

Saúde Oral

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

BIMESTRAL | N.º 100 | JANEIRO/FEVEREIRO 2015 | 8,70EUR. (IVA INCLUIDO)

sds

OsteoBiol[®]
by Tecnos

INOVAÇÃO PARA MELHORAR A SUA REGENERAÇÃO
osteobiol.com

BONE
AUGMENTATION:

Biology and
Surgical
Techniques

9 de Maio,
Lisboa



Antonio Barone,
DDS, PhD, Msc.

REGENERAÇÃO A 360°

Putty
Pasta de osso
com colagénio

Evolution
Membrana de colagénio
de tecido mesenquimal

Preenchimento mais
flexível e maleável

Grandes
Defeitos

Protecção
de enxerto

Preenchimento
Universal

Mp3
Pré-hidratado e pronto
para uso

Gen-Os
Natural e idêntico ao
osso autógeno

DISTRIBUIDOR
EXCLUSIVO

SDS- Same Day Solutions Lda
Rua Central Park, 6, 1.ºB 2795-242 Linda-a-Velha | Portugal
T +351 21 417 5017 M +351 96 3288589 | info@sds.pt

RAYSCAN *α*



Alguns dos argumentos que o distinguem:

- Ergonomia pensada para o paciente;
- Comando remoto para o total controlo e precisão para a assistente;
- Variedade de exames panorâmicos;
- Cefalometria de baixa radiação (4 seg.);
- Exame 3D (F.O.V. de 90x90 mm);
- Software para o estudo e planeamento cirúrgico de implantes;
- Imagens em formato profissional DICOM;
- Software intuitivo e integrável;
- Workstation e PC incluídos em toda a gama de equipamentos.
... e uma equipa técnica experiente e disponível!



RAYSCAN *α* - P
ortho digital
Oferta de PC

15.890€

RAYSCAN *α* - 3D
ortho digital + 3D
Oferta de Workstation

43.550€

~~49.950€~~



RAYSCAN *α* - SC
ortho e tele digital
Oferta de PC

25.900€

RAYSCAN *α* - SM3D
ortho e tele digital + 3D -
Oferta de Workstation

53.550€

~~59.950€~~

POR MAIS.
1.590 €
OFERECEMOS-TE

Eco LINE
sinOl
since 1965



OU
POR MAIS.
1.890€
oferecemos-te...

sem instrumentos rotatórios

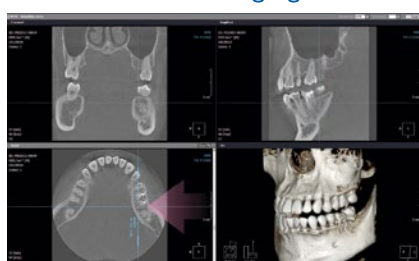
Sensor digital
WYS 
SOFTSDENTAL
Business And Services

ANTES!
~~3.380,00€~~

Oferta válida até Fevereiro 2015

SMARTDent 2D Imaging Software

Xelis 3D Imaging Software



Saúde Oral

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

BIMESTRAL | N.º 100 | JANEIRO/FEVEREIRO 2015 | 8,70EUR. (IVA INCLUIDO)

100

**MANUEL FONTES DE CARVALHO,
PRIMEIRO BASTONÁRIO DA OMD**
“É PRECISO DIGNIFICAR A PROFISSÃO...”

XXIII CONGRESSO OMD
OS MELHORES MOMENTOS
E OS NÚMEROS DO BARÓMETRO

ESTUDO: FORÇA OCLUSAL
VS INTERPRETAÇÃO DE MARCAS
DE PAPEL DE ARTICULAÇÃO

CASO CLÍNICO: REABILITAÇÃO TOTAL
DE MANDÍBULA ATRÓFICA COM
IMPLANTES EM CARGA IMEDIATA

Ficha técnica Saúde Oral

100
JANEIRO/FEVEREIRO
2015

Diretor: Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)

Colaboraram nesta edição: Carmen Silva e Susana Marvão

Fotografia: David Oitavem, Ricardo Meireles, istockphoto.com

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



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

NPC: 504 700 669

Órgãos sociais: IFE 100%

Country Manager: Raquel Rebelo

Diretora Comercial: Sónia Albuquerque

Pré-impressão, impressão

e acabamento: Lidergraf - Sustainable Printing - Artes Gráficas SA

Tratamento de base de dados

e envelopagem:

Routage Service, Lda - Tel.: 219 385 692

Publicação bimestral

Tiragem deste número:

6.500 exemplares

Depósito Legal: 125087/98

ICS 121656/98

Vendas por assinaturas (6 números):

Portugal Continental, Açores e Madeira: 52,20e (IVA incluído, 6%)

Revista fundada em 1998 por A. Esteves



2015: o ano dos médicos dentistas?

No início do ano, o *U.S. News & World Report* deu a conhecer o seu ranking das 100 melhores profissões para 2015. Para espanto de muitos dentistas portugueses, a profissão de médico dentista foi apontada como a melhor nos EUA em 2015, com uma previsão de aumento de taxa de empregabilidade, uma baixa taxa de desemprego e o melhor balanço entre a vida profissional e pessoal. Será? A situação em Portugal está longe deste cenário e são muitos os médicos dentistas que continuam a procurar oportunidades de trabalho no estrangeiro, para fazer face à ausência de trabalho ou condições de empregabilidade precárias no país. Enquanto as ondas do efeito borboleta não atingem o nosso país, por cá o início do ano começa com uma esperança renovada, com a saída da *troika* e com um ligeiro otimismo nos consumidores, que apostam cada vez mais nos tratamentos estéticos para melhorar a sua imagem. Por certo que a medicina dentária irá aproveitar esta tendência para aliar cada vez mais a

parte clínica à área da estética. Como já deve ter reparado pela capa, a Saúde Oral comemora o seu centésimo número e para assinalar o feito convidámos várias figuras de relevo da medicina dentária em Portugal para nos deixarem uma mensagem. Além disso, e com a preciosa ajuda de João Carvalho, publicamos uma série de fotografias da primeira turma de licenciados em Medicina Dentária, além das primeiras salas de aula, numa clara viagem aos primórdios da profissão. Esta viagem inclui uma entrevista com Manuel Fontes de Carvalho, o primeiro bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas e que esteve em destaque, também com uma entrevista, na primeira edição da Saúde Oral, em 1998. Passados 16 anos fomos encontrar o professor na reitoria da Universidade do Porto a braços com um projeto ligado ao Observatório do Emprego, e que pode vir a modificar o panorama do ensino universitário. Boas leituras e um bom ano!

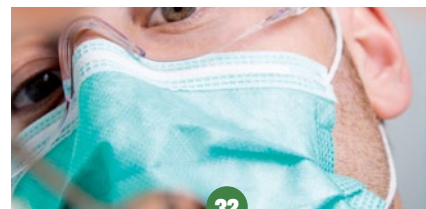
SÓNIA RAMALHO



Entrevista
Manuel Fontes de Carvalho,
primeiro bastonário da OMD



XXIII Congresso OMD
Os melhores momentos
e os números do Barómetro



Estudo:
Força oclusal vs interpretação
de marcas de papel de articulação

6% NOVA
FÓRMULA
UE

sds

PRÉMIOS
saúde
Oral
2014

VENCEDOR
Melhor Consumível

Nova tecnologia e nova fórmula de branqueamento dentário em consultório, compatível com as novas exigências legais da UE.

Reduzimos o peróxido de hidrogénio a 6%, mas acrescentámos benefícios ao branqueamento dentário!

Philips ZOOM WhiteSpeed, foi desenhada para permitir a utilização da nova fórmula de 6% de peróxido de hidrogénio. É compatível com a nova directiva europeia, garante sensibilidade reduzida e resultados visíveis em apenas uma visita ao consultório. Trata-se da combinação da tecnologia de iluminação avançada da Philips, com uma intensidade superior; resultados comprovados, configurações ajustáveis de intensidade e ainda da fórmula ACP para reduzir a sensibilidade dentária e melhorar a força e o brilho do esmalte.

Pergunte-nos hoje por Philips Zoom WhiteSpeed.
+351 963288589, 214175017 ou info@sds.pt



SDS. Lda
Rua Central Park, 6, 1ºB | 2795-242 Linda-a-Velha, Portugal
T +351 21 417 5017 | T +351 96 328 8589 | info@sds.pt | www.sds.pt



**PHILIPS
ZOOM!**

EXPODENTÁRIA
Stand OMD 90 a 99

OS PRIMEIROS LICENCIADOS EM MEDICINA DENTÁRIA VIAGEM NO TEMPO

Na edição número 100 recordamos os primórdios da medicina dentária em Portugal, nomeadamente a primeira turma de licenciados em medicina dentária, de 1978, as primeiras clínicas dentárias e as salas de aula de ortodontia, em 1979. Uma verdadeira viagem no tempo.

Fotos: CEDIDAS POR JOÃO CARVALHO



▲ 1978 ALUNOS DO 1º CURSO DA ESCOLA SUPERIOR MEDICINA DENTÁRIA DO PORTO
De pé da esquerda para a direita: Fernando Rui Ribeiro Gomes da Costa, Rui Alberto Barros Magalhães, Antonio Manuel Guerra Capelas, João Fernando Costa Carvalho, José Antonio Macedo Carvalho Capelas, Carlos Alberto Falcão Canário e Melo (falecido), Carlos Lima (falecido), Jorge Manuel Bateira Almeida Santos, Manuel José Fontes Carvalho, Maria Isabel Lobo Pereira, Jorge Manuel Gonçalves Pacheco, Ana Paula Coelho Macedo Augusto, Manuel Augusto Amorim Simões da Silva, Fernando Paiva Vieira
Ajoelhados da esquerda para a direita: Maria Teresa SanBento Cabido Pontes, Fernando Jorge Morais Branco, Antonio Carlos Nogueira Couto Soares (falecido), Serafim Reis Vieira, Manuel Pedro Fonseca Paulo, João Luis Pinho Freitas, Jose Manuel Oliveira Lobo



▲ Sala de aula prática de Ortodontia / Equipamento RITTER



▲ DIA DA INAUGURAÇÃO DA ESMDP
20 de Novembro 1976, à esquerda em pé Prof. Campos Neves, orador Dr Esteves Pereira Diretor da ESMDP e Diretor do Serviço de Estomatologia do H. S. João



▲ DIA DA INAUGURAÇÃO DA ESMDP
Prof. Amilcar de Oliveira, à direita Prof. Fernando Peres, à esquerda do representante do Bispo do Porto Prof Campos Neves



PS: A Saúde Oral agradece a colaboração de João Carvalho a cedência e identificação das fotografias.

parodontax®

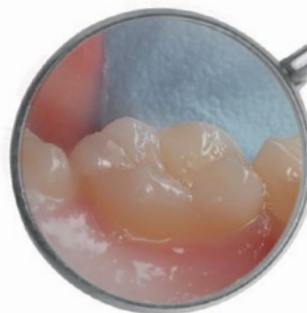


a pasta dentífrica que remove a placa bacteriana nas áreas de difícil acesso¹



55.8%

DE REDUÇÃO DA PLACA BACTERIANA*
Interproximal lingual dos dentes posteriores
(p=0.0007)



31.8%

DE REDUÇÃO DA PLACA BACTERIANA*
Face lingual dos dentes posteriores
(p=0.0011)

parodontax® remove mais placa bacteriana do que uma pasta dentífrica sem bicarbonato de sódio com uma única escovagem de 60 segundos⁴⁻⁶



Recomende a pasta dentífrica parodontax® para ajudar a prevenir problemas gengivais^{2,3}

* percentagem da melhoria com a pasta dentífrica parodontax® vs uma pasta dentífrica sem bicarbonato de sódio no Índice de Placa de Turesky modificado por localização do dente

Referências:v

1. Akwagyriam I, et al. Poster 174485 presented at the International Association of Dental Research, Seattle, WA. March 2013. 2. Yankell SL, et al. *J Clin Dent* 1993;4(1):26-30. 3. Data on file, RH01530, January 2013. 4. GSK Clinical Study E5931015. Data on file. January 2011. 5. GSK Clinical Study RH01455. Data on file. November 2012. 6. GSK Clinical Study E5930966. Data on file. January 2011.

Em caso de suspeita de acontecimento adverso contactar o Departamento Médico da GlaxoSmithKline – Telf: +351 21 412 95 00. CHPT/CHPAD/0032/14/Dez

PARABÉNS À SAÚDE ORAL

Algumas das figuras mais importantes da medicina dentária em Portugal assinalam a edição 100 da SAÚDE ORAL e deixam uma mensagem de parabéns.

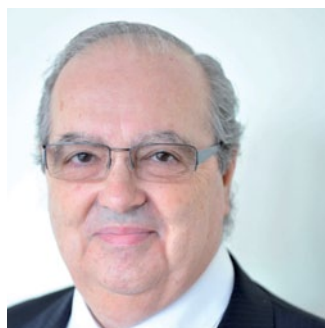


ORLANDO MONTEIRO DA SILVA
Bastonário da OMD

Antes de mais: Parabéns! 100 edições são, de facto, um marco digno de registo, mas também de reflexão. Digno de registo... pelo histórico de informação produzida, pelas estórias contadas, pelo companheirismo entre colegas, pelos momentos de tensão, pela ansiedade dos prazos a “queimar”, pelos laços criados com as fontes, pelas relações estabelecidas com os leitores...

Mas também de reflexão... Num quotidiano em que, muitas vezes, não sobra muito tempo para pensar e nos questionarmos sobre aspetos básicos da existência das organizações onde nos inserimos ou com quem lidamos. Deixo duas dessas questões. Será que a Saúde Oral tem feito bem o seu trabalho? Será que faz sentido continuar a existir? Estou convencido que sim. Primeiro. É um órgão de informação vivo, que informa sobre o presente, que antecipa tendências, que mostra a diversidade, que divulga solidamente a técnica e a tecnologia, sempre valorizando os rostos que estão por trás dessa evolução, os efetivos atores da dessa mesma evolução. Quanto à sua razão de ser e de continuar a ser uma leitura obrigatória para todos os que trabalham no sector. Hoje,

mais do nunca, é uma publicação necessária. O volume de informação existente é esmagador e só um critério avisado como o da Saúde Oral permite uma seleção de temas equilibrado, disponibilizando aos seus leitores um produto jornalístico consistente, com a informação essencial acessível. Não hesito em afirmar que a SO é uma arma fundamental, dando corpo ao axioma que afirma que informação tratada é poder, para o crescimento profissional de qualquer MD. Por isso... venham mais 100!



ANTÓNIO VASCONCELOS TAVARES
Presidente do Conselho de Escola da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e Membro do Conselho Editorial da Saúde Oral

Quando uma Revista como a Saúde Oral, que os Médicos Dentistas e Estomatologistas – mais jovens ou menos jovens bem conhecem – publica o seu 100º número, é inevitável recordar o seu número inicial. Ainda hoje me recordo da agradável surpresa que senti, no fim do Verão de 1998 ao ler, com curiosidade e expectativa, o primeiro número da nova revista Saúde Oral. Fora apresentada como uma revista com algumas especificidades, que a distinguiam das já existentes. Devia a sua origem à necessidade de

informar melhor os profissionais da área da Medicina Dentária, não só sob a vertente científica, mas também social. Era especialmente destinada a fortalecer os elos de ligação entre os diferentes profissionais de Saúde que trabalhavam na cavidade oral.

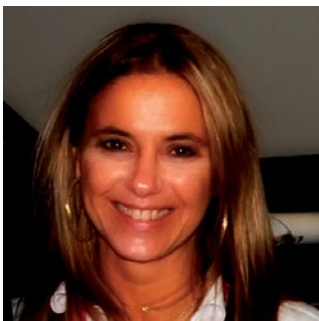
Lembro-me que o primeiro número continha, entre outras notícias e artigos, uma entrevista muito interessante, excelentemente tratada em termos jornalísticos, feita ao Presidente da APMD (Associação Profissional dos Médicos Dentistas), Prof. Dr. Manuel Fontes de Carvalho e dois artigos que retiveram a minha atenção, um sobre Implantologia e outro abordando o Laser.

A revista surpreendeu-me e tenho razões para acreditar que não foi só a mim, pela sua qualidade científica, iconográfica, de crónica social e de cidadania, não deixando de abordar todos os temas importantes da atualidade. Como em quase tudo na vida, sobretudo no mundo atual, a competência dos profissionais, a sua cultura e conhecimentos técnicos são fundamentais. Julgo que terá sido um dos fatores de êxito o facto de os jornalistas, encarregues de desenvolverem este projeto serem pessoas inteligentes, sensatas e de elevada qualidade profissional, não hesitando no pertinente aconselhamento técnico, com médicos de referência, quando tal é necessário. Hoje, estou convicto que para além da qualidade científica foi o seu critério jornalístico, inovador entre nós, a fornecer um importante contributo para o sucesso obtido.

Desde o Processo de Bolonha até aos problemas socioprofissionais, passando por interessantíssimos

artigos e entrevistas com destacadas personalidades, toda a atualidade tem sido abordada de uma forma clara e pedagógica contribuindo, de modo notável, para o esclarecimento cabal dos profissionais e da sociedade.

Nesta data especial felicito o Grupo Editorial, a Diretora Dr.^a Sónia Ramalho e os seus Colaboradores pelo excelente trabalho realizado. Termino com uma mensagem de esperança de um futuro melhor, em que sinceramente acredito. Um porvir onde as dificuldades que obrigaram vários colegas a exercer fora do País estarão ultrapassadas, permitindo que o seu regresso venha valorizar o nosso convívio.



FÁTIMA DUARTE

Presidente da Associação Portuguesa de Higienistas Oraís e Membro do Conselho Editorial da Saúde Oral

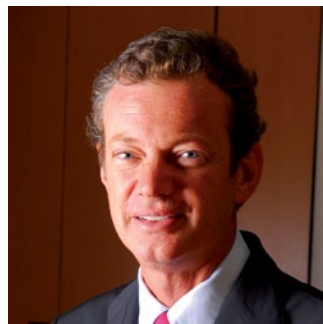
A revista Saúde Oral é um suporte importante na promoção da saúde oral. Não só pelo impacto dos seus conteúdos, como pelo compromisso de ser um dos canais media nesta área onde se envolvem todos os grupos de profissionais e toda a pluralidade que atinge a medicina dentária/higiene oral. Não sendo uma revista de cariz estritamente científico oferece aos seus leitores uma oportunidade holística dos “saberes” da área por contemplar nas suas edições um leque variado de informação precisa e necessária e que não se esgota pela passagem única da leitura. Haver uma edição 100 só justifica e corrobora a sua existência na área.

Da revista Saúde Oral faz parte um conjunto de profissionais que estão sensíveis à área, que conseguem

debitar informação correta, atualizada e consciente, que envolvem os vários profissionais com igual atenção e que se esforçam para atingir o mais alto nível de profissionalismo. E aqui tenho de destacar a sua diretora pela sua excelência em relações públicas que é.

Há ainda que salientar o interesse que a revista sempre mostrou em fazer o apoio à nossa classe de higienistas e a forma como tem vindo a promover esta profissão e o grupo profissional, quer através das já várias entrevistas nalgumas edições, quer como pioneira na atribuição dos prémios de saúde oral a elementos da classe.

À Saúde Oral desejo que o futuro continue a ser promissor, e que a equipa se mantenha coesa para que todos nós possamos continuar a beneficiar do vosso apoio na divulgação da medicina dentária e higiene oral. E que este benefício seja recíproco.



JOÃO CARAMÊS

Diretor do Instituto de Implantologia e Membro do Conselho Editorial da Saúde Oral

A Saúde Oral, cujo Conselho Editorial tenho o privilégio de integrar, comemora a sua centésima edição! Esta longevidade resulta da qualidade e seriedade presentes em todo o trabalho desenvolvido! Trata-se de uma revista que constitui uma valiosa ferramenta na comunicação entre os profissionais de saúde oral em Portugal, designadamente em termos clínicos, científicos e socioprofissionais. Recebam os meus sinceros votos das maiores felicidades para os projetos futuros ao serviço da Medicina Dentária!



JOÃO PIMENTA

Membro do Conselho Editorial da Saúde Oral

Quando penso na revista Saúde Oral o que me vem à cabeça? Rigor, pluralidade, profissionalismo, liberdade, amor. É uma revista de referência do mundo dentário, que merece ser acarinhada, para continuar a ser uma luz numa medicina dentária que alguns tentam levar para a indignidade e para o não respeito pelos outros (e também por eles próprios). Parabéns à Saúde Oral!



LUÍS COSTA

Presidente da APTPD

É com enorme satisfação que aqui deixo, em nome da APTPD (Associação Portuguesa de Técnicos de Prótese Dentária) e meu pessoal, uma palavra de congratulação e parabéns à revista Saúde Oral pela sua edição nº 100.

100 edições a divulgar a melhor informação da atualidade dentária e do que mais relevante se faz e acontece na área da saúde oral, premiar a excelência e promover a partilha de conhecimento entre os profissionais da saúde dentária é um sério contributo para elevar as competências dos que servem os portugueses no que a saúde oral diz respeito. É sem sombra de dúvida um bonito número e o confirmar de uma

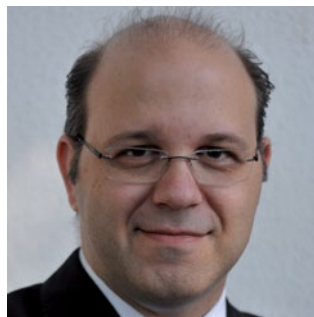
maturidade que me apraz realçar e da qual os profissionais que fizeram a revista se devem orgulhar, estendo os parabéns a todos o que de uma forma ou outra contribuíram neste ciclo para o sucesso da Saúde Oral. Gostaria de aproveitar a data e deixar um desafio para o futuro, uma aposta de promoção da equipe de saúde oral como maximização e otimização do trabalho dos profissionais de saúde oral no seu objetivo de servir o melhor possível os Portugueses e nessa equipe cada profissional tem o seu papel, lugar e competência, sendo que obviamente o Médico Dentista é o seu líder natural.

Sentidos Parabéns! Votos de muitas mais e boas edições, sempre com o foco em procurar fazer mais e melhor.



PAULO MALÓ
Presidente da Malo Clinic Health & Wellness e Membro do Conselho Editorial da Saúde Oral

A Revista Saúde Oral é hoje uma importante ferramenta de informação para profissionais de Medicina Dentária em Portugal. Para além da cobertura dos principais temas da atualidade, a revista promove a discussão de assuntos relevantes através de dossiers temáticos em que colaboram diversos profissionais, procurando que os leitores, através da pluralidade de opiniões, tenham acesso a uma informação isenta, abrangente e enriquecedora. A revista Saúde Oral tem acompanhado a dinâmica da comunicação e o atual desafio dos conteúdos digitais, modernizando o seu grafismo e a qualidade das imagens publicadas. Por tudo isto e enquanto leitor e membro do Conselho Editorial da revista, espero que esta publicação comemore outras tantas edições!



PAULO MONTEIRO
Médico Dentista e Membro do Conselho Editorial da Saúde Oral

Passadas 100 edições da revista Saúde Oral podemos constatar a sua importância na divulgação e promoção da saúde oral em Portugal. Sendo a revista não científica com maior impacto entre a classe e estando presente nos maiores eventos da medicina Dentária em Portugal, tem proporcionado aos profissionais de saúde oral uma constante atualização. Não nos podemos esquecer da atribuição dos Prémios Saúde Oral, que têm anualmente homenageado os pares que mais se têm distinguido nas várias vertentes da nossa área.

Esperamos agora pela edição número 200.

Parabéns à Saúde Oral.



PEDRO MESQUITA
Presidente SPEDM

Felicitó o Grupo IFE pela publicação do 100º número da Revista “Saúde Oral”. Nos tempos atuais, editar e publicar uma revista não é fácil tornando-se ainda mais difícil, particularmente numa área como a da Medicina Dentária/Estomatologia onde a concorrência é muito significativa, publicá-la de forma periódica. O Grupo IFE, ao consegui-lo, está de

parabéns. Com números constituem um marco digno de registo e confirmam a maturidade de um projeto. Para além deste aspeto deve ser destacado que no caso da Revista “Saúde Oral” trata-se de um projeto já perfeitamente consolidado e que soube conquistar o seu espaço. Constitui uma referência na área das publicações de saúde oral, não científicas, assumindo-se como uma revista importante na divulgação de diferentes temas transversais à Medicina Dentária/Estomatologia. Divulga personalidades, eventos, novidades e notícias na área dos materiais e equipamentos dentários, projetos pessoais e coletivos, muitos deles de cariz solidário, entre outros. Nesta era de forte concorrência e de globalização são importantes projetos editoriais como este pois ajudam a divulgar a Medicina Dentária/Estomatologia nas suas diversas componentes aproximando os vários setores e profissionais que gravitam em torno da saúde oral. Reforço os meus parabéns ao Grupo IFE e faço votos para que continuem com este projeto de sucesso.



CARLOS FALCÃO
Médico dentista e Membro do Conselho Editorial da Saúde Oral

Os meus parabéns à Saúde Oral e a toda a sua equipa pela edição nº100! Sem dúvida que a Saúde Oral tem sido um dos principais veículos de divulgação da Medicina Dentária em Portugal, de uma forma séria e positiva. É um prazer poder colaborar com uma publicação que já faz parte do nosso dia-a-dia e que seguramente continuará a exercer o seu papel de informar e divulgar as diversas atividades e eventos técnico-científicos,

assim como as diferentes opiniões que cada um nós tem sobre os diversos assuntos relevantes para a nossa atividade profissional, de uma forma livre e aberta. A Medicina Dentária portuguesa tem tido uma evolução enorme nos últimos anos, e a Saúde Oral tem sido um instrumento precioso na divulgação do que melhor se faz em Portugal!

VOCO

OS DENTALISTAS

PEDRO VILELA

VOCO Gerente de Área Portugal

No panorama da Medicina Dentária em que a VOCO GmbH está inserida é deveras importante e relevante o que a Saúde Oral exerce. Neste âmbito agradecemos o destaque que nos dão, aliado à divulgação dos nossos Produtos "Made in Germany", na propaganda dos novos materiais (como por ex: IonoStar Molar e Futurabond M+), casos clínicos e também na difusão de Eventos onde a VOCO GmbH está e estará. É muito importante este apoio no nosso trabalho, visto que sem ele, com certeza não chegaríamos a todos os cantos de Portugal. Mais uma vez agradecemos o auxílio e esperamos contar com esta parceria durante longos anos...



FILIPA MENESES

GSK Consumer Health

A Saúde Oral é uma revista com a boa reputação, de destacar o bom trabalho feito no nosso país na área da medicina dentária e comunicar as novidades mais relevantes, com especial preocupação pela credibilidade e qualidade das suas reportagens, artigos e notícias. Na sua centésima edição não podíamos deixar de dirigir uma palavra de apreço e felicitação à Saúde Oral e à sua equipa, com quem temos tido o prazer de colaborar, com votos de fortalecimento da parceria entre a revista e a GSK. Desejamos mais 100 números a dar oportunidade a todos os profissionais que exercem neste sector de reconhecerem e serem reconhecidos pelo seu trabalho, vincando a importância da inovação e investigação científica para a prática clínica do dia-a-dia.

ECO-B
CICLO CURTO

CLASSE
B

ESTERILIZADOR LINA

Esterilizador Classe B

LINA 17 LITROS

3.950€

PVP LINA 17 litros 5.899€
Inclui MULTIPORT

INCLUI CURSO DE FORMAÇÃO
Para o pessoal da clínica, ao comprar um esterilizador W&H

Só +1€
22litros
Por só 3.951€
PVP LINA 22 litros 6.404€
Inclui MULTIPORT

W&H Ibérica ATENÇÃO AO CLIENTE & SERVIÇO TÉCNICO PREMIUM
Ciutat de Melilla, 3 E-46017 Valencia Espanha
t +34 96 353 20 20 oficinas.es@wh.com

wh.com

Ofertas válidas de 1 de Fevereiro até 31 de Maio de 2015 salvo erro tipográfico.
IVA e transporte NÃO INCLUIDOS

CLÍNICA DE IMPLANTOLOGIA AVANÇADA HUGO MADEIRA “SOMOS UMA FAMÍLIA E UMA EQUIPA MUITO SÓLIDA”

Os últimos anos foram bastante intensos para Hugo Madeira. Entre os vários acontecimentos que marcaram este período, de destacar a mudança da clínica da LxFactory para o Saldanha, em Lisboa. Na Clínica de Implantologia Avançada Hugo Madeira a inovação é a cultura e “o futuro é promissor. Tenbo a melhor equipa do mundo ao meu lado e isso permite-me sonhar cada vez mais alto”.

Texto: CARMEN SILVA Fotos: DAVID OITAVEM



Os últimos três anos foram bastante intensos para o médico dentista Hugo Madeira: “desde marcas a quererem apostar em mim até ao abraçar da minha formação internacional, que veio aumentar a minha rede na Indústria e fazer-me perceber que era necessário melhorar ao nível dos equipamentos, processos e da experiência do paciente na clínica”.

Face a esta realidade, a clínica dentária que detinha na Lxfactory, em Lisboa, começava a apresentar algumas limitações. “O espaço na Lxfactory já não tinha disponibilidade física para crescermos”, salienta. Daí que tenha começado a ponderar uma hipótese de mudança. “Ao considerarmos um espaço

maior, consideramos também uma nova localização em Lisboa e o Saldanha é uma zona da cidade que sempre me cativou, sobretudo para construir o novo conceito”.

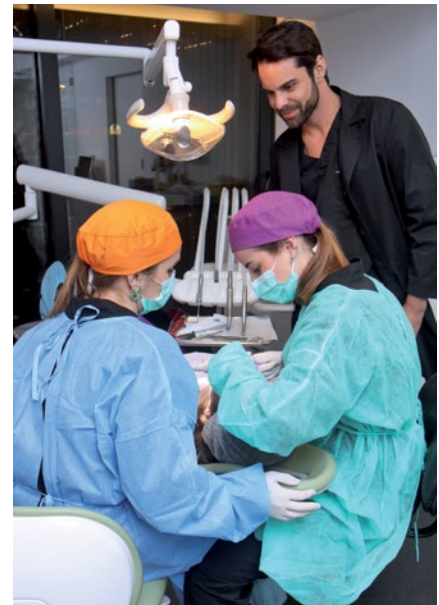
Os anos passados na LxFactory, espaço caracterizado por uma “dinâmica multicultural, onde reina a indústria criativa”, vão deixar saudades. Neste sentido, Hugo Madeira ressalva que “apesar de para muitos não fazer sentido uma clínica dentária num espaço assim, faço um balanço de grande aprendizagem, principalmente porque foi um espaço onde conheci pessoas fantásticas, criativos, artistas e consultores que de certa forma me ajudaram a construir a minha marca”.

“TRABALHAR PARA O POSSÍVEL E O IMPOSSÍVEL”

Para Hugo Madeira, o futuro passa “por cada um de nós e por aquilo que podemos acrescentar à nossa profissão e à partilha de conhecimento”. Essencialmente, para o médico dentista, “o futuro passa por não desistirmos”. O que mais tem aprendido ao longo do seu percurso profissional é que “não existem ‘gurus’, mas quem faz primeiro, e a seguir os que fazem bem. Tudo se faz passo a passo porque ganha-se e perde-se todos os dias”. Daí declarar que “procuro não fazer apenas o bom, mas trabalhar para o possível e o impossível”. Quando se fala em conhecimento e experiência “não podemos ser radicais porque cada caso é um caso”. Assim sendo, para Hugo Madeira “neste vaivém de tempos e formas de trabalho, procuro sempre retirar o melhor de cada um, sem julgar e criticar os meus colegas, porque juntos somos mais fortes”.

O conforto de todos

Hoje em dia, a Clínica de Implantologia Avançada Hugo Madeira, no Saldanha, é fruto de todo este caminho de experiências e aprendizagens. Ao idealizar o conceito, a principal motivação do médico dentista foi “construir um espaço onde a inovação fosse a nossa cultura”. Não apenas inovação tecnológica, “ao nível de todos os equipamentos que usamos,



mas também a inovação que permita o conforto de todos”. Assim sendo, a clínica prima por ser uma área onde desde o paciente à equipa médica e técnica “todos se sentem confortáveis”. Na prática, a busca por este bem-estar traduz-se, por exemplo, na preocupação em “criar um espaço zen, por haver um equilíbrio entre a nossa sala de espera e um terraço, onde as pessoas possam descontraír e no facto de os três gabinetes estarem equipados, interligados e terem bastante luz natural”.

Para Hugo Madeira, estes aspetos contribuem igualmente para a diferenciação do novo espaço em relação ao antigo, mas não são os únicos. Outra das inovações da clínica atual foi a criação de um estúdio fotográfico, “que é uma das coisas que acredito que todas as clínicas no espaço de cinco anos deveriam ter, se querem acompanhar a Indústria”. Porém, o facto de a clínica se situar no centro de Lisboa também se revelou uma mais-valia, na medida em que “acaba por ser uma ajuda muito grande para quem se desloca de transportes”.

Sonhar mais alto

Para Hugo Madeira um bom ambiente de trabalho é fundamental e, por isso, “posso dizer que somos uma família e uma equipa muito sólida, que aposta imenso

na inovação, tecnologia e comunicação”. Em termos de serviços, oferecem “o Digital Smile Design, impressões em 3D, sedação consciente e regeneração através de fatores de crescimento”.

Ter uma equipa unida e na vanguarda da tecnologia é ‘meio caminho andado’ para lidar com os desafios do dia-a-dia. Atualmente, segundo Hugo Madeira, um dos desafios diários que enfrenta é um medo que ainda está bastante enraizado na nossa cultura. “Todos os dias lidamos com a ansiedade dos pacientes, sendo que a questão do ‘medo do dentista’ ainda é algo muito presente na nossa sociedade e nós estamos a estudar nesta área”, revela. No entanto, a gestão das expectativas dos pacientes é igualmente uma realidade na rotina de uma clínica dentária e, presentemente, “temos de gerir expectativas de pacientes super-exigentes no que toca à estética”.

Mas o ‘poder de equipa’ não se esgota na resolução dos desafios diários. “Se fizer uma análise, o futuro é promissor porque tenho a melhor equipa do mundo ao meu lado e isso permite-me sonhar cada vez mais alto e a verdade é que ainda vão ouvir falar muito de nós”, salienta Hugo Madeira, confidenciando que “a minha equipa costuma brincar comigo quando falo em projetos futuros, dado que segundo eles tenho uma ideia nova todos os dias”.

“SOU O QUE SEMPRE QUIS SER MESMO ANTES DE O SABER”

Quando se questiona Hugo Madeira sobre a razão que o levou a enveredar pela profissão de médico dentista, este confidencia: “sou o que sempre quis ser mesmo antes de o saber”. O médico dentista tem vindo a especializar-se nas áreas da reabilitação oral estética e cirurgia oral porque “desde os tempos de faculdade que sempre foram áreas que me suscitavam mais atenção. Com o passar dos anos fui tendo cada vez mais interesse em trabalhar nelas”.

Hugo Madeira licenciou-se em Medicina Dentária em 2007 no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), onde foi convidado para ser monitor de reabilitação oral. Foi neste mesmo instituto que concluiu o Mestrado em Medicina Dentária, em 2010, e fez ainda parte do Mestrado em Reabilitação Oral no Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte (ISCS-N).

Tendo uma carreira muito ativa até ao momento, tendo participado em diversos cursos intensivos e especializações, principalmente em implantologia, cirurgia oral avançada e prótese fixa, na América do Sul, tendo estudado em São Paulo (Brasil), Havana (Cuba), Bogotá (Colômbia), Buenos Aires (Argentina).



MANUEL FONTES DE CARVALHO, PRIMEIRO BASTONÁRIO DA OMD “É PRECISO DIGNIFICAR A PROFISSÃO...”

Em 1998, na primeira edição da SAÚDE ORAL, entrevistámos Manuel Fontes de Carvalho, que viria a tornar-se o primeiro Bastonário da Ordem dos Médicos Dentista. Na altura, a entrevista foi publicada com o título “É preciso dignificar a profissão”. Passados 16 anos fomos encontrar o professor na reitoria da Universidade do Porto a braços com um projeto ligado ao Observatório do Emprego, que pode vir a modificar o panorama do ensino universitário. Numa conversa fluída, voltamos a perguntar se ainda é preciso dignificar a profissão. Manuel Fontes de Carvalho deu-nos um conselho: “Eu voltava a fazer o mesmo título. Mas punha-lhe umas reticências porque hoje a situação é muito pior. Mas muito pior, não tenho dúvida absolutamente nenhuma”. Assim seja.

Texto: SUSANA MARVÃO Fotos: RICARDO MEIRELES

Foi dos primeiros 20 licenciados em Medicina Dentária... E foi o grande entrevistado no primeiro número da SAÚDE ORAL, em 1998.

Fui. Integrei o primeiro curso que terminou em 1979. A minha vida, nesse sentido, tem tido algumas coincidências engraçadas. O curso de Medicina Dentária do Porto, que abriu em 1976, nasceu de uma necessidade grande de drenar excesso de estudantes que havia nas Faculdades de Medicina.

Porque havia excesso? Estávamos em que ano, 1975?

Sim, mais ou menos, foi na altura em que não havia seleção, todos os cursos ficaram abertos. Medicina tinha mais de mil alunos no primeiro ano e havia necessidade de criar uma forma de drenar este número. Curiosamente, eu era o representante dos estudantes no Conselho Diretivo da Faculdade de Medicina do Porto. E foi durante esse período que foi criada a Medicina Dentária.

Estava nos seus projetos ser médico dentista?

Não! Não tenho qualquer ascendente ou

mesmo descendente nesta profissão. Sou completamente “isento”.

Mas o legado da família nessas faculdades era grande, não era? Bem, hoje continua a ser...

Sim, hoje também. Se fizer um inquérito na Faculdade de Medicina Dentária há pais, filhos e netos.

Porque foi então para medicina dentária?

Diria que foi a pensar no futuro profissional. Como tinha acesso às perspetivas do que seria o curso de medicina nos anos seguintes – é curioso que a história dá voltas, hoje estamos quase no mesmo ponto – e com essa avalanche de estudantes na Faculdade de Medicina ia necessariamente haver um período de grande dificuldade de emprego para os médicos, sobretudo nas áreas de especialidade. E foi exatamente isso que aconteceu. Na altura colegas meus só conseguiram entrar numa especialidade seis anos depois de terminar o curso de Medicina.

E entretanto faziam estágios?

Era o que na altura se chamava os

estágios de policlínica, percorrendo o país em vários sítios, chegando a estar seis anos nesta situação. Hoje chama-se Ano Comum. Esse ‘Ano’ Comum na altura eram seis anos...

Não queria isso para si?

Achei que isso ia acontecer e não estava muito disposto a adiar o meu futuro mais seis anos. E ainda para mais nem sequer tinha pensado que especialidade queria, já que na altura estava mais dedicado à vida associativa e à faculdade. Apareceu Medicina Dentária, foi criado o curso e comecei a pensar. Sendo um tiro no escuro, era melhor do que a realidade que tinha pela frente. Na altura fui muito criticado pelos colegas de curso, apesar de mais tarde alguns deles até se terem tornado estomatologistas.

Hoje, se não tivéssemos um médico dentista íamos ter um Manuel Fontes de Carvalho quê?

Provavelmente ortopedista. Não tinha propriamente definido.

E Medicina estava programado há muito tempo?

Desde miúdo. E não era programado



como hoje os miúdos são, atenção! Hoje estão a ser formatados, algo que vai acabar no próximo ano porque muito provavelmente o país vai ter os primeiros 500 desempregados em medicina. Estes números estão, hoje, a ser camuflados pela emigração, mas mesmo assim vai haver desemprego. Além de que não se sabe o número de médicos portugueses formados no estrangeiro que vai voltar para Portugal.

Que se formam onde?

Na República Checa, em França, em

Espanha. Mas a República Checa é onde há o maior contingente de portugueses em medicina.

Porque é mais fácil entrar?

Sabe que depois do desmembramento dos países de Leste houve muitos países que ficaram com excesso de universidades, pois funcionavam em rede. Passaram então a ter dificuldade em angariar alunos no seu próprio país e abriram ao exterior. Aliás, a já referida República Checa tem faculdades de medicina que só formam alunos para o estrangeiro.

Estamos a falar de Medicina em geral, mas e a Dentária? Hoje como a podemos classificar? O cenário é mau?

Eu iria mais longe.

Caótico?

Catastrófico. Aliás, se ler o que escrevi nessa altura nas revistas da então APMD e depois da Ordem já havia essa perceção. E não era difícil adivinhar. Porque tínhamos a evidência da situação da Europa. Depois, mesmo na época já tínhamos a evidência da

“CONSIDERO QUE ESTAMOS MESMO PERANTE UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE. E QUE OS NOSSOS COLEGAS NÃO TÊM PERSPETIVAS DE FUTURO PROFISSIONAL NO NOSSO PAÍS. NÃO TÊM!”

situação em Portugal e do que seria o futuro de uma profissão de um curso de banda estreita. Além de que houve um aumento do número de faculdades que não conseguimos, de forma alguma, impedir. Embora tenhamos fortemente lutado, não conseguimos convencer os políticos que Portugal não precisava de mais de duas faculdades. Aliás, hoje diria que uma faculdade chega. Depois, uma questão que se veio a agravar nos últimos anos de forma dramática é a demanda do dentista pela população. Não conseguimos compensar de uma forma eficaz a falta de cultura da saúde oral em Portugal.

Qual era o objetivo?

Era que as pessoas passassem a ver a sua saúde oral como uma primeira necessidade. É verdade que isso melhorou com a existência dos médicos dentistas, hoje o que acontecia na época já faz parte da história. Mas havia outro problema além do número de faculdades: o numerus clausus dentro das faculdades. Não só das privadas, como das públicas. A Faculdade de Medicina Dentária do Porto devia ter 35 alunos e tem mais de 100. Não era por isso muito difícil de perceber que iríamos atingir a plétora. O número que a Organização Mundial de Saúde já na época apontava para Portugal era um dentista para dois mil habitantes como situação ótima. Essa perspetiva de um para dois mil era com o pressuposto que a demanda do dentista pela população iria aumentar substancialmente. E que

teríamos a possibilidade de ter acesso dos médicos dentista ao sistema de saúde público. O que não aconteceu, nem vai acontecer. Sustentado nisto, realmente a situação neste momento, agravada com a crise económica...

“A crise só veio foi antecipar a tal catástrofe”

Não podemos então culpar só a crise.

Claro que não. A crise só agravou o problema, que não haja qualquer dúvida. A crise só veio foi antecipar a tal catástrofe. Há dias classifiquei a situação precisamente como catastrófica em frente ao nosso Bastonário e ele não gostou de ouvir. Mas considero que estamos mesmo perante uma situação de catástrofe. E que os nossos colegas não têm perspetivas de futuro profissional no nosso país. Não têm!

Só emigrando?

Só. Mas até a emigração tem limites. E já está perto.

E então?

Há uma necessidade absoluta das pessoas que hoje são responsáveis pelo ensino de repensarem muito seriamente aquilo que vai ser o futuro.

Pessoalmente, e porque teve uma influência direta na história da Medicina Dentária em Portugal, teria mudado alguma coisa na sua estratégia? Naquilo a que teve acesso?

Sinto uma grande frustração naquilo que pensava que poderíamos ter na Medicina Dentária em Portugal e no que realmente tivemos. Mas tenho consciência de que o que foi feito na altura, com os meios que tínhamos, não podia ter sido feito mais. Tínhamos consciência do que ia realmente acontecer, tínhamos consciência do que devia ser feito. E não foi conseguido por duas razões: lobbies muito fortes e poderosos, sobretudo lobbies económicos que insistiram na criação de faculdades privadas e depois, a parte dos políticos colheu muito essa influência... Sabe que na altura prevalecia

uma política de expansão do ensino universitário pois tínhamos de responder perante a Europa, à qual tínhamos aderido há pouco tempo. A qualquer preço. Aliás, o então ministro Roberto Carneiro já o disse mais do que uma vez. A qualquer preço tínhamos de formar pessoas. Tínhamos de dar formação superior aos jovens, independentemente de ser ou não viável no futuro. E a Medicina Dentária em Portugal foi vítima disso.

E hoje ainda é?

É. Porque ainda hoje não se percebeu que temos faculdades a mais. E, por isso, há necessidade absoluta de duas coisas. Primeiro de encerrar faculdades. Depois aquelas – ou aquela – que forem consideradas suscetíveis de aumentarem de qualidade e sobretudo terem uma voz ativa na formação indiferenciada, têm de ser suficientemente racionais para reduzir a formação, a graduação e investir fortemente numa coisa que é muito importante e que, na minha opinião, ainda é a única faixa de mercado que existe: as áreas de especialização. E essas áreas de especialização não terão de ser necessariamente ditadas pelos conselhos científicos ou pelas faculdades, mas antes pelo mercado.

Pelas necessidades do mercado?

Claro. Hoje podemos ter uma necessidade especialização em endodontia e a universidade tem que suprir essas carências. Amanhã pode ser na periodontologia ou na implantologia.

Um ensino mais dinâmico e inteligente?

Absolutamente. Aliás, penso que isto é transversal no ensino em Portugal, nomeadamente nos cursos de banda estreita. E esta equipa reitoral tem uma iniciativa – que me calhou a mim, concretamente – que creio vai dar uma grande ajuda nesse sentido, que é o Observatório de Emprego da Universidade do Porto, que já existe e vai ser alargado a uma área completamente diferente e que acreditamos pode criar

uma dinâmica de verdade dentro das universidades. Tem dois objetivos: primeiro é dar à sociedade uma informação mais próxima daquilo que é a realidade do emprego nos diversos cursos que são ministrados na Universidade do Porto. Segundo, aqueles cursos que forem percebidos como suscetíveis de não terem saídas profissionais no imediato serão necessariamente obrigados a mudar o seu rumo e os seus planos curriculares no sentido de se adaptarem às situações.

E que mecanismos têm para fazer isso?

Essa é que é a novidade. Vamos ter um conselho consultivo no Observatório do Emprego que vai ter a participação das associações e das ordens profissionais, do Instituto do Emprego, do Instituto Nacional de Estatística... De maneira a que possamos cruzar os dados que existem em cada uma das áreas de formação, de todos os cursos, e não apenas dar os números que eram os da universidade, ou seja, os números gerados pelas faculdades. Isso vai gerar uma situação muito semelhante à que aconteceu este ano – e que não se esperava – com engenharia civil.

Como assim?

Engenharia Civil era um dos tops no país, mais concretamente na Universidade do Porto e no Técnico. Há dois anos, ainda foram as duas universidades que conseguiram preencher todas as vagas neste curso, mas bastou a sociedade perceber o que é que se passa no mercado de engenharia civil para que os cursos passassem a ter vagas. E hoje as faculdades de engenharia com certeza estão a repensar a forma de lecionar, de dar seguimento àquele curso. É claro que o facto de termos a evidência de desemprego em medicina não vai ter reflexos diretos nos cursos de medicina. Vai ter, isso sim, reflexo nos cursos subsidiários de medicina. No dia em que se perceber que, afinal, a medicina deixou de ser o curso que empregava toda a gente, aqueles que não conseguiam entrar, mas

que optando por medicina dentária, por exemplo, tinham a esperança de acesso à medicina através de transferências vai acabar. Ou melhor, já acabou, mas as pessoas ainda mantêm essa esperança. Terminado isso, não é medicina que vai ter dificuldades em recrutar estudantes. Quem vai ter dificuldades são os outros cursos. Nomeadamente os da privada.

Sim, no meio de tudo isto, onde fica o ensino privado?

O ensino privado rege-se por regras próprias, rege-se pela oferta e pela procura. Aliás, o ensino privado tem uma coisa que o público não tem. É que fruto das circunstâncias e da necessidade de sobreviver a qualquer preço é capaz de se reajustar mais rapidamente. Já os cursos públicos sofrem de uma letargia muito grande. Nomeadamente a minha faculdade, que não evoluiu absolutamente nada, em termos de plano de estudos, de programação e objetivos, nos últimos anos.

Como é que um profissional como o professor vê o conceito de Bolonha entrar numa Faculdade de Medicina Dentária? Todos sabemos que um aluno atualmente pode terminar o curso tendo apenas ter feito uma extração...

Fui o responsável pela adaptação de Bolonha nos cursos de Medicina Dentária. Aliás, uma das razões pelas quais hoje estou na reitoria foi precisamente ter feito parte do grupo de peritos de Bolonha na área de Medicina Dentária, onde conheci o nosso atual reitor [Sebastião Feyo de Azevedo]. Acho que Bolonha teve e tem responsabilidades naquilo que diz respeito à menor formação que é dada nas faculdades. Porque nós não soubemos adaptarmo-nos a Bolonha. Nós adaptamo-nos a Bolonha de uma forma muito simples: pura e simplesmente transformamos as cadeiras que eram anuais em semestrais. Partindo ao meio estas cadeiras, adaptamo-nos ao sistema semestral de funcionamento, o que significa que as cadeiras são as mesmas, mas com

menos horas disponíveis e com hiatos de funcionamento muito maiores. Se falássemos apenas neste aspeto – Bolonha é muito mais do que isto – não fomos capazes de colmatar aquilo que Bolonha nos tirou em termos de horas de contacto com o aumento da carga de contacto com os doentes. Tem toda a razão no que diz. Há realmente alunos – mais em algumas privados do que nas públicas – que tem um diploma tendo feito uma extração. Ou nenhuma.

Mas o problema de Bolonha resume-se a isso?

Não. Paralelamente, neste período – e não tendo qualquer ligação – houve um aumento brutal do número de estudantes em cada uma das faculdades. E no caso da Medicina Dentária no Porto ainda mais. E isso há-de ser explicado pela história, não quero entrar por ai porque é um aspeto muito delicado.

Como assim?

Alguém há-de explicar um dia o facto de ter havido um corte com o protocolo com a Faculdade de Medicina para o ensino do primeiro ciclo. O facto de terem ido buscar as cadeiras básicas à Faculdade de Medicina e as terem trazido para a Medicina Dentária no Porto não teve nenhuma vantagem em termos de qualidade de formação das pessoas.

Defende então um “tronco” comum de Medicina.

Inevitável. Ainda hoje falava com o reitor que, independentemente do que venha a acontecer, acho que concretamente na Universidade do Porto, a Faculdade de Medicina Dentária e outros cursos da área da saúde não têm alternativa de subsistência nos próximos anos se não se juntarem dentro do grande grupo da saúde. Por exemplo, na fórmula que atualmente existe em Coimbra, onde o curso de Medicina Dentária, sendo um curso independente, é um curso da Faculdade de Medicina. Isso seria uma hipótese. Nutrição e Alimentação, aqui no Porto, é o mesmo caso. Terá sobrevivência se estiver

ligado à medicina. Isto dá-nos uma flexibilidade muito grande em termos de funcionamento. Permite a redução do número de estudantes, a manutenção do atual corpo docente e um aumento de qualidade substancial nas cadeiras do primeiro ciclo, que diminuiu quando a Faculdade de Medicina Dentária foi buscar essas cadeiras. E permite ainda uma maior flexibilização naquilo que diz respeito ao desenvolvimento de novas especialidades.

Mas então o que falta para que isso aconteça? Porque é que aconteceu se todos os profissionais a quem levantamos essa questão concordam com esse tal tronco comum...

Por isso é que acho que um dia a história nos vai dar essa resposta. Porque houve alguém, ou 'alguéns', que em determinada altura teve muito interesse em que isso acontecesse. E neste momento ainda não estão criadas as condições para a situação se reverta.

A Faculdade de Medicina Dentária do Porto é sustentável?

Por alguma razão, nos últimos anos, de uma forma mais ou menos marcada, era a única faculdade da Universidade do Porto com resultados negativos. Porque não é sustentável. E repare: gera receitas próprias, com a clínica. Uma fonte de rendimento que outras faculdades não têm...

Tudo isto, nomeadamente o facto dos jovens profissionais virem para o mercado com menos preparação, veio responsabilizar a Ordem dos Médicos Dentistas no sentido da criação de um estágio profissional?

Esse é um aspeto que teria de ser muito trabalhado e estudado. Porque se as faculdades até determinada altura conferiam uma qualificação suficiente para que o indivíduo pudesse exercer no dia seguinte, hoje não é possível. Haverá um ou outro caso especial, mas de uma maneira geral não estão preparados para tal. Isto significa que a Ordem tem de encarar a sério, e não o tem feito, a necessidade do estágio



“NO DIA EM QUE SE PERCEBER QUE, AFINAL, A MEDICINA DEIXOU DE SER O CURSO QUE EMPREGAVA TODA A GENTE, AQUELES QUE NÃO CONSEGUIAM ENTRAR, MAS QUE OPTANDO POR MEDICINA DENTÁRIA, POR EXEMPLO, TINHAM A ESPERANÇA DE ACESSO À MEDICINA ATRAVÉS DE TRANSFERÊNCIAS VAI ACABAR”.

profissional obrigatório. No meu tempo essa questão já estava a ser equacionada. Eu próprio, no último mandato, pensei na forma como poderíamos fazer isso. É óbvio que, em Portugal, isto é uma situação muito complicada. Porque no nosso país Medicina Dentária é um curso de exercício livre. Acontece que as faculdades não têm condições nem

instalações para, sob tutela da Ordem, conferir a possibilidade dos estágios. A Ordem podia optar por certificar clínicas privadas, mas isto é um processo muito complicado e sobretudo que abre portas para que as pessoas sejam ainda mais exploradas do que são hoje. Na Alemanha, um país conhecido pela sua rigidez, isso acontecia.

“OS NOSSOS COLEGAS MAIS NOVOS, OS POUCOS QUE TÊM EMPREGO, HOJE SÃO CARNE PARA CANHÃO À CUSTA DOS ESTÁGIOS PROFISSIONAIS SUBSIDIADOS PELA SEGURANÇA SOCIAL. OS EMPREGADOS ESTÃO COM ELES UM ANO, AO FINAL DO ANO VÃO EMBORA E VÊM OUTROS. E É POR ISSO QUE AINDA HÁ QUEM DIGA QUE EXISTE EMPREGO NA MEDICINA DENTÁRIA”

A exploração?

Claro, os grandes grupos começaram a viver às custas dos estágios e dos estagiários que eram carne para canhão. Aliás, deixe-me dizer-lhe que os nossos colegas mais novos, os poucos que têm emprego, hoje são carne para canhão à custa dos estágios profissionais subsidiados pela Segurança Social. Os empregados estão com eles um ano, ao final do ano vão embora e vêm outros. E é por isso que ainda há quem diga que existe emprego na Medicina Dentária. Há colegas a ganharem dois e três euros à hora.

O título da entrevista que lhe fizemos em 1998 foi: “É preciso dignificar a profissão”. Já está dignificada? Ou será melhor colocar novamente este título?

Eu voltava a fazer o mesmo título, mas punha-lhe umas reticências porque hoje a situação é muito pior do que nessa altura. Mas muito pior, não tenho dúvida absolutamente nenhuma. Sabe que quando estamos fora muito facilmente apontamos pistolas àquele e àqueloutro. Também quando estamos por dentro das questões temos uma sensibilidade



diferente para as dificuldades que encontramos para resolver os problemas. E eu, neste momento, se cedesse a essa tentação de apontar pistolas, acho que a Ordem não está a corresponder àquilo que é o seu papel. Digo isto com muita convicção e com muita tristeza. Mas também reconheço que os meus colegas que atualmente são dirigentes da Ordem devem sentir uma grande angústia por não conseguir fazer mais. Porque acredito que quisessem. Há vontade, não há meios. E depois há uma tentação, uma tendência natural para camuflar essa situação e para se defenderem. Claro que depois há medidas avulso...

O cheque-dentista?

Sim, claramente. Tudo isso são “tiradas” políticas sem consequências e que de certa maneira servem para deitar areia aos olhos das pessoas.

Tínhamos aqui conversa para dias...

Seguramente.

Em todo este processo e apesar de certas frustrações, voltaria a fazer o mesmo percurso?

A minha vida tem sido ditada pelos acontecimentos. Hoje estou numa

situação completamente diferente. Nunca imaginei vir parar à Reitoria de uma universidade. Sobretudo da Universidade do Porto. Por isso hoje vejo a minha profissão, de médico dentista, de uma maneira diferente, embora mantenha o meu consultório. Mas vejo a Medicina Dentária integrada num conjunto de cursos que, de certa maneira, sofrem o mesmo tipo de problemas. Isto dilui a tal frustração que lhe falava, porque é comum a muitos cursos. Na verdade, não faz muito sentido haver uma Faculdade de Medicina Dentária, uma Faculdade de Nutrição que são mais pequenas do que o departamento mais pequeno da Faculdade de Engenharia. Temos de ser muita atenção a tudo isto. No futuro tem de haver um olhar diferente sobre o ensino e o futuro, no caso das profissões de banda estreita, como Medicina Dentária, tem muito a ver com a reestruturação da universidade. E essa reestruturação vai acontecer necessariamente, e de forma positiva, fruto da crise que temos neste momento. É comum dizer-se que as grandes inovações decorrem das grandes crises. Acho que aqui também vai acontecer isso.

Daqui a cinco anos o ensino será diferente?

Vamos estar completamente diferentes. E não me espanta muito que a Medicina Dentária venha a ser um curso de exemplo na reestruturação. E, se assim for, conseguiríamos reduzir de uma forma muito clara e positiva aquilo que é hoje, e vou usar um termo à Porto, uma bandalheira. Não temos condições para termos sete faculdades de Medicina Dentária. E também não temos condições para que existam essas faculdades e que continuem a ter muitos alunos, que só servem para sustentar os professores que lá existem. Os estudantes que estão nas faculdades de Medicina Dentária só estão a servir como sustentação da existência daquelas estruturas. E isso é uma coisa que me dói muito. E eu seria uma vítima. Mas não faz sentido. Simplesmente não faz.

A ESPERA
TERMINOU

CS 8100 3D

A imagiologia 3D agora está disponível para todos

Muitos esperavam por um sistema multifuncional 2D/3D redefinido, que fosse mais relevante para o seu trabalho diário, que fosse Plug and Play e um investimento valioso, mas acessível, para o seu consultório. Com o CS 8100 3D, a espera terminou.

- Programas e vistas versáteis (de 4 cm x 4 cm até 8 cm x 9 cm)
- Novo sensor 4T CMOS para imagens detalhadas com resolução de até 75 µm
- Colocação intuitiva do paciente, aquisição rápida e dose baixa
- O novo padrão de cuidados, agora ainda mais acessível

VAMOS REDEFINIR COMPETÊNCIAS

O CS 8100 3D é apenas um dos meios com que redefinimos a imagiologia. Saiba mais em carestreamdental.com



Implementar Qualidade para Certificar? e/ou Acreditar?

Texto: ARTIGO DA RESPONSABILIDADE DA MEDSUPPORT

É facilmente aceite que a qualidade é um benefício para a organização e para os utentes, pelo que a decisão de melhorar a qualidade da clínica de medicina dentária é particularmente decisiva e estruturante. Em relação aos custos da qualidade são sempre inferiores aos custos da “não qualidade”, acontecendo recorrentemente que estes últimos estão muitas vezes escondidos.

Sobre a acreditação e a certificação da qualidade, historicamente podemos citar a intervenção de Jorge Simões, presidente do Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) aquando do seu quarto fórum, dedicado à Acreditação e Certificação em Saúde - como elemento inerente à regulação da saúde portuguesa, a qualidade é agora, ainda mais pelos novos estatutos, um tema central da atividade da ERS. Diz Jorge Simões que a qualidade “inicia-se no licenciamento que é fundamental para garantir os níveis mínimos”. A MedSUPPORT salienta este como o ponto basilar, além de que deve ser o ponto de partida de qualquer unidade de saúde que pretenda implementar procedimentos e/ou ambicionar uma certificação. Cada organização possui características individuais e deve, por isso, analisar o seu funcionamento e especificidades antes de tomar qualquer decisão neste âmbito. Por isso vejamos ponto a ponto o que envolve a qualidade.

O que é a qualidade?

‘Qualidade’ é o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a aptidão para

satisfazer necessidades e expectativas da sociedade. No Decreto-Lei n.º 140/2004 de 8 de Junho pode entender-se que é um conjunto de atributos e características padrão reunidas sob a forma de um modelo e tem frequentemente a denominação de norma (ou norma técnica) ou até da palavra inglesa: Standard. Uma norma é, portanto, um documento estabelecido por consenso e aprovado por um organismo reconhecido, que fornece regras, linhas diretrizes ou características para determinadas atividades e/ou respetivos resultados, garantindo um nível de ordem ótimo num dado contexto.

A qualidade em saúde

A qualidade em saúde tem à partida dois grandes campos de atuação: a qualidade clínica, inerente ao ato médico praticado e a qualidade organizacional que é relativa ao funcionamento global da unidade prestadora de cuidados de saúde.

Parece portanto importante que qualquer modelo a ser implementado numa organização prestadora de cuidados de saúde tenha como principal foco a qualidade clínica ou a qualidade organizacional ou ambas, dependendo da decisão e da expectativa de resultados por parte da gestão da referida unidade. Se um modelo de qualidade relativo à qualidade clínica é implementado, não há garantias de qualidade organizacional e vice-versa. É premente para uma unidade de saúde, ao iniciar um processo de implementação de modelo de qualidade, conhecer o modelo em questão e garantir que é adequado às

suas expectativas. Dizia Jorge Marques dos Santos, presidente do Conselho de Administração do Instituto Português da Qualidade (IPQ), no IV Fórum ERS, que “a qualidade não deve ser imposta, mas sim sentida e compreendida”. Indicou também que são já cerca de cinco mil as empresas certificadas pela ISO 9001, o que demonstra que “sim, deve fazer-se bem, mas quando se é reconhecido, faz-se melhor”.



ISO 9001

Uma das normas mais conhecidas é a ISO 9001, emitida pela International Organization for Standardization. Quando uma determinada norma apresenta a denominação EN European Standard significa que foi adotada por pelo menos uma organização de “standarização” europeia; se contiver a menção NP significa Norma Portuguesa.

Esta norma especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade e foi até ao momento adotada por mais de 750 mil organizações em cerca de 170 países. Ela define o padrão não só para sistemas da qualidade, mas também para sistemas de gestão em geral.

A norma NP EN ISO 9001:2008 está baseada em oito princípios de gestão da qualidade: focalização no



Titan 5



Chrom-Cobalt



Raw-Abutment® de Titan 5



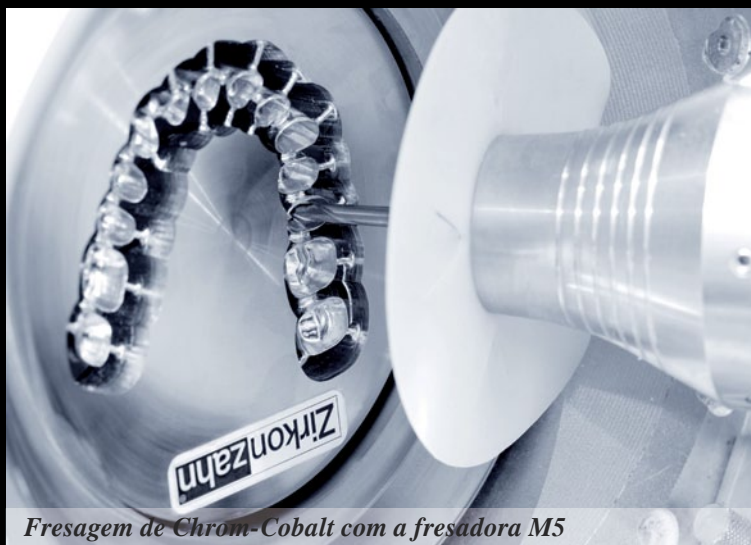
Bridge-Rods de Titan 5 e de Chrom-Cobalt

METAIS DUROS

FESADOS NO PRÓPRIO LABORATÓRIO CAD/CAM



Fresagem de Titan 5 com a fresadora MI Wet Heavy Metal



Fresagem de Chrom-Cobalt com a fresadora M5

cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, abordagem à gestão através de um sistema, melhoria contínua, abordagem à tomada de decisões baseada em factos, relações mutuamente benéficas com fornecedores.

Outros modelos da qualidade



Joint Commission International

É a líder mundial em certificação de organizações na área da saúde. Criada em 1994, a Joint Commission International (JCI) marca hoje presença em mais de 90 países, nos quais se inclui Portugal. A JCI trabalha com organizações de cuidados de saúde, governos e defensores internacionais na promoção de padrões rigorosos de cuidados e oferece soluções para atingir o máximo desempenho, assentes em três preceitos: acreditação, educação e serviços de consultoria. De notar que a ERS faz publico que usa indicadores de avaliação desenvolvidos pela Joint Commission International em alguns projetos, nomeadamente no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde - SINAS. Questionava Ann Jacobson da JCI no IV Fórum ERS, como é que uma unidade de saúde sabe que está a melhorar: tem de medir, filtrar e melhorar continuamente os procedimentos.



CHKS

A CHKS (Comparative Health Knowledge Systems) foi criada em 1989 e desenvolveu o primeiro benchmarking hospitalar do Reino Unido, cresceu rapidamente a partir da sua sede no King's Fund de onde se mudou para nova sede em Alcester em 1991. Em março de 2002 atribui a sua primeira

acreditação em Portugal ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. A CHKS é um modelo de gestão da qualidade que geralmente abrange toda a organização. O programa de acreditação do CHKS é baseado no facto de que uma boa qualidade no cuidado do utente depende da monitorização regular e forte dos sistemas e processos de uma organização.



O Modelo de Acreditação ACSA, também conhecido por Modelo Andaluzia

Foi aprovado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto, como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária. Para a concretização do referido despacho foi celebrado um protocolo de colaboração e cooperação entre a Direção-Geral da Saúde (DGS) e a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), para assegurar a implementação do modelo em Portugal, mediante o qual a DGS adquiriu o direito exclusivo de utilização do Modelo ACSA em todo o território nacional, e o seu futuro desenvolvimento e melhoria em conjunto.

Implementar um modelo de qualidade

Escolhido o modelo passa-se à fase de implementar os procedimentos. Deve ser indicado um responsável pelo processo, que será o motivador para a (re)organização das práticas e para a planificação das ações, contudo toda a equipa e todos os departamentos devem ser envolvidos. Este é o passo mais sensível e trabalhoso porque envolve ajustes ao funcionamento da própria organização, a sua cultura e “mexer” nos hábitos instituídos.

Certificar ou acreditar?

Quando todos os processos estão implementados é chegado o momento de fazer prova disso mesmo e receber o respetivo documento que comprova que a organização adotou completa e corretamente os procedimentos propostos pelo standard de qualidade. Nessa altura é chamada uma organização certificadora – empresa autorizada para prestar este serviço. Dependendo do modelo selecionado, esta auditoria externa pode atribuir uma acreditação ou uma certificação da qualidade. Em suma, e como diria Charles D. Shaw, investigador e consultor independente que se dedica há vários anos às questões da qualidade, “a guerra do melhor modelo equipara-se à guerra da melhor máquina de lavar: todas lavam, só que com diferentes programas e a diferentes temperaturas”.

A MedSUPPORT salienta que a adoção de um sistema de qualidade deve ser uma decisão estratégica e voluntária da clínica de medicina dentária. Esta pode implementar um sistema de qualidade para melhoria interna e estar, ou não, interessada no reconhecimento externo. Contudo, quando se implementa um sistema da qualidade há quase sempre interesse na certificação ou acreditação por uma entidade externa e independente, de que a clínica apresenta qualidade clínica e processual e cumpre as exigências legais e regulamentares.

Outros intervenientes do IV Fórum ERS, eles próprios protagonistas da implementação de um sistema de gestão da qualidade, enalteceram as mais-valias, ouviu-se: “o processo de acreditação é, por si, um processo virtuoso em termos de desenvolvimento organizacional”; “se achamos que a qualidade é cara imagine-se a não qualidade, tal como se a saúde é cara, imagine-se a doença”. A qualidade constitui-se hoje como uma filosofia de atuação nas empresas. A boa implementação de metodologias da qualidade pode garantir o acesso aos mercados, que se tornam cada vez mais exigentes e competitivos.



IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

IMPLANTS

A SUA CONEXÃO GLOBAL MAKE IT SIMPLE

Os implantes de conexão interna oferecem uma maior variedade de implantes dentários, para uma maior estabilidade, e ainda uma plataforma protética com uma altura vertical reduzida, para melhor encaixe dos componentes protéticos e uma superior selagem microbiana. Os implantes de maior sucesso da MIS de conexão interna, são comercializados em todo o mundo, onde se incluem os implantes SEVEN e M4 de conexão interna hexagonal e o implante C1, que surge com uma conexão interna cônica. Para saber sobre a MIS visite o nosso website: www.mis-implants.com ou ligue: +351 214175017, ou +351 963288589, info@sds.pt



mis[®]
PORTUGAL





XXIII Congresso OMD

Bastonário apresenta Barómetro da Saúde Oral com dados da população portuguesa

Este ano, a cerimónia oficial de abertura do XXIII Congresso da OMD, que decorreu na Exponor de 6 a 8 de novembro, ficou marcada pela divulgação dos resultados do Barómetro Nacional da Saúde Oral. O inquérito feito à população permitiu conhecer com maior exatidão os hábitos dos portugueses relativamente à medicina dentária e vão permitir à OMD fazer lóbi junto das entidades oficiais.

Texto: SÓNIA RAMALHO Fotos: RICARDO MEIRELES

“É fundamental para a OMD ser fonte de informação credível e nunca se tinha feito um estudo sobre a opinião dos portugueses relativamente à saúde oral”, revelou em exclusivo à SAUDE ORAL Orlando Monteiro da Silva. O

bastonário da OMD ficou surpreendido com alguns resultados do Barómetro Nacional da Saúde Oral, nomeadamente a percentagem de pessoas que diz escovar os dentes (97,3%), embora o mesmo não se verificasse com hábitos

de uso de fio dentário ou elixires. “Estes inquéritos são úteis quer para a sociedade, quer para a própria indústria. Temos muitas pessoas com falta de dentes e uma grande iliteracia a nível da saúde oral. Ainda há muitas pessoas



que não vão ao dentista e quase 30% acha que não precisam. Ou seja, só vão quando sentem dor. Estes dados mostram que muito já foi feito, mas que ainda há muito para fazer”.

Orlando Monteiro da Silva apresentou os resultados do primeiro Barómetro da Saúde Oral durante a sessão de abertura do XXIII Congresso da OMD, que decorreu no início de novembro e que juntou na Exponor mais de 3100 congressistas, segundo dados divulgados pela organização. O resumo dos resultados do Barómetro pode ser consultado em <https://www.omb.pt/noticias/2014/11/barometrosomario.pdf> e releva que 70% dos portugueses têm falta de dentes naturais, mais de 20% têm falta de pelo menos dez dentes, sendo que 7% da população não tem qualquer dente natural. O estudo mostra que 48,8% dos inquiridos afirma realizar um *check-up* dentário menos de uma vez por ano e 29,5% não vão ao médico dentista ou apenas vão em caso de urgência ou dor. Entre os que responderam ao questionário, 20,9% diminuiu o número de visitas ao médico dentista no último ano, sendo que a questão monetária é o principal motivo evocado para não ir ao dentista. 8,3% admite mesmo que nunca foram a uma consulta de medicina dentária. O estudo revela que 56,1% dos portugueses que têm falta de dentes naturais não têm



▲ Sobrinho Simões, diretor do IPATIMUP, foi uma das figuras de destaque da cerimónia de abertura do Congresso OMD



nada a substituí-los. Apenas 7,7% têm dentes substitutos fixos, sendo que os restantes 36,2% possuem prótese. Metade dos inquiridos admite que já sentiu dificuldades em comer e/ou beber devido a problemas na boca e nos dentes e 18% confessa que já se sentiu envergonhado por causa da aparência dos seus dentes.

Elo de confiança é fundamental

Para o bastonário da OMD, os resultados do inquérito mostram que “muito já foi feito, mas ainda

há muito a fazer” e sublinhou a importância do elemento confiança como “elo fundamental de ligação do médico dentista na sociedade. É o que os inquiridos referem como o mais importante: é preciso confiar no médico dentista e as pessoas valoriza o profissional, sendo que o ‘boca a boca’, o passa a palavra funciona muito na altura de recomendar um profissional de medicina dentária”.

E foram mais de três mil os médicos dentistas que marcaram presença no XXIII Congresso da OMD, que

contou com a presença de alguns nomes sonantes da medicina dentária, caso de Ueli Grunder que abordou a ‘Regeneração óssea e tecidual para alcançar resultados previsíveis na estética implantar’ ou Paddy Fleming na sala de Odontopediatria, que defendeu que a primeira consulta de medicina dentária deverá acontecer no primeiro ano de vida da criança, para ajudar a prevenir o desenvolvimento de caries precoces da infância. A sala da Oclusão também se encheu para ouvir André Mariz de Almeida abordar o Diagnóstico das disfunções temporomandibulares e Ricardo Dias, que falou sobre Bruxismo e as implicações na reabilitação implanto-suportada, conseguindo garantir a atenção dos presentes ao apresentar vários casos clínicos cuja solução deixava ao critério da plateia, que devia votar na opção mais indicada com bandeiras de várias cores.

Ao mesmo tempo que decorriam as palestras nas mais variadas áreas, a organização incluiu no programa duas mesas redondas em que convidou os participantes a discutir temas socioprofissionais, como a Regulamentação em Medicina Dentária e outra mesa redonda em que foi feito um ponto de situação sobre a realidade da Medicina Dentária na Europa. Nesta última estiveram presentes representantes do Reino Unido, França e Espanha, para fazer a comparação entre os vários países da Europa. “É visível que os países do sul da Europa, sem sistemas públicos de acesso à saúde oral, têm mais dificuldades”,



MUDANÇAS NO LICENCIAMENTO DAS CLÍNICAS DENTÁRIAS

A MedSupport marcou presença em mais uma edição da Expo-Dentária e aproveitou para esclarecer os visitantes sobre as novas regras do licenciamento das clínicas dentárias. Mas afinal o que vai mudar? Sónia Santos, sócia gerente e fundadora da MedSupport dá algumas luzes.

Há uma nova entidade responsável pelo licenciamento de clínicas dentárias?

Sim, foi publicada uma alteração à Lei de Bases da Saúde, que foi reformulada como já estava previsto, e que apresentou alterações ao regime jurídico do licenciamento. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) ficou com novos estatutos e que trouxeram algumas novidades, entre as quais a de maior relevo é que a ERS passou a ser a entidade responsável pelo licenciamento, enquanto no passado eram as ARS territorialmente competentes.

Mas o que isso muda na prática?

O que muda é que o dever de licenciar

saiu das mãos das cinco ARS e passou para a ERS, a quem também cabe a missão de fazer as inspeções. Na prática, o sítio informático onde se pediam as licenças é o mesmo, mas na realidade quem emite a licença vai passar a ser a ERS. O anterior regime jurídico chamava-lhe, para a medicina dentária, o regime simplificado. Agora passa a designar-se regime simplificado por mera comunicação prévia, mas os moldes são os mesmos.

Quais as maiores alterações de relevo?

Na generalidade, os requisitos técnicos são os mesmos, mas há algumas alterações do ponto de vista do procedimento administrativo e documental que carecem de alguma atenção. Quem já estava licenciado ao abrigo do regime jurídico anterior, agora renovado, dispõe de cinco anos para se adaptar a estas alterações. O dossier de apoio deve ser revisto com algum cuidado. Desde 2009 que sabemos que a mudança veio para ficar e vai ser permanente. Este espírito de melhoria contínua, que é um projeto para o país em termos de unidades de saúde, vai ser contínuo e a mudança vai ser permanente.



Sensodyne Repair & Protect



Tecnologia NovaMin® com flúor (1450ppm)

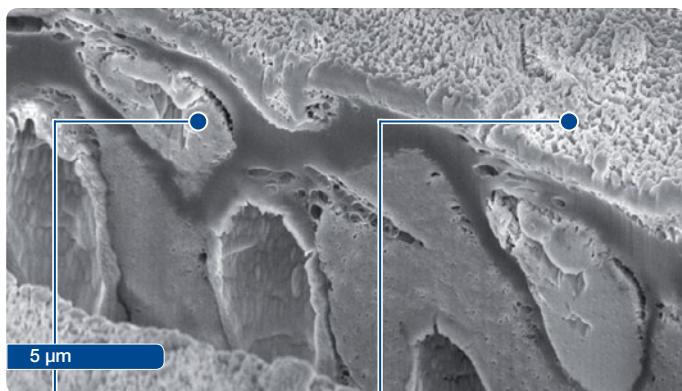
O uso de tecnologia de regeneração óssea na Medicina Dentária¹

Sensodyne Repair & Protect é diferente. A sua formulação única de NovaMin® com flúor diferencia-a de outros dentífricos dessensibilizantes por:

- Fornecer cálcio e fosfato na saliva do paciente²⁻³
- Proporcionar condições favoráveis para a formação de uma camada reparadora do tipo hidroxiapatite sobre a dentina exposta e no interior dos túbulos dentinários²⁻⁶

Reparação da dentina exposta

Estudos *in vitro* demonstram que a nova camada do tipo hidroxiapatite começa a formar-se a partir da primeira utilização⁷ e que é 50% mais dura que a dentina.⁸

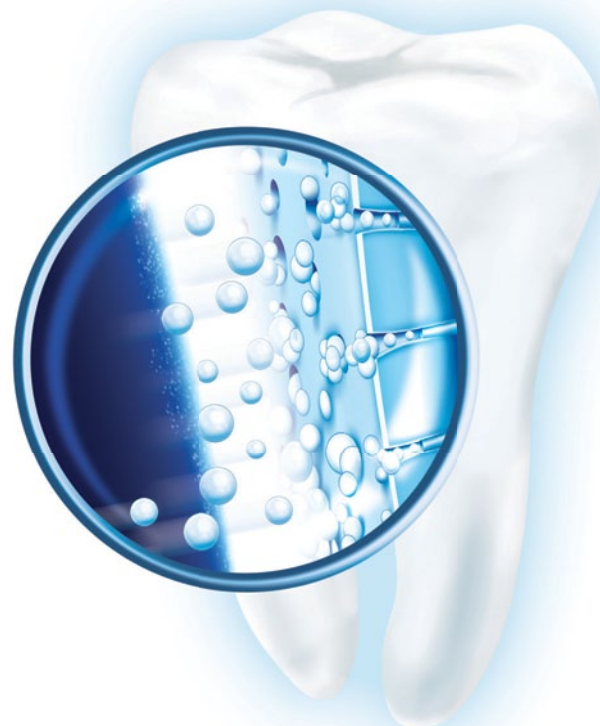


Camada fluoretada do tipo hidroxiapatite **dentro** dos túbulos à superfície

Camada fluoretada do tipo hidroxiapatite **sobre** a dentina exposta

Imagem *in vitro* SEM de uma camada do tipo hidroxiapatite formada por solução supersaturada de NovaMin® em saliva artificial após 5 dias (sem escovagem)⁹

A camada reparadora forma-se sobre a dentina exposta e no interior dos túbulos dentinários e,^{2,7,11,12} com duas escovagens diárias, proporciona aos seus pacientes uma proteção contínua contra a hipersensibilidade dentinária.¹³⁻¹⁵



Proteger os pacientes da dor da sensibilidade futura

A nova camada do tipo hidroxiapatite integra-se com a dentina ao unir-se firmemente ao colagénio dentro desta.^{12,16}

Estudos *in vitro* demonstram que a camada reparadora constrói-se ao longo de 5 dias e permanece resistente aos ataques orais físicos e químicos que os seus pacientes podem encontrar na vida quotidiana.^{8-10,17}



Pense para além do alívio da dor e recomende Sensodyne Repair & Protect

1. Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21(Spec Iss): 61-65. 2. LaTorre G, Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21(3): 72-76. 3. Edgar WM. Br Dent J 1992; 172(8): 305-312. 4. Arcos D et al. A J Biomed Mater Res 2003; 65: 344-351. 5. Lacruz RS et al. Calcif Tissue Int 2010; 86: 91-103. 6. de Aza DN et al. J Mat Sci: Mat in Med 1996; 399-402. 7. Earl J et al. J Clin Dent 2011; 22(Spec Iss): 62-67. 8. Parkinson C et al. J Clin Dent 2011; 22(Spec Iss): 74-81. 9. Earl J et al. J Clin Dent 2011; 22(Spec Iss): 68-73. 10. Burwell A et al. J Clin Dent 2010; 21(Spec Iss): 66-71. 11. West NX et al. J Clin Dent 2011; 22(Spec Iss): 82-89. 12. Efland SE et al. J Mater Sci Mater Med 2002; 26(6): 557-565. 13. Du MQ et al. Am J Dent 2008; 21(4): 210-214. 14. Pradeep AR et al. J Periodontol 2010; 81(8): 1167-1113. 15. Salian S et al. J Clin Dent 2010; 21(3): 82-87. 16. Zhong JP et al. The kinetics of bioactive ceramics part VII: Binding of collagen to hydroxyapatite and bioactive glass. In Bioceramics 7, (eds) OH Andersson, R-P Happonen, A Yli-Urpo, Butterworth-Heinemann, London, pp61-66. 17. Wang Z et al. J Dent 2010; 38: 400-410. CHPT/CHSENO/0027/14Dez.

referiu Orlando Monteiro da Silva. “A mesa redonda permitiu mostrar outras realidades e verificar que nada é perfeito. A Europa está a passar uma grande crise e a discussão permite analisar o que está a ser feito noutros países e o que podemos adaptar ao nosso caso. Face à rede que temos instalada parece-me mais razoável apostar na rede existente e contratar o SNS com a rede existente de serviços de medicina dentária. Temos de ir por caminhos de convenção, outras hipóteses são mais difíceis”. O bastonário mostrou-se satisfeito com a realização das mesas redondas e com o debate que se seguiu, garantindo que será uma iniciativa a repetir no futuro.

Otimismo renovado na edição deste ano da Expo-Dentária

“A feira correu muito bem, o balanço é muito positivo e as pessoas estão a voltar a fazer perguntas, a mostrar interesse, algo que não via há muito tempo”. A afirmação é de António Moutinho, diretor ibérico da Nobel Biocare, que sublinhou o “otimismo renovado dos médicos dentistas nesta OMD”. Apesar do arranque da Expo-Dentária ter sido marcado, como habitualmente, por um grande número de estudantes, os restantes dois dias contaram com a presença de muitos de profissionais de medicina dentária interessados em conhecer as novidades apresentadas pelas empresas presentes na área de exposição da Expo-Dentária. Segundo dados da organização, a Expo-Dentária recebeu 7250 visitantes, com 130 empresas presentes e 347 stands ocupados. “Estou a ver os clientes a voltar a perguntar por melhores negócios, por mais volume. Nos últimos três anos comprava-se o mínimo possível, não havia stocks, havia ceticismo e incerteza. O que noto nesta Expo-Dentária é mais audácia nas pessoas, que sorriem mais”, revelou à SAÚDE ORAL António Moutinho. “É um sentimento positivo que gostaria de deixar, uma retoma que finalmente se sente”.

A DentaLeader classifica a sua



participação em mais um congresso da OMD com “grande êxito e afluência ao nosso stand”. A marca quis aproveitar o evento para apresentar ao mercado todo o seu potencial “com um stand onde deu a conhecer todas as vertentes da empresa – a solução CAD-CAM Lyra e implantes Euroteknika. Tivemos o apoio constante dos grandes fabricantes da atualidade (Carestream, Fona, Fedesa, entre muitos outros”.

A Orthosmile faz igualmente um balanço positivo da participação na Expo-Dentária e Beatriz Barros refere mesmo que se notou “alguma retoma

nas compras de material durante a exposição, interesse em produtos novos e aposta em materiais de qualidade”. A empresa optou por dar destaque aos “nossos brackets autoligados Empower e o corretor de classe II Powerscope, uma novidade lançada em 2014 no congresso americano”. Beatriz Barros sublinha a importância de marcar presença no evento da OMD pois é uma forma “mais tranquila apresentar aos dentistas os novos produtos fora da clínica, atender às diversas dúvidas e pedidos de muitos clientes em três dias de congresso. É uma mais-valia para



a nossa empresa chegar a tantos médicos dentistas num curto espaço de tempo com os nossos novos produtos. Também conseguimos apresentar a nossa empresa, líder mundial em materiais de Ortodontia, a clientes novos e aos estudantes das várias faculdades de Medicina Dentária de todo o país”.

Já Cristina Antas da Cunha, *marketing & sales manager* da SDS, refere que a Expo-Dentária representa “o final de um ano de trabalho e o início do seguinte. É um momento de concretização importante para nós e um marco que tem reflexos positivos imediatos e a médio prazo”. Cristina Antas da Cunha destaca a abordagem digital que este ano imprimiram no *stand* da SDS para apresentação dos produtos. “Tivemos plataformas digitais ao dispor dos profissionais e também para a formação/informação de produtos e técnicas cirúrgicas em *workshop's* com diversos oradores, que tiveram bastante adesão”. Aproveitando para fazer uma retrospectiva de 2014, a responsável assume que a empresa “cresceu bastante, não só porque aumentámos o número de colaboradores para uma melhor cobertura do mercado e maior especialização em produtos que o exigem, mas porque adicionámos várias marcas ao nosso portfólio, a Osteobiol para os biomateriais, Philips Zoom para o branqueamento dentário e Amann Girrbach para o Cad Cam. Todas as marcas em áreas que estão intimamente relacionadas com a nossa área de excelência - a implantologia”.



FORMAÇÕES
ACREDITADAS POR



Saúde Oral
Revista Profissional de Estomatologia e Medicina Dentária

Recomenda-lhe...

MANAGEMENT E DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Redigir documentos claros e estruturados

As regras e truques mais eficazes utilizados na redação de documentos

- Identificar aspetos base para a construção de um texto

Lisboa e Porto: 13 abr.15

B

BESTOF

Rapid training para managers

As 6 competências chave do manager

- Desenvolver eficazmente as atitudes e comportamentos necessários à função de manager

Lisboa e Porto: 04-05 mai.15

Assertividade e liderança

Desenvolva as suas capacidades de líder!

- Conhecer e utilizar técnicas que permitem exprimir os pontos de vista diferentes

Lisboa: 18 mai.15

Storytelling

Ferramentas e formas de contar histórias

- Compreender o mecanismo do “storytelling” e como se pode aplicar

LISBOA: 02 fev.15 | 01 jun.15

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:

Ana Gonçalves
Telefone: 210 033 892 | Fax: 210 033 888

www.ife.pt

Exatidão da identificação da força oclusal através da interpretação de marcas de papel de articulação

Autores: DR.^a JOANA RAQUEL PEREIRA, DR. JÚLIO FONSECA, DR. RICARDO DIAS, PROF. DOUTOR PEDRO NICOLAU
 FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE COIMBRA (FMUC), COIMBRA
 CORRESPONDÊNCIA PARA O AUTOR: DR.^a JOANA PEREIRA (joanapereiramd@gmail.com)

Introdução

Apesar do desenvolvimento de tecnologias computadorizadas, como a tomografia computadorizada de feixe cónico (TCFC), os sistemas de CAD/CAM e a evolução dos materiais dentários, o médico dentista ainda não conseguiu ultrapassar os métodos tradicionais de avaliação da oclusão dentária – o papel/filme de articulação, o “feedback” do paciente acerca do nível de conforto da sua mordida e a resistência à remoção do papel entre dentes ocluídos.¹

A interpretação subjetiva de marcas de papel de articulação é o método mais comumente usado pelos médicos dentistas para selecionar contactos dentários para terapia oclusal e assenta num princípio amplamente divulgado pelos livros de Oclusão^{2,3} de que as características das marcas de papel (tamanho, intensidade da cor, forma) resultantes da oclusão de dentes adjacentes são indicativas da relativa força oclusal nesse contacto.^{3,5} Por outras palavras, o clínico frequentemente assume que marcas largas e escuras indicam a presença de uma carga oclusal elevada e que marcas pequenas e claras indicam a presença de cargas oclusais mais reduzidas.

Até à data nenhum estudo foi publicado que ilustrasse que o médico dentista consegue determinar com precisão a força oclusal relativa contida num contacto dentário utilizando marcas de papel de articulação. Adicionalmente estão já publicados estudos que refutam a relação entre tamanho da marca de papel e a força oclusal relativa contida nesse contacto

dentário⁶⁻⁹, bem como estudos que ilustram uma baixa fiabilidade e reprodutibilidade aquando do uso do papel de articulação na avaliação da oclusão dentária do paciente.¹⁰⁻¹⁵

Além do supramencionado, a avaliação da oclusão dentária com papel/filme de articulação é influenciado por fatores do paciente, do material e do operador (Tabela 1), motivos pelo qual se sugere que a interpretação destas marcas seja feita com cuidado.^{2,5,8,11,16}

A determinação precisa dos contactos dentários através da avaliação do número de contactos intermaxilares, sua intensidade e localização durante os movimentos funcionais da mandíbula é de primordial importância para que o clínico verifique a presença/ausência de estabilidade oclusal – factor crítico no sucesso a longo prazo de um tratamento restaurador, de uma reabilitação protética e de terapia oclusal.^{3,5,17} Desta forma, surgiu a necessidade de desenvolver indicadores oclusais que permitissem uma avaliação quantitativa da oclusão dentária eliminando, assim, a falta de uma visão dinâmica dos movimentos mandibulares e a subjetividade do operador.^{9,17-22}

O sistema T-scan (T-Scan®I Tekscan Inc., Boston, USA) foi descrito

primeiramente em 1987 por Maness et al²³, com o desenvolvimento de um dispositivo para avaliação e registo dos contactos oclusais através de uma análise computadorizada de dados provenientes de um sensor sensível à pressão. Este sistema utiliza um sensor em formato de “U”, com 60µm de espessura incorporado com uma rede de tinta condutora de eletricidade cuja resistência elétrica aumenta com a carga aplicada.^{5,9,20,24-26} Além da carga oclusal, este sistema fornece dados acerca do tempo de oclusão/desocclusão, sequência, localização e área dos contactos oclusais, permitindo, assim, a identificação de contactos prematuros e de interferências oclusais.

Objetivo

Os objetivos específicos desta investigação foram: a) determinar se o método de interpretação subjetiva de marcas de papel de articulação é um método exato para o médico dentista implementar na determinação da força oclusal relativa e sequência de contactos; b) testar a competência clínica de três classes de profissionais; c) avaliar a influência da formação académica e experiência profissional. Este artigo foi extraído de um trabalho ainda mais

FATORES DO PACIENTE	FATORES DO MATERIAL	FATORES DO OPERADOR
<ul style="list-style-type: none"> • Padrão Músculo-esquelético • Morfologia Dentária • Mobilidade Dentária • Rugosidade das superfícies dentárias (substrato) • Desprogramação Prévia • Presença de saliva 	<ul style="list-style-type: none"> • Espessura • Rigidez e Elasticidade • Substrato da “tinta” • Facilidade de uso 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiência clínica • Curva de aprendizagem • Interpretação subjetiva • Uso de acordo com instruções do fabricante

▲ Tabela 1 – Tabela descritiva de alguns dos fatores que influem durante o uso de papel/filme de articulação na avaliação da oclusão dentária de um paciente. (adaptado de Carcavilla et al, 2011)



A evolução é unicCa®

Formação de um coágulo de sangue à volta de um implante unicCa®



A SUPERFÍCIE DA NOVA GAMA DE IMPLANTES UNICCA® DA BTI ESTÁ MODIFICADA QUIMICAMENTE **COM IÕES DE CÁLCIO**

Aderente e ativadora de plaquetas
Reduz os tempos de regeneração

Osteogénica
Induz a formação de tecido ósseo

Pró-coagulante
Oferece uma estabilidade instantânea

Antibacteriana
Minimiza significativamente o risco de peri-implantite

Eletropositiva, limpa e ativa
Permite manter as propriedades super-hidrofílicas

Tripla rugosidade
Otimiza a adaptação aos diferentes tecidos e melhora a osseointegração



A **EVOLUÇÃO** É O **CÁLCIO**

O ião cálcio cumpre funções decisivas durante todos os processos biológicos de regeneração óssea.

Referências científicas

- Tejero R, Rossbach P, Keller B, Anitua E, Reviakine I. Time-of-flight secondary ion mass spectrometry with principal component analysis of titania-blood plasma interfaces. *Langmuir* 2013;29:902-12.
- Anitua E, Prado R, Orive G, Tejero R. Effects of calcium-modified titanium implant surfaces on platelet activation, clot formation, and osseointegration. *J Biomed Mater Res A* 2014;20072018:1-12.
- Sánchez-Ilárduya MB, Trouche E, Tejero R, Orive G, Reviakine I, Anitua E. Time-dependent release of growth factors from implant surfaces treated with plasma rich in growth factors. *J Biomed Mater Res A* 2012;1-11.
- Anitua E, Tejero R, Zalduendo MM, Orive G. Plasma Rich in Growth Factors (PRGF-Endoret) Promotes Bone Tissue Regeneration by Stimulating Proliferation, Migration and Autocrine Secretion on Primary Human Osteoblasts. *J Periodontol* 2013;84:1180-90.

Se pretender saber mais informações sobre a superfície unicCa® da BTI, digitalize este código QR.

www.bti-biotechnologyinstitute.pt
bti.portugal@bticomercial.com



Dentes Naturais vs. Dentes Naturais



5. Preencha apenas uma opção por cada linha.*

	1	2	3	4	5
Contato Mais Forte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contato Mais Fraco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primeiro Contato (em PIM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 1 – Exemplo de uma das questões do inquérito online

abrangente e visa resumir algumas das suas observações e conclusões.

Materiais e Métodos

Foi construído um inquérito *online* com dez questões contendo a fotografia de superfícies oclusais oponentes marcadas com papel de articulação (Arti-Foil Metallic Black/Red Articulating Film, Bausch Dental KG, Koln, Germany), mimetizando diversos conjuntos de dentes/reabilitações protéticas e variados movimentos mandibulares, às quais era apresentado uma grelha para que os inquiridos fizessem corresponder aos contactos numerados (1 a 5) aquele que determinariam ser o contacto “mais forte”, o “mais fraco” e o “primeiro contacto” (Figura 1), através da implementação do método de interpretação subjetiva como o fazem na prática clínica diária.

Todos os pacientes aos quais a

marcação dos contactos com papel foi executada foram de seguida, submetidos a uma análise oclusal com o sistema T-Scan® III HD que resultou na folha das respostas para as questões efetuadas. 416 Médicos Dentistas, Estomatologistas e Estudantes foram convidados a participar anonimamente no estudo, tendo sido recolhidos 171 inquéritos completos. Os restantes não consentiram participar no estudo ou executaram o inquérito parcialmente, o que resultou na sua exclusão.

Resultados e Discussão

A maioria dos participantes eram médicos dentistas, tinham menos de cinco anos de prática clínica e, na maior parte dos casos tinham participado em menos de três cursos de Oclusão/Prostodontia, sem predominância de prática clínica na área de Prostodontia/Implantologia/Oclusão (Gráfico 1).

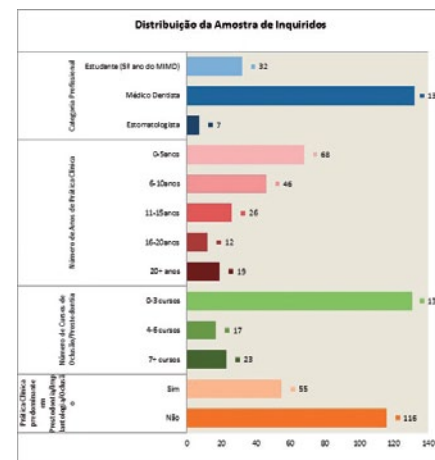


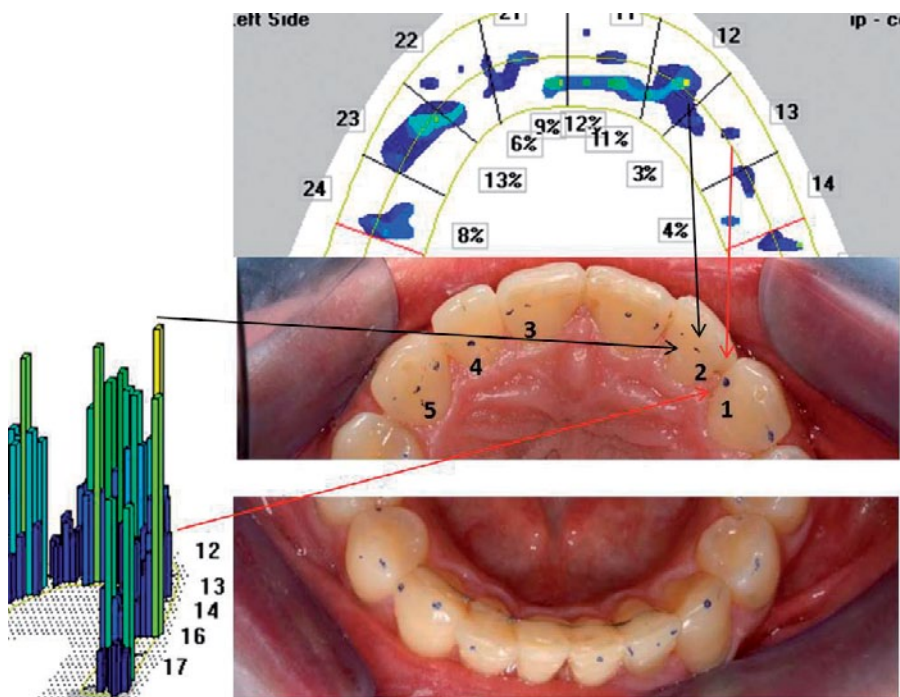
Gráfico 1 – Representação em gráfico de barras da tabela de frequências dos participantes agrupados por categoria profissional, número de anos de prática clínica, cursos de Prostodontia/Oclusão e prática clínica predominante.

A soma total de respostas corretas foi de 1264 (em 5130 respostas dos 171 inquéritos) indicando uma percentagem de 24,6% de respostas corretas, a maior parte das quais relacionadas com o “Contacto Mais Forte” (Tabela 2).

Com base no número de respostas possíveis (1 em 5) calculou-se que 20% das respostas estariam corretas se escolhidas aleatoriamente, pelo que se determina que os participantes tiveram um desempenho apenas 4,6% melhor que a “sorte” ou o “acaso”. A maior percentagem de respostas corretas relacionada com a determinação da força oclusal em comparação com a determinação da sequência de contactos é da melhor evidência de que o papel/filme de articulação tem uma deformação plástica limitada e pode ser mais rígido que o desejável para o registo de eventos dinâmicos.^{12, 15, 27}

Na Figura 2 pode-se verificar como, num conjunto oclusal de dentes naturais podem figurar marcas de papel de articulação com diferentes características e, como duas marcas vizinhas e distintamente diferentes em tamanho e saturação da cor (marcas 1 e 2) estão relacionadas inversamente com o conceito de que o seu tamanho ilustra a força oclusal relativa presente nesse contacto dentário.

Este fenómeno pode ser explicado por



▲ Figura 1 – Exemplo de uma das questões do inquérito online

	CONTACTO MAIS FORTE	CONTACTO MAIS FRACO	PRIMEIRO CONTACTO	TOTAL
Soma	709	319	236	1264
% de respostas corretas	41,5%	18,7%	13,8%	24,6%

▲ Tabela 2 – Representação da frequência e percentagem de respostas corretas pelos 3 tipos de perguntas realizadas.

	ESTUDANTES	MÉDICOS DENTISTAS	ESTOMATOLOGISTAS	TOTAL	SIG. ANOVA
N	32	132	7	171	
Média	7,16	7,42	8,0	7,39	0,617 (p>0,05)
Desvio-padrão	2,316	2,122	1,633	2,138	

▲ Tabela 3 – Representação da média de respostas corretas e respetivo desvio-padrão por categoria profissional. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

uma fórmula matemática física em que a Pressão exercida é tanto uma medida da Força aplicada como da Área de aplicação dessa força ($Pressão = \frac{Força}{Área} \frac{29}{29}$). Desta forma, em analogia com o que acontece no sapato “stiletto” em que a pressão exercida pelo salto numa superfície seja maior do que, por exemplo, a pressão exercida por um ténis desportivo, ao longo de uma maior área de superfície. A classificação média dos 171 inquéritos foi de 7,39 respostas corretas em 30 possíveis (Tabela 4), não se tendo verificado diferenças estatisticamente

significativas entre as três categorias profissionais (após aplicação da análise post-hoc Tukey HSD para comparações múltiplas).

Relativamente aos anos de prática clínica, ao número de cursos em Prostodontia/Oclusão ou à existência de prática clínica predominante em Prostodontia/Implantologia/Oclusão, também se verificou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sugerindo que, ao contrário do que é defendido pelos livros de Oclusão ²,

a interpretação subjetiva de marcas de papel de articulação não tem uma curva de aprendizagem e, como tal, não melhora com a experiência clínica ou com a formação académica do clínico. Para a determinação da validade de um teste diagnóstico (neste caso, o método de interpretação subjetiva) é necessário avaliar a capacidade do mesmo identificar corretamente aqueles que sofrem de uma “doença” (neste caso, o contacto mais forte) comparando com os restantes membros da população que não sofrem da “doença” (isto é, os contactos restantes) – a sua sensibilidade e especificidade.

Desta forma estimou-se uma sensibilidade e especificidade de 34% e 24%, respetivamente, e um valor preditivo positivo de 42% e valor preditivo negativo de 19%, sugerindo um rácio de Falsos Positivos e Negativos mais elevado do que o desejado. Por outras palavras, a implementação deste método pelos clínicos levou a que estes escolhessem erradamente o contacto forte, pelo menos 58% das vezes.

Relevância Clínica

A potencial relevância clínica desta investigação é que os clínicos que usam o método de Interpretação Subjetiva de marcas de papel/filme de articulação na sua prática clínica diária, muito provavelmente estarão a cometer erros de diagnóstico aquando da determinação da localização do contacto com força oclusal excessiva para ajuste oclusal. Adicionalmente, a coordenação deste método com o nível de conforto do paciente aquando dos movimentos mandibulares ou da resistência do papel de articulação entre dentes ocluídos revelam-se métodos igualmente subjetivos mas dão a aparência ilusória de que aumentam o processo de tomada de decisão pelo clínico.

De salientar ainda que não existe um indicador oclusal ideal, mas são conhecidas algumas precauções que o clínico deve tomar aquando da sua escolha e manuseamento. Uma maior espessura do papel está diretamente relacionado com a necessidade de

força oclusal excessiva para produzir contactos dentários, podendo causar uma deflexão mecânica da mandíbula ou, pela ativação da musculatura reflexa protetora do paciente, levar o paciente a alterar o posicionamento mandibular de forma a se desviar dessa interferência.³⁰

³¹ Desta forma, deve ser escolhido o papel/filme com a menor espessura possível, tendo sido verificado que o limiar para ativação do sistema de proprioceção do paciente é de 58µm.³²

²⁷ Também a baixa capacidade de marcação do papel/filme de articulação em superfícies extremamente polidas é reconhecida pelos fabricantes de indicadores oclusais que recomendam o uso de vaselina ou estão a desenvolver e incorporar agentes emulsionantes e outros que melhorem a molhabilidade da superfície do papel e, assim, melhorem a capacidade do mesmo colorir o substrato dentário.

As potenciais complicações resultantes da seleção errada de contactos dentários para ajuste oclusal são variadas tais como a remoção extensa de estrutura dentária resultante num enfraquecimento do esmalte e maior propensão à fratura e aparecimento de sensibilidade dentária; Diminuição da espessura oclusal em próteses dentárias podendo levar a uma falha precoce do material e uma diminuição do tempo de vida útil esperado para essa reabilitação prostodôntica e potencial desestabilização da oclusão dentária do paciente podendo precipitar uma instabilidade oclusal e desadaptação do sistema estomatognático com aparecimento súbito de sintomas de Disfunção Temporomandibular.

Considerações Finais

Os resultados desta investigação indicam que a interpretação subjetiva das marcas de papel de articulação não é um método preciso para a identificação da força oclusal num contacto dentário. O mau desempenho obtido pelos clínicos ilustra a sua incapacidade de diferenciar a força oclusal relativa de um contacto dentário apenas pelo

escrutínio das suas características (forma, tamanho e cor). A capacidade discriminatória parece também não melhorar com a formação académica nem com a experiência clínica e, como tal, a implementação deste método deve ser complementado com uma análise não subjetiva, quantificável e fiável tal como

o sistema T-Scan. Assim, a seleção de contactos para terapia oclusal baseados numa informação mais compreensiva e com base em evidência científica sustentada levará a uma diminuição de complicações de tratamentos oclusais e numa maior longevidade de reabilitações prostodônticas.

BIBLIOGRAFIA

1. Kim J-H. Computerized Occlusion using T-scan III. E-book:1-5.
2. Dawson PE. Evaluation, diagnosis, and treatment of occlusal problems. Saint Louis,: Mosby; 1974.
3. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 7th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby; 2013.
4. Maness WL, Podoloff R. Distribution of occlusal contacts in maximum intercuspation. J Prosthet Dent 1989;62(2):238-42.
5. Saracoglu A, Ozpinar B. In vivo and in vitro evaluation of occlusal indicator sensitivity. J Prosthet Dent 2002;88(5):522-6.
6. Carey JP, Craig M, Kerstein RB, Radke J. Determining a relationship between applied occlusal load and articulating paper mark area. Open Dent J 2007;1:1-7.
7. Kerstein RB, Radke J. Clinician accuracy when subjectively interpreting articulating paper markings. Cranio 2014;32(1):13-23.
8. Quadeer S, Kerstein RB, Kim RJJ, Huh J-B, Shin S-W. Relationship between articulating paper mark size and percentage of force measured with computerized occlusal analysis. J Adv Prosthodont 2012;4:7-12.
9. Saad MN, Weiner G, Ehrenberg D, Weiner S. Effects of load and indicator type upon occlusal contact markings. J Biomed Mater Res B Appl Biomater 2008;85(1):18-22.
10. Anderson GC, Schulte JK, Aeppli DM. Reliability of the evaluation of occlusal contacts in the intercuspation position. J Prosthet Dent 1993;70(4):320-3.
11. Gazit E, Fitzig S, Lieberman MA. Reproducibility of occlusal marking techniques. J Prosthet Dent 1986;55(4):505-9.
12. Halperin GC, Halperin AR, Norling BK. Thickness, strength, and plastic deformation of occlusal registration strips. J Prosthet Dent 1982;48(5):575-8.
13. Millstein PL. An evaluation of occlusal contact marking indicators: a descriptive, qualitative method. Quintessence Int Dent Dig 1983;14(8):813-36.
14. Reiber T, Fuhr K, Hartmann H, Leicher D. [Recording occlusal indicators. Introduction to occlusal surface materials and roughness]. ZWR 1989;98(9):756, 58, 60-1.
15. Reiber T, Fuhr K, Hartmann H, Leicher D. [Recording pattern of occlusal indicators. 1. Influence of indicator thickness, pressure, and surface morphology]. Dtsch Zahnärztl Z 1989;44(2):90-3.
16. Schelb E, Kaiser DA, Brukl CE. Thickness and marking characteristics of occlusal registration strips. J Prosthet Dent 1985;54(1):122-6.
17. Carcavilla MM, Zabalza RD, Cuenca A. Importancia de la valoración digitalizada de los contactos oclusales. Gaceta Dental 2011(227):172-86.
18. Kerstein RB. Articulating paper mark misconceptions and computerized occlusal analysis technology. Dent Implantol Update 2008;19(6):41-6.
19. Kerstein RB, Wilkerson DW. Locating the centric relation prematurity with a computerized occlusal analysis system. Compend Contin Educ Dent 2001;22(6):525-8, 30, 32 passim; quiz 36.
20. Reza Moini M, Neff PA. Reproducibility of occlusal contacts utilizing a computerized instrument. Quintessence Int 1991;22(5):357-60.
21. Scheerer EW. T-Scan measures timing and force of occlusal contact. Hawaii Dent J 1997;28(7):17, 22.
22. Sharma A, Rahul GR, Poduval ST, et al. History of materials used for recording static and dynamic occlusal contact marks: a literature review. J Clin Exp Dent 2013;5(1):e48-e53.
23. Maness WL, Benjamin M, Podoloff R, Bobick A, Golden RF. Computerized occlusal analysis: a new technology. Quintessence Int 1987;18(4):287-92.
24. Baba K, Tsukiyama Y, Clark GT. Reliability, validity, and utility of various occlusal measurement methods and techniques. J Prosthet Dent 2000;83(1):83-9.
25. Bottger H, Borgstedt T. [Computer-supported analysis of occlusion using T-Scan system. First report]. ZWR 1989;98(7):584-5.
26. Davies S, Al-Ani Z, Jeremiah H, Winston D, Smith P. Reliability of recording static and dynamic occlusal contact marks using transparent acetate sheet. J Prosthet Dent 2005;94(5):458-61.
27. Altay OT, Ergin A, Buyukkilic E, Bilge A. Thickness, strength, plastic deformation and marking characteristics of occlusal registration strips. The Saudi Dental Journal 1995;7(1):29-33.
28. Kong CV, Yang YL, Maness WL. Clinical evaluation of three occlusal registration methods for guided closure contacts. J Prosthet Dent 1991;66(1):15-20.
29. Kerstein RB. Are articulating paper labelings reliable indicators of occlusal contact force? 2000.
30. Harvey WL, Hatch RA, Osborne JW. Computerized occlusal analysis: an evaluation of the sensors. J Prosthet Dent 1991;65(1):89-92.
31. Mizui M, Nabeshima F, Tosa J, Tanaka M, Kawazoe T. Quantitative analysis of occlusal balance in intercuspation position using the T-Scan system. Int J Prosthodont 1994;7(1):62-71.



Bontempi

SURGICAL INSTRUMENTS
PORTUGAL

Passion for Excellence

www.bontempiportugal.pt

5 ANOS DE
GARANTIA

MEDICINA ORAL
CIRURGIA DENTÁRIA
MAXILOFACIAL
ORTODONTIA
IMPLANTOLOGIA
CONTAINERS



UNIQUES
GENUINES
THE ONLY
ONES

 **Bontempi**[®]
Chirurgische Instrumente

www.bmedsurgery.it

REABILITAÇÃO TOTAL DE UMA MANDÍBULA ATRÓFICA COM IMPLANTES EM CARGA IMEDIATA



Autor: DR. RUI MONTERROSO
Licenciado no ISCS- Norte
Prática privada em implantologia
Líder de opinião da BTI

Introdução

Durante muitos anos, a reabilitação de maxilares atróficos constituiu um desafio para a Implantologia [1]. Progressivamente foram sendo desenvolvidas técnicas cirúrgicas e protéticas para contornar a falta de disponibilidade óssea; de entre as várias técnicas, os implantes extra-curtos surgiram pela primeira vez em 1979 introduzidos por Brånemark como uma alternativa em casos clínicos com reabsorções ósseas severas [2,3].

A grande vantagem deste tipo de implantes é permitir realizar uma reabilitação, evitando procedimentos de regenerações major tecnicamente complexas e economicamente dispendiosas, tornando a reabilitação destes casos mais conservadora, mais simples e menos invasiva ao mesmo tempo que se reduzem os tempos e os custos do tratamento [4].

No planeamento de um tratamento com implantes extra-curtos existem dois parâmetros fundamentais a considerar: o diâmetro do implante, que deverá ser o maior possível de acordo com a disponibilidade óssea existente de forma a maximizar a superfície de contacto osso-implante; e a ferulização dos implantes, que é obrigatória de forma a contornar a desproporção corono-radicular [5,6]. Pierrisnard *et al* demonstraram que as tensões máximas transmitidas aos implantes são independentes do comprimento dos mesmos, assim sendo, a distribuição de forças sobre implantes extra-curtos é similar à que ocorre em implantes de comprimento *standard* [2,7]. Nos inúmeros estudos publicados na literatura, as taxas de sucesso deste tipo

de implantes variam entre os 83,7% e os 100% [2]. O presente artigo descreve um caso clínico de reabilitação total de uma arcada mandibular com atrofia severa.

Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 59 anos, edêntula total no maxilar superior e inferior há cerca de 30 anos. Portadora de próteses totais acrílicas, refere dificuldade no suporte e retenção da prótese inferior, que lhe impede de mastigar e falar corretamente (Figuras 1, 2 e 3). Após estudo do caso em BTI Scan® e perante a extensa reabsorção óssea mandibular, o plano de tratamento selecionado foi a colocação de quatro implantes extra-curtos BTi® de 4x7,5 plataforma universal e conexão interna na zona anterior, entre as emergências do nervo mentoniano, visto na zona posterior a distância ao nervo alveolar inferior ser inferior a 5mm, o que impossibilitou a colocação de implantes a esse nível. A densidade óssea média era superior a 500 Hounsfield, o que viabilizou a colocação de uma prótese implatossuportada em carga imediata, nas 48 horas seguintes à cirurgia (Figuras 5).

Iniciou-se a reabilitação pela confecção de uma nova prótese total superior. No planeamento da cirurgia recorreu-se ao software BTI Scan® e realizou-se uma guia radiográfica, com a marcação dos locais dos implantes selecionados e dos foramen mentonianos (Figura 7).

Conclusão

Os estudos comprovam que a reabilitação total em carga imediata de mandíbulas atróficas apresenta taxas

de sobrevivência aos 8 anos de 99,5% [1, 8]. O uso de implantes extra-curtos em reabsorções severas mandibulares é uma opção de tratamento com prognóstico previsível. A utilização destes implantes face às técnicas de regeneração reduz drasticamente o risco de complicações e de desconforto para o paciente ao mesmo tempo que reduz o tempo e custo do tratamento [9]. A reabilitação total com apenas quatro implantes, colocados simetricamente entre os nervos mentonianos permitiu em apenas 48h restabelecer a função mastigatória, a estética e a fonética da paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Anitua, E., *Tratamiento del edentulismo total inferior. Diferentes diseños de prótesis.*, in *Dental Dialogue* 2009: Vitoria, España. p. 3 - 13.
2. Tutak, M., et al., *Short dental implants in reduced alveolar bone height: a review of the literature.* Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research, 2013. 19: p. 1037-42.
3. Stellingsma, C., et al., *Implantology and the severely resorbed edentulous mandible.* Critical reviews in oral biology and medicine : an official publication of the American Association of Oral Biologists, 2004. 15(4): p. 240-8.
4. Anitua, E., *Manual Quirúrgico: implantología oral* 2013, Vitoria - Espana.
5. Sartori, S., *Implantes cortos.*, in *Dental Dialogue* 2010: Piacenza, Italia. p. 40 - 46.
6. Menchero-Cantalejo, E., et al., *Meta-analysis on the survival of short implants.* Medicina oral, patología oral y cirugía bucal, 2011. 16(4): p. e546-51.
7. Pierrisnard, L., et al., *Influence of implant length and bicortical anchorage on implant stress distribution.* Clinical implant dentistry and related research, 2003. 5(4): p. 254-62.
8. Anitua, E. and G. Orive, *Short implants in maxillae and mandibles: a retrospective study with 1 to 8 years of follow-up.* Journal of periodontology, 2010. 81(6): p. 819-26.
9. Anitua, E., *Colocación de implantes extra cortos en extremos libres mandibulares en pacientes con reabsorción extrema en proximidad con el nervio dentario.*, in *Dental Dialogue* 2012: Vitoria - Gasteiz, España. p. 3-10.



FIG. 1: Ortodontomografia inicial.



FIG. 2 (A): Fotografia extra-oral inicial de perfil evidenciando a dimensão vertical reduzida



FIG. 2 (A): Ortodontomografia inicial.



FIG. 2 (A): Fotografia intra-oral inicial do maxilar superior e inferior edêntulo.

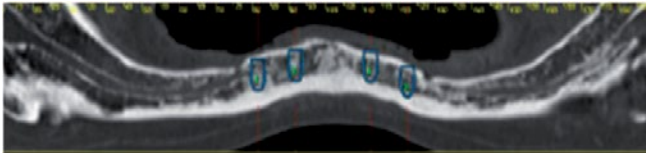


FIG. 4: Planificação no software Bti Scan® - Corte panorâmico do maxilar inferior com implantes Bti® selecionados 4x7,5 interna PU

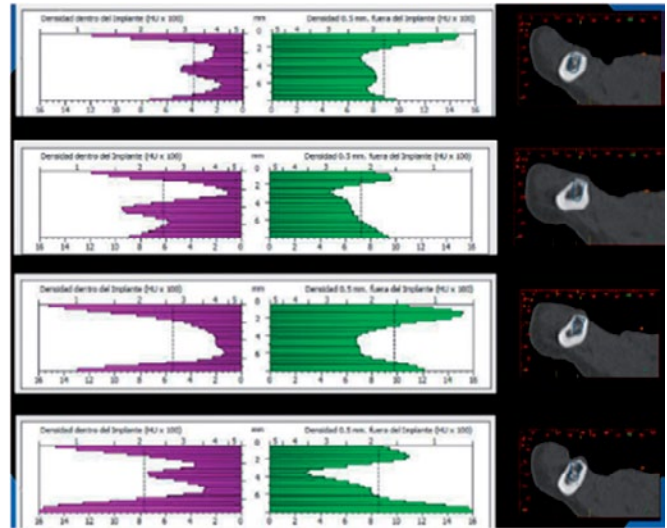


FIG. 5: Densitometria fora e dentro do implante no local do 32, 34, 42 e 44

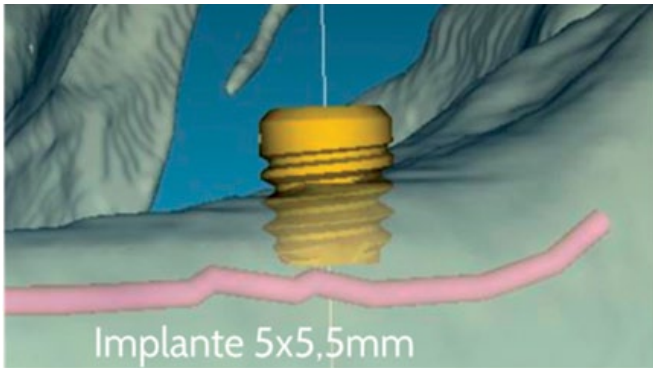


FIG. 6: Imagem tridimensional de implante 5x5,5mm interna Plus no local do 36 e sua relação com o nervo alveolar inferior, evidenciando a impossibilidade da sua colocação.



FIG. 7 (A): A partir da planificação em BTi Scan®, os dados obtidos foram convertidos para uma Guia radiográfico-cirúrgica com marcação do local dos implantes 42, 44, 32 e 34 e a região dos foramen mentonianos foi marca com amálgama

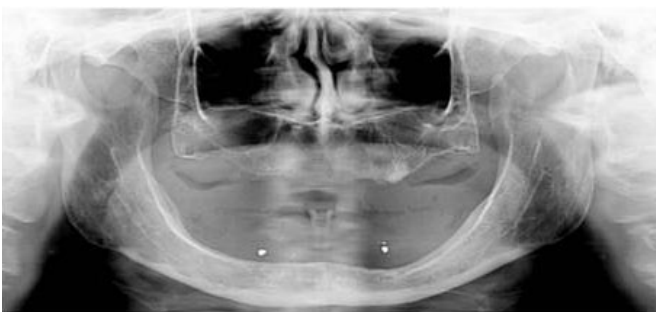


FIG. 7 (B): Ortopantomografia com guia, de notar a comprovação da emergência dos nervos mentonianos no local assinalado.



FIG. 8 (A): Intervenção cirúrgica: preparação dos leitos implantares

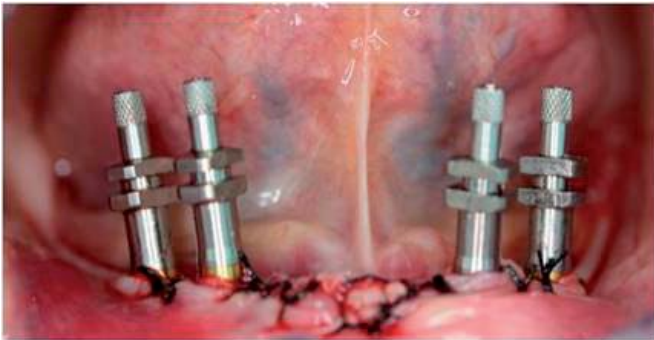


FIG.8 (B): Multi-IMs de 4mm e transferes para impressão definitiva com técnica de moldeira aberta;

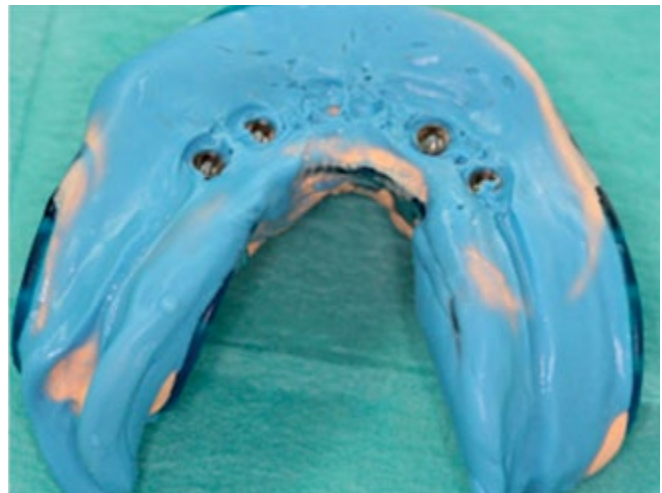


FIG.8 (C): Impressão definitiva com silicone Putty Super Soft e Regular Body



FIG.9 (A): Fotografia extra-oral final de perfil comprovando o restabelecimento da dimensão vertical



FIG.9 (B): Fotografia intra-oral final com prótese total superior acrílica removível e prótese total inferior provisória implatossuportada metalo-acrílica em carga imediata, colocada 48h após a cirurgia de implantes



FIG.9 (C): Fotografia extra-oral final de sorriso

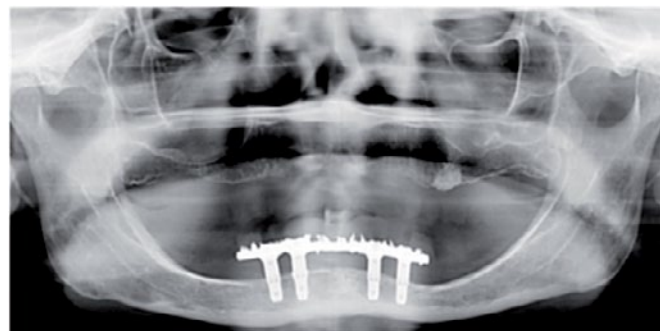


FIG.10: Ortopantomografia final com implantes colocados entre os foramen mentonianos

SOBREDENTADURA SOBRE IMPLANTES, SISTEMA DE RETENÇÃO E TIPO DE CARGA

Autores:



DÁRCIO FONSECA

Licenciado em Medicina Dentária pelo I.S.C.S Sul, 1997
Fellow in Implant Dentistry pela Universidade de Miami
Pós-graduado em Implantologia, Dentisteria e Ortodontia.
Docente do curso ministrado em Portugal do Dep. de Cirurgia Maxilo facial da Universidade de Miami



INÊS NUNES

Médica dentista.
Mestrado Integrado em Medicina Dentária pela FMDUP, 2011.
Pós-graduada em Periodontologia pelo I.S.C.S Sul.

Resumo

O edentulismo total é uma condição que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. O recurso a uma prótese convencional é a opção mais frequente, uma vez que é menos dispendiosa. Contudo, estudos revelam que os portadores deste tipo de prótese, com o passar do tempo, revelam algum desconforto principalmente pela sua perda e capacidade e capacidade de retenção, causando um mal-estar físico e psicológico no paciente que se repercute na saúde em geral.^(1,2,3)

Com a descoberta da osteointegração e utilização de alguns implantes dentários na substituição de dentes ausentes, a possibilidade de utilização de implantes associada a uma prótese convencional com sistema de encaixe (sobredentadura), permitiu a resolução de grande parte dos inconvenientes de uma prótese convencional, possibilitando restituição da função mastigatória e melhoria no conforto e auto-estima, refletindo-se na saúde em geral.^(1,3,4)

Introdução

O recurso a sobredentaduras para a reabilitação de maxilares edentulos encontra-se descrita como um procedimento credível e financeiramente acessível, comparativamente a uma reabilitação totalmente fixa.^(3,4,5) Embora a utilização de próteses convencionais na reabilitação de um paciente desdentado total seja um procedimento bastante comum, por ser economicamente mais acessível, encontra-se associada a alguns inconvenientes, dos quais se salienta a reabsorção das cristas ósseas

alveolares com consequentemente perda da retenção da prótese com o passar do tempo.^(5,6)

Assim, a conjugação de implantes a uma prótese convencional, conhecida de sobredentadura, surgiu numa tentativa de se obter o melhor de cada opção. Isto é, aliar a possibilidade de uma reabilitação com implantes, possibilitando uma maior estabilidade e adaptação da prótese, bem como uma melhor distribuição das forças mastigatórias ao longo do maxilar (menor reabsorção óssea), a um custo mais acessível.^(3,4,5) Quando se opta por uma reabilitação com uma sobredentadura são vários os aspetos protéticos que podem condicionar o êxito da reabilitação, sendo o mais comum a sua biomecânica. Ou seja, o número de implantes necessários ao suporte da prótese e a sua distribuição pela arcada, classificando-se numa reabilitação implantomucossuportada ou implantossuportada.⁷

Idealmente, o tratamento reabilitador deverá ser baseado na melhor evidência clínica. No entanto, sendo o fator económico o principal entrave na hora de optar pela melhor solução reabilitadora, é necessário fundamentar a nossa opção relativamente ao número de implantes a colocar para retenção da sobredentadura, estando esta decisão dependente das características clínicas e anatómicas presentes das quais se destaca: volume e qualidade óssea, grau de atrofia maxilar e morfologia facial. Não existe um consenso quanto ao número exato de implantes a colocar numa sobredentadura, tanto para o maxilar superior como para o inferior.^(2,4)

De acordo com a bibliografia consultada verifica-se que a nível mandibular o número de implantes a colocar poderá variar entre dois a quatro implantes (localizados a nível interforamidal), sendo esta opção dependente do tipo de arcada (em V ou U) e volume ósseos presente. Embora defendida durante vários anos², a colocação de três implantes num maxilar em V encontra-se atualmente desaconselhada, uma vez que poderá dificultar o procedimento caso seja necessário optar por uma barra para estabilização protética⁷. Sempre que exista disponibilidade óssea suficiente a colocação de quatro implantes deverá ser a escolha preferencial, pois permite uma distribuição mais eficaz das forças mastigatórias sobre tecidos peri-implantares, no entanto esta situação ainda gera alguma controvérsia entre os vários autores.^(2,4,7)

A nível do maxilar superior não existem estudos comparativos suficientes que permitam inferir sobre o número de implantes ideal, pelo que o “state of the art” consiste na adoção do princípio biomecânico das reabilitações fixas, estando assim descrita a colocação entre quatro a seis implantes, sendo a última opção considerada de ideal. Não estando aconselhada a reabilitação com um número inferior a quatro implantes, salvo em casos muito excecionais. Esta diferença, relativamente à mandíbula, encontra-se relacionada com o tipo de osso existente (menor qualidade) e com a presença de determinadas características anatómicas, como o seio maxilar.^(2,4,7)

Quanto à retenção, as sobredentaduras podem ter dois tipos de : bola ou similares e barra/ Clip, estando o seu uso indicado para diferentes situações clínicas. Atualmente, a opção de mais fácil reabilitação são os attachemts do tipo Locator, já que permitem a reabilitação sobre implantes com um certo grau de inclinação (divergência entre implantes até 40°), facilitando o trabalho do médico e do laboratório, já que se encontram disponíveis em diferentes alturas, permitindo a

criação de soluções protéticas variadas e compatível com vários sistemas de implantes, permitindo reduzir custos de material e trabalho de laboratório.⁵

No que respeita ao tipo de carga, segundo o consenso da ITI 2014, por carga imediata entende-se qualquer restauração que seja colocada em função até sete dias após a intervenção cirúrgica de colocação implantar; carga precoce, como a carga funcional colocada entre o 7º dia e a 8ª semana após a cirurgia e por fim a carga convencional, toda a colocada após as 8 semanas da cirurgia implantar.⁸

A carga precoce encontra-se bem documentada, apresentando a nível mandibular uma taxa de sobrevivência implantar, nos primeiros dois anos de 97,1% a 100% e taxa de sobrevivência relativamente à reabilitação protética de 82,6%-100%, podendo ser apenas utilizados dois implantes entre a zona interforamidal, não sendo necessário a sua ferulização. Já na maxila, a taxa de sobrevivência implantar é ligeiramente inferior, variando entre os 87,2%-95,6%, não se encontrando documentados valores de sobrevivência da reabilitação. Apesar de documentados alguns estudos, onde a colocação de implantes a nível maxilar, sem necessidade de ferulização, tenha sido documentada com taxas de sucesso elevadas, não existem estudos suficientes para validar a sua utilização isolada, comparativamente ao recurso a ferulização dos implantes, procedimento mais previsível a seguir.⁸

Relativamente à carga imediata, encontra-se descrito que a nível mandibular se apresenta um procedimento viável e previsível, com taxas de sobrevivência implantar (entre 1º e 2º anos) que variam entre os 96% -100% e valores entre 88,3%-100% para taxa de sobrevivência para a reabilitação, não se verificando diferenças, quanto à taxa de sobrevivência implantar, entre reabilitações com dois ou quatro implantes, sendo os valores independentes da presença ou ausência de ferulização. No que diz respeito à maxila, alguns estudos de carga

imediate, onde a colocação de quatro implantes e posterior ferulização, encontra-se documentada. Contudo, as evidências não são suficientes para que esta seja considerada como um procedimento previsível.⁸ No presente artigo pretende-se apresentar dois casos distintos de reabilitação com sobredentura, recorrendo à técnica de carga precoce.

Caso 1

Reabilitação de mandíbula edentula, com recurso a 4 implantes. Paciente do sexo masculino de 56 anos, portador de reabilitação removível inferior. A sua principal queixa era a falta de retenção da prótese inferior. Pelo exame clínico observou-se que o paciente apresentava um rebordo alveolar, embora com ligeira absorção, de diâmetro e volume suficientes para a colocação de quatro implantes inferiores de diâmetro 4.0 mm e comprimentos de 12 mm.

Durante as primeiras seis semanas, o paciente foi reabilitado com prótese removível convencional (prótese antiga adaptada), evitando-se carga sobre os implantes. A carga precoce foi realizada às 8 semanas, com a reabilitação definitiva, de uma sobredentadura sobre quatro implantes.

Caso 2 - Reabilitação Maxilar superior e inferior com sobredentadura sobre cinco implantes

Paciente do sexo masculino, 49 anos, saudável e fumador. No que respeita à história médico-dentária era portador de uma prótese removível total a nível do maxilar superior e prótese esquelética inferior de oito dentes. Compareceu à consulta de medicina dentária referindo como principais queixas a falta de retenção da prótese removível superior e inferior.

Após avaliação caso e, visto que a zona de maior disponibilidade óssea no maxilar inferior se encontrar entre mentonianos, procedemos a exodontia dos seis dentes 33 a 43 e optou-se por realizar uma sobredentadura superior e inferior, já que a não extração de

alguns dentes inferiores levaria a uma dificuldade na reabilitação dos dois maxilares, comprometendo não só a função como também a estética. Fez-se a reabilitação do maxilar superior e inferior com cinco implantes Klockner KL, tendo a reabilitação mandibular com implantes decorrido no mesmo tempo cirúrgico das extrações.

Durante o primeiro mês e meio, o paciente foi reabilitado com prótese removível tanto superior (prótese antiga) como inferior, sujeitas a rebaseamento mole. Tendo sido realizada às 8 semanas, carga precoce com sobredentadura superior e inferior sobre cinco implantes.

Discussão/Conclusão

A opção por uma sobredentadura é sem sobra de dúvida um tipo de reabilitação que veio contribuir para o aumento da qualidade de vida e bem-estar dos pacientes desdentados totais, aliando a possibilidade de uma retenção fixa (através de implantes) a uma prótese convencional, sem contudo aumentar os custos ao nível de uma reabilitação totalmente fixa. Nos

dois casos apresentados observou-se condições óssea ideais, quer em termos de quantidade e volume, que possibilitaram a reabilitação, no primeiro caso com quatro implantes mandibulares, distribuídos uniformemente numa mandíbula em U. No segundo caso, a reabilitação mandibular foi feita com cinco implantes já que o rebordo alveolar apresentava osso de volume suficiente para uma reabilitação fixa implanto suportada, mas que por motivos económicos não foi possível.

Assim tentou-se com o recurso a mais um implante tentar impedir a reabsorção do rebordo maxilar inferior. A nível maxilar, a reabilitação com quatro implantes esteve de acordo com os critérios estabelecidos pelo ITI, para o número mínimo de implantes necessário à reabilitação maxilar superior. Nos dois casos, realizou-se carga precoce às 8 semanas, com vista a impedir uma interferência na osteointegração, sem contudo limitar por longos períodos de tempo a função e estética do paciente através do uso de uma reabilitação removível convencional.

BIBLIOGRAFIA

1. Mahesh L, Silversten L. Restoring Facial Aesthetics and Function with Implant Overdentures. CP01.2011; 2(2):6-12.
2. Mericske-Stern et al. Management of the edentulous patient. Clinical Implants Research.2000.11: 108-125.
3. Schimmel M et al. Loading Protocols for Implant-Supported Overdentures in the Edentulous Jaw:A Systematic Review and Meta-Analysis. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants.2014; 29:271-286.
4. Rocuzzo et al. What is the optimal number of implants for removable reconstructions? A systematic review on implant-supported overdentures. Clinical Oral Implants Research. 2012.23:(6):229-237.
5. Ramiro P. El Atache Locator para Sobredentaduras: Una misma Solución Compatible com Distintas marcas de Implantes. Maxillar. Maio2005.
6. Mhatre S, et al. Rehabilitation of an Edentulous Patient with Implant Supported Overdenture. Journal of Contemporary Dentistry. Jan-Apr 2013;3(1):52-56.
7. Mallat-Callís E. Aspectos de interés en el diseño de sobredentaduras sobre implantes. RCOE [revista na internet]. 2006 Jun [citado 2014 Dic 05] ; 11(3):329-343. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1138-123X2006000300004>.
8. Gallucci G et al. Loading Protocols for Dental Implants in Edentulous Patie

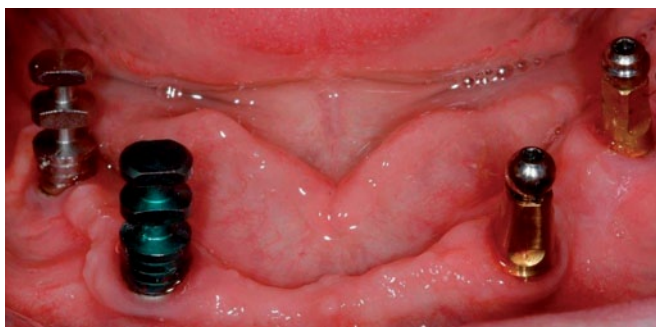


FIG. 1: Pilares de impressão para toma de impressão definitiva



FIG.2: Vista oclusal dos implantes e estado de cicatrização dos tecidos 12 semanas após a cirurgia de colocação de implantes



FIG. 3: Troquel de gesso com réplica dos pilares de bola a colocar nos locais 45,43,33 e 35



FIG. 4: Sobredentadura inferior (vista frontal)



FIG. 1: Pilares de impressão para toma de impressão definitiva



FIG. 6: Vista oclusal dos pilares de bola, em boca



FIG. 7: Sobredentadura inferior, sobre 4 implantes, em boca.



FIG. 8: Fotografia inicial frontal



FIG. 9: Fotografia do maxilar inferior, vista frontal.



FIG. 10: Pilares em bola e estado de cicatrização dos tecidos peri-implantares 8 semanas após cirurgia de colocação de implantes, vista frontal.



FIG. 11: Pilares em bola e estado de cicatrização dos tecidos peri-implantares 8 semanas após cirurgia de implantes, vista lateral direita



FIG. 12: Pilares em bola e estado de cicatrização dos tecidos peri-implantares 8 semanas após cirurgia de implantes, vista lateral esquerda

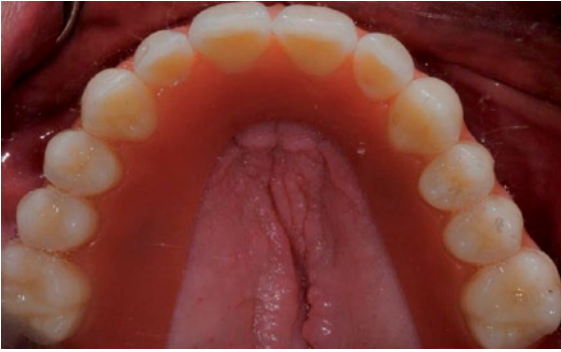


FIG. 13: SSobredentadura superior sobre 5 implantes, vista oclusa

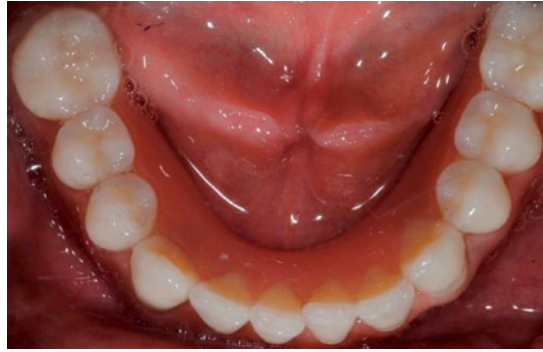


FIG. 14: Sobredentadura mandibular sobre 5 implantes, vista oclusal.



FIG. 15: Sobredentadura maxilar superior sobre 5 implantes, vista frontal



FIG. 16: Sobredentadura mandibular sobre 5 implantes, visão frontal



FIG. 17: Sobredentadura maxilar superior e inferior sobre 5 implantes, visão frontal



FIG. 18: Sobredentadura maxilar superior e inferior sobre 5 implantes, vista lateral direita



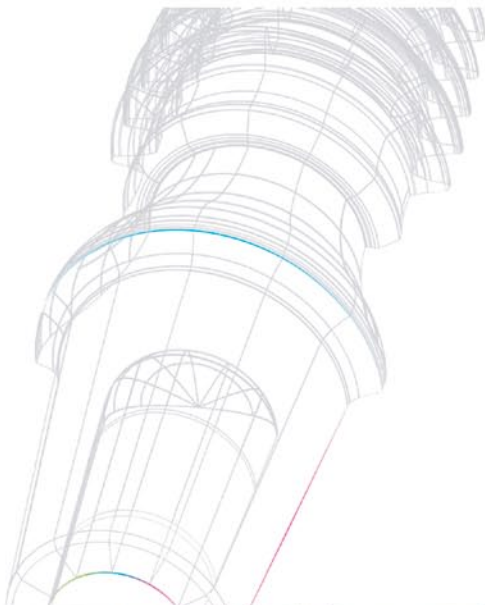
FIG. 19: Sobredentadura maxilar superior e inferior sobre 5 implantes, vista lateral esquerda



FIG. 20: Sorriso final, vista frontal

II MEETING

MEGAGEN PORTUGAL



Dr. Miguel Stanley



- Licenciatura em Medicina Dentária no ICS-Sul, em Lisboa, 1996
- Pós-graduação em Implantologia no Centro Branemark CEOSA, em Madrid, 2000/2001
- Membro Extraordinário da Academia Portuguesa de Medicina Oral; Membro da Ordem dos Médicos Dentistas OMD; Membro da SPEMD; Membro do American Academy of Cosmetic Dentistry e do restrito grupo de colaboradores europeus DentalXP, um prestigiado site de educação online para profissionais.
- Criador e produtor do programa televisivo "Dr. Preciso de Ajuda" e "Dr White", 2004-2010
- Produtor da versão portuguesa do programa "Os Doutores" e participação no programa televisivo da CBS "The Doctors"



Dr. Achraf Souayah

- Doctor in Dental Surgery, Diplomat from the Faculty of Dental Medicine of Monastir-Tunisia with Post-graduate Certificates in Implantology, Aesthetic Periodontology, Implant prosthodontics and Advanced bone surgery.
- Founder & Vice-President of ADIT (Tunisian Association of Implant Dentistry).
- Fellow of the DGOI (German Society of oral implantology).
- Fellow of the SENAME (South European North African Middle Eastern Implantology and Modern Dentistry Association).
- National and International Lecturer in Periodontology, Implantology and Cosmetic dentistry.
- MINEC Active Member (MegaGen International Network of Education & Clinical Research)
- Dr. Souayah has a private practice in Tunis where he limits his practice exclusively to Periodontics, Implantology and Esthetic dentistry.

INSCRIÇÕES ABERTAS!

Para mais informações contacte-nos
Telm.: +351 910 600 877
e-mail: geral@megagen.pt

PORTO
28 FEVEREIRO 2015



PORTO PALÁCIO
CONGRESS HOTEL & SPA
★★★★★



Av. Boavista 1269, 4100-130 Porto



Dr. Raquel Zita Gomes

- Médica Dentista licenciada pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)
- Pós-graduada em Implantologia (Instituto Branemark Gotemburgo e Serviço de Cirurgia maxilo-facial do Hospital de Västerås, Suécia)
- Curso de Especialização em Implantologia pela FMDUP
- Mestre em Implantologia pela FMDUP
- Aluna de Doutoramento na FMDUP

Dr. Nuno Gonçalves



- Pós-Graduado em Implantologia e Reabilitação Oral, Ashman Department of Periodontology and implant Dentistry, New York University College of Dentistry, NewYork - USA, de 2005 a 2007;
- Licenciado em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte em 2005
- Autor e co-autor de diversas comunicações, posters e outras publicações nacionais e internacionais



Dr. Souheil Bechara

- DDS, Oral Surgery Specialist
- Member of Lithuanian association of oral and maxilla-facial surgery
- MINEC Active Member (MegaGen International Network of Education & Clinical Research)
- Assistant Professor, Department of Oral and Maxillo-Facial Surgery, Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

PROGRAMA

- 09:00 - **Dr. Raquel Zita Gomes**
Previsibilidade na utilização clínica dos implantes AnyRidge.
- 10:30 - **Dr. Nuno Gonçalves**
Reabilitação oral em diversos tipos de crista óssea
- 11:30 - **Coffee Break**
- 11:45 - **Dr. Souheil Bechara**
Pushing immediate implantation to the limit.
- 13:15 - **Almoço**
- 14:15 - **Dr. Achraf Souayah**
Mastering Procedures for Optimal Outcome on Implants in the Esthetic Zone and complex cases
- 15:45 - **Coffee Break**
- 16:00 - **Dr. Miguel Stanley**
Como conseguir mais tempo para o seu negócio e família
Apresentação com demonstração "hands-on"

MEGAGEN PORTUGAL
For Lifetime Smiles

Rua dos Açores, 67 - 4430-643 V.N. Gaia
T +351 223 736 052 - Dep. Comercial T +351 910 600 877
E geral@megagen.pt - W megagen.pt

AnyRidge®
The 3rd Century premium implant system





SATELEC LANÇA KIT PIEZOCISIÓN™ PARA CIRURGIÁ ORTOGNÁTICA

A Satelec anunciou uma inovação no campo da cirurgia ortognática: novas ferramentas que permitem realizar corticotomias precisas (3mm de profundidade) para tratar problemas de oclusão em adultos. Isto graças à aceleração do movimento dental e de forma minimamente invasiva. “Esta técnica diminui consideravelmente as dores pós-operatórias, o tempo de intervenção, bem como o tempo global de tratamento ortodontivo”, informa a empresa. O kit Piezocisión inclui 4 insertos “sierra”: três de forma redonda (para respeitar a morfologia do osso) e um inserto plano.



ORTOPLUS COM NOVO DESENHO DE PACKAGING

O laboratório Ortoplus lançou no mercado um novo desenho de packaging para todo o catálogo de produtos. Esta evolução da identidade visual da marca representa uma das mudanças mais importantes da marca, a nível de imagem, desde a sua criação. O novo design reflete ainda o compromisso da marca com a sustentabilidade para otimizar o transporte e reduzir o uso de materiais, transformando a caixa num produto reutilizável.



ALINEADENT ASSINALA 3º ANIVERSÁRIO

A Alineadent assinalou em 2014 o seu 3º aniversário e para este ano tem como objetivo “satisfazer as necessidades dos odontólogos através da inovação e desenvolvimento de novas tecnologias, plataformas e aplicações que possam ajudar a melhorar a maloclusão de muitos pacientes, através de um sistema 3D totalmente digitalizado”. Ao longo de três anos, a marca tornou-se uma referência na ortodontia invisível, muito graças à criação do primeiro software de gestão dental, LineDock. Uma plataforma que representou uma mudança no conceito de ortodontia invisível.

WALK IN CLINICS AVANÇA COM EXPANSÃO

A Walk’in Clinics, rede de Clínicas e Bem-Estar, abriu a sua primeira clínica de rua na Praça de Alvalade, em Lisboa, expandindo a presença em território nacional. O investimento, que rondou um milhão de euros, vai criar 40 postos de trabalho. De acordo com a empresa, esta expansão é acompanhada por um reforço na prestação de cuidados de saúde primários. “A nova clinica, que já está aberta, mantém o mesmo horário - 7 dias da semana - entre as 10h00 e as 22h00 - e sem necessidade de marcação. A nova Clínica da Praça de Alvalade inova também pelo alargamento da oferta de consultas de especialidades, que inclui Cardiologia, Pediatria, Ortopedia, Neurologia, Dermatologia, Psiquiatria, Psicologia, Medicina Desportiva, Ginecologia&Obstetrícia, Cirurgia Geral e Senologia. Além das análises clínicas e das análises genéticas, reforçámos ainda os meios complementares de diagnóstico na área da imagiologia, com a Ortopantomografia, o RX convencional e a Ecografia”, refere a Walk’in Clinics em comunicado. A marca já tem clínicas localizadas nos centros comerciais das regiões de Sintra, Lisboa Telheiras, Aveiro e Santa Maria da Feira, e agora na Praça de Alvalade.

W&H COM OFERTAS ESPECIAIS ATÉ AO FINAL DO MÊS

Devido a uma elevada procura pelas ofertas especiais apresentadas em outubro, a W&H decidiu prolongar as mesmas até ao final do mês de janeiro. Em destaque vão estar produtos como “turbinas e contra ângulos para restauração e prótese”, “o motor de cirurgia Implantmed”, “os esterilizadores Lisa e Lina, esterilização com Ciclos B e as unidades de manutenção Assistina, para Higiene e Manutenção” e “as unidades Perfecta para Laboratório Dentário”, informou a empresa em comunicado. Saiba mais através do email oficinas.es@wh.com

SIMESP INTEGRA ESTRUTURA DA DENTSