empresa era para fazer formação inicial e dar os primeiros passos na implantologia, sendo que hoje já não é bem assim. “É verdade que continua a haver este mercado de entrada, mas depois temos pessoas que transitam de marca em marca, até porque o número de empresas a atuar nesta área da medicina dentária tem vindo a aumentar.”

O efeito “low cost”

Ana Galvão admite que o fenómeno das “low cost” é real e que trouxe sobretudo um aumento da peri-implantite que acontece “por desajustes face ao pouco rigor na fabricação e baixo controlo da qualidade.” A responsável ilustra que “uma coisa é termos um armazém onde se colocam os tornos, compra-se o titânio e se fazem os implantes. Outra coisa é uma fábrica bem equipada com materiais de topo, técnicos que sabem manusear as máquinas, engenheiros, biólogos e uma diversidade enorme de profissionais. Tem de sair daqui um produto diferente. Obrigatoriamente.”

Claro que, depois, o preço é influenciado por toda a estrutura envolvente. “Mas hoje já está a haver uma inversão. Os profissionais fizeram a sua incursão, as suas experiências, mas depois acabam por reconhecer as diferentes. Faz parte da vida, às vezes só provando o amargo é que reconhecemos que o que tínhamos era doce”. Para Ana Galvão, às custas destas experiências e incursões há casos de problemas, nomeadamente a já referida peri-implantite. “Havendo cada vez mais desses casos percebemos quais são as causas e quem se quer informar e tem interesse em explorar o porquê das coisas consegue chegar às conclusões”. Do outro lado da moeda há quem, mesmo assim, “acredite que o melhor é usar materiais mais baratos porque na eventualidade de acontecer um erro, tem margem para repetir. Mas isso tem a ver com a prática clínica e consciência de cada um”.

Apneia e roncopatia

Face à apneia do sono, um dos temas desenvolvidos no encontro, a BTI tem vindo a defender, suportada em estudos, uma ligação direta entre o desgaste dentário e problemas de apneia, além de outras patologias como o bruxismo, que também contribuem para este distúrbio. “O dentista é quem acaba por estar na linha da frente para detetar este tipo de problemas. E a verdade é que as pessoas não têm muito a noção desta patologia, focando-se mais na roncopatia, sendo mais grave a apneia.” Ana Galvão explica que a marca, através do seu dispositivo, vem permitir que o médico dentista faça um controlo do avanço que está a realizar no seu paciente o que, até agora, era feito de forma empírica. “Com o BTI Apnia, o paciente é visto e avaliado as vezes que forem necessária até se chegar à conclusão da posição ideal para ele. Não é empírico, é tangível”.



NOVO

implantmed
“Simplesmente Perfeito”



2 ANOS DE GARANTIA

Ecrã tátil de vidro fácil de utilizar, pode ser usado com luvas e papel esterilizado.

Função de documentação, armazena os valores da inserção

Pedal sem fios

Módulo Osstell ISQ W&H

Fácil colocação da linha de irrigação
Micromotor e instrumento mais leves

Torque micromotor 6,2 NCM

Vasta gama de rotações de 200 a 40.000 rpm

Mecanismo de roscas

Até 6 usuários e infinitos protocolos

Disponível a partir do 01/02/2017

KIT NUEVO
IMPLANTMED A PARTIR DE

3.195 €

PVP 3.797€

Implantmed SI-1023 / Pedal com cabo S-N2
Micromotor SEM luz / Contra-ângulo WI-75 E/KM Não Desmontável

Made in
AUSTRIA

W&H Ibérica ATENÇÃO AO CLIENTE E SERVIÇO TÉCNICO OFICIAL
Ciudad de Melilla, 3 - 46017 Valencia Espanha oficinas.es@wh.com

+34 96 353 20 20 / 351 912 593 995

ESTUDO PORTUGUÊS SOBRE PREVALÊNCIA DE ANATOMIAS EM C NOS MOLARES INFERIORES PUBLICADO NO *EUROPEAN JOURNAL OF DENTISTRY* “O TRABALHO NÃO SE ESGOTOU NESTAS PUBLICAÇÕES”

Jorge Martins publicou recentemente no *European Journal of Dentistry* um estudo sobre a prevalência de anatomias em C nos molares inferiores na população Portuguesa. Estivemos à conversa com o médico dentista que explicou como surgiu a oportunidade de realizar o estudo e quais os próximos projetos.

Texto: Sónia Ramalho

Como surgiu a ideia de preparar o estudo?

Ao longo dos meus dez anos de prática exclusiva em Endodontia já me deparei com inúmeros casos de segundos molares inferiores com configuração em C. E fiquei com a ideia que a prevalência desta anatomia, nestes dentes, era superior aos 4% que eram reportados na literatura científica para uma população Caucasiana europeia. Recentemente foi publicado um novo estudo que reportou uma prevalência de aproximadamente 11%. As diferenças descritas entre os estudos levaram-me a analisar os mesmos e verifiquei que, além das diferenças inerentes a cada população, foi o estudo que reportava menor prevalência ter utilizado radiografias periapicais como meio de análise, um método claramente falível na deteção destas configurações anatómicas, ao passo que o trabalho mais recente ter utilizado o CBCT para recolha de dados. A minha convicção que a média em Portugal era superior a esses 4%, e apoiado pelos dados publicados mais recentemente, fizemos decidir em realizar um estudo que nos desse as características aproximadas do que acontece com a nossa população.

Durante quanto tempo decorreu o estudo?

Demorou muito tempo. Realizámos um estudo preliminar no início de 2014 para ter uma ideia do que poderíamos encontrar. A partir dessas informações realizámos um plano para a recolha de dados que decorreu até ao final do ano de 2014. Daí para cá foi o processo normal de interpretação de dados, elaboração

do manuscrito e processos de submissão que por vezes podem demorar longos meses. No entanto, este foi um dos nossos primeiros trabalhos de prevalência de um tipo específico de configuração anatómica na população Portuguesa que realizámos.

Quais as principais dificuldades com que se depararam?

Uma das dificuldades inerentes a este tipo de recolha passa por conseguirmos ter acesso a uma base de dados com uma amostra relevante que pudesse servir de base ao trabalho. Isso foi conseguido com a ajuda do Instituto de Implantologia e do Prof. Dr. João Caramês. Outra dificuldade foi uma inesperada resistência por parte das revistas de grande fator de impacto em aceitarem um trabalho com uma amostra Portuguesa. Apesar dos manuscritos submetidos passarem o crivo inicial dos editores chefes das principais revistas verificávamos que as considerações mencionadas pelos árbitros não se deviam à qualidade científica dos mesmos, mas por terem sido realizados numa população Portuguesa, a qual não consideramos expressiva a nível internacional. Consideramos isto muito discutível, e foi algo que nos fez pensar se se justificaria continuar com o projeto. Felizmente não desistimos.

É importante a existência deste tipo de estudos para analisar a realidade Portuguesa?

São importantes pois os nossos alunos aprendem o que é descrito em estudos de anatomia em populações Chinesas, Americanas, Coreanas, Brasileiras e outras,

e isso pode não ter nada a ver com o que na realidade acontece a nível nacional.

Quais as conclusões a que chegaram?

Concluimos que a prevalência de configurações em C do sistema canal nos segundos molares inferiores foi de 8,5% numa amostra de 1088 segundo molares. Ou seja, bem mais elevada que o resultado do trabalho que tem vindo a ser apontado como uma referência para a população Caucasiana europeia. Observamos também que a prevalência da mesma anatomia para o primeiro molar inferior é significativamente mais baixa com 0,6%. De realçar que este tipo de anatomias do sistema canal em C são das mais complexas de abordar do ponto de vista endodôntico, daí a sua importância para os clínicos.

Está envolvido em algum outro estudo a divulgar no futuro?

Sim, a multidisciplinaridade existente no Instituto de Implantologia permite a partilha de ideias e o desenvolvimento de novos projetos, o que nos permitiu criar uma linha de pesquisa sobre diversas características morfológicas referentes à configuração anatómica do sistema canal e raízes da denteção permanente. E que após a relutância inicial, conseguimos contornar as dificuldades com publicações em revistas com grande visibilidade, como são os casos do *Journal of Endodontics* e *International Endodontic Journal* acreditando que o trabalho não se esgotou nestas publicações e que ainda teremos dados interessantes para publicar num futuro breve. ●

I AM EXCLUSIVE

PSPiX²



Seu scanner pessoal 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 táctil: 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...



ORISCLINIC A IMPORTÂNCIA DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

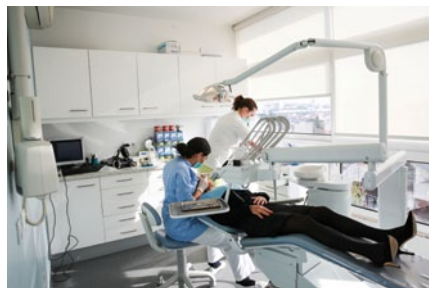
Na Orisclinic, em Coimbra, vive-se um ambiente multi e interdisciplinar, não só na medicina dentária, como noutras especialidades médicas. Alexandra Vinagre, Júlio Fonseca e Salomão Rocha são os mentores deste centro integrado, que surgiu em 2011.

Texto: Carmen Silva Fotos: Natacha Cardoso



É com vista para a Universidade de Coimbra, destacando-se na paisagem a ‘velha’ torre, que se trabalha nos consultórios da Orisclinic - Centro Integrado de Medicina Dentária de Coimbra. Muito se poderia dizer acerca deste centro. Poderíamos falar dos seus consultórios, da decoração, das tecnologias que dispõe. Mas aquilo que verdadeiramente impressiona no espaço é a forma multi e interdisciplinar de se trabalhar.

A Orisclinic pertence aos médicos dentistas Alexandra Vinagre (diretora clínica), Júlio Fonseca e Salomão Rocha, que trabalharam juntos durante anos, mas em locais isolados, até que em 2011 resolveram concentrar a sua atividade no mesmo espaço. “A Alexandra tinha a Clínica Médico-Dentária Dra. Alexandra Vinagre, o Salomão possuía a Salomão Rocha – Clínica Médica e Dentária e eu formei o Centro de Dor Orofacial & Disfunção Temporomandibular, sendo que acabávamos por ir trabalhar às clínicas uns dos outros porque tínhamos focos de atuação clínica muito específicos em diferentes áreas, complementares entre si”, conta Júlio Fonseca. Assim sendo, “o Salomão está mais dedicado à área da implantologia e prótese fixa, eu na área da dor orofacial e disfunção



temporomandibular e a Alexandra na área da ortodontia e dentisteria estética”.

A concentração dos três profissionais no mesmo espaço, em comparação com o modelo anterior de clínicas separadas, “é muito melhor quer para nós, quer para os nossos pacientes”, confessa o médico dentista. Uma das razões passa pelo facto de ser “muito mais fácil fazermos um tratamento integrado quando estamos juntos”. Apesar de terem outros projetos em paralelo com a Orisclinic, “a Alexandra e o Salomão são docentes universitários e, além disso, todos mantemos atividade clínica em outras clínicas. No entanto fazemos questão de estar os três a trabalhar ao mesmo tempo, na Orisclinic, pelo menos três dias por semana, pois permite-nos reunir e discutir os casos de uma perspetiva verdadeiramente multidisciplinar”, salienta Júlio Fonseca.

O médico dentista defende que “na medicina dentária moderna, o caminho deve ser a ‘especialização’, uma vez que acredito que possam haver muito bons generalistas na área do diagnóstico e do plano de tratamento, mas não acredito que possam existir muitos bons médicos generalistas a executar todos os tipos de tratamento com a exigência de hoje em dia da medicina dentária”. Por outras

palavras, “uma pessoa não consegue fazer tudo bem desde a endodontia à implantologia, passando pela ortodontia”. E, por isso, “na Orisclinic cada área está servida de um verdadeiro expert”. Outra mais valia é a parte clínica ser complementada com a coexistência, no mesmo espaço, de um laboratório de prótese dentária.

Multi e interdisciplinaridade

Mas a multi e a interdisciplinaridade neste centro integrado não acontece apenas na medicina dentária. “Temos também várias especialidades que orbitam à volta da medicina dentária”, nomeadamente a cirurgia maxilofacial, fisioterapia, psicologia, terapia da fala, psiquiatria, nutrição, medicina interna, neurologia e medicina geral e familiar. Falando concretamente na fisioterapia, Júlio Fonseca explica que “é uma das minhas razões de orgulho porque muito provavelmente somos uma clínica dentária pioneira a ter um fisioterapeuta, o Tiago Oliveira, em permanência a reabilitar pacientes de dor orofacial e DTM que exibem problemas musculares e/ou articulares ou pacientes na fase pré e pós-cirúrgica quando sujeitos a um tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático”.

E é por aqui, pelo ‘agregar’ de outras especialidades médicas às existentes, que se prevê uma das formas de crescimento da Orisclinic. “Esta equipa provavelmente irá crescer para as áreas da pneumologia e da reumatologia”, revela o médico dentista, justificando que “cada vez mais recebemos pacientes que estamos a abordar para tratamento da roncopia por via da medicina dentária e aí vamos



necessitar do apoio da pneumologia e, no que toca à reumatologia, estamos a ter essa necessidade, por exemplo ao nível dos distúrbios da articulação temporomandibular, particularmente os que são erosivos e resultam de manifestações sistémicas”.

Líder de uma equipa

Apesar das mais-valias enunciadas, esta forma de trabalhar multi e interdisciplinar permite ainda “fazer o seguimento dos casos sem perder o fio condutor, ou seja, de certa forma controlamos o diagnóstico. Se tivéssemos de recorrer externamente a colegas poder-se-ia perder esse fio condutor”, salienta Júlio Fonseca. Aliás, da sua perspetiva, o médico dentista “quando faz um determinado diagnóstico pode mesmo ser o líder de uma equipa multidisciplinar” e, deste modo, “a medicina dentária tem de se assumir cada vez mais como uma especialidade integrada no cuidado e na saúde geral da população e tem de comunicar mais e estar mais aberta às outras especialidades e vice-versa”. Esta visão traz não só benefícios para a medicina dentária, como para as outras especialidades. “Dou o exemplo de, nas dismorfias dentofaciais, haver a necessidade de trabalharem em conjunto os cirurgiões maxilofaciais e os médicos dentistas; ou de no caso da roncopatia e da apneia do

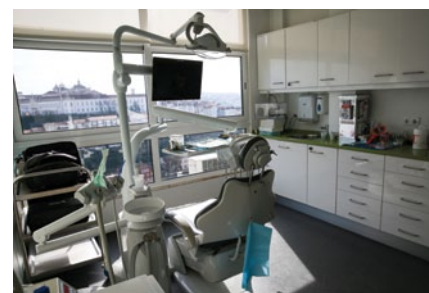
sono, a maior parte dos pacientes poder ser alvo de tratamento por parte da medicina dentária e os pneumologistas precisarem, por isso, desse apoio”. Sem dúvida que “os médicos dentistas têm tido o cuidado de demonstrar as potencialidades de se trabalhar em conjunto”. Também as sociedades científicas na área da medicina dentária têm-se preocupado em mostrar os benefícios do trabalho conjunto.

Crescimento e projetos

Além do aumento da equipa, em termos de especialidades médicas, está nos planos dos três sócios crescer, sendo que “não temos o objetivo do franchising, pois esse tipo de interesse não se coaduna com o verdadeiro interesse de uma medicina dentária justa e correta para o paciente”, salvaguarda o médico dentista. Daí que a ideia é “crescermos dentro deste espaço, quer ao nível da clínica, quer ao nível do centro de formação”.

Por outro lado “e direcionado ao paciente, o ano de 2017 representa o início de mais dois projetos: o Oriscare e o Oriscorporate. O primeiro é um plano de saúde baseado nos tratamentos que fazemos na clínica e no segundo, a ideia passa pelas empresas protocolarem connosco um plano de saúde para os seus trabalhadores”, explica o médico dentista.

A Orisclinic tem também uma preocupação social e solidária revela o



O PASSO SEGUINTE? FORMAÇÃO

Depois da criação da Orisclinic, e dada a vocação do corpo clínico pelo ensino e pela partilha do conhecimento científico, a evolução ‘natural’ foi a criação, dentro das instalações, de um centro de formação, o OrisEducare. Este nasceu em 2016, sendo que “temos feito cursos em diversas áreas, ministrados por nós e por docentes convidados”, como cursos nas áreas de dor orofacial e DTM com abordagem multidisciplinar, de alterações miofuncionais orofaciais e ortodontia de implantologia, de periodontologia. Além disso promove formação de assistentes em medicina dentária”.

médico dentista. “Criámos uma parceria com uma instituição do concelho de Coimbra em que, além de darmos formação na área da saúde oral sobre cuidados preventivos, às crianças e aos colaboradores, procuramos angariar fundos e contribuir para que essas crianças tenham acesso a cuidados de saúde oral efetivo e diferenciados”



VILA REAL ACOLHE CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTOPEDIA DENTO-FACIAL REUNIÃO CIENTÍFICA É DEDICADA A TODOS OS MÉDICOS DENTISTAS

João Carlos Ramos licenciou-se em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e continua ligado a esta 'casa' como professor e investigador. Foi aqui que o entrevistámos e que descobrimos que está a terminar a construção de uma nova clínica, em Aveiro, que vai passar a ser a sua nova casa. Um projeto de vida profissional para assinalar os 25 anos de carreira.

Texto: Susana Marvão Fotos: Ricardo Meireles

Vila Real irá acolher a XXIX Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento-facial, nos dias 16, 17 e 18 de março. Este ano sob a batuta de Eugénio Martins, a escolha da cidade demonstra o empenho desta organização em descentralizar os eventos. “Normalmente fazemos um ano no norte, outro no centro e outro no sul do país, para que todos tenham acesso à Reunião. Claro que Lisboa, Porto e Coimbra acabam por ser as cidades mais frequentadas. Mas este ano optamos por uma (ainda) maior descentralização, escolhendo Vila Real, de resto a minha área de influência”. Figueira da Foz, Leiria, Luso ou Guimarães também já foram palco do congresso, corroborando esta tendência para descentralizar o evento.

Mais do que um tema, as reuniões anuais têm um lema, sendo que este ano o mote é “Tratamento Baseado em Objetivos”. “O que queremos é que o tema seja multidisciplinar”, disse referiu Eugénio Martins, presidente da Comissão Organizadora. “Quando começamos um tratamento fazemo-lo baseado numa meta, no que vamos fazer à pessoa. E esses objetivos abraçam várias áreas, seja da estética, da oclusão, da periodontologia e até da psicologia. Assim, dirigimos o tratamento em função da necessidade”.

Aliás, diz este profissional que hoje um dos elementos mais descurados é precisamente o planeamento. “Que é o nosso ponto forte”, garante Eugénio Martins. “Um dos objetivos é que o planeamento se torne na parte crítica do tratamento. É o que mais ensino aos meus alunos. É o que repito todos os dias. Cada início de conversa é esse”. Daí que trazer o tema (do inglês *Goal Oriented Orthodontics*) seja de vital importância. “Como sabemos muito bem o que queremos fazer, agora usamos os meios, das várias áreas, para lá chegar.” Assim, a Reunião acaba por ser muito abrangente, “havendo muitos temas diversos dentro da nossa área”.

O congresso é dirigido a médicos-

dentistas nacionais, sejam ou não ortodontistas, apesar de obviamente mais focado para estes últimos. Já os convidados são internacionais. Tal como nos anos anteriores, o primeiro dia será dedicado a um curso pré-congresso, palestrado por Vince Kokich Jr, da Universidade de Washington. “Este professor universitário é mundialmente conhecido pelos seus tratamentos multidisciplinares e é isso que será abordado durante todo o primeiro dia”. O profissional foi escolhido “a dedo” e é uma das raras vezes que veio participar num congresso europeu. “Existem muito poucas oportunidades de o ver na Europa e ainda por cima no nosso país. Os temas abordados serão a ortodontia, periodontologia e reabilitação oral”.

Como se cativa um profissional como Vince Kokich Jr para vir a Portugal participar? Em primeiro lugar, esclarece Eugénio Martins, há sempre uma grande dificuldade com as agendas dos participantes, pelo que o convite foi feito “há anos”. Tendo a sorte do palestrante ter a agenda livre nessas datas, claro que influencia o país que o convida e o retorno que o congresso proporciona. “Óbvio que há eventos mais atrativos do que outros. Se for mundial ou europeu é sempre melhor. Mas o congresso português conseguiu cativar por ser uma reunião confortável, amigável, obviamente para além das condições de estadia, visitas”.

De resto, o congresso deste ano vai na continuidade dos anos anteriores e por isso segue o mesmo formato. O dia de pré-congresso, com um curso, e dois dias de congresso, que abarca a denominada “Conferência Bação Leal”, um dos fundadores desta Sociedade e “pai” da ortodontia em Portugal. “Esse é um dos destaques do programa, uma conferência que este ano é proferida por Luís Jardim, subordinado ao tema “Assimetria Facial: do diagnóstico ao tratamento”.

Um dos grandes objetivos do congresso é cativar os alunos e

profissionais mais jovens, pelo que há uma série de atrativos para a sua participação, nomeadamente uma redução no preço da inscrição. “Como queremos mesmo apostar nos alunos que vão ser especialistas, cada grupo de quatro que se inscreva e apresente um trabalho, pagam metade do preço de estudante, que já é reduzido.” A mudar alguma coisa na organização, Eugénio Martins admite que seria a antecipação. “Como bons portugueses que somos há coisas que deixamos para fazer mais tarde e que claramente podiam ter sido feitas antecipadamente”, confessa. No verso da moeda, Eugénio Martins diz que particularmente se congratula com o facto de ter conseguido trazer a Portugal um leque de palestrantes de altíssimo nível e que vêm falar de algumas técnicas que estão agora a surgir. “Poder partilhar o meu esforço com a Sociedade é um imenso prazer. A Sociedade já me deu tanto em formação que, ao longo dos anos, fui tentando retribuir.”

A medicina dentária tem, em geral, evoluído de forma muito acelerada pelo que a ortodontia não foge a esta regra. “A quantidade de coisas que mudou desde a fundação da Sociedade é inacreditável. A todos os níveis. Mudaram os meios de diagnóstico, há agora melhores radiografias, TAC, ressonâncias, análises digitais de oclusão, sensores de pressão para os dentes... Temos um conjunto de tecnologias muito desenvolvidas que há 20 anos seriam impensáveis”. Um conjunto que, segundo este profissional, permite fazer diagnósticos mais detalhados, o que acaba por ser melhor para o paciente, mas também para o profissional. “Além de termos mais e melhores meios de diagnóstico, temos igualmente melhores formas de fazer planeamento e os instrumentos, que têm evoluído radicalmente.” Daí que, diz Eugénio Martins, os congressos são cada vez mais importantes para que os profissionais possam manter-se atualizados. 🌟



JOÃO CARLOS RAMOS

“É PRECISO DIGNIFICAR MAIS A MEDICINA DENTÁRIA”

João Carlos Ramos licenciou-se em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e continua ligado a esta ‘casa’ como professor e investigador. Foi aqui que o entrevistámos e que descobrimos que está a terminar a construção de uma nova clínica, em Aveiro, que vai passar a ser a sua nova casa. Um projeto de vida profissional para assinalar os 25 anos de carreira.

Texto: Carmen Silva Fotos: Natacha Cardoso

Por que motivo escolheu a Medicina Dentária?

Não posso dizer que tenha escolhido a Medicina Dentária por vocação. Conto esta história muitas vezes aos meus alunos para mostrar que a vocação é algo que se pode contruir com gosto e com trabalho. Até um ano antes de entrar na universidade queria ser oficial da Marinha. O meu sonho era navegar porque venho de uma família ligada ao mar. Mas fui sendo desmotivado a seguir essa vida pelo meu pai, que usou alguns argumentos que me pareceram a determinada altura (quando começamos a ganhar maturidade) válidos. De um momento para o outro vi-me órfão de ideias do que queria para o meu futuro. Como quase 80% dos pais, pelo menos da geração dos meus, queriam que os filhos fossem médicos, o meu também gostava que eu fosse médico. Eu não via com bons olhos a ideia de trabalhar em hospitais – hoje mudei completamente de ideias – e como sempre gostei de fazer trabalhos manuais (passei a adolescência a contruir jangadas na ria e cabanas nas árvores), pensei que a Medicina Dentária seria uma saída interessante pois conjugava um pouco de medicina com algo que em poderia usar o engenho e gosto pela “construção”. Por isso não posso dizer que tenha sido um sonho de infância, nem algo muito pensado. Mas, hoje em dia, se voltasse atrás não tenho dúvidas de que escolheria novamente a Medicina Dentária.

E quando é que a Reabilitação Oral surge na sua vida?

Penso que – como acontece a todos os alunos – temos professores que nos influenciam mais do que outros e temos áreas que nos motivam mais do que outras. De todas as áreas, a primeira que mais me motivou foi a dentisteria operatória, talvez pela possibilidade de numa única consulta poder mudar o sorriso de um paciente, de transformar algo feio e disfuncional em algo bonito e funcional. Progressivamente foi-se estendendo à prótese fixa, removível e culminou nos implantes, que é hoje uma parte essencial da minha atividade. Gosto especialmente da reabilitação oral integrada, de interagir com outros colegas multidisciplinarmente - ouvir, discutir, fazer *brainstormings* acerca daquilo que é a resolução dos casos - tomar cada caso como um desafio, interligar todo o conhecimento das diferentes áreas e reuni-lo num só plano de tratamento.

O ensino é, igualmente, uma parte fundamental na sua vida profissional...

Sim, comecei a dar aulas assim que acabei o curso, primeiro como monitor voluntário, depois como monitor contratado, mais tarde como assistente e finalmente como professor. Sem desprimor por qualquer outra profissão, duas das profissões mais difíceis da vida – e simultaneamente mais apaixonantes – são a de educador e de professor. O Ensino

hoje em dia reúne estas duas vertentes: educar e ensinar. Deveríamos ser mais professores e menos educadores. Mas, na prática, não consigo dissociar as duas e apesar de os nossos estudantes serem adultos, temos de ir mais fundo do que ficar apenas pela transmissão do ensino científico e técnico. Temos de tocar as pessoas e fazê-las sentir. Muitas vezes a diferença não está na qualidade técnica ou científica daquilo que tentamos passar, mas na forma como o passamos, como interagimos com os alunos. Isto é algo difícil porque não temos uma fórmula mágica que nos permita chegar de forma eficaz e transversal a todos. Há uma frase que gosto muito e traduz tudo isto: “Diz-me como se faz e eu provavelmente esqueço-me; mostra-me como se faz e eu provavelmente lembrar-me-ei; faz-me sentir e eu jamais esquecerei”. Pode ser um provérbio, mas para mim reúne exatamente os pilares daquilo que deve ser o ensino.

Na prática como faz isso, ou seja, como se leva os alunos ‘a sentir’?

Não é fácil e provavelmente não é eficaz com todos os alunos. Mas temos de sair parcialmente do nosso papel de professores, do nosso pedestal de conforto académico e hierárquico, e situarmos-nos como seres humanos, que estão a passar uma mensagem a outros seres humanos que também sentem, pensam e tratam seres humanos. Penso que é no capítulo das emoções e dos sentimentos

que conseguimos passar do ‘diz-me e mostra-me, para o faz-me sentir’. Temos de mostrar quem é a pessoa que está por de trás do professor, o que sente, as amarguras, as esperanças, os erros. Isto é algo que tento implementar não só no ensino pré-graduado, como no pós-graduado, e até em simples conferências.

Como está o ensino da Medicina Dentária em Portugal, na sua opinião?

De um modo geral, o ensino da Medicina Dentária em Portugal é muito bom. Temos bons docentes, podendo haver diferenças pontuais de instituição para instituição, mas isso é algo compreensível. Paralelamente, o nível da Medicina Dentária em Portugal é globalmente elevado. Isto tem a ver com um facto que há uns anos a esta parte tem vindo a acontecer e que reside na existência de uma oferta de formação continua de excelente nível, compatível com o que de melhor existe em qualquer parte do mundo. Temos hoje profissionais altamente qualificados em todas as áreas da medicina dentária, e não estou a falar apenas das faculdades. Existem excelentes clínicos a dar formação fora das universidades. Além disso, desde o início deste século algumas sociedades científicas, como a Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária e a própria Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), encetaram programas de formação contínua com uma oferta em termos de qualidade e quantidade acessível a todos.

O que significou ter sido, em 2012, Figura do Ano na área da Reabilitação Oral nos Prémios Saúde Oral?

Significou muito porque não é uma área que leciono diretamente na faculdade, mas a que me dedico clinicamente com alma e coração. Tratou-se de um reconhecimento por parte dos meus pares, o que é gratificante. Todos nós, independentemente das nossas áreas e dos caminhos profissionais, por mais que gostemos daquilo que fazemos, por mais que nos empenhemos, valorizamos estímulos positivos. O prémio vale essencialmente por isso. Não é uma

questão de vaidade, é um estímulo e uma responsabilidade acrescida para continuar e passar o testemunho aos mais jovens.

Profissionalmente, olhando para trás, haveria alguma coisa que mudasse?

Hoje em dia teria oportunidade de fazer muito mais formação do que aquela que fiz. Quando acabei o curso, faz precisamente 25 anos este ano, não havia a oferta pós-graduada que existe hoje. Por isso era muito mais difícil evoluir, tínhamos de fazer muita coisa em regime quase autodidata. Por outro lado, a nível académico, tentaria terminar o meu doutoramento mais cedo. Por vezes protelamos etapas cruciais da nossa vida em prol de outras prioridades de forma pouco racional. Para além disto não mudaria muito mais, sinto-me muito confortável com o meu passado e espero sentir-me ainda mais com o meu futuro.

Está a terminar o projeto da construção de uma clínica de raiz em Aveiro...

Sim, faz parte da minha evolução e sonho profissional. Já há muito tempo que tinha a ideia de criar um projeto de clínica privada diferente, algo pensado de raiz. Pensei que a melhor forma de otimizar estes 25 anos de experiência, assim como todo o potencial da equipa que comigo trabalha (13 pessoas neste momento) bem como os recursos tecnológicos e científicos que existem à nossa disposição, seria contruir algo de raiz, em que cada centímetro fosse pensado para determinada funcionalidade em prol do exercício da profissão, do bem-estar dos pacientes, dos profissionais e da qualidade global do trabalho prestado. Mais do que uma clínica será a ‘nossa casa’, onde vamos passar a conviver e a trabalhar de forma ainda mais eficaz e estimulante do que fizemos até hoje. É um projeto que está quase terminado e que tem uma característica particular: a base da estrutura do edifício é contruída a partir do desenho de um dente molar e é feita com materiais que, vendo bem, hoje também usamos na medicina dentária. Tem carácter próprio e solidez, aspectos

inerentes à mensagem que queremos passar em termos de postura profissional.

Que balanço faz destes 25 anos?

Muito positivo. Se voltasse atrás escolheria novamente a Medicina Dentária. Gosto muito daquilo que faço, conheci muitas pessoas excecionais, quer do ponto de vista profissional, quer humano. Tive amarguras, desafios, conquistas, desilusões, ri e chorei, enfim, sentimentos que ficam para a vida e que nos fazem crescer e sentir vivos. Penso que consegui, tanto quanto possível, criar laços e dinâmicas nas pessoas que comigo trabalharam. Por mais que cientificamente as coisas evoluam, por mais que possamos construir edifícios arquitetonicamente bonitos, estar em salas de congresso espetaculares, fazer apresentações multimédia bonitas, no fundo o que conta são as pessoas, nomeadamente na forma como as sentimos e como as fazemos sentir.

E que retrato traça da evolução da Medicina Dentária ao longo destes 25 anos?

Para começar, a acessibilidade ao conhecimento melhorou imenso de uma forma global. Falando especificamente da Medicina Dentária, posso destacar a parte da evolução relacionada com os materiais, com o diagnóstico, a imagiologia, as técnicas de CAD-CAM e as técnicas de impressão 3D, que fazem e vão fazer parte do nosso quotidiano. Penso que o mais importante, contudo, foi a tomada de consciência real de que tratamos seres humanos e não dentes e bocas. Passámos a olhar para o paciente como um todo, de forma holística. A pessoa tem idiosincrasias próprias e não pode ser tratada de forma estereotipada. Temos de individualizar os tratamentos à pessoa que temos à nossa frente, sendo que a sua condição física-psico-social condiciona o sucesso do nosso tratamento e vice-versa. Contudo esta abordagem contemporânea continua a ser um desafio paradoxal e negativamente condicionado por alguns padrões sociais atuais relacionados com procura do bom, de forma ultrarrápida e a baixo custo. E isto não é compatível.

O que é bom exige muitas vezes tempo, dedicação e tem custos compatíveis. Enquanto as pessoas não perceberem isto vão continuar a ter insucessos, os pacientes vão continuar a ter desilusões, pelo menos aqueles que tiverem padrões de exigência. Para ter sucesso é necessário tempo para formação, para prevenção, para diagnosticar e planear, para construir e reavaliar. Tempo para investir no relacionamento com os pacientes, conhecendo-os e educando-os para a Medicina Dentária. Isto já é percebido, mas apenas por uma minoria dos pacientes, que são aqueles que irão realmente valorizar aquilo que fazemos.

Implementa estas ideias na sua prática clínica diária?

Tanto quanto possível porque ainda nem todos os pacientes entendem ou estão dispostos a ir por esta via. Com o tempo acredito que a situação vai melhorar. Os pacientes que se identificam com a nossa forma de estar e com a nossa personalidade vão ficando connosco. Aqueles que acham que isso não é importante vão embora. Vamos fazendo quase que uma seleção natural dos pacientes. Tenho pessoas que são meus pacientes há 25 anos. Alguns tratei-os enquanto crianças e já estou a tratar os filhos. Lembro-me, por exemplo, de uma menina de 12 anos que tratei em 96/97, na faculdade. Um caso em que aparentemente um incisivo central estaria perdido. Tinham-lhe dito que tinha de ser extraído e a menina estava a chorar porque não queria perder o dente e andar desdentada. Empenhei-me em tentar encontrar uma solução conservadora para algo complexo para a altura. Acabámos por implementar uma solução terapêutica que manteve o dente e essa menina, que hoje tem 32 anos, veio recentemente a uma consulta de controlo comigo mantendo o seu dente orgulhosamente e o seu sorriso.

Quem foram as pessoas na Medicina Dentária que o marcaram?

Uma das pessoas que mais me marcou foi o fundador da medicina dentária nesta faculdade, o Professor João Luís Maló de

Abreu. Foi uma referência para mim, como homem e profissional. Dentro do panorama internacional, a pessoa que mais precocemente admirei pelo seu trabalho, dentro da dentisteria, foi realmente o professor Luís Narciso Baratieri. Por último, como não poderia deixar de ser, pelo que mudou na Medicina Dentária contemporânea, o professor Per-Ingvar Brånemark.

A investigação também é uma parte importante na sua vida profissional...

Sim, é um desafio diferente do de ensinar e do de tratar um paciente, mas que nos permite ensinar melhor os nossos alunos e tratar melhor os nossos pacientes. É um estímulo intelectual, onde somos chamados a resolver problemas e a encontrar soluções que nos obrigam a fazer uso máximo das nossas capacidades e a interagir com outras áreas do conhecimento, como a biologia, química, física, diversas engenharias, etc. Tem essa parte muito revigorante e atraente. Por vezes efetuamos procedimentos clínicos, mas não conseguimos ver as bases biológicas, estruturais e fisiológicas que os sustentam. Quando me sento ao microscópio e vejo uma interface restauradora com biomateriais ampliada milhares de vezes tenho uma visão que não tenho na boca e consigo perceber outra realidade. Na investigação que fazemos procuramos partir de um problema, ou seja, que a investigação possa dar um contributo, ainda que muito pequeno, na resolução de um problema que afeta os pacientes e preocupa os profissionais. Não advogo que se faça muita investigação que apenas sirva para progressão na carreira académica ou para cumprir métricas de avaliação das universidades, e que nunca será útil para o bem-estar da sociedade. Podemos e devemos conjugar todos estes objectivos. No nosso caso já realizámos trabalhos com diversas Faculdades Portuguesas e Estrangeiras da nossa área, bem como outras instituições fora do âmbito direto da Medicina Dentária como o IBILI, o IPN, a Universidade de Aveiro (Dep. De Engenharia de materiais, CICECO, instituto de telecomunicações),



"Há uma frase que gosto muito e traduz tudo isto: 'Diz-me como se faz e eu provavelmente esqueço-me; mostra-me como se faz e eu provavelmente lembrar-me-ei; faz-me sentir e eu jamais esquecerei'. Pode ser um provérbio, mas para mim reúne exatamente os pilares daquilo que deve ser o ensino"

a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Medicina Veterinária), Faculdade de Engenharia da Universidade de Coimbra. É muito gratificante para todos e acaba por valorizar a própria medicina dentária, permitindo ter resultados que de forma isolada não conseguiríamos ter.



Entre os vários trabalhos de investigação em que participou ao longo destes anos houve algum que o tenha marcado?

Já participei em mais de 55 trabalhos, mas o que mais me marcou, por razões óbvias, foi o que deu origem à minha tese de doutoramento sobre tratamentos pulpares conservadores. Sempre defendemos uma medicina dentária individualizada, que seja preventiva e conservadora. Em termos de biologia e fisiologia pulpar seguimos o mesmo objectivo. Queremos manter os dentes naturais, a sua vitalidade pulpar ou mesmo regenerá-la quando perdida.

Olhando agora para o estado da Medicina Dentária no nosso país, considera que temos um número excessivo de médicos dentistas?

Poderemos até não ter médicos dentistas a mais. Aquilo que temos é uma população com capacidade condicionada de acesso aos serviços de medicina dentária privados de qualidade e/ou com *deficit* de priorização e valorização da sua saúde oral. Neste contexto, creio que o número de médicos dentistas é excessivo, o que é lamentável porque estamos a despender recursos nacionais para a formação de profissionais qualificados numa determinada área e depois cedemos

“gratuitamente” esses ativos a outros países. Obviamente que para os nossos colegas que emigram é bom ter trabalho, é bom haver essa opção. Existe ainda um outro aspeto positivo: estão a ajudar a mudar a imagem do país. As pessoas vão perceber rapidamente que o perfil do emigrante português é o de profissional de qualidade. Já não é apenas um trabalhador nato e honesto, é honesto e qualificado e a medicina dentária é um dos nossos embaixadores nessa matéria. Mas continuo a dizer que é com muita pena que vejo pessoas jovens, qualificadas, com ideias e projetos, a terem de emigrar.

Na sua opinião, o que pode ser feito para solucionar este problema?

É preciso dignificar mais a Medicina Dentária, ou seja, torná-la uma prioridade para a população portuguesa. Costuma dizer-se que há muita concorrência na Medicina Dentária, referindo-se ao excesso de profissionais, mas para mim pode não ser bem assim. Os meus concorrentes não são os meus colegas, mas os stands de automóveis, as agências de viagem, as lojas de vestuário porque é aí que as pessoas vão despender de forma exagerada os poucos recursos económicos que têm, que lhes fazem falta para aplicar na educação ou na saúde.

Temos, por isso, de dignificar a Medicina Dentária para que as pessoas a entendam como uma prioridade e não como uma necessidade de último recurso. Na minha perspetiva temos de combater esta inversão de valores de forma inteligente e sustentável.

E planos para 2017?

Vai realizar-se brevemente uma cerimónia de comemoração, durante a nossa Reunião Anual em Coimbra, onde é oferecida uma medalha da faculdade a todos os licenciados há 25 anos. Espero ter o privilégio de estar, nessa altura, com todos os meus colegas de curso. É um momento muito importante porque guardo boas memórias dos meus tempos de estudante. Vou ainda realizar um sonho de 25 anos, que é a construção de uma clínica de raiz, em Aveiro, que será inaugurada ainda este ano. Muito recentemente fui incumbido de ficar à frente de uma sociedade científica, que é a Sociedade Portuguesa de Estética Dentária. Este é um dos maiores desafios que tenho para os próximos dois anos. Pegar numa sociedade que neste momento já conquistou o seu espaço próprio, que já tem a sua identidade e fazê-la crescer para outros patamares, de maior impacto, visibilidade e abrangência. Também na faculdade temos uma série de projetos, como a criação de uma pós-graduação, dentro de uma dinâmica de crescimento e rentabilização de recursos humanos e tecnológicos.

E depois de 2017, o que se segue?

Continuar a sonhar, a “construir” e a desfrutar no âmbito profissional... Do ponto de vista pessoal tenho cinco filhos, estou a contruir a minha própria clínica, já editei dois livros e uma enciclopédia digital, já plantei várias árvores, criei laços e amigos para a vida. Aquilo que me falta fazer, e que tenho vindo a adiar há muitos anos, é dedicar-me àquilo que era o meu sonho de infância, ou seja, a uma atividade náutica. Ainda não desisti do sonho de um dia ter um barco e poder ter os meus momentos, a desfrutar da ria e do mar sozinho ou, preferencialmente, com familiares e amigos. 🌊



*Compatível com a
atividade profissional*

Técnica Cervera

Soluções ortodontia:
do tratamento clássico ao 3D individualizado

84ª Edição
23-24-25
MARÇO 2017

Pós-graduação

Em Ortodontia Funcional, Aparelhos Fixos e Auto-ligáveis



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



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



00 34 91 554 10 29



www.ortocervera.com



cursos@ortoceosa.com



XXV CONGRESSO OMD RECEBE MAIS DE 12 MIL VISITANTES “OS TEMPOS ESTÃO A MUDAR”

3686 congressistas, 161 apresentações científicas, 95 cursos hands-on e 12 404 entradas na Expo-Dentária: foram estes os números que marcaram o XXV Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas, que entre os dias 10 e 12 de novembro tomou conta da Exponor.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Ricardo Meireles

“Este ano o programa foi muito forte, com destaque para o programa científico e para o conjunto de oradores nacionais e internacionais. E com o aumento da área de exposição da Expo-Dentária conseguimos registar um crescimento do número de congressistas e do número de entradas na Expo-Dentária nos três dias.” Pedro Trancoso, presidente da Comissão Organizadora do XXV Congresso da OMD, estava visivelmente satisfeito com o evento que este ano regressou ao Porto para a comemoração das 25 edições. “Tivemos um aumento no número de congressistas, de assistentes dentários e do número de inscrições para os cursos de hands-on, além do espaço dedicado à Expo-Dentária, que foi maior. O número de empresas também cresceu”.

E quem entrava no recinto da Exponor dificilmente ficava indiferente à exposição comemorativa dos 25 anos do Congresso, com alguns dos momentos mais marcantes da história da OMD recordados numa cronologia com fotografias emblemáticas. “Foi complicado selecionar e organizar toda a informação e eleger os momentos mais marcantes”, refere Pedro Trancoso. Os rostos que marcaram o Congresso também estiveram em destaque, bem como as histórias de um evento marcante entre os médicos dentistas.

“Venho aos congressos da OMD há 20 anos e sei que os colegas despendem muito do seu tempo para vir ao evento, logo temos de lhes dar formação contínua na sua vertente clínica, pois

é isso que podem aplicar nos seus consultórios. Temos de lhes dar novas ferramentas. Ao mesmo tempo, o Congresso tem de permitir um contacto com a indústria, que é privilegiado e que permite o acesso a novas tecnologias, Ao mesmo tempo é possível fazer compras e a potenciar o negócio”. Mas acima de tudo, o Congresso tem de criar condições para que os colegas possam socializar”. Na opinião de Pedro Trancoso, a medicina dentária é exercida de forma muito isolada, em pequenos consultórios de um a dois médicos dentistas. “A maior parte dos consultórios têm um gabinete dentário e mesmo que estejam dois a três médicos dentistas trabalham isoladamente. Encontrarem-se num espaço comum, que permita a troca de experiências é demasiadamente importante para se deixar perder. Este é um congresso que dá formação contínua, que permite um contacto com a indústria e que permita socializar nos corredores ou nas festas que organizamos”.

E por falar em festas, este ano a grande novidade foi o jantar do Congresso que reuniu todos os congressistas antes da habitual festa. “O jantar reuniu mais de 1000 pessoas e era um evento de risco. Já tinha sido tentado anteriormente, mas nunca se tinha conseguido. Este ano achamos que era importante criar condições para que qualquer congressista, por um preço simbólico, pudesse ir ao jantar e ter contacto com colegas e congressista, bem como os órgãos sociais da OMD

num ambiente descontraído como a Alfândega do Porto. Teve uma dinâmica engraçada e na minha opinião devia ser para repetir”.

Governo quer mais 13 centros de saúde com médicos dentistas em 2017

A cerimónia de abertura do Congresso é sempre um dos momentos altos do evento e este ano não fugiu à regra. Fernando Araújo, Secretário de Estado Adjunto da Saúde, marcou presença e revelou que o Governo quer alargar a presença de médicos dentistas em mais 13 centros de saúde, à semelhança da experiência piloto que decorreu em 2016, já para 2017. Além de Lisboa, Vale do Tejo e Algarve, está prevista a inclusão de médicos dentistas no norte, centro e Algarve. “Queremos que todo o país tenha acesso a estas iniciativas, que esperemos que sejam as sementes desta nova mudança”, referiu Fernando Araújo. “Estamos muito empenhados em aprofundar e dinamizar esta área. Com o cheque-dentista chegámos a núcleos mais vulneráveis – crianças, grávidas e idosos. Com a integração dos médicos dentistas nos centros de saúde, para atender as populações mais vulneráveis e com dificuldades quer clínicas, quer económicas, estamos a chegar a um novo grupo de utentes”, referiu Fernando Araújo. “Alguns reconhecem que é a primeira vez que vão ao dentista. Estes projetos têm sido trabalhados em conjunto com a Ordem dos Médicos Dentistas e tenho a certeza que, com o

seu aumento e dinamização pelo país, vamos conseguir mudar a face da saúde oral no SNS”.

Os tempos estão a mudar

Orlando Monteiro da Silva iniciou o seu discurso com um tema de Bob Dylan de 1963, ano em que o bastonário da OMD nasceu. “O refrão é mais atual do que nunca, talvez como o próprio nunca o tinha imaginado quando o escreveu há mais de 50 anos”. ‘Os tempos estão a mudar’ foi a frase que marcou o discurso de Orlando Monteiro da Silva, que antecipou os resultados de um novo estudo a divulgar em breve pela OMD e que fez um diagnóstico aos profissionais de medicina dentária em Portugal. O estudo pretende complementar o Barómetro da Saúde Oral, que continha a visão a vários níveis da sociedade sobre a saúde oral e sobre os médicos dentistas. “Este estudo, ao inverso, refere a imagem que os médicos dentistas têm sobre si mesmos e sobre a profissão. Será tornado público até ao final do ano”. Questionados sobre o que gostam mais na profissão, 43,7% dos dentistas refere o facto de com o seu trabalho estarem a contribuir para melhorar a saúde oral da população.

A maior parte dos dentistas, 64,3%, exerce atividade em um ou dois consultórios ou clínicas, sendo que 37,3% exerce num único consultório e 27% em dois consultórios. Quanto à dimensão dos consultórios ou clínicas, de uma forma geral as instalações apresentam um gabinete. São bastante menos de metade os médicos dentistas que cobram por aconselhamento ou segunda opinião ou emissão de atestados médicos ou de receitas. “Em Portugal, segundo este estudo, cada dentista realiza em média 40 consultas por semana. Surpreendente é o facto de, no que diz respeito à cobrança de um valor quando um utente falta injustificadamente a uma consulta, 89,9% dos médicos dentistas não cobra qualquer montante nestas circunstâncias”, informou Orlando Monteiro da Silva.

Programa de excelência e um pedido de casamento

Ao longo dos três dias do evento, a atenção dos congressistas foi sendo dividida pelos vários auditórios onde se discutiram algumas das temáticas da atualidade da medicina dentária, como Paulo Kano que abordou o SKYN concept, uma nova abordagem em

medicina dentária estética, ou Germán Esparza Gómez, que fez uma palestra sobre a atitude do médico dentista perante o pré-cancro e o cancro oral precoce. Já Andrew Spielman abordou



26º CONGRESSO
 ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS
 PORTUGUESE DENTAL ASSOCIATION ANNUAL MEETING

XXVI CONGRESSO OMD – LISBOA

Quando: 16 a 18 de Novembro
Presidente da Comissão Científica: Ricardo Faria e Almeida
Presidente da Comissão Organizadora: Ana Mano Azul
Oradores confirmados: Joseph Kan, Implantologia (EUA); Matteo Chiapasco, Implantologia (Itália); Ronaldo Hirata, Estética (Brasil); Marco Versiani, Endodontia

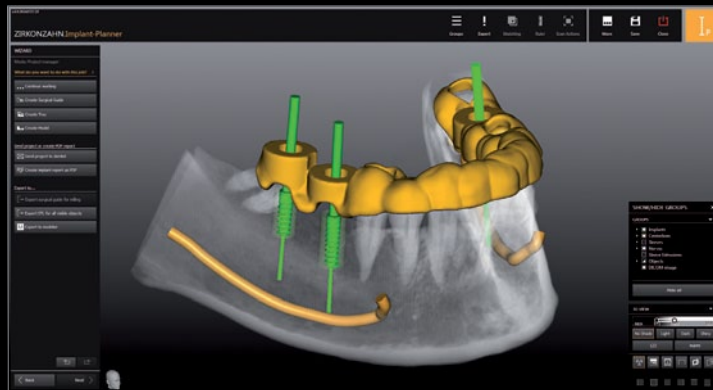
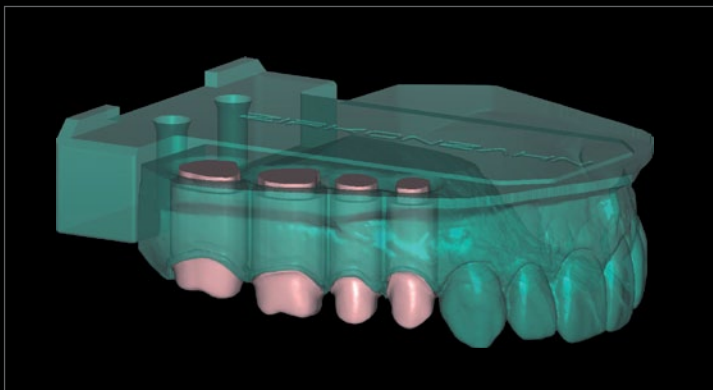


Steven Dennis, diretor de marketing e Juan M. Molina, diretor da Henry Schein em Portugal e Espanha, durante um encontro com a imprensa do setor para apresentar as novidades da marca

ZIRKONZAHN.SOFTWARE

O nosso software CAD/CAM foi desenvolvido por protésicos dentários com objectivo de tornar o fluxo de trabalho digital mais inteligente e mais eficaz. Graças às trocas de experiências contínuas com os nossos clientes e à evolução constante, o software tem dois objectivos: planificar o fluxo de trabalho digital de forma mais intuitiva e simples possível e oferecer simultaneamente diversas opções ao utilizador. O software é modular e extensível, constantemente atualizável e permite que o utilizador digitalize, modele e frese simultaneamente.

ÚLTIMAS INOVAÇÕES



MÓDULO DE SOFTWARE CAD/CAM MODEL MAKER

Módulo para o fabrico de diferentes modelos físicos (modelos Geller, modelos com análogos de implante, estruturas e arcadas completas) baseados nos dados do scanner intra-oral ou das impressões.

Funções do software:

- Possibilidade de registo dos dados digitalizados com diferentes ligações (por exemplo placas de posição especiais para sistema Split-Cast ou mini articuladores)
- Orientação automática dos dados digitalizados em oclusão
- Ajuste personalizável dos parâmetros (distância entre modelo e estrutura, espessura do modelo, etc.)
- Identificação automática das margens de preparação (ditching)
- Possibilidade de fabrico de modelos ocos para impressoras 3D (economia de materiais)

SOFTWARE CAD/CAM ZIRKONZAHN.IMPLANT-PLANNER

Software para o fabrico de guias cirúrgicas e de moldeiras individuais

Funções do software:

- Completamente aberto: permite a importação de ficheiros de digitalização ópticos pré-operatórios, a partir de scanner intra-oral ou de scanner de laboratório
- Bibliotecas de implantes virtuais com os componentes de implantes necessários incluídos
- Conjunto de instrumentos cirúrgicos e protocolos para cada implante disponível
- Exportação multi canal e aberta dos dados de planificação para diferentes sistemas de CAD/CAM
- Os dados exportados são compatíveis com as impressoras 3D

TESTE A VERSÃO BETA DO IMPLANT-PLANNER ATÉ 31/03/2017!



FMUC ARRECADADA QUATRO DISTINÇÕES NO XXV CONGRÉSSO OMD

O Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) esteve em destaque, arrecadando quatro dos prémios que tinham sete categorias a concurso. Assim, a instituição de ensino venceu os prémios de **'Melhor comunicação oral de investigação'**, que foi entregue a Paulo Palma, João Carlos Ramos, João Brochado, Carlos Viegas e João Miguel Santos pelo trabalho 'Procedimentos endodónticos regenerativos com matrizes em dentes imaturos com periodontite apical'; **'Melhor comunicação oral de casos clínicos em formato de vídeo'**, entregue a Eugénio Pereira, Bruno Conceição, Ricardo Dias, Fernando Guerra e Alexandre Salvoni pelo trabalho 'Técnica Onlay para reconstrução maxilar protocolo cirúrgico – caso clínico'; **'Melhor Comunicação Oral de Revisão'** para Joana Freitas, Diana Sequeira, João Brochado, Paulo Palma e João Miguel Santos pelo trabalho 'Células estaminais de origem dentária: caracterização e futuras aplicações em endodontia regenerativa'; e **'Melhor poster de revisão'**, entregue a Ana Sofia Coelho, Anabela Paula, Eunice Carrilho, Carlos Marto e Ana Rita Fernandes pelo trabalho 'Terapêuticas das white spot lesions – revisão sistemática'.

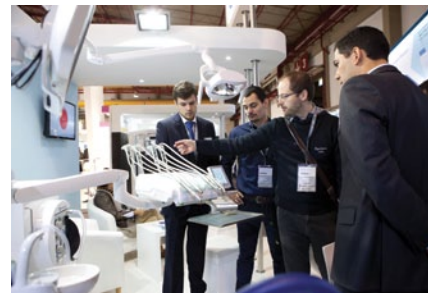
dos distúrbios do palato e olfato, com a apresentação de um guia prático para os clínicos.

Ainda no primeiro dia, a interdisciplinaridade no tratamento ortodôntico do adulto foi o tema escolhido por Domingo Martín, enquanto ao mesmo tempo no auditório D se discutia a Dentisteria, com destaque para as intervenções de Patrícia Manarte Monteiro, Eunice Carrilho e João Silveira. Na sala 2 reservada aos temas socioprofissionais, Paulo Ribeiro de Melo moderou a discussão sobre a receita electrónica e a prescrição sem papel. Já da parte da parte, a jornalista da RTP Paula Rebelo moderou uma mesa redonda com representantes da OMD, Ordre National dea Chirugiens Dentistes, Consejo General Dentistas, Council of European Dentists, FDI e Academic Affairs NYU sobre a regulação em medicina dentária: reconhecimento de qualificações profissionais. Apesar



de ser a última palestra do dia, a sala encheu para a palestra de João F. C. Carvalho e António Felino sobre Medicina Oral/ Cirurgia Oral.

João Mouzinho roubou o protagonismo no segundo dia do Congresso quando, no final da sua palestra sobre os novos materiais cerâmicos, PEEK e resinas indiretas, surpreendeu os presentes, e a namorada, com um inesperado pedido de casamento. De seguida coube a Francisco Teixeira Barbosa fazer a palestra sobre o fluxo de trabalho convencional vs digital. Este ano, a organização optou por um modelo um pouco diferenciador ao colocar vários oradores a apresentar palestras sobre uma mesma especialidade e no final fazerem uma discussão conjunta. Foi o que aconteceu no Auditório B com Cristina Bettencourt Neves, Virgínia Santos, José Alexandre Reis, Maria Helena Figueiral e António Sérgio Silva



a apresentarem as últimas novidades em matéria de Prótese Removível Convencional. Já na sala dedicada à Periodontologia, Paulo Mascarenhas, Joana Godinho, António Adriano Sousa e Hugo Campos Leitão discutiram o tratamento de diferentes sequelas da periodontite.

A hipersensibilidade dentária foi o tema escolhido por Nicola West, que defende que os médicos dentistas devem

ser mais proativos a perguntar se os pacientes sofrem de hipersensibilidade, já que é uma questão não muito comum nas consultas. “Os pacientes podem proteger os dentes em caso de hipersensibilidade. Lavam os dentes com água quente, tapam a boca quando está muito frio, pensam que não há nada a fazer para solucionar o problema e que é algo com que têm de lidar. E queremos mudar isso”.



O terceiro dia - o mais complicado por ser pós-festa – arrancou com a palestra de Walter Devoto sobre Restauração Estética Conservadora – Quando fazer o quê: da restauração direta à indireta, enquanto Carlos Miguel Marto ocupou o auditório B com o Curso para Assistentes Dentários e onde se tentou responder à questão: estou a fazer um bom trabalho na receção da clínica médico-dentária? Já o auditório C foi ocupado pelas temáticas ligadas ao Bruxismo, com destaque para as intervenções de Júlio Fonseca, Ricardo Dias, André Mariz de Almeida, Diana Correia e José Alberto Coelho.

Coube a Nigel Pitts, com a palestra em Cariologia e Medicina Dentária Preventiva, bem como Joseph Choukroun, que aborgou os enxertos de tecidos moles e ósseos com A-PRF e i-PRF encerrar o evento. Coube a Carlos Sá, ultra runner, e Pedro Amorim, médico anestesista, fazer a sessão de motivação e resiliência. O próximo Congresso já tem data marcada. Os médicos dentistas voltam a reunir-se em Lisboa a 16, 17 e 18 de novembro, com Ana Mano Azul como presidente da comissão organizadora. 🌟



Orlando Monteiro da Silva com Fernando Araújo, secretário de Estado Adjunto da Saúde, durante a cerimónia de abertura





ORTODONTIA “EM FRANCO DESENVOLVIMENTO E A RECUPERAR DO ATRASO DO SÉCULO XX”

A Ortodontia está em franco desenvolvimento, mas enfrenta desafios como a formação de especialistas. Na mecânica corretiva, uma das grandes revoluções foi o desenvolvimento de mini-implantes, que vieram solucionar problemas que surgiam com a mecânica convencional. Falámos com vários profissionais que se dedicam a esta área que consideram multidisciplinar e que sublinharam a evolução dos aparelhos de cerâmica, aparelhos autoligáveis e linguais e dos alinhadores dentários.

Texto: Carmen Silva

A Ortodontia foi uma das primeiras especialidades oficializadas pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). E para o médico dentista Pedro Leitão está “em franco desenvolvimento e a recuperar do atraso do século XX”. Em termos globais, considerando a especialidade e os médicos dentistas generalistas dedicados a esta área, a Ortodontia acompanha “as dificuldades da Medicina Dentária em Portugal”, denota Jorge Dias Lopes, médico dentista, especialista em Ortodontia pela OMD e professor catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP). “Formamos profissionais a mais, a economia está em crise e passámos a ser um país exportador de médicos dentistas”. Urge, na opinião do especialista, “fazer alguma regulamentação que limite o seu aumento desmesurado. Este problema já surgiu noutros países, mas foi controlado de formas diversas, com bons e maus resultados”. Um dos caminhos a seguir pode passar por “analisar profundamente as metodologias utilizadas e os seus resultados e procurar seguir os bons exemplos”, remata.

Na opinião de Pedro Leitão, vencedor

do Prémio Figura do Ano na área da ortodontia nos Prémios Saúde Oral 2013, “é necessário criar na sociedade em geral, e nos médicos dentistas em particular, a noção da importância de os tratamentos ortodónticos serem feitos por especialistas”. Joana Godinho, médica dentista, professora auxiliar de Ortodontia na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e especialista em Ortodontia pela OMD, acrescenta que o tratamento ortodóntico, por ser uma área da Medicina Dentária, “não pode ainda ser restrito aos especialistas em Ortodontia. Mas estes profissionais, pela sua formação adicional, apresentam maiores capacidades no diagnóstico, na avaliação da evolução do tratamento, na fase final de acabamento e na análise crítica da extensa informação atualmente disponível aos profissionais”. A própria formação dos especialistas tem sido igualmente desafiante, ou seja, “formar especialistas em Ortodontia, médicos dentistas com uma educação adicional, de três anos a tempo inteiro, numa instituição idónea e que se submetem posteriormente a um exame de carácter público de acesso ao Colégio de Ortodontia (CO) da OMD”, especifica

“MUITO EM BREVE VAMOS ATINGIR O NÚMERO DE ESPECIALISTAS IDEAL”

A Ortodontia foi uma das primeiras especialidades oficializada pela OMD e neste momento existem cerca de 60 especialistas inscritos no Colégio de Ortodontia da Ordem e aproximadamente 20 pós-graduados que estão em condições de requerer o exame de especialidade. Jorge Dias Lopes explica que “qualquer médico dentista pode tornar-se especialista nesta área, desde que cumpra as regras que constam nos Regulamentos de Atribuição dos Títulos de Especialidade (RATE) e Regulamento Interno do Colégio de Ortodontia (RICO) da OMD, entre as quais se salienta a obrigatoriedade de um ensino contínuo, integrado e devidamente regulamentado”.

Neste momento existem cinco faculdades de Medicina Dentária que, “após terem sido sujeitas a avaliação por uma Comissão de Acreditação nomeada pelo Colégio de Ortodontia da OMD, estão consideradas como idóneas para o ensino da especialidade de ortodontia pela Ordem. Assim sendo, considero que muito em breve se atingirá o número de especialistas ideal para o nosso país”.

O especialista sublinha que “com toda a justificação é defensável que as anomalias oclusais sejam corrigidas por aqueles que fazem publicamente prova de competência acrescida para o desempenho da ortodontia e que, como tal, são autenticados pelo órgão máximo da classe através do seu Colégio de Ortodontia”.

Como médico dentista licenciado em 1982, professor universitário de um curso de especialização idóneo e membro da Direção do CO da OMD, a mensagem que deixa aos colegas de profissão que pretendam investir nesta área é que “procurem frequentar um curso de pós-graduação que permita o acesso à especialidade”. Neste momento só há uma via, que passa por um curso universitário, a tempo integral, reconhecido pela OMD. Se tal não for possível, que os médicos dentistas “sejam críticos relativamente à oferta de cursos disponíveis, pensem que já existem demasiados profissionais e que terminou a fase dourada da ortodontia. Tenham consciência de que 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”, conclui.



“Existe um risco acrescido de má prática clínica, com o desenvolvimento de inúmeros cursos patrocinados por casas comerciais e não só, com fortes interesses económicos, centrados na técnica de ortodontia simples e rápida, com brackets milagrosos, mas sem a necessária formação de base”

Jorge Dias Lopes

Joana Godinho. Mas “felizmente, a formação de especialistas tem aumentado graças ao excelente trabalho do CO e às universidades que lecionam os cursos de pós-graduação”.

O diagnóstico correto

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a má-oclusão é o terceiro maior problema de saúde oral, sendo considerada um problema de saúde pública que traz limitações funcionais e interfere com o bem-estar psicossocial. No fundo, trata-se de anomalias do crescimento e do desenvolvimento, afetando os músculos, os ossos maxilares e/ou a disposição

dos dentes nos ossos alveolares. Estes problemas são resultantes da interação de fatores relacionados com a genética, o comportamento e o meio ambiente, incluindo estímulos positivos e nocivos durante (sobretudo) a formação e desenvolvimento do complexo oro-facial na infância e na adolescência.

No que toca às técnicas para o tratamento da má-oclusão, para Pedro Leitão os “aparelhos fixos bimaxilares nas suas várias versões (*straight wire*, linguais, cerâmicos, autoligáveis) continuam a ser o ‘*gold standard*’. E as prescrições dos *brackets*, principalmente o torque, devem ser escolhidos em função do problema a

resolver”. Já para Joana Godinho, o principal destaque - relativamente às técnicas - “são os mini-implantes”. Em determinados tratamentos, como explica, “fazem realmente a diferença e estes mecanismos de ancoragem temporária vieram colmatar uma lacuna na Ortodontia e possibilitar correções que anteriormente eram difíceis ou mesmo impossíveis de fazer. Como por exemplo a intrusão de molares, o encerramento de espaços edêntulos ou a correção de assimetrias dentárias”.

Ainda assim não é aconselhável, como aponta Jorge Dias Lopes relativamente ao tratamento da má-oclusão,

“estabelecer um *ranking* de excelência técnica/solução, pela consideração que deve ser dada aos autores de estudos com evidência científica que destacam a eficácia de diversas técnicas ortodônticas”. Assim sendo, do seu ponto de vista, o mais importante é “estabelecer um diagnóstico correto, eventualmente com meios auxiliares atuais mais evoluídos”. A solução não está assim na técnica, pois estas podem “ser todas boas ou más, dependendo do nível de formação em ortodontia de quem as aplica”.

Neste contexto, de acordo com o professor catedrático, existe “um risco acrescido de má prática clínica, com o desenvolvimento de inúmeros cursos patrocinados por casas comerciais e não só, com fortes interesses económicos, centrados na técnica de ortodontia *simples* e *rápida*, com *brackets milagrosos*, mas sem a necessária formação de base. O marketing comercial é por vezes demasiado agressivo, apresentando a mecânica ortodôntica de forma tão

evidente e simples, levando a pensar que a solução técnica proposta é a mais eficaz e que os colegas que não a usarem estão seguramente desatualizados”. Em consequência, o diagnóstico é desvalorizado em benefício da técnica. “Casos com apinhamento severo são facilmente tratados sem extrações porque acreditam que os tecidos de suporte se vão adaptar por inspiração divina. Os sorrisos finais são todos largos, semelhantes, desrespeitando a individualização da morfologia craniofacial”. Jorge Dias Lopes revela que pratica a filosofia bioprogressiva de Ricketts há mais de 25 anos, mas não é fundamentalista e, por isso, sempre que necessário aplica “a mecânica arco reto e, porque não, em alguns casos até gosto de *brackets milagrosos*”.

Uma (r)evolução

Continuando no campo dos tratamentos, as novas tendências procuram essencialmente melhorar o diagnóstico ortodôntico. No passado,

o objetivo visava apenas corrigir a má-oclusão. “A análise estética facial resumia-se ao estudo do perfil, particularmente a convexidade facial, a altura do terço inferior da face e o ângulo nasolabial”, conta o professor catedrático, acrescentando que “como registos de diagnóstico utilizavam-se principalmente os modelos de estudo e a cefalometria para estabelecer a relação dos dentes com os maxilares. A discrepância esquelética referida no ‘envelope da discrepância de Proffit’ estabelecia os limites da compensação dentária, ditando o tipo de tratamento. As normas cefalométricas determinavam assim a estética facial e eram a ferramenta principal para diagnóstico, plano tratamento e prognóstico dos tratamentos ortodônticos”.

Porém, no presente, o diagnóstico e plano de tratamento ortodôntico baseia-se na avaliação da face em 3D, com destaque para a avaliação estética da face e do sorriso. “Muitos mais casos

noviGest
Gestão Integrada e Faturação de Consultórios

noviQuest
Questionários Clínicos e Inquéritos

noviPem
Prescrição Eletrónica de Medicamentos

noviDash
Geradores de Indicadores-chave de Performance

noviCheckin
Interface de Checkin através de PIN ou telemóvel

tactis

Rua Prof. Bento de Jesus Caraça nº 248 Sala 4 | 4200-128 Porto - Portugal | geral@tactis.pt | <http://www.tactis.pt/>

CADA VEZ MAIS ADULTOS

Em Portugal, ao contrário dos Estados Unidos onde Joana Godinho fez a especialização, a percentagem de adultos em tratamento ortodôntico é bastante elevada, proporcionalmente a crianças e adolescentes. Assim sendo, um tratamento de excelência envolve muitas vezes uma equipa de médicos dentistas especializados em diferentes áreas. “Há muitos adultos a fazer ortodontia porque não o fizeram em adolescentes, tendo agora acesso a este tratamento através de seguros de saúde e planos de pagamento que reduziram significativamente os seus honorários”, declara a especialista. Ao contrário do que acontece nos Estados Unidos, em Portugal “as clínicas dedicadas exclusivamente à Ortodontia têm vindo a desaparecer. Não só em espaços com um gabinete, mas também em clínicas maiores, como as que estão inseridas em hospitais privados ou em centros comerciais, o tratamento ortodôntico é hoje realizado por médicos dentistas cuja prática clínica se limita a esta área, o que não implica ser-se especialista em Ortodontia”, refere. Esta realidade, para Joana Godinho, “impõe aos outros médicos dentistas a referência de casos para os colegas que trabalham no mesmo espaço, limitando a sua liberdade de escolha por um lado, mas trazendo vantagens para a clínica, por outro”.

ortodônticos passam a ser cirúrgicos, muitos mais casos necessitam de cooperação interdisciplinar, se queremos de facto melhorar a estética



facial”, salienta o especialista. Neste contexto, como elementos de diagnóstico fundamentais, destacam-se “o exame clínico, as fotografias e os registos dinâmicos. O vídeo é importante, por exemplo, no registo do movimento dos lábios no sorriso. A fotografia capta um momento instantâneo e o sorriso pode ter várias amplitudes. É do conhecimento geral que o sorriso de pose, estudado e calculado, pode ser muito diferente não só do sorriso aberto e descontraído, mas também do sorriso máximo”, alerta Jorge Dias Lopes.

Uma das grandes transformações na prática clínica foi, sem dúvida, a utilização de scanners faciais e CBCTs que proporcionam modelos tridimensionais dos pacientes, permitindo “compreender melhor as más-oclusões, simular diferentes planos de tratamento e melhorar a comunicação entre clínicos e entre médico-paciente”. Contudo, na planificação da cirurgia ortognática, ainda de acordo com o professor catedrático, “é difícil a

aplicação das análises cefalométricas convencionais aos pacientes com deformidades dentofaciais, por apresentarem planos craniofaciais alterados”. Por isso, atualmente o seu planeamento é baseado na estética facial e do sorriso, “sendo possível a simulação computadorizada dos efeitos dos tratamentos nestes aspetos tão importantes”.

Em termos de mecânica corretiva, a grande revolução para o especialista foi o desenvolvimento dos micro-implantes, que permitiram “ultrapassar muitos dos problemas que surgiam com a mecânica convencional. A procura de tratamentos estéticos também originou o aparecimento ou desenvolvimento de novas técnicas, como o *invisible* e a ortodontia lingual. A tecnologia CAD-CAM também tem revolucionado o fabrico de aparelhos, permitindo a sua personalização, que facilitam a prática clínica diária”.

Como a Ortodontia está, de facto, muito associada à estética nos dias de hoje e os pacientes querem cada vez



mais ter a melhor aparência dentária e facial no menor tempo possível e com recurso a aparelhos discretos, Joana Godinho reforça que “se tem assistido a uma grande evolução em aparelhos de cerâmica, aparelhos autoligáveis, linguais ou nos alinhadores dentários”. Para a médica dentista, “após o diagnóstico e plano de tratamento, estas são diferentes formas de se atingir o mesmo fim, têm o seu lugar, mas é preciso que sejam adequadas a cada caso para resultarem bem, pois também têm os seus limites”. Daí que chame a atenção de que “quando a melhoria da estética e função dentária ortodonticamente compromete a estética facial, pode ser necessário recorrer à cirurgia ortognática. Felizmente as técnicas cirúrgicas evoluíram muito e são hoje bastante previsíveis e com excelentes resultados, levando a uma grande satisfação e reconhecimentos do benefício por parte dos pacientes”.

Já Pedro Leitão distingue como



"A ortodontia em franco desenvolvimento e a recuperar do atraso do século XX"

Pedro Leitão

últimos avanços a “ancoragem fixa temporária, aparelhos termo elásticos e as corticotomias para facilitar os movimentos dentários”.



CURSO ESTÉTICA FACIAL

Aplicação de Tóxina Botulínica e preenchimento com Ácido Hialurónico



Aprenda a melhorar a estética do sorriso do seu paciente

24-25 de março de 2017

Ministrado por Dra. Alexandra Marques, Médica Dentista e Dr. Joaquim Seixas Martins, Cirurgião Plástico

Porquê um curso de toxina botulínica e ácido hialurónico leccionado por uma Médica Dentista e por um Cirurgião Plástico?

Através do olhar do cirurgião plástico, aprenda a avaliar e melhorar a estética facial do seu paciente, indicações e contra-indicações dos injectáveis e a resolver possíveis complicações que possam surgir. Com a ajuda da médica dentista vai aprender a aplicar estes injectáveis na sua prática clínica do dia a dia, a melhorar ainda mais as suas reabilitações, e a utilizar em casos de patologias como o bruxismo, disfunção temporo-mandibular entre outros.

Quais as vantagens de fazer este curso e utilizar estas técnicas?

O desejo humano de melhorar o seu aspecto tem uma história tão grande quanto a história da humanidade.

Os nossos pacientes preocupam-se cada vez mais, não só com a estética dentária mas também com a estética facial. Um sorriso estético e agradável é aquele em que a forma, o tamanho, a cor e a posição dos dentes está em harmonia com os tecidos circundantes e quando a simetria se conserva. Muitas vezes realizamos reabilitações espectaculares que não conseguem o impacto desejado por existir uma assimetria dos tecidos faciais, uma perda da dimensão vertical, sorriso gengival ou porque os lábios são extremamente finos. Este curso dará a conhecer a utilização da toxina botulínica e ácido hialurónico na estética facial e na medicina dentária.

Curso: 650€ (por dia); **Inscrição:** 100€ (a descontar do valor total)
Inclui material para a realização das sessões práticas. Número de vagas limitado.

Data: 24 e 25 de março de 2017 (6ª feira e sábado) Local: Rua Castilho, 59, 6º | 1250-068 Lisboa
Para mais informações contacte-nos através do 213 828 550 ou por email: formacao@mdclinica.com





A Ortodontia pode ser uma ferramenta útil no tratamento, por exemplo, “das sequelas da periodontite, na distribuição de espaços para colocação de implantes e na intrusão ou extrusão de peças dentárias para posterior reabilitação”
Joana Godinho

Cooperação interdisciplinar

Um ponto fulcral na Ortodontia, como Jorge Dias Lopes referiu, é a cooperação interdisciplinar. A medicina dentária caminha para a divisão por especialidades “pois há tanto conhecimento além do que se consegue lecionar no ensino pré-graduado, em disciplinas como a ortodontia, a periodontologia, a prostodontia e a cirurgia oral, por exemplo, que faz sentido formarem-se especialistas para que os pacientes sejam tratados por uma equipa interdisciplinar coesa”, assegura Joana Godinho. A Ortodontia pode, assim, ser uma ferramenta útil no tratamento, por exemplo, “das sequelas da periodontite, na distribuição de espaços para colocação



de implantes e na intrusão ou extrusão de peças dentárias para posterior reabilitação”, expõe a médica dentista, salientando que “raramente um caso é exclusivamente ortodôntico e é necessário dialogar com os colegas, dar resposta às necessidades das outras áreas e ter conhecimentos suficientes além da ortodontia, de forma a conseguir propor a melhor e/ou as diferentes opções de tratamento integrado aos nossos doentes”.

Desde há muito anos que a última aula, no semestre final do Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina Dentária da UP, de Jorge Dias Lopes é subordinada ao tema ‘finalização ortodôntica e relações interdisciplinares. Nesta aula, o professor catedrático destaca a importância desta relação com áreas tão diversas como cirurgia, dentisteria, endodontia, implantologia, periodontologia, prótese fixa e reabilitação oral. Para o especialista, o facto de ter aumentado significativamente a procura de tratamento ortodôntico por adultos “reflete uma maior consciencialização/

recomendação para um sorriso mais estético e funcional. Em boa verdade, muitos adultos sempre desejaram ter um sorriso perfeito, mas não tinham feito um tratamento ortodôntico por razões tão variadas como impossibilidade económica, inexistência de profissionais na área de residência ou recusa de tratamentos que envolvessem a cirurgia ortognática”.

Esta procura acrescida exige, muitas vezes, uma abordagem interdisciplinar, que leva os ortodontistas a procurarem, cada vez mais, profissionais de outras especialidades médico-dentárias de modo a otimizar resultados, proporcionando finalizações estética e funcionalmente mais satisfatórias e, muitas vezes, maior estabilidade e durabilidade do tratamento. Paralelamente, “a consciencialização da associação das alterações oclusais com as alterações disfuncionais do sistema estomatognático levam cada vez mais pacientes com idades mais avançadas a procurar tratamentos de âmbito interdisciplinar reabilitador”, remata Jorge Dias Lopes. ●

WORKSHOP E HANDS-ON CAD/CAM

24 DE FEVEREIRO DE 2017 - AUDITÓRIO CASA DE SAÚDE DA BOAVISTA - PORTO

Gratuito
Destinado a todos
os profissionais do sector



A Henry Schein convida todos os seus clientes e interessados a participar no próximo workshop dedicado ao tema do CAD/CAM. Os participantes poderão conhecer e experimentar diversos sistemas e tecnologias CAD/CAM de diferentes fabricantes, com aplicações na clínica e no laboratório.

Faça a sua inscrição para dental@henryschein.pt
ou para o número gratuito **800 834 062**

ORGANIZAÇÃO:



CASA DE SAÚDE DA BOAVISTA

TECNOLOGIAS PRESENTES:



PRÓXIMOS EVENTOS **CONNECT DENTAL**



DR. PASCAL MAGNE

CAD/CAM POSTERIORS

17 e 18 de Fevereiro 2017
ISCS Egas Moniz
Lisboa



DR. SÉRGIO MEIGA

CURSO CEREC E INLAB

16,17 e 18 de Março 2017
Henry Schein Portugal
Lisboa



DR. PAULO KANO

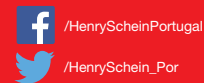
FULL CLINICS

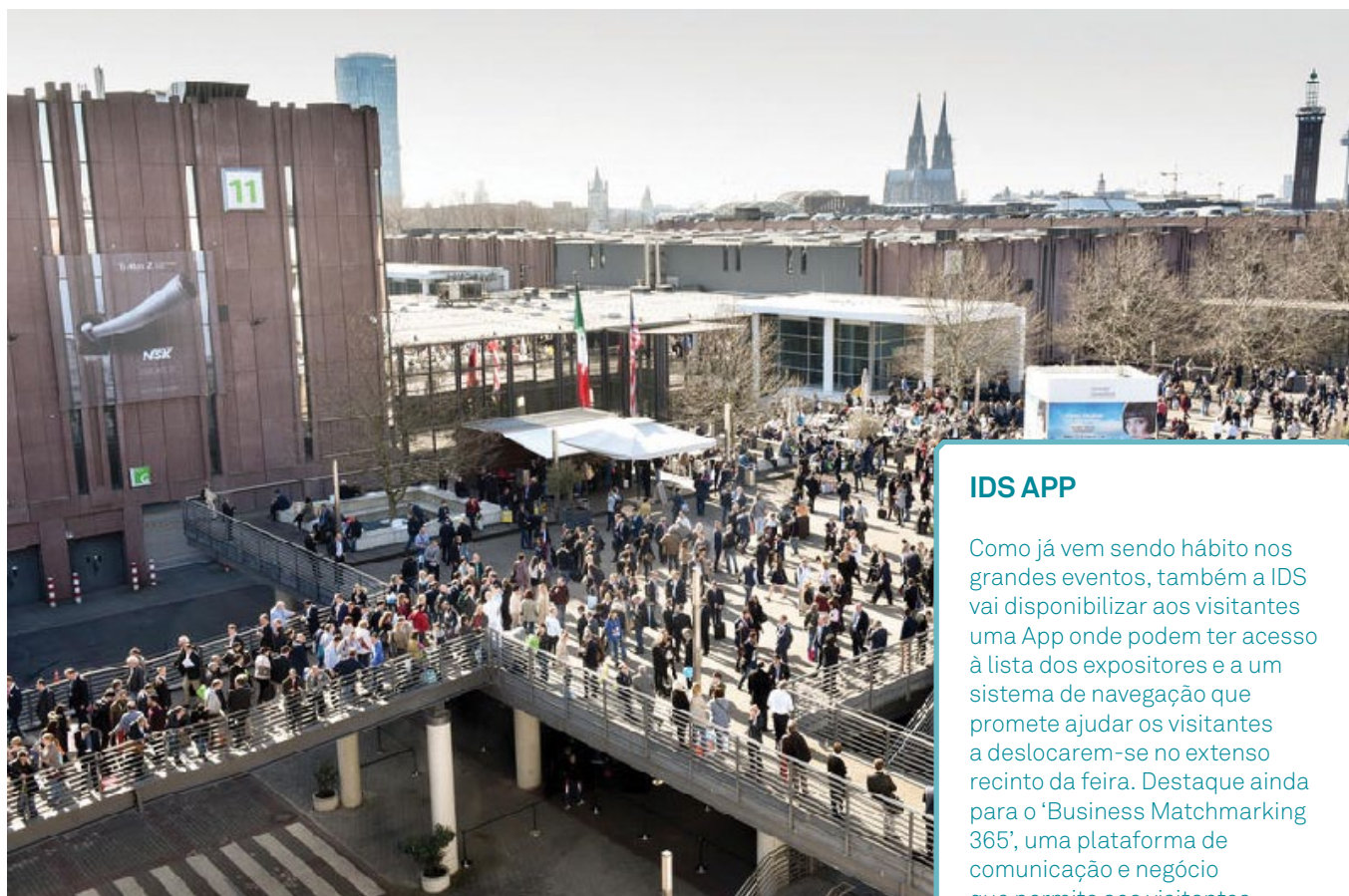
10 a 16 de Junho 2017
Bonfante Advanced Training
Carcavelos

HENRY SCHEIN
ConnectDental®

Trusted
Digital
Solutions

Para mais informação contacte o seu consultor comercial Henry Schein, ou através do telefone 800 834 062 ou visite www.henryschein.pt





IDS 2017 EM MARÇO TODOS OS CAMINHOS VÃO DAR A COLÓNIA

De 21 a 25 de Março, todos os caminhos da medicina dentária vão dar a Colónia, na Alemanha. Está tudo a postos para mais uma edição da IDS, a feira mais importante da indústria dentária e que este ano espera contar com mais de 1400 empresas de 60 países.

Texto: Sónia Ramalho

De dois em dois anos, os médicos dentistas e a indústria reúnem-se em Colónia, na Alemanha, para participar na International Dental Show (IDS), a feira mais importante do sector da medicina dentária. Este ano, à semelhança do que aconteceu em 2015, o primeiro dia vai ser dedicado aos mais jovens, com o 'Career Day', que tem como objetivo colocar em contacto as empresas do setor com os jovens profissionais que estão a começar a dar os primeiros passos na carreira. As empresas podem inscrever-se para o

palco do 'Career Day' para dar a conhecer as suas ideias a todos os presentes e no 'Recruitment Lounge' é dada a oportunidade para pequenas reuniões individuais, onde empresas e profissionais podem discutir ideias.

O primeiro dia também vai ser palco do 'Dealer's Day', onde os visitantes podem ter acesso a descontos exclusivos nos stands aderentes. Ao longo de cinco dias, diretores clínicos, de laboratórios de próteses dentárias e a indústria vão contactar em primeira mão com os

IDS APP

Como já vem sendo hábito nos grandes eventos, também a IDS vai disponibilizar aos visitantes uma App onde podem ter acesso à lista dos expositores e a um sistema de navegação que promete ajudar os visitantes a deslocarem-se no extenso recinto da feira. Destaque ainda para o 'Business Matchmaking 365', uma plataforma de comunicação e negócio que permite aos visitantes e expositores entrarem em contacto direto ou pedir agendamento de reuniões.

avanços tecnológicos na área e quais as principais tendências do setor. De acordo com a organização, os países mais representados são Itália, EUA, Coreia do Sul, Suíça, França, Inglaterra e China, num total de 160 mil m2 de área de exposição.

Tal como aconteceu na edição de 2015, a organização volta a apostar nas 'Know-how Tours', onde os interessados são divididos em pequenos grupos para visitas guiadas exclusivas a cirurgias odontológicas em Colónia. Também está prevista a visita a laboratórios de prótese dentária. No fundo, o que todos esperam encontrar são as novidades da indústria nas mais variadas especialidades e as principais tendências que vão ditar o caminho para os tratamentos dentários. Em 2017, a organização espera receber 150 mil visitantes. 🌟

PRÓTESES DENTÁRIAS E SE A ISENÇÃO DO IVA AUMENTASSE AINDA MAIS OS PREÇOS?

A partir de 1 de Janeiro de 2017, a transmissão de próteses dentárias passou a estar isenta de IVA. Mas o que poderia ser uma boa notícia tem um volte face. De acordo com a Associação Portuguesa de Técnicos de Prótese Dentária, vai deixar de ser possível deduzir o IVA das matérias-primas e consumos intermédios, o que significa que os preços vão ter de aumentar.

Texto: Sónia Ramalho



Em meados de novembro de 2016 foi avançado que as próteses dentárias fornecidas por médicos dentistas e as prestações de serviços efetuadas no âmbito da atividade de protésicos dentários iam passar a estar isentas de IVA já em 2017. Mas o que poderia ser visto como uma boa notícia, para a Associação Portuguesa de Técnicos de Prótese Dentária (APTPD) é uma falsa questão que tem efeitos negativos para os consumidores finais e que apenas beneficia o Estado, já que aumenta a cobrança de IVA.

Mas aumenta em que medida? Segundo a APTPD, ao isentar de IVA a transmissão de próteses, todos os técnicos e empresas que as produzem deixam também de poder deduzir o IVA das matérias-primas

e dos consumos intermédios, sejam serviços ou investimentos efetuados, maioritariamente taxados a 23%. “Ao tornar as próteses dentárias isentas de IVA, o Estado deixa de aceitar que os técnicos e laboratórios de prótese dentária deduzam o IVA das matérias primas, dos serviços e dos investimentos em equipamentos necessários à produção de próteses dentárias. De acordo com dados do Banco de Portugal sobre as PME que produziram próteses em 2015, esses ‘consumos intermédios’ representam em média 47% do custo das próteses”, informa a APTPD.

Ou seja, como não cobram IVA aos clientes, os técnicos de prótese dentária vão deixar de poder deduzir o IVA que pagam aos seus fornecedores, que passa

a ser um custo direto da atividade.

“Uma das particularidades da atividade industrial de produção de próteses é que a quase totalidade das matérias-primas, serviços e investimento é taxado à taxa normal de IVA de 23%”, refere a APTPD, que diz não ter sido consultada ou ouvida a propósito desta medida. A consequência direta pode ser um aumento do preço das próteses dentárias em cerca de 11% para pacientes, médicos dentistas e seguradoras, o que representa quase o dobro da redução de 6% da taxa de IVA.

O que muda em 2017?

Com a entrada em vigor do Orçamento de Estado 2017, a partir de 1 de Janeiro a transmissão de próteses dentárias passa a estar isenta de IVA. Porém, a partir de 1 de Janeiro, os técnicos de prótese dentária também deixam de poder deduzir o IVA de todas as matérias-primas (cerâmica, zircónia, titânio e outros materiais de alta tecnologia usados na produção de próteses), dos serviços (informáticos, eletricidade, estafetas, rendas) e dos investimentos feitos (em sistemas de CAD/CAM, robótica de fresagem). “A APTPD lamenta não ter sido ouvida nesta matéria, apesar de ter feito chegar aos Grupos Parlamentares a sua preocupação com o efeito da medida, antes da sua aprovação no final de novembro. Informamos os associados que devem, junto dos seus técnicos oficiais de contas, aferir da necessidade de, a partir de 2017, transmitir as próteses dentárias sem IVA, e dos efeitos do aumento dos custos intermédios com a subida de cerca de 23%”. ●

“CONTRIBUIÇÕES PARA UMA REVISÃO DA POLÍTICA DA SAÚDE ORAL”

Carta aberta ao Secretário de Estado Adjunto da Saúde

O Professor Catedrático reformado em Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária da UL e médico estomatologista César Mexia de Almeida enviou uma carta aberta ao Secretário de Estado Adjunto da Saúde em que pede uma revisão das medidas de prevenção utilizadas em saúde oral e a descentralização para as autarquias da gestão da promoção da saúde oral.

CÉSAR MEXIA DE ALMEIDA

- Professor catedrático reformado de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária da UL
- Doutoramento em Saúde Pública e Epidemiologia pela Faculdade de Medicina da UL
- Chief Dental Officer” no período 2003-2006.

Resumo

O Autor propõe uma profunda revisão do programa nacional de promoção da saúde oral nos jovens, nomeadamente quanto à utilização dos selantes de fissuras (SF) como opção primeira e universal na prevenção da cárie na comunidade e preconiza que se considere a introdução da escovagem dos dentes com pasta dentífrica fluoretada nas creches e jardins-de-infância públicos como método prioritário. Propõe também que a estrutura em que assenta a prevenção da cárie seja profundamente descentralizada e passe para o âmbito das autarquias criando-se um Serviço Municipal para a Promoção da Saúde Oral cujos responsáveis e efectores privilegiados devem ser os higienistas orais. Defende ainda:

1 – Coordenação nacional da saúde oral preventiva entregue a um profissional oriundo do campo da estomatologia, medicina dentária ou higiene oral, com formação de nível superior na área da prevenção comunitária em saúde oral acumulando com a representação internacional no conselho europeu de “Chief Dental Officers”.

2 – Execução de estudos independentes, por equipas externas, tendo como objectivo a avaliação dos custos e benefícios da utilização dos SF como método prioritário de prevenção comunitária da cárie assim como um estudo comparativo dos custos previsíveis dum programa de escovagem nas creches e jardins-de-infância.

3 – Reintrodução duma comissão técnico-científica junto da DGS, na área da saúde oral, integrada por profissionais competentes com formação superior na área da prevenção comunitária das doenças da boca.

4 – Que nas creches e jardins-de-infância públicos seja efectuada vigilância anual da dentição decídua de todos os jovens, a qual deve abranger progressivamente a dentição permanente de todos os jovens de todos os níveis etários até aos 16 ou 18 anos.

5 – Publicação anual de todos os dados estatísticos relativos aos programas em curso incluindo custos por centro de saúde e região, número de dentes selados e demais dados relevantes, desde 2005.

6 – Envolver as estruturas adequadas do Ministério da Educação em todos os programas nas creches e jardins-de-infância.

7 – Publicação anual dos dados de prevalência e gravidade da cárie, por nível etário, nas creches e jardins-de-infância actualmente já abrangidos por programas de escovagem dos dentes.

A – Dirigi-me ao Senhor Secretário

de Estado Adjunto da Saúde, Dr. Fernando Araújo, há alguns meses, apelando para que os destinos da saúde oral dos portugueses fossem, finalmente, colocados sob a orientação de um profissional oriundo do campo da estomatologia, medicina dentária ou higiene oral, com formação de nível superior e portador dos conhecimentos técnicos e da experiência indispensáveis ao correcto exercício de tão importante função. A qual deveria naturalmente dar grande prioridade à prevenção das doenças da cavidade oral as quais afectam, mais cedo ou mais tarde, a grande maioria dos portugueses e podem mesmo ter repercussões sistémicas muito graves.

O apelo mantém-se porque julgo que as razões que o determinaram permanecem. Mas permita-me que acrescente mais uma sugestão: é que este responsável nacional pela saúde oral colocado, do ponto de vista funcional no lugar do Chefe da Divisão de Saúde Oral infelizmente extinta, seja também o representante nacional no conselho europeu de “Chief Dental Officers” (CDO). Esta convergência não existiu sempre no passado mas quero dar-lhe relevo porque tem muita importância: as reuniões e os grupos de trabalho dos CDOs constituem campo extremamente importante para troca de conhecimentos e experiências. Pelas funções que desempenha é o responsável pela saúde oral nacional que deve ter lugar naquele conselho europeu.

B – Foram frequentes, nos últimos meses, as notícias referindo que a medicina dentária, especificamente o diagnóstico e a terapêutica de todas as doenças da boca, passarão a estar incluídas no âmbito do SNS. O processo, aliás, já teve início em alguns centros de saúde piloto e a intenção que transparece das notícias é que com base na experiência adquirida se venha a verificar um alargamento progressivo das áreas patológicas e das áreas geográficas abrangidas. A tendência será, a prazo, de uma abertura total da área da medicina dentária a toda a população do país, o que deve ser muito festejado.

Mas, em relação à cárie dentária, há uma área de intervenção em que, estranhamente, se não tem falado, a sua prevenção. É verdade que a intervenção preventiva está organizada e desenvolve o seu trabalho há longos anos, no âmbito da Direcção Geral da Saúde. No entanto penso que é indispensável, como é aliás natural com procedimentos rotinados há longos anos, proceder à sua reavaliação.

C – A Direcção Geral da Saúde deu, há já longos anos, prioridade à utilização dos selantes de fissuras (SF) na prevenção da cárie. Pode mesmo dizer-se que, desde a criação da infelizmente extinta Divisão de Saúde Oral, esse foi o método eleito como prioritário e a ele foram alocados muitos dos higienistas orais ao tempo saídos do Curso de Higiene Oral. Receberam como missão principal a aplicação dos SF na comunidade, como um meio colectivo, universal e prioritário de prevenção da cárie, tendo subjacente a ideia pelo menos implicitamente transmitida aos jovens e aos seus familiares, e assim percebida também por muitos médicos, de que dente selado seria dente que ficaria imune à cárie.

Esta decisão da Direcção Geral da Saúde foi apoiada por muitos profissionais estomatologistas e médicos dentistas e bem recebida pelo público em geral. Pois se se tratava de

aplicar uma resina que iria selar os dentes contra o flagelo das cáries, a medida só podia ser bem recebida.

No entanto os fundamentos e os factos relacionados com a sua aplicação não são tão simples. Os selantes têm seguramente indicação para aplicação, em certas condições, em algumas fissuras. Nunca, na minha opinião, como meio de prevenção a utilizar indiscriminadamente em todos os jovens, e esta opinião não resulta de o custo da sua aplicação ser muito elevado. De facto há muitas razões para que não sejam efectivos nem eficientes quando aplicados indiscriminadamente. Têm o seu lugar, tal como outros métodos (p. ex os vernizes fluoretados), mas em condições específicas, isto é, fundamentalmente quando se observa cárie inicial na fissura. É preciso ter em atenção que nem todas as fissuras dos molares dos 6 e 12 anos vêm a ter cáries. Pelo que muitas das aplicações de SF podem ser injustificadas. Este é um facto muito importante mas nem é o facto fundamental.

A atenção concentrada nos selantes, os quais não previnem senão a cárie nas fissuras onde são aplicados, e com limitações sérias, não têm qualquer efeito preventivo em relação ao desenvolvimento da cárie noutros pontos do mesmo dente, ou noutros dentes, diminuiu a atenção à escovagem dos dentes com pasta dentífrica fluoretada o qual é, este sim, o meio básico essencial e primordial de prevenção da cárie pelo efeito que tem na remineralização das cáries iniciais em todos, repito, todos os dentes da mesma boca. Além de que a componente de escovagem é absolutamente essencial também para a prevenção da outra doença da boca de prevalência elevada que afecta os adultos e que vai aumentando gradualmente com a idade, a periodontite inflamatória, a qual para mais, pode ter repercussões sistémicas graves como infecções pulmonares por aspiração, endocardites e outras metástases por via hemática.

Ao fim de tantos anos de utilização

dos SF é tempo de promover o desenvolvimento de estudos independentes, externos, de avaliação dos seus custos e benefícios e posta em evidência a sua efectividade e eficiência demonstrando, ou não, a razão da sua utilização como meio prioritário e universal na prevenção comunitária da cárie nos nossos jovens. Efectivamente a aplicação SF é uma técnica que implica meios financeiros que não são desprezíveis e dos quais julgo que não tem sido dado conhecimento público. Nem quanto aos recursos nem quanto à percentagem de jovens abrangidos, se não são abrangidos todos os jovens do país com a idade eleita para a sua aplicação. Aliás para além das dúvidas quanto à sua eficácia quando aplicados seguindo a estratégia que temos seguido, tenho a impressão pessoal de que há uma grande desigualdade na distribuição nacional da aplicação dos selantes na população jovem.

De forma alguma coloco em questão a utilização dos SF na prevenção individual da cárie quando há indicações específicas para tal. Mas, repito, situação muito diferente é a sua aplicação como medida prioritária e generalizada de prevenção colectiva na generalidade da população jovem. Será oportuno referir que certamente que não terá sido por acaso ou esquecimento que a utilização de SF na prevenção comunitária colectiva não está entre os 9 diferentes métodos de intervenção para a prevenção da cárie na comunidade analisados num estudo levado a cabo no Estado de Nova Iorque e que visou avaliar a eficácia de cada um dos métodos de prevenção colectiva correntemente utilizados nos EUA e pelo mundo fora (fluoretação da água, vernizes com flúor, pastas dentífricas fluoretadas, rastreio médico e aplicação de verniz, redução da transmissão bacteriana, entrevista motivacional, consultas de medicina dentária preventiva, prevenção secundária e estratégias combinadas, efeito da paragem da fluoretação da água de Nova Iorque (1) [Edelstein

BL et al. *Redução da cárie precoce da infância numa população beneficiária da Medicaid*. JADA 2016;16(4):4-15, edição internacional, www.jada.pt].

Portanto e em resumo: defendo uma reavaliação cientificamente fundamentada e administrativamente independente da utilização dos SF como meio central e prioritário de prevenção da cárie destinada à totalidade da população jovem portuguesa.

A situação actual clama pela recriação duma comissão técnico-científica na área da saúde oral, tal como existiu por iniciativa da Dra Gregória Van Amann, integrada por profissionais competentes com formação superior na área da prevenção comunitária.

D – Desde há muito que estou convicto, na sequência da leitura de abundantes dados nacionais e internacionais, e de observações, sobretudo nos países escandinavos, de que o meio básico e universal de prevenção da cárie, que estende aliás os seus efeitos também à prevenção de outras doenças orais de grande prevalência, as doenças periodontais, deve estar centrado na escovagem bi-diária dos dentes com pasta de dentes fluoretada com concentração superior a 1000 ppm. É o pilar sobre o qual deve assentar toda a estrutura da prevenção da cárie (e das periodontopatias). Simples, económico, efectivo e eficiente.

Mas acontece que numa grande parte das nossas famílias, com menor literacia no campo da saúde e, geralmente, menor capacidade económica, este hábito não está enraizado. Consequentemente, e este é um facto muito importante, estes grupos apresentam prevalência e gravidade da cárie mais elevada. Reverter esta situação é essencial e o caminho será introduzir a escovagem dos dentes no momento mais precoce possível, isto é, nas creches e jardins de infância.

Segundo dados da DGS apresentados em conferência, em 2015, no XXIV Congresso dos Médicos Dentista (Calado R, Cristina F, Nogueira P, Melo

P. III *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís*) aos 6 anos metade (47%) dos jovens não escovam os seus dentes pelo menos duas vezes ao dia. Este dado é relevante porque, segundo os investigadores da área, esta é a frequência indispensável para que o teor de fluoreto na saliva se mantenha no nível com efeito preventivo, isto é, o nível em que promove a remineralização. Acresce que nos estratos mais desfavorecidos da população aqueles valores serão certamente mais desfavoráveis ainda.

Portanto se é necessário organizar, no âmbito do sector público, a prestação dos cuidados de tratamento das doenças da boca, nomeadamente os tratamentos das lesões resultantes da cárie dentária, muito mais necessário (e lógico!) é induzir os cuidados preventivos cuja base essencial é, repetimos, a remoção bi-diária da placa bacteriana. Aliás tenho conhecimento confirmado de que há centros de saúde que promovem já hoje a escovagem dos dentes em algumas creches e jardins de infância mas esta opção resulta de uma decisão excepcional e singular que poderia ganhar muito maior dimensão se fosse devidamente apoiada e enquadrada.

Como já referi são abundantes os dados que evidenciam de forma muito clara a influência da escovagem bi-diária dos dentes na prevalência da cárie. Assim há uma grande diferença na prevalência e gravidade da cárie segundo o estrato socioeconómico e a causa dessa diferença está no facto de que nos estratos socioeconómicos mais altos o hábito da escovagem dos dentes está mais generalizado. É um hábito de higiene, que é visto como parte da higiene geral, e está enraizado na maioria daquelas famílias dos estratos médios ou altos.

A título de exemplo: um estudo muito recente, numa amostra significativa de jovens com 4,5 e 6 anos evidenciou que os jovens que iniciaram a escovagem antes do ano de idade apresentaram o cpod 0.4, enquanto os que a iniciaram depois dos 3 anos de idade

apresentaram o cpod 2.1. Cinco vezes mais. Muitos outros estudos, nacionais e internacionais, confirmam desde há longos anos o enorme efeito da escovagem dos dentes com pasta de dentes fluoretada na prevenção da cárie (Borrvalho S, *Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa*, tese de doutoramento, FMDUL, 2014).

Também a comparação dos parâmetros de prevalência da perda total dos dentes nos seniores, consoante os respectivos os níveis socioeconómicos, podem igualmente dar-nos uma ideia clara do efeito indirecto que a escovagem bi-diária dos dentes tem na ocorrência desta situação tão penalizadora e fortemente determinante de desigualdades para uma grande parte da nossa população mais idosa.

Só com a introdução da escovagem dos dentes em fase tão precoce quanto possível e, evidentemente, devidamente organizada e vigiada, poderemos ter esperança na alteração da prevalência e gravidade da cárie para toda a vida reduzindo as necessidades de tratamento, as necessidades de próteses e lançar simultaneamente também as bases para a prevenção das doenças periodontais dos adultos, o que é, igualmente, de grande importância para a sua saúde e bem-estar. É uma medida simples e económica quando comparada com os custos para o erário público da prevenção com SF.

E – Portanto, se o Senhor Secretário de Estado e os serviços da Secretaria de Estado da Saúde quiserem ter em atenção a minha opinião sobre este tema o meu primeiro conselho seria de imediato serem tomadas as medidas conducentes à avaliação independente, externa, da aplicação de selantes de fissuras. Se a minha opinião vier a obter confirmação, poder-se-á determinar a utilização dos meios humanos e financeiros libertados na promoção e apoio à escovagem dos dentes pelos jovens das creches e jardins-de-infância públicos de todo o país.

Aconselharia também, com grande veemência, que esta medida fosse acompanhada da vigilância diagnóstica anual, pelos mesmos profissionais responsáveis pela implementação das medidas preventivas, da situação dos dentes de todos os jovens que frequentam as creches e jardins-de-infância de todo o país (e não só de alguns de algumas zonas), com encaminhamento para o sistema de tratamento (cheque dentista infantil) de todos os jovens com cáries exigindo tratamento, mesmo nos dentes decíduos com cárie (deve analisar-se a hipótese da eliminação da limitação do número de cheques dentista infantil tanto mais que uma percentagem elevada não é utilizada) para que alguns não fiquem excluídos dos cuidados de tratamento com consequências perniciosas para o desenvolvimento posterior, harmonioso, da sua dentição permanente.

A propósito, sugiro também uma avaliação de como se está processando o sistema de cheque dentista.

F – De qualquer forma quer haja ou não alteração no escalonamento das prioridades dos meios de prevenção a utilizar nos jovens penso que seria importante descentralizar para as autarquias a responsabilidade na gestão de todas as medidas de prevenção (eventualmente mais tarde das medidas de tratamento também) a aplicar nos jovens até cerca dos 16 ou 18 anos.

Nesse sentido apresento as seguintes propostas:

Primeiro: a descentralização, para as autarquias, da gestão da prevenção em saúde oral tem como objectivo aproximar o seu desenvolvimento dos grandes interessados, as famílias, que de outra forma terão mais dificuldade em compreender a necessidade de apoiar a implementação das acções de escovagem dos dentes, ou outras, e a urgência de apoiar o seu desenvolvimento no curto, médio e longo prazo. Sem o envolvimento das famílias mais difícil será alcançar ganhos significativos na saúde oral em camadas da população

que deles necessitam de forma absolutamente urgente. As famílias mais carenciadas precisam de “ver” o que acontece na boca dos seus filhos. De acompanhar também o desenvolvimento dos significativos ganhos imediatos com o tratamento precoce e, sobretudo, os ganhos a curto e médio prazo com a prevenção.

Segundo: a integração e envolvimento das famílias no dito serviço municipal poderia processar-se envolvendo-as na sua gestão por intermédio de um ou mais representantes das associações de pais

Terceiro: criação, na área geográfica de cada centro de saúde ou de agrupamentos de centros de saúde, de uma estrutura leve constituída por essencialmente por higienistas orais (em número dependente da população frequentando as creches e jardins de infância da área) às quais seria atribuída como actividade exclusiva as tarefas de diagnóstico da cárie e implementação da efectiva escovagem dos dentes por todas as crianças frequentando as creches e jardins de infância públicos e posteriormente também o diagnóstico básico de saúde oral em estratos de idade mais elevada.

Quarto: esta estrutura de intervenção deve ser coordenada por um higienista, com grande independência e autonomia, num funcionamento totalmente descentralizado sendo que admito como vantajosa a sua colocação sob a égide da autarquia local e inclusão de uma espécie de conselho geral de representantes da autarquia, das famílias, das escolas e do centro de saúde, no que poderia ser denominado de Serviço Municipal para a Promoção da Saúde Oral.

Quinto: o local de observação das bocas das crianças deve ser na sala de aula da escola, sendo utilizado equipamento portátil muito leve, muito simples e muito económico.

Sexto: todos os jovens com cáries cavidades, quer na dentição decídua quer na dentição permanente, seriam

orientados para tratamento nos dentistas do SNS da zona com o cheque dentista infantil.

Sétimo: os primeiros SMPSO poderiam arrancar nas 13 autarquias onde o SNS passou a integrar a medicina dentária, mas com grande autonomia para evitar absorção do SMPSO pelos serviços de tratamento.

Oitavo: este SMPSO deveria ter alguma ligação aos efectores periféricos da prevenção da obesidade e da diabetes

Nono: para avançar, um programa com estas características, necessitaria também do total apoio do Ministério da Educação para que seja possível encontrar da parte da direcção das estruturas pertinentes a cooperação necessária para o seu desenvolvimento.

Senhor Secretário de Estado Adjunto da Saúde Dr Fernando Araújo: estou fortemente convencido de que estas propostas poderão fazer avançar de forma clara e mensurável a prevenção da cárie a curto prazo (1 a 2 anos) nos locais onde forem aplicados com seriedade, persistência e gosto pela intervenção em saúde pública. Poderão também reduzir os custos de tratamento per capita a médio prazo, assim como as desigualdades que hoje continuam a ser muito gritantes.

Em resumo poderão contribuir para reduzir factores que afectam o bem-estar de muitos milhares de pessoas. Mas é um combate que tem de ser travado com persistência utilizando as melhores armas que a ciência e a experiência colocam à nossa disposição, em muitos exemplos absolutamente demonstrativos que nos vêm de diferentes pontos do nosso mundo. Porque acredito na lógica e nos fundamentos das minhas propostas e que tem importância a sua divulgação entre os cidadãos e no campo dos profissionais da saúde oral tomei a liberdade, que não significa menor consideração, de me dirigir a V. Excia em carta aberta esperando que possa originar um debate sério e fundamentado que conduza a uma reforma com medidas eficazes, no terreno. 🍌

IMPLANTE PÓS EXTRACIONAL ASSOCIADO A TÉCNICA DE ICE CONE MODIFICADA



DÁRCIO FONSECA

Médico dentista licenciado pelo ISCS-Sul (1997); *Fellow in Implantology* pela Universidade de Miami (USA); Professor convidado do Mâster online em Medicina Oral y Cirurgia Implantológica Avanzada do Knoghtgroup e Universidade de Múrcia, Espanha.

Docente convidado da pós-graduação em Implantologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUSC)-CESPU. Pós-graduado em dentisteria estética, reabilitação oral e implantologia. Orador em vários congressos nacionais e internacionais, da área. Autor de vários artigos em revistas nacionais e internacionais.



INÊS NUNES

Médica Dentista. Mestrado integrado em Medicina Dentária FMDUP. Pós-graduada em Periodontologia Clínica pelo ISCS-Sul (2014). Pós-graduada em Dentisteria Estética e Materiais Restauradores (2015)

Sumário

Um traumatismo dentário, além de todos os transtornos psicológicos associados, dor e mal-estar coligados a um comprometimento estético, constitui uma difícil tarefa reabilitadora já que a reabsorção da tábua óssea vestibular, resultante deste processo, aumenta a complexidade da reabilitação e piora o seu prognóstico. Nestes casos, torna-se necessário dois tempos cirúrgicos, pois é imperativa uma prévia regeneração óssea, muitas vezes associada a plástica periodontal, antes da cirurgia de colocação de implante, com vista a minimizar os danos na estética rosa e branca. No presente caso descrevemos a reabilitação de um incisivo central superior (21), após traumatismo, através de uma regeneração do defeito com recurso a xenoenxertos, biomembrana de colagénio e enxertos de tecido conjuntivo (técnica de ice cream cone, de Tarnow, modificada) simultaneamente à colocação de implante pós-extracional.

Introdução

Uma fratura horizontal a nível do terço medio da raiz é uma forma de traumatismo dentário que se encontra associado quase sempre a uma reabsorção da tábua óssea vestibular, comprometendo o suporte periodontal e conseqüentemente a estética de toda a reabilitação, uma vez que a recessão tecidular se encontra potencializada.^{1,2,3} De acordo com Eliane et al. (2007), o prognóstico reabilitador encontra-se associado ao tipo de alvéolo pós-extracional presente. Assim, poderemos encontrar 3 tipos de alvéolos pós-extracionais:

Tipo 1: Tábua óssea vestibular e tecidos periféricos intactos

Tipo 2: Tecidos moles circundantes intactos e em níveis considerados normais, mas presença de defeito ósseo /deiscência total ou parcial.

Tipo 3: Defeito ósseo/deiscência associado a perda de tecidos moles adjacentes.

Os resultados clínicos mais satisfatórios e previsíveis resultam da reabilitação oral em alvéolos pós-extracionais tipo I. Esta pode ser feita através da colocação imediata de implante associada ao preenchimento do gap, entre parede vestibular e implantar, por biomaterial (normalmente xenoenxertos), observando-se perdas mínimas de volume e altura, ou mais pela mais recentemente descrita, técnica de socket-shield, que apesar de controversa é a que até agora demonstra melhores resultados estéticos.^{1,2,3,4}

A reabilitação do defeito alveolar do tipo 3 é a mais complexa e com prognóstico mais reservado, pois necessita obrigatoriamente ao recurso de enxertos ósseos associados a cirurgia plástica periodontal, para o restabelecimento parcial da arquitetura da crista alveolar, anteriormente à cirurgia de colocação de implantes. Os defeitos alveolares pós-extracionais tipo II, são frequentemente sub-diagnosticados e abordados como defeitos alveolares tipo I, levando a complicações estéticas tardias. Este tipo de defeitos é bastante frequente em casos de traumatismo severo, fraturas radiculares horizontais com comprometimento do complexo periodontal e na presença de lesões apicais crónicas. Visto que estes casos se traduzem pela presença intacta dos tecidos moles, apesar do defeito ósseo, torna-se imperativo o realizar uma cirurgia a menos traumática possível, permitindo a preservação de todos os tecidos remanescentes.

A técnica “Ice cone technique”, proposta por Tarnow 2007, é a que apresenta melhores resultados no tratamento deste tipo de defeitos, devido à sua mínima invasividade tecidular- cirurgia flapless, associada a preenchimento e circuncisão do gap com membrana de colagénio, configurada em forma de cone de gelado, com resistência suficiente, que cria condições ideais para a

acomodação do biomaterial, permitindo as condições ideais ao processo regenerativo, sem que ocorresse dispersão do particulado ósseo e invasão do meio de regeneração por tecidos epiteliais, que pudessem comprometer todo o processo. Nesta técnica pode também ser associados enxertos de tecido conjuntivo, com vista a minimizar a inerente perda de volume vestibular, contribuindo para a obtenção de um melhor resultado estético.^{4,5}

Relativamente ao tipo de biomaterial, apesar de os autoenxertos serem considerados como o “golden standard”, devido às suas propriedades osteogénicas, osteocondutoras e osteoindutivas, a sua reduzida disponibilidade e a elevada mordilidade na sua obtenção limita o seu uso.⁵

Neste momento, os xenoenxertos de origem bovina são os biomateriais mais frequentemente utilizados nos processos regenerativos em medicina dentária, sendo caracterizados pela sua excelente biocompatibilidade, estabilidade mecânica temporal e osteocondução, podendo ser utilizados como substitutos ósseos sem causar qualquer interferência na neoformação óssea. Os xenoenxertos são atualmente os biomateriais mais bem estudados em processos regenerativos de defeitos ósseos, como fenestrações e deiscências, observando-se resultados clínicos comparáveis aos obtidos aquando da regeneração destes defeitos quando osso autógeno é utilizado como biomaterial de regeneração.⁵ No presente caso clínico descrevemos a reabilitação de um incisivo central 21, com simultânea regeneração óssea do alvéolo tipo 2 e colocação imediata de implante- técnica de “ice cone modificada”.

Descrição do caso clínico

Paciente do sexo masculino, com 40 anos de idade, compareceu à consulta de medicina dentária por mobilidade excessiva do 21, dente bastante restaurado e com historial de TER. Após exame radiográfico constatou-se que a excessiva mobilidade se devia a uma fratura radicular horizontal, tornando o dente irrecuperável do ponto de vista conservador, optando-se pela sua extração. Após realização da exo do 21,

minimamente invasiva- flapless- verificou-se que parte da parede vestibular estava ausente, alvéolo pós extracional tipo II, mas que todas as restantes condições para a obtenção de estabilidade primária se encontravam presentes, tendo-se então colocado um implante imediato, BioHorizons Tapered Internal® 3.8x 12 mm. Após se constatar a presença de estabilidade implantar primária, associou-se, para regeneração da crista óssea marginal, membrana de colagénio Mem-Lock® BioHorizons, configurada em forma de cone de gelado, xenoenxerto de origem bovina, MinerOss® BioHorizons e ainda enxerto de tecido conjuntivo, removido da tuberosidade, na superfície interna da parede gengival vestibular- ice cone technique de Tarnow modificada. Como provisório utilizou-se Maryland em Structor®(voco), imediata de um dente, suspensa entre 11e 22, durante 7 dias, tendo sido substituída por uma Maryland acrílica de laboratório na semana seguinte, a qual utilizou por mais 3 meses, período após o qual se voltou a realizar uma segunda cirurgia de enxerto de tecido conjuntivo desta vez pela técnica de roll flap, com vista a melhorar o volume e contorno dos tecidos moles. 2 meses e meio após, a Maryland acrílica foi substituída por uma prótese aparafusada, com vista a melhorar o perfil de emergência dos tecidos moles, tendo-se realizado quase simultaneamente, uma terceira cirurgia de tecido conjuntivo pela técnica de túnel, para minimizar ao mínimo a perda de tecidos inerente à perda da parede vestibular. Após um período total de 8 meses reabilitou-se definitivamente o caso com coroa cerâmica em dissilicato de lítio, aparafusada no 21 e faceta no 11.

Discussão dos resultados

Após um árduo e moroso trabalho reabilitador descrevemos o resultado obtido como positivo, de acordo com o *pink and white esthetic score*. A técnica de “Ice cone” descrita por Tarnow encontra-se referida em literatura como sendo a mais indicada na regeneração deste tipo de defeitos alveolares, já que é minimamente invasiva- flapless surgery - permitindo a conservação dos tecidos bucais e adjacentes

ao defeito, e criação de um meio ideal para o processo regenerativo. Tendo isto em conta, optamos por aplicar, em parte, este conceito para potenciar o nosso resultado reabilitador, associado à colocação de implante imediato após a exodontia do dente 21. Já que é sempre espetável uma perda de volume não só vertical, como horizontal nos sites sujeitos a regeneração, devido á ausência do “bundel bone”, tentou-se minimiza-lo através da realização de três cirurgias de enxerto conjuntivo, em três tempos distintos, sempre com o objetivo de melhorar o perfil e contorno dos tecidos gengivais, para a obtenção de uma estética rosa de excelência. A reabilitação de apenas um incisivo central é sempre bastante difícil do ponto de vista estético, uma vez que uma ligeira desigualdade entre os centrais se traduz numa desarmonia a nível da estética branca, na ótica do observador. Assim, e já que o dente adjacente apresentava uma restauração classe IV inestética e infiltrada por palatino, e tendo em conta a idade do indivíduo, optou-se por reabilitar o 11 com uma faceta de dissilicato, material igual ao da reabilitação implanto-suportada, harmonizando o sorriso final. 🌟

BIBLIOGRAFIA :

1. Gluckman H, Du-Toit J. Reconstruction of a single-tooth traumatic defect in the anterior maxilla using the Khoury bone plate graft. *International Dentistry –African edition*.2016; 5(2).
2. Tarnow D et al. Flapless Postextraction Socket Implant Placement in the Esthetic Zone: Part 1. The Effect of Bone Grafting and/or Provisional Restoration on Facial-Palatal Ridge Dimensional Change—A Retrospective Cohort Study. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*.2014;34(3).
3. Sanarchiaro GO et al. Immediate Implant Placement into Extraction Sockets with Labial Plate Dehiscence Defects: A Clinical Case Series. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*.2016;18(4).
4. Elian N et al. A Simplified Socket Classification and Repair Technique. *Pract Proced Aesthet Dent* 2007;19(2):99-104 99.
5. Benic G, HÄmmerle C. Horizontal bone augmentation by means of guided bone regeneration. *Periodontology* 2000.2014;66: 13-40.



Figura 1: Situação inicial



Figura 2: Situação inicial: Rx apical inicial, sem coroa

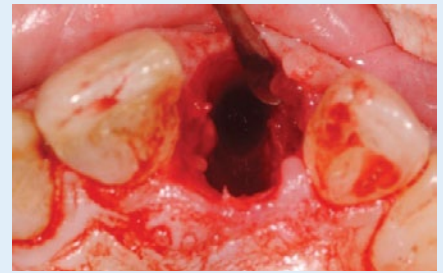


Figura 3: Alvéolo pós-extracional tipo 2. Ausência de parte parede vestibular



Figura 4: Fragmento do 21

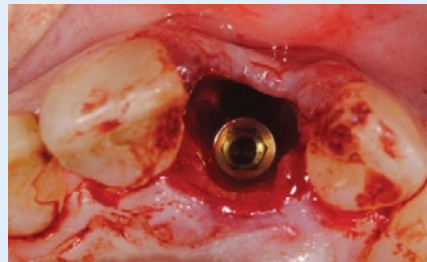


Figura 5: Colocação de implante pós-extracional. Vista oclusal

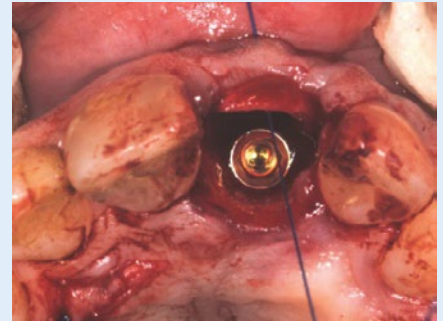


Figura 6: Implante imediato "in situ" e enxerto conjuntivo, a nível vestibular



Figura 7: Membrana de colagénio MemLock® em forma de ice cone

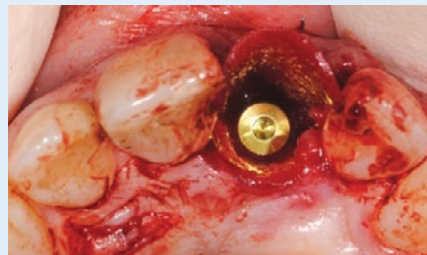


Figura 8: Membrana MemLock® "in situ"



Figura 9: Aplicação de xenoenxerto MinerOss®, entre superfície vestibular implante e membrana

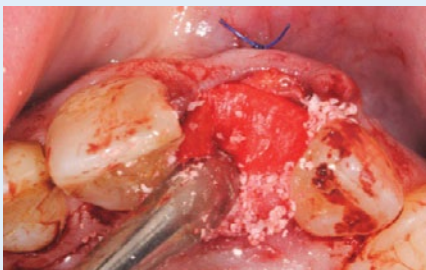


Figura 10: Encerramento oclusal do biomaterial pela membrana

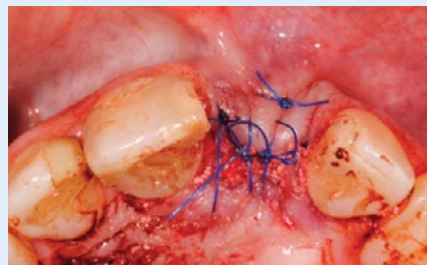


Figura 11: Encerramento da ferida cirúrgica com sutura de vicryl® 4 zeros



Figura 12: Provisório imediato com coroa de policarbonato



Figura 13: Provisório tipo Maryland



Figura 14: Estado de cicatrização 12 dias após cirurgia



Figura 15: Colocação de Maryland "in situ". Vista frontal

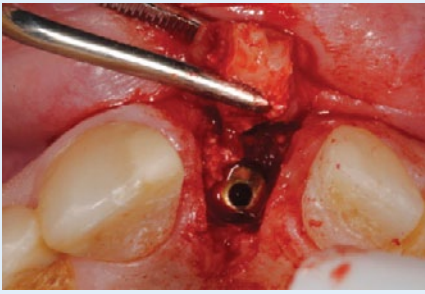


Figura 16: Reabertura do local, após 3 meses. Colocação de tampa de cicatrização e preparação de tecido para técnica roll flap



Figura 17: Deseptelização do tecido queratinizado com auxílio de broca diamantada

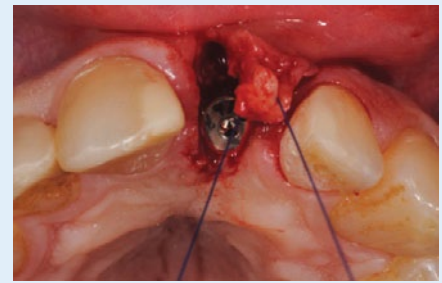


Figura 18: Execução do roll-flap

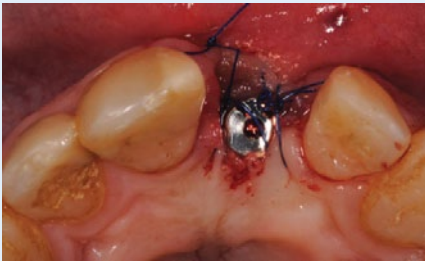


Figura 19: Sutura do roll- flap, com exposição da tampa de cicatrização

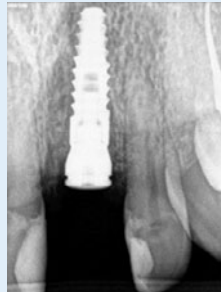


Figura 20: Rx apical com tampa de cicatrização

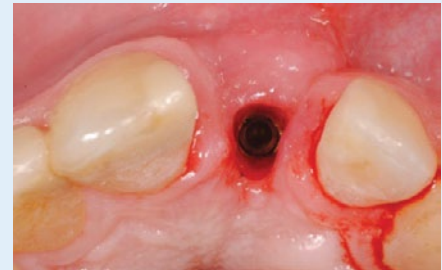


Figura 21: Estado da cicatrização dois meses e meio após a realização do roll-flap e utilização de 2 provisório, vista oclusal



Figura 22: Estado de cicatrização e perfil dos tecidos gengivais, 5 meses e meio após a cirurgia de colocação de implante



Figura 23: Colocação de 3 provisório. Coroa acrílica aparafusada feita em laboratório



Figura 24: Perfil de emergência dos tecidos e arquitetura gengival, no dia da 3ª cirurgia plástica gengival, 1 semana após utilização do 3 provisório

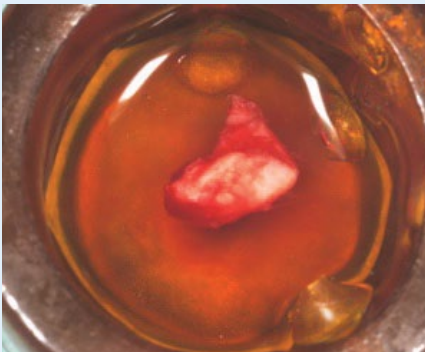


Figura 25: Enxerto de tecido conjuntivo removido da tuberosidade maxilar

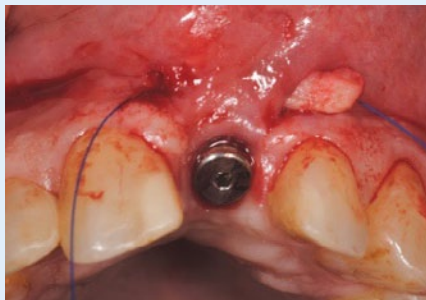


Figura 26: Enxerto de tecido conjuntivo tunelizado



Figura 27: Colocação de coroa provisória com sutura suspensa



Figura 28: Estado de cicatrização gengival, 7 meses e meio depois. Vista frontal



Figura 29: Vista oclusal da arquitetura gengival 7 meses e meio depois



Figura 30: Visualização do perfil de emergência do implante, pela colocação do transfer de impressão



Figura 31: Rx apical com tranfer de impressão



Figura 32: Talho para faceta cerâmica do 11 e coroa provisória no 21" in situ"



Figura 33: Coroa e faceta cerâmica em dissilicato de lítio, vista frontal



Figura 34: Coroa e faceta cerâmica em dissilicato de lítio



Figura 35: Preparação para cimentação da faceta, já com coroa colocada



Figura 36: Close-up final com faceta e coroa, sobre implante, cerâmica em dissilicato de lítio



Figura 37:Rx apical final



Figura 38: Fotografia do sorriso final

QUANTO VALE O SECTOR DE MEDICINA DENTÁRIA EM PORTUGAL?



DILEN RATANJI

• Diretor-Geral DentBizz Consulting

620 milhões de euros. É esta a minha estimativa para o valor global do volume de negócios do sector da medicina dentária. Estão registadas cerca de 4.425 clínicas de medicina dentária (CMD) em Portugal (nº de empresas e não unidades médico-dentárias) com o CAE 86230 (actividades de medicina dentária e odontologia). Desde 2010, o mercado tem vindo a crescer a uma taxa anual de crescimento média [CAGR: *compound annual growth rate*] de 2,4%, em termos de volume de negócios. Em número de empresas no sector, o CAGR é de 4,8%, do qual facilmente depreendemos que o valor médio de facturação anual por CMD tem vindo a baixar nos últimos anos. Se em 2010 o valor médio de facturação anual por CMD era de aproximadamente 151 mil euros (m€), o ano de 2015 termina com um valor médio a rondar os 138 m€, ou seja, um decréscimo na ordem dos 8,6%.

Apesar da forte concorrência no sector, o negócio está globalmente a crescer. Não obstante, o mercado tem vindo a sofrer algumas alterações. Em 2014, por exemplo, foram abertas 324 empresas com o CAE supracitado e encerradas 281. Em 2010 foram abertas 425 e encerradas “apenas” 167. Ao longo dos últimos anos, o nível de abertura de novas empresas no sector tem vindo a diminuir e o número de encerramentos tem vindo a aumentar. Num mercado altamente concorrencial, o mínimo que se exige às organizações é que tentem acompanhar as novas tendências do mercado, seja a nível clínico seja a nível

de gestão e marketing. Os anos estão a comprovar que os “elos mais fracos” só têm um caminho: o da saída do mercado.

O sector médico-dentário tem um *rating* positivo, uma vez que em 2016 cerca de 81% das CMD estavam cotadas como tendo nível de risco baixo (vs. 79% em 2015), 18% com risco médio (vs. 19% em 2015) e apenas 1% com risco elevado (à semelhança do verificado no ano de 2015).

Já redigi dezenas de crónicas para a Saúde Oral, desde 2012, e com muitas análises estatísticas. Contudo, até à data nunca apresentei os indicadores económico-financeiros mais relevantes do sector médico-dentário, como o farei de seguida. Reportar-me-ei fundamentalmente ao ano de 2015, pois oficialmente os dados de 2016 apenas estarão disponíveis em meados de 2017:

- O ciclo de tesouraria das CMD é positivo: em média, cada CMD tem um prazo médio de pagamentos de 45 dias (vs. 50 dias de 2014), enquanto o prazo médio de recebimentos é de 22 dias (vs. 26 dias em 2014);
- O EBITDA médio do sector de é aproximadamente 24,4 m€ (23,8 m€ em 2014). Este indicador representa quanto uma empresa gera de recursos através das suas actividades operacionais, sem contar com impostos e depreciações. Um indicador relevante quando se realizam avaliações económico-financeiras das empresas;
- O número médio de colaboradores por CMD é de 3. Não se inclui neste valor os colaboradores que estejam em regime de prestação de serviços;
- A média dos custos com pessoal sobre o total da facturação é de aproximadamente 26,2%, estando dentro do intervalo de referência considerado positivo na gestão de CMD. Este rácio deverá ser analisado com a devida reserva, uma vez que não estão incluídos os recibos verdes que, como se sabe, tem um peso substancial nos gastos com pessoal das CMD. Um rácio acima dos 35%

poderá ser sinónimo de improdutividade da equipa ou má gestão de outros recursos internos;

- O activo total (inclui, por exemplo, o imobilizado) é de aproximadamente 177,3 m€, enquanto o passivo (os valores que a empresa deve a terceiros, como por exemplo os financiamentos bancários) ronda os 94,9 m€;
- O resultado líquido (lucro) médio numa CMD é de 8,9 m€;
- Os fornecimentos e serviços externos (FSE), que incluem as rendas, telecomunicações, energia, deslocações, estadas, entre muitas outras rubricas, têm um valor anual médio de 74,8 m€;
- O saldo médio dos depósitos bancários é de 32,8 m€ por CMD (vs. 30,4 m€ em 2014);
- Apesar de haver inúmeras dívidas de cobrança duvidosa nas CMD, na realidade na maior parte das vezes não se registam como tal em termos contabilísticos (apenas 236 € de média em 2015);
- A dívida corrente média (ainda cobrável) dos clientes é de 9,1 m€ (vs. 9,9 m€ em 2014);
- A rendibilidade financeira (quociente entre o resultado líquido e o capital próprio) é de 10,6%, abaixo do que seria naturalmente desejável, enquanto que a solvabilidade (quociente entre o capital próprio e o passivo) é de 86,8%, ou seja, se uma empresa tiver que solver as suas obrigações, neste caso consegue-o realizar em 86,8% com os seus próprios capitais;
- O rácio de autonomia financeira (quociente entre os capitais próprios e o activo líquido) é de aproximadamente 46,5%, acima dos (pelo menos) 30% recomendados.

O sector da medicina dentária em Portugal não é seguramente dos mais rentáveis do tecido empresarial, mas registo com agrado que vários indicadores económico-financeiros têm apresentado uma evolução bastante favorável nos últimos anos. ●

O autor escreve de acordo com a antiga ortografia

Vacina dentária pioneira pode ajudar a combater periodontite crónica

por DTI

Após 15 anos de investigação no desenvolvimento de uma vacina para a periodontite crónica, uma equipa de cientistas da Oral Health CRC, na Universidade de Melbourne (Austrália) publicou as suas mais recentes conclusões. Os resultados demonstram que a vacina pode reduzir a necessidade de cirurgia e de toma de antibiótico em pacientes com periodontite grave. De acordo com os investigadores, os ensaios clínicos em pacientes como periodontite poderiam vir a ter início em 2018. “A periodontite está disseminada e é destrutiva. Temos grande esperança que esta vacina melhore a qualidade de vida de milhões de pessoas,” afirmou o Prof. Eric Reynolds, CEO da Oral Health CRC.

Desenvolvida em colaboração com a empresa biofarmacêutica Australiana CSL Limited, a vacina atua sobre as enzimas



produzidas pela bactéria *Porphyromonas gingivalis*, um dos principais patógenos periodontais, ao desencadear uma resposta imunitária. Segundo os investigadores, esta resposta produz anticorpos que neutralizam as toxinas destrutivas dos patógenos. Atualmente, a periodontite é tratada através da remoção ma-

nual da placa tóxica que se forma entre o dente e a gengiva, o que requer por vezes cirurgia e tratamentos antibióticos. Embora sejam medidas benéficas, em muitos casos a bactéria realoja-se na placa dentária, provocando um desequilíbrio microbiológico e a doença persiste, afirmou Reynolds. Dados epidemiológicos indicam

que a periodontite, na sua forma moderada a severa, afeta cerca de um em cada três adultos em todo o mundo. Sem tratamento, esta patologia pode originar a destruição do tecido gengival e, em última análise, a perda dentária. Vários estudos estabeleceram a ligação entre a doença e um risco acrescido de outros problemas de saúde, incluindo doenças cardiovasculares, certos tipos de cancro, nascimento prematuro e demência. Implementada na prática clínica, uma vacina eficaz para a periodontite poderia também ajudar a reduzir o impacto que estas doenças tão comuns têm a nível global. Os resultados do estudo foram publicados a um de dezembro de 2016, no *NPJ Vaccines Journal*, num artigo intitulado “A therapeutic *Porphyromonas gingivalis* gingipain vaccine induces neutralising IgG1 antibodies that protect against experimental periodontitis”. [DTI](#)

Cigarros eletrônicos prejudicam saúde oral, revelam estudos internacionais

por By Chris Barrow, UK

No mundo ocidental, os cigarros eletrônicos continuam a ganhar popularidade junto dos jovens adultos, fumadores e ex-fumadores por serem considerados uma alternativa mais saudável aos cigarros convencionais. No entanto, dois estudos recentes levados a cabo por cientistas nos EUA e no Canadá concluíram que a exposição regular aos vapores dos cigarros eletrônicos provoca lesões nos tecidos gengivais, que podem originar infeções, inflamação e doença periodontal. Ambos os estudos analisaram o efeito dos cigarros eletrônicos na saúde oral a nível celular e molecular através de testes *in vitro*. A equipa do Prof. Mahmoud Rouabhia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Laval (Quebec) expôs células epiteliais do tecido gengival ao vapor do cigarro eletrónico, concluindo que um elevado número destas células morria em alguns dias. “O epi-

télio bucal constitui a primeira linha de defesa do organismo contra a infeção microbiana”, explicou Rouabhia. “Este epitélio protege-nos dos vários microrganismos que existem na nossa boca.” Para simular o que acontece na boca de uma pessoa quando inala, os investigadores canadianos colocaram células epiteliais humanas numa pequena câmara fechada com um líquido similar à saliva. Introduziu-se vapor de cigarro eletrónico a um ritmo de duas inalações de cinco segundos por minuto durante 15 minutos por dia. A observação microscópica revelou que a percentagem de células mortas ou a morrer, que ronda os dois por cento em culturas celulares não expostas, subiu para 18, 40 e 53 por cento após um, dois e três dias de exposição ao vapor do cigarro eletrónico, respetivamente.

“Contrariamente ao que se possa pensar, o vapor do cigarro eletrónico não é composto apenas

por água” afirmou Rouabhia. “Embora não contenha alcatrão, como o fumo do cigarro convencional, expõe os tecidos bucais e as vias respiratórias a substâncias produzidas pelo aquecimento da glicerina vegetal, do propilenoglicol e dos aromas de nicotina presentes no líquido do cigarro eletrónico.” Segundo Rouabhia, o efeito cumulativo destes danos celulares não foi ainda documentado, mas é preocupante. “Danificar a barreira protetora da boca pode aumentar o risco de infeção, inflamação e doenças gengivais. A longo prazo pode também aumentar o risco de cancro. Isto é o que iremos investigar no futuro,” concluiu. Investigadores do Centro de Medicina na Universidade de Rochester, nos EUA, obtiveram resultados semelhantes. Dr Irfan Rahman, Professor e Medicina Ambiental na Faculdade de Medicina e Medicina Dentária, e os seus colegas submeteram culturas de células epi-

teliais do tecido gengival humano e fibroblastos do ligamento periodontal ao vapor de cigarros eletrónicos. “Demonstrámos que quando o vapor de um cigarro eletrónico é queimado, leva as células da libertar proteínas inflamatórias que, por sua vez, agravam o stress entre células e provocam danos que podem originar várias patologias orais,” explicou. A maioria dos cigarros eletrónicos contém uma bateria, um dispositivo que aquece e um cartucho com líquido que, por norma, contém nicotina, aromas e outros químicos. Os investigadores dos EUA descobriram que os aromas químicos também prejudicam as células gengivais. “Verificámos que os aromas —alguns mais do que outros— agravavam os danos celulares,” afirmou o autor do estudo Fawad Javed, pós-doutorado residente no Eastman Institute for Oral Health, que integra o Centro Médico da Universidade. [DT](#)

A saúde dos médicos dentistas assenta nos cotovelos

Dentistas, higienistas e assistentes dentários enfrentam diariamente situações que reúnem todas as condições para desenvolver doenças do foro musculoesquelético. A prática clínica dentária requer precisão e controlo dos movimentos, por isso manter-se estático pode originar fadiga muscular na zona do pescoço, costas e ombros. Após alguns anos, ou meses apenas, a fadiga muscular pode causar mal-estar, dor e até problemas mais graves, como tendinite, bursite, dor de pescoço, hérnia discal entre outros.

por DTI

Como evitar a tensão muscular se trabalho com os braços perto do corpo?

Mesmo quando os braços parecem relaxados ao longo do corpo, o ombro e os músculos da zona superior das costas têm de estar contraídos para manter a estabilidade necessária à execução de um trabalho preciso com as mãos. Estas contrações musculares podem reduzir o fluxo sanguíneo até 90 por cento, que causa fadiga e enfraquece os músculos e as articulações.

Por que devo usar apoios móveis para o cotovelo?

O Sistema de apoio móvel para cotovelo Posilex foi desenvolvido para diminuir a carga na região superior do corpo de modo a promover uma boa circulação sanguínea. Um estudo científico revelou que usar o Sistema Posilex contribui para uma postu-

ra de trabalho mais segura e confortável enquanto reduz significativamente a contração muscular nos ombros, pescoço e tronco. Este conceito único acompanha os movimentos. Os apoios para o cotovelo oferecem uma base adequada para os braços, enquanto mantêm a liberdade de movimentos. Um trabalho de precisão requer concentração, esforço, e frequentemente esquecemo-nos de nós próprios quando estamos concentrados numa tarefa. Os apoios para o cotovelo permitem ao médico manter uma boa postura ao garantir que fica alinhado.

É necessário usar sempre os apoios para obter os benefícios?

Não é possível estar apoiado 100% do tempo. Estudos demonstram que ao recorrer ao apoio durante 50% do tempo, a circulação sanguínea é suficiente


para prevenir e diminuir a tensão. Após uma breve curva de aprendizagem, a maioria dos utilizadores usa os apoios 80 a 90% do tempo.

Por que razão devo investir num banco de dentista?

Os profissionais da área dentária podem facilmente passar entre oito a 12 horas sentados num banco. De facto, esta é a peça de equipamento do consultório que mais usam e, regra geral, aquela que também é mais negligenciada. Se presta atenção ao conforto do paciente porque não zelar pelo seu conforto e dos seus funcionários? O investimento é pequeno e revela-se rapidamente rentável quando comparado aos custos que representam os tratamentos ou baixas médicas.

Como ajustar a cadeira do paciente para garantir que o médico man-

tém uma boa postura?

O segredo de uma boa postura reside na distância entre os olhos e a tarefa a executar. Quando a cadeira do paciente está baixa obriga o médico a inclinar o pescoço, mesmo com lupas, o que provoca tensões. Além disso, devido à falta de espaço para as pernas, o operador tem de trabalhar sentado com as pernas afastadas ou pior ainda, sentar-se na extremidade do assento. Esta postura não permite o apoio lombar ou uma posição segura. Muitos oradores e autores defendem manter a cadeira do paciente numa posição mais elevada e com o paciente deitado. Os braços ficam perto do corpo e os antebraços estão fletidos. Para saber mais sobre ergonomia na clínica dentária consulte o site : www.posilexdesign.com. 

Traduzido do inglês
por Manuela Vasconcelos

Celebre o Dia Mundial da Saúde Oral a 20 de março

AJUDE OS SEUS PACIENTES A *Viverem*
COM BOA SAÚDE ORAL



Faça o download dos suportes de comunicação

da campanha incluindo brochura, cartazes, material para as redes sociais e outros, para promover uma boa saúde oral ao longo da vida.

www.worldoralhealthday.org



GLAXOSMITHKLINE CONSUMER HEALTHCARE “QUEREMOS TER UM PAPEL AINDA MAIS ATIVO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL EM PORTUGAL”

Depois de ter passado por um rigoroso processo de seleção, José Maria Pinheiro Torres conquistou o certificado da Associação Europeia de Osseointegração (EAO), uma das mais reconhecidas organizações científicas internacionais a nível da implantologia.

Texto: Sónia Ramalho

Entre os maiores desafios que a GlaxoSmithKline Consumer Healthcare (GSK CH) tem enfrentado, o mais recente diz respeito à integração, em 2016, de duas grandes empresas numa só após a formalização, em 2015, da fusão entre a GSK CH e a Novartis Consumer Health. Nascia assim a nova GSK CH, agora com uma diferente estrutura acionista.

A empresa viu o seu portefólio reforçado com marcas como Voltaren, Vibrocil, Mebocaína, Fenistil e Rhinomer, estando em destaque no mercado OTC (MNSRM) e em segundo lugar na Saúde Oral, o que os coloca numa posição de liderança em Portugal. “Em paralelo mantivemos a coerência estratégica alicerçada em duas áreas: a inovação, que garante a nossa capacidade de apresentar novas soluções terapêuticas e a formação dos profissionais de Saúde Oral, divulgando a ciência dos nossos produtos e permitindo uma melhor e mais adequada recomendação terapêutica a cada paciente”, refere João Paulo Sotana, diretor geral da GSK CH, para quem 2016 foi um ano muito forte e que quer ver repetido. “Foi um ano de grande reconhecimento por parte dos profissionais de Saúde Oral, reconhecimento que nos enche de orgulho e nos deixa cheios de energia, e responsabilidade acrescida, para enfrentar os desafios de 2017. No mundo da saúde oral, destacamos as nossas principais marcas: Sensodyne através de uma vasta gama de dentífricos e que vê reconhecida a qualidade dos seus novos elixires através do prémio Saúde Oral 2016; bem como a Parodontax, uma marca de dentífricos, elixires e escovas



Nome do Laboratório:

GlaxoSmithKline Consumer Healthcare

Local: Mirafloures, Algés

Tel: 214129500

Nacionalidade: Inglesa

Data da Fundação: 2001

Diretor-geral: João Paulo Sotana

Setores em que estão

presentes: As marcas dividem-se entre os segmentos de Higiene Oral, Dor, Congestão Nasal, Alergia, Gastro e Dermatologia, estando disponíveis tanto nas farmácias, como nas áreas de saúde, assim como em super e hipermercados.

Principais produtos para

Medicina Dentária: Sensodyne, Parodontax e Corega

Website: www.gsk.com

especialmente desenvolvidos para o tratamento do sangramento gengival, que viu reconhecida a qualidade dos seus dentífricos através do prémio Saúde Oral 2016. Ainda no que a marcas diz respeito temos Corega, a marca mais recomendada pelos profissionais de saúde para a fixação e limpeza das próteses dentárias, que foi



João Paulo Sotana, diretor geral da GSK CH

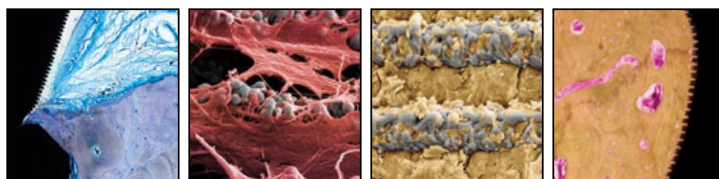
reconhecida pelos consumidores como Marca de Confiança na sua categoria”.

Para João Paulo Sotana, por detrás de grandes marcas existem “pessoas igualmente ‘grandes’, fortes, dedicadas e empenhadas em dar, a cada dia, o seu melhor. Destacamos a qualidade, a consistência e coerência da nossa equipa de informação médica, que tem feito um trabalho exemplar graças, bem como ao modo como somos recebidos por milhares de Profissionais de Saúde em Portugal”. Para 2017 está previsto “um papel ainda mais ativo na promoção da Saúde Oral em Portugal. Mesmo estando conscientes do forte desenvolvimento de conhecimentos e cuidados de higiene oral que se verificou em Portugal na última década, acreditamos que ainda há muito por fazer. Neste sentido, a GSK CH irá apostar ainda mais em campanhas de formação, sensibilização e educação em saúde oral junto da população, através de ações específicas..”



família de implantes tapered

com Laser-Lok® microcanal



Fixação do tecido conjuntivo

único tratamento de superfície que demonstrou para alcançar uma ligação física do tecido conjuntivo

Adesão ao osso

Os microcanais Laser-Lok® atingem uma osseointegração superiores

Kit Cirúrgico universal

um kit cirúrgico para toda a família de implantes Tapered

simplicidade protética

a conexão de hexágono interno cônico está codificado por cores para identificação rápida eo ajuste entre componentes

BIOHORIZONS®
www.biohorizons.com

Para mais informações contacte con Carla Fonseca:
Tel: 00351 91 311 3171
Email: cfonseca@biohorizons.com

OSTEOBIOL APRESENTA GEN-OS + TSV GEL, A COMBINAÇÃO IDEAL PARA A ESTABILIZAÇÃO DE ENXERTOS.

A SDS, distribuidora exclusiva da Osteobiol em Portugal, apresenta mais um produto inovador da marca: Gen-Os + TSV Gel. A nova apresentação combina a mistura de osso cortico-esponjo heterólogo com colagénio de GEN-Os e o gel termossensível TSV, criando uma combinação ideal para a estabilização do enxerto.

A OsteoBiol-Tecnoss é uma empresa inovadora e global que desenvolve, produz e documenta biomateriais xenogénicos de qualidade superior. 20 anos de pesquisa científica levaram a um processo de produção patenteado que garante a neutralização dos componentes antigénicos para conseguir biocompatibilidade, preservando a matriz natural de colagénio no interior do biomaterial. A OsteoBiol-Tecnoss, desenvolveu e patenteou uma biotecnologia única que se distingue das demais, que impede a fase de ceramização do osso natural e preserva o colagénio dos tecidos, permitindo uma remodelação osteoclástica do biomaterial semelhante ao “turnover” ósseo fisiológico e atribuindo ao produto características muito semelhantes ao osso mineral humano. A combinação destes fatores permite uma formação consistente de novo osso e um contato próximo entre o osso neoformado e o biomaterial.

COLAGÉNIO COMO FATOR CHAVE PARA A REGENERAÇÃO ÓSSEA

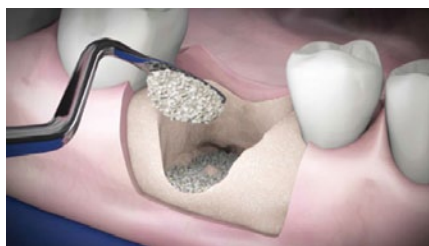
O colagénio, tem um papel fundamental no processo de regeneração óssea, porque:

- atua como um substrato válido para ativação e agregação das plaquetas;
- serve para atrair e diferenciar as células estaminais presentes na medula óssea;
- aumenta a taxa de proliferação dos osteoblastos até 2/3 vezes;
- estimula a ativação das plaquetas,

osteoblastos e osteoclastos no processo de cicatrização dos tecidos.

GEN-OS® + TSV GEL: A COMBINAÇÃO IDEAL PARA A ESTABILIZAÇÃO DO ENXERTO

Graças à sua composição inovadora, o Gel TSV proporciona estabilidade mecânica aos grânulos Gen-Os durante a colocação do enxerto. O Gel TSV é rapidamente reabsorvido e não influencia o processo de regeneração natural. O Gel TSV atinge a sua viscosidade mínima a 4°C. Em seguida, aumenta rapidamente a viscosidade até atingir os 13°C. À temperatura ambiente o Gel TSV da OsteoBiol tem a consistência de gel, não endurece, mas mantém uma consistência macia que permite a mistura com os grânulos de Gen-Os. Graças às propriedades hidrofílicas do Gen-Os, a mistura torna-se um aglomerado pastoso/gomoso e estável que pode ser facilmente aplicado no local do defeito.



Gen-Os hidratado com o Gel TSV num enxerto em defeito do rebordo alveolar

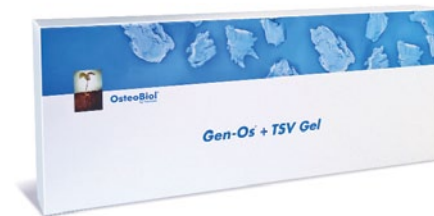


Grânulos Gen-Os e seringa de Gel TSV

CARACTERÍSTICAS

Gen-Os, é uma mistura de osso cortico-

esponjoso, foi o primeiro produto desenvolvido com a biotecnologia inovadora Osteobiol-Tecnoss e o seu uso universal, ainda hoje é o mais procurado no mercado. Gen-Os é gradualmente reabsorvível e fornece suporte na neoformação óssea, ajudando a preservar a forma e o volume originais do enxerto (propriedades osteocondutoras). O Gel TSV da OsteoBiol contém: gel de colagénio heterólogo tipo I e III com ácidos gordos poli-insaturados e um copolímero sintético biocompatível diluído em solução aquosa, o que proporciona ao Gel TSV as suas propriedades termo-reversíveis e termo-gelificantes. Gen-Os pode ser hidratado e cuidadosamente misturado com Gel TSV entre 4 ° e 8 ° C (imediatamente após sair do frigorífico). A esta temperatura, o Gel TSV tem baixa viscosidade, o que facilita a mistura com os grânulos Gen-Os da Osteobiol. A viscosidade do Gel TSV aumenta rapidamente com o aumento da temperatura e a mistura resultante torna-se pegajosa, fácil de aplicar e extremamente estável durante a colocação. O Gel TSV da Osteobiol também pode ser aplicado no lado áspero da membrana Evolution da Osteobiol para estabilizá-la durante a sutura.



Embalagens:

- Frasco de 0,5 g em combinação com seringa de 0,5 cc
- Frasco de 1,0 g em combinação com seringa de 1,0 cc



Gen-Os + Gel TSV

Composição do Produto:

Mistura de osso cortico-esponjoso heteróloga com colagénio
Gel heterólogo de colagénio tipo I e III e copolímero sintético biocompatível termogelável

Forma Física:

Grânulos ligeiramente radio-opacos
Gel de baixa viscosidade a $<8^{\circ}\text{C}$ e gel de alta viscosidade a $>13^{\circ}\text{C}$

Granulometria:

250-1000 μm (Gen-Os)

Tempo de re-entrada:

4/5 meses, dependendo das características da localização do enxerto



Gel TSV aplicado numa membrana de colagénio

INDICAÇÕES CLÍNICAS

O Gen-Os misturado com o Gel TSV pode ser utilizado em procedimentos de ROG - Regeneração Óssea Guiada - quando é necessária uma melhor estabilidade do enxerto. A viscosidade atingida pelo Gel TSV da Osteobiol à temperatura corporal melhora significativamente a estabilidade dos grânulos Gen-Os, e é particularmente benéfica nos casos em que existe pouco suporte ósseo em torno do defeito, exemplo: aumento lateral, defeito com parede vestibular comprometida, deiscências e defeitos periodontais de uma ou duas paredes.

Adicionalmente, a viscosidade do Gel TSV da Osteobiol melhora a estabilidade e o manuseamento das membranas Evolution, particularmente durante a fase delicada da sutura.



Defeitos Intraósseos



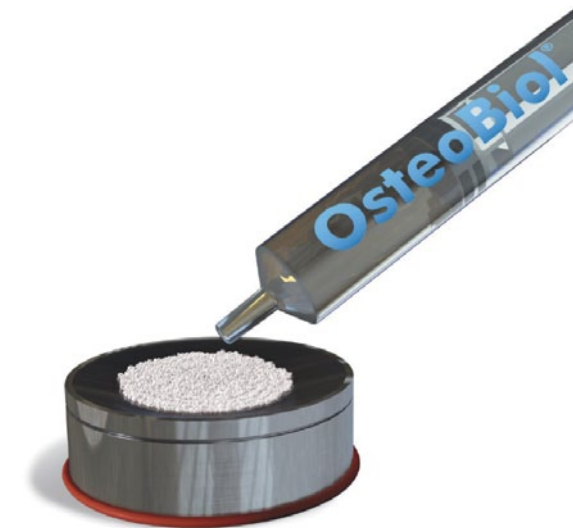
Lesões Peri-implantes



Aumento Horizontal



Regeneração Alveolar



DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO: SDS



Para mais informações:

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

“COMPORTAMENTOS: DIABETES E SAÚDE ORAL” EM DISCUSSÃO NO II SIMPÓSIO C.E.M.A.S



SAVE THE DATE

II SIMPÓSIO

25 MARÇO 2017

Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa

**Comportamentos:
Diabetes e Saúde Oral**



O Centro de Estudos Mundo A Sorrir (C.E.M.A.S) realiza, no próximo dia 25 de março, o II Simpósio subordinado ao tema “Comportamentos: Diabetes e Saúde Oral”, que vai decorrer entre as 09h00 e as 18h00 no Auditório 3 da Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa. O evento pretende ser um espaço de debate, de reflexão e de oportunidades de inovação entre as diferentes especialidades médicas, com particular incidência nas áreas da saúde oral e estilos de vida saudáveis.

O II Simpósio do C.E.M.A.S. conta com o apoio institucional da Ordem dos Nutricionistas e com a participação de médicos dentistas, médicos, higienistas orais, nutricionistas e psicólogos que, com base na prática clínica diária, vão dar o seu contributo para a reflexão e criação resoluções que se traduzam na mudança de comportamentos sob o ponto de vista da prevenção. Miguel Pavão, médico dentista e presidente da Mundo A Sorrir lembra que “Portugal é o segundo país Europeu com a maior

prevalência de diabéticos, atingindo mais de um milhão de Portugueses, e estimando-se que cerca de 27% da população seja pré-diabética”. E acrescenta: “O desafio da diabetes em Portugal requer uma verdadeira e inovadora abordagem com impacto na mudança de comportamentos, que envolva os profissionais de saúde, os doentes e um ecossistema diverso, onde todos têm uma importante função, nomeadamente no que diz respeito à família, à escola, ao local de trabalho, empresas e instituições”.

O II Simpósio do C.E.M.A.S. pretende afirmar-se como um evento científico de carácter inovador, permitindo uma discussão transversal e multidisciplinar entre diferentes áreas médicas, mantendo foco no problema e na urgência da intervenção. Inscrições e outras informações através do e-mail: simposio@mundoaosorrir.org 📧

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.mundoaosorrir.org

Textos em parceria com a Mundo a Sorrir





ZIRKONZAHN LANÇA FRESADORA M4 WET HEAVY METAL

A Zirkonzahn anunciou o lançamento da fresadora M4 Wet Heavy Metal, uma solução que “combina a vasta experiência na produção

CAD/CAM e de material de fresagem com as novas descobertas tecnológicas”. De acordo com a empresa, a unidade de fresagem M4 Wet Heavy Metal “está equipada com a tecnologia comprovada de fresagem simultânea de 5+1 eixos” e consiste “numa mesa de trabalho giratória, a qual permite a fresagem em áreas de difícil acesso, como por exemplo retenções e divergências”. “Isto permite, para além das indicações standard, tais como coroas individuais, inlays, onlays ou facetas, também a produção de pontes aparafusadas oclusalmente, attachments e barras. A área de fresagem particularmente grande, com diferentes tipos de suportes para blocos, permite a elaboração de até 10 modelos, 20 arcadas completas, 30 blocos pré-fabricados de titânio Raw-Abutments®/blocos de pontes pré-fabricados Bridge-Rods ou 30 blocos de vitrocerâmica num único processo de fresagem”, explica a empresa em comunicado.



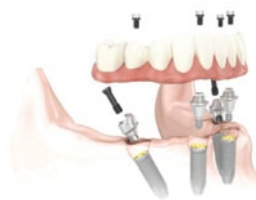
SDS VAI DISTRIBUIR OSSTELL

A SDS, distribuidora da marca W&H em Portugal, vai passar a distribuir a Osstell. Com este acordo, a empresa passa a disponibilizar no mercado português os consumíveis SmartPegs e a unidade Osstell IDX. Em comunicado, a empresa refere ainda que “a Osstell deixou de colaborar, desde junho, com a empresa Klockner, e decidiu que será a empresa W&H a solução ideal que permitirá à Osstell melhorar significativamente a sua presença no setor dentário com o padrão de qualidade e serviço que nos acostumou”. A SDS, distribuidora há vários anos da marca W&H, passa a ter disponível no mercado nacional os consumíveis SmartPegs e a unidade Osstell IDX, a Osstell I.

MYSMILE: A PRIMEIRA APP PERSONALIZADA PARA CLÍNICAS DENTÁRIAS

MySmile é a nova App para clínicas dentárias, disponível na Apple Store e Google Play. Pode ser personalizada com o logotipo da clínica, que pode comunicar diretamente com os pacientes via smartphone, a partir do software de gestão OrisDent evo. Deseja promover um tratamento? Enviar aos pacientes mensagens de parabéns? Recordar uma consulta de controlo aos pacientes que fizeram um implante há dois anos? Com a App é possível planear estratégias e enviar comunicações personalizadas, escolhendo a ferramenta mais adequada entre SMS, e-mail, notificações no

smartphone, notícias no website ou por carta. MySmile inclui ainda vídeos educativos e conselhos úteis para os pacientes. Com a activação do serviço é possível ter acesso à SmileBox, um kit para a Sala de Espera, composto por um expositor para a recepção e 400 Smile card para dar aos pacientes, para promover a clínica.



E-BOOK DA NOBEL BIOCARE REVELA COMO OBTER IMPLANTES DENTÁRIOS DE SUCESSO

A Nobel Biocare publicou recentemente o e-book ‘How You Can Start with the All-on-4 Treatment Concept’, um documento que, segundo a empresa, já foi ‘descarregado’ por mais de 10 mil profissionais e que explica como obter implantes dentários de sucesso segundo o conceito ‘All-on-4’. Além de explicar de que forma identificar pacientes elegíveis para o tratamento, o documento publicado pela empresa oferece conselhos acerca da melhor forma para planear o tratamento, maiores desafios durante o tratamento, técnicas ideias e alguns casos clínicos de sucesso. De acordo com a Nobel Biocare, este conceito de introdução de implantes dentários tem um tratamento mais rápido, não é tão caro como os implantes dentários tradicionais e permite melhorar a qualidade de vida do paciente.



CLÍNICA DENTÁRIA MOINHEIRO VENCE TROFÉU BONTEMPI GOLD BISTURI

A Bontempi Portugal aproveitou a edição deste ano do Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas para entregar o troféu Bontempi Gold Bisturi à maior aquisição de instrumentos cirúrgicos durante a ExpoDentária. Maria do Rosário e José L. Moinheiro, da Clínica Dentária Moinheiro, receberam o troféu que incorpora um bisturi de referência MA-B3. Esta é a primeira vez que o troféu é entregue e o objetivo é continuar a entregar o troféu em novos certames ligados à medicina oral. “Os instrumentos cirúrgicos são a base de cada cirurgia e a componente humana também depende dos instrumentos utilizados. Os instrumentos têm que estar à altura e os seus níveis de desempenho devem ser adequados a cumprir com os mais exigentes padrões de qualidade”, refere Luís Requicha, *chief executive officer* da Bontempi Portugal. “Quando sabemos que o mercado português se encontra invadido por instrumentos de origem e de qualidade duvidosa, apadrinhados estes em congressos nacionais (ex. OMD2016), a Bontempi Portugal tomou a liberdade de incentivar a aquisição de instrumentos de qualidade impar, a valores muito competitivos. Afinal, paixão pela excelência, seriedade, fiabilidade e qualidade são os fatores mais importantes para o êxito de uma intervenção cirúrgica”.

QUERO SER BASTONÁRIO!



RUI PAIVA

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

Sosseguem aqueles que se consideram clarividentes ao ponto de exclaimar “eu sabia!” Trata-se apenas de um simples e ingénuo exercício de imaginação. Como preâmbulo, reafirmo o que já anteriormente escrevi num destes artigos de opinião: não considero ter nem perfil, nem condições logísticas para exercer tal cargo. Como tranquilo médico dentista radicado no extremo sul de Portugal não faria sentido pensar em candidatar-me a cargos de alta responsabilidade representando milhares de colegas através de uma organização sediada, e muito bem o reafirmo, no Porto, cumprindo o determinado no artigo 7º dos Estatutos da OMD (“a OMD tem âmbito nacional e sede no Porto”).

Mas tal exercício imaginativo é legítimo para cada um de nós e faz sentido para colegas que, reunindo qualidades de hombridade e inteligência oratória fluente, raciocínio espevitado, experiência de vida pessoal e profissional, generosidade e sentido de sacrifício em prol de toda uma classe profissional, se voluntariem e se candidatem ao cargo de representante máximo dos médicos dentistas de Portugal. As últimas eleições decorreram em Dezembro 2015 e o mandato é de quatro anos (Estatutos da OMD, Artigo 27º nº 2: “O mandato dos órgãos eleitos é de quatro anos”), significando

que, caso se cumpram os referidos estatutos, o atual bastonário terá de abandonar o cargo, pois está impedido de se recandidatar (artigo 27º nº3: “Não é admitida a reeleição dos membros dos órgãos para um terceiro mandato consecutivo, para o mesmo órgão”).

O colega Orlando Monteiro da Silva é bastonário dos médicos dentistas desde 2001, o que significa que irá perfazer cerca de 19 anos no cargo! É muito tempo, demasiado tempo, a bem da renovação... As próximas eleições nunca serão antes de 2019. Caso se cumprissem os atuais estatutos, as candidaturas deverão ser apresentadas até 1 de Maio 2019, as eleições realizadas entre 1 e 15 de Junho desse ano e o mandato do atual bastonário terminaria ao fim dos seus quatro anos, ou seja, 19 de Dezembro 2019 (artigos 28º e 29º). Arrisco-me a apostar que as coisas não se vão passar desta forma, ou seja, a atual direção vai auto-prolongar o seu mandato até Dezembro 2019, cumprindo os seus quatro anos, e apenas depois, em 2020, se irão realizar as eleições, em Junho desse ano. Desta forma, a atual direção prolonga o seu tempo de vida mais um semestre e teremos tido o mesmo bastonário durante 20 anos!

Seja como for vai sendo tempo e oportunidade de desenhar-se uma alternativa ao rumo, ou melhor dizendo, à falta de rumo, que as coisas têm levado. Seria muito bom para toda a classe, e consequentemente para a dignificação da profissão e para o país, que tivéssemos à frente da nossa Ordem outra dinâmica, outras ambições, outras estratégias. Por muito bem que funcione atualmente a Ordem nos seus aspetos logísticos e de fachada, a realidade sentida por todos nós é que as condições de exercício se degradam continuamente a cada ano que passa, sem que os jovens licenciados tenham perspectivas agradáveis de entrar

na profissão, com atropelos sistemáticos à ética e deontologia, com a sobreposição do lado comercial da nossa atividade aos seus demais aspetos, com publicidades asquerosas e envergonhantes, com a proliferação de consultórios que, a prazo, não beneficiam nem os seus donos, nem a população que se julga servida com qualidade por preços baixos.

Seria pois muito reconfortante assistir ao surgimento de uma alternativa com outra visão do panorama geral, que não se resignasse, que não se refugiase atrás do argumento que a Ordem não tem poder legislativo e consequentemente não pode resolver os problemas da Medicina Dentária. Todos entendemos isso, mas o que não se entende é a falta de dinamismo, de imaginação, de ação e estratégia na revelação da realidade. O que não se entende é a primazia dada a um certo culto da personalidade e a ações de fachada, tal como se num mundo perfeito vivéssemos em detrimento de uma legislatura de influência e denúncia dos temas que nos afetam.

Mas prosseguindo esse exercício de imaginação em que me coloco no lugar de algum colega em cuja mente abnegada passasse a ideia de contribuir para o bem da Medicina Dentária portuguesa, julgo que será legítimo admitir-se que o putativo candidato se interrogue acerca dos aspetos práticos e logísticos implicados em tal decisão, principalmente no caso de a sua candidatura ser bem-sucedida e o indivíduo se constatar metido numa situação que implique alterações significativas do seu *modus vivendi*. Alterações que serão sem dúvida a nível pessoal, familiar, mas e sobretudo a nível do seu exercício profissional porque, feliz ou infelizmente, a esmagadora maioria de nós, além de ser médico dentista, tem igualmente de ser gerente e gestor da sua clínica (além de relações públicas com

uma pitada de psicólogo, profissional de recursos humanos com cheirinho de técnico de esterilização e limpeza e ainda comercial com laivos de modelo). Ora, estas múltiplas facetas do nosso exercício profissional requerem tempo dedicado e, no limite, valem dinheiro. Por este motivo se justifica a legitimidade de se interrogar o tal candidato – mas afinal quanto vou ganhar enquanto bastonário?!

Colocando-me na sua pele, procurei nos extensos relatórios de contas e atividades da OMD com que somos anualmente presenteados – e a talho de foice: haverá real necessidade de se gastar uma fortuna a imprimir e remeter 10 mil exemplares “daquilo” quando todo o médico dentista tem um contacto eletrónico?! – e fiquei na mesma ignorância. Apenas se descortina o generalista item “gastos com o pessoal” que nada esclarece o candidato acerca da sua material dúvida. Ingenuamente então contactei a OMD no sentido de obter informação fidedigna acerca da remuneração do bastonário e restantes membros da minha/nossa

Ordem. Igualmente solicitada foi informação acerca de regras a cumprir no que concerne a viagens, deslocações e estadias de dirigentes da OMD. Espanto meu, ou talvez não – já devia suspeitar, a resposta foi evasiva e inconclusiva, remetendo-me inclusivamente para entidades superiores como a Assembleia da República, o Tribunal de Contas e o Ministério da Saúde...

Da resposta da OMD se transcreve:
“Resposta: O bastonário não é funcionário da Ordem, nem com esta celebra contrato de trabalho. Como tal, não tem vencimento.

Por decisão pública da Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Médicos Dentistas de 1997, convocada pelo então bastonário, a Ordem dos Médicos Dentistas decidiu atribuir uma subvenção mensal quer ao exercício do cargo de bastonário, quer ao de secretário-geral, respeitante a 12 meses por ano”

Não importando a designação de

vencimento ou subvenção, o essencial é que o tal candidato a bastonário que queira organizar a sua vida pessoal e profissional terá de continuar a fiar-se na *vox populi* que diz serem 6.000 euros, ou serão antes 8.000?, o montante a que terá direito no fim de cada mês. Mas serão mesmo valores nesta ordem de grandeza?! E serão brutos ou líquidos? Terá o candidato de continuar a imaginar...

Isto é tudo feito à base da imaginação... Até a minha ingénua crença que os Estatutos da OMD seriam cumpridos a partir de cima.

Artigo 23.º Direitos do médico dentista com a Ordem dos Médicos Dentistas

1 — São direitos do médico dentista:

b) Eleger e ser eleito para os órgãos da OMD

j) Receber informação da atividade da OMD ...

E assim vamos nós, resignados médicos dentistas de Portugal... Desejo ferverosamente que a taxa de abstenção habitualmente demasiado elevada não se verifique! 🍷

WWW.SAUDEORAL.PT



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)

SO 112

SAÚDE ORAL

IDENTIFICAÇÃO

Empresa _____ Profissão/Cargo _____

Nome _____

Morada _____

Código Postal / Localidade _____ telefone _____

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

MODO DE PAGAMENTO

Junto envio cheque/vale do correio n.º _____ no valor de _____ do Banco/EC _____ à ordem da IFE, S.A.

Junto envio comprovativo da transferência bancária Millennium BCP – IBAN: PT 50 0033 0000 00199867531 05 ou do depósito em conta n.º 00199867531 (Agradecemos que envie o comprovativo do pagamento com o cupão para o fax: 210 033 888 ou email: assinaturas@ife.pt)

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



SMILE TALKS: UMA CONVERSA ABERTA SOBRE O TRATAMENTO DA PERIODONTITE E DAS SUAS SEQUELAS

A Lisbon Dentistry Academy está a promover, no próximo dia 23 de fevereiro, uma nova Smile Talks em Lisboa. Esta edição conta com a presença de Helena Rebelo como única oradora do evento, numa partilha de conhecimento e experiência dinâmica e com base em casos clínicos. O foco vai ser o tratamento da periodontite e das suas sequelas, com entrada gratuita mas de inscrição obrigatória, já que as vagas são limitadas. Mais informações aqui <https://goo.gl/c6MCun>



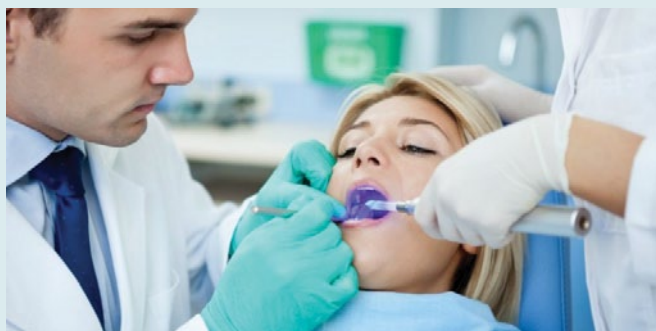
ISCSEM REALIZA XXV JORNADAS INTERNACIONAIS DE MEDICINA DENTÁRIA

É já nos próximos dias 23 e 24 de março que o Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM) vai realizar as XXV Jornadas Internacionais de Medicina Dentária, um evento científico que todos os anos reúne profissionais do setor para debater alguns dos temas de maior relevo na área da medicina dentária. Para a edição deste ano, a organização já garantiu a presença de Paulo Monteiro, referência internacional na área da Dentisteria; David Sanz, fundador e presidente da Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SPDOF); Sérgio Matos e Alexandre Santos, reconhecidos na área da Periodontologia; António Ginjeira, reconhecido na área de Endodontia; David Ângelo, médico estomatologista que recentemente recebeu o Prémio Inovação Investigação e Diogo Batista.



MALO CLINIC ABRE NOVO CURSO DE SEDAÇÃO CONSCIENTE

A Malo Clinic Education vai abrir uma nova edição do Curso de Sedação Consciente. Esta 19ª edição tem datas marcadas para os dias 24 e 25 de março e está aberta à inscrição de assistentes dentários. Lecionada por Filipa Maria Roque, Vera Barroso Janeiro e Joana Marinhos, a formação pretende “mostrar como introduzir a sedação consciente com protóxido de azoto e oxigénio na prática clínica diária de uma forma simples, e centrar-se-á na segurança – as técnicas de suporte básico de vida e monitorização fazem parte integrante da formação – e na utilização prática da sedação em adultos e crianças”. Vão ser abordados temas como indicações e contra-indicações, técnicas de administração clínica, seguidos por uma sessão prática e por um tratamento em direto com sedação consciente.



MD FORMAÇÃO PROMOVE CURSO DE ESTÉTICA FACIAL

A MD Formação vai realizar nos dias 24 e 25 de março de 2017 um ‘Curso de Estética Facial’. De acordo com a organização, esta formação vai ser focada na aplicação de toxina botulínica e preenchimento com ácido hialurónico. O programa inclui a abordagem de temas como: Anatomia da face; Fisiologia da toxina; Avaliação do paciente; Critérios de eleição do produto; Manipulação da toxina e doses; Indicações e contra-indicações; Resolução de complicações; Envelhecimento da face e cutâneo; Anatomia do lábio e tipos de lábio. O curso tem um custo de 650 euros e inclui material para a realização das sessões práticas. Saiba mais em <http://www.mdclinica.com/formacao.asp>

www.ife.pt



By ABILWAYS



FORMAÇÕES 2017

*Inspirar, desafiar
e motivar*

SAIBA MAIS



INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES - Telefone: (+351) 210 033 800 | E-mail: inscricoes@ife.pt

MARKETING SENSORIAL NA CLÍNICA DENTÁRIA: ACRESCENTE VALOR APELANDO AOS SENTIDOS



VÍTOR BRÁS

- Médico Dentista
- Investigador de NeuroMarketing em Medicina Dentária

Enquanto instituição, uma clínica é também uma marca e à luz das teorias de marketing actuais, uma marca tem "personalidade" e é multifactorial. A nível empresarial é objectivo de uma clínica otimizar lucros e resultados¹, como tal há que ter presente que a qualidade e valor do serviço afectam a satisfação e com isso as intenções comportamentais do consumidor, neste caso o paciente.²

E o que se pode fazer para melhorar a percepção da qualidade que o paciente tem?

Um dos campos mais estudados do NeuroMarketing é o Marketing Sensorial, que por sua vez se debruça em otimizar a experiência do paciente (leia-se cliente neste contexto) a nível sensorial³: o que vê, cheira, ouve e sente. Uma marca que consiga abranger mais sentidos será mais facilmente recordada⁴.

Páre e pense: a sua clínica tem um aroma característico? Um som característico? Tem uma identidade visual única? Não adianta colocar ambientadores, existem difusores profissionais já utilizados em lojas no centro comercial mais próximo⁵; nem optar por uma rádio de música erudita, porque existem serviços e ferramentas de som próprias⁶. Não basta que as cores da clínica coincidam com as do cartão de marcações, elas terão de estar presentes em todos os meios de publicidade e comunicação. Todos estes sentidos funcionam em conjunto

quando um paciente julga e atribui determinado valor a uma clínica.

Adicionalmente há que ter em conta o estilo e a "personalidade" da clínica em si dado que factores ambientais como música, cheiro e cores deverão ser coerentes. Uma clínica com corpo clínico jovem, moderna e com recurso à tecnologia mais avançada difere de outra centrada num médico dentista com mais anos de experiência, especialista em determinada área, estabelecido há décadas numa localização.⁷ Quando um paciente entra pela primeira vez na clínica vem, normalmente, em maior ou menor grau, condicionado por medo e/ou ansiedade.⁸ Isto significa que vai estar alerta para todos os detalhes do ambiente da clínica e já terá formado uma opinião sobre a qualidade da mesma ainda antes de entrar para a consulta. Se o mesmo médico dentista der consulta em duas clínicas, uma com um ambiente otimizado e outra dita convencional, com alguma certeza os pacientes da primeira sairiam com melhor opinião sobre a qualidade do tratamento na generalidade.

O grande argumento a favor do Marketing Sensorial quando aplicado a uma clínica dentária é que é relativamente barato e aumenta de forma consistente a percepção de qualidade por parte do paciente. Se ao ler este artigo ficou com vontade de otimizar o seu espaço pelo menos não caia num destes erros:

- Uso de ambientadores domésticos:

Não perduram, não têm a intesidade desejável podendo chegar a ser desagradáveis. Lembre-se que não pode variar frequentemente o aroma de modo a construir uma identidade olfactiva;

- **Rádio:** Existem rádios de música clássica ou jazz, mas passam publicidade e estragam o efeito desejado de música ambiente. Utilize serviços de *streaming* pois mesmo pagando mensalidade compensam

- Excesso de utilização do logótipo:

A repetição desmesurada do logótipo nas paredes da clínica, cartões de marcação, tapete de entrada pode cansar o paciente enquanto consumidor.

O Marketing Sensorial surge como ferramenta para deixar de dar apenas consultas e conseguir proporcionar experiências aos seus pacientes. Nos próximos artigos abordaremos cada sentido em específico. ●

1. Crié D, Chebat J-C. Health marketing: Toward an integrative perspective. *J Bus Res.* 2013 Jan;66(1):123–6.
2. Choi K-S, Cho W-H, Lee S, Lee H, Kim C. The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice. *J Bus Res.* 2004 Aug;57(8):913–21.
3. Van Rompay TLJ, Tanja-Dijkstra K. Directions in healthcare research: pointers from retailing and services marketing. *HERD.* 2010;3(3):87–100.
4. Krishna A, Schwarz N. Sensory marketing, embodiment, and grounded cognition: A review and introduction. *J Consum Psychol.* 2014 Apr;24(2):159–68.
5. Morrin M, Ratneshwar S. Does it make sense to use scents to enhance brand memory? *J Mark Res.* 2003;40(1):10–25.
6. Neese KV. The Role of Music in the Enhancement of Marketing. 2015 [cited 2017 Jan 9]; Available from: <http://digitalcommons.liberty.edu/honors/612/>
7. Verhoeven J, Rompay TV, Pruyn A. Let your workspace speak for itself: The impact of material objects on impression formation and service quality perceptions. *Na-Adv Consum Res Vol 34* [Internet]. 2007 [cited 2017 Jan 11]; Available from: <http://www.acrwebsite.org/volumes/12716/volumes/v34/NA-34>
8. Siddiqui T, Wali A, Abdullah H, Khan FN, Tanvir R, Siddiqui M. Evaluation of fear of injections and its association with avoidance of dental treatment. *J Restor Dent.* 2016 Sep 1;4(3):81–5. preparation techniques for porcelain laminate veneers in complex cases. *Int. Dent. SA.* 2007;

NOITES DA SPEMD



LISBOA . PORTO . COIMBRA

SPEMD



Porto



Braga



Lisboa



Faro



Coimbra



Viseu



Novidade

Vila Real



Novidade

Évora

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

Patrocínios:  

Media Partner:   

SPEMD

Parceiros Institucionais:



NSK

CREATE IT.

A UNIÃO FAZ A FORÇA EM IMPLANTOLOGIA



8.990€*
~~14.715€~~

Surgic Pro⁺

Micromotor para Implantologia

VarioSurg3

Sistema de Cirurgia Ultrassônica

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Surgic Pro⁺ LED | REF. Y1002096 |
| VarioSurg3 | REF. Y1002248 |
| iCart Duo | REF. S9090 |
| Set de Ligação | REF. Z1189 |

2+1

Pontas VarioSurg

Pode escolher 3 pontas VarioSurg de qualquer modelo...
Recebe GRATIS a de preço mais baixo
[Oferta não aplicável a kits de pontas]



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

* IVA não incluído • Oferta válida até 31 de julho de 2017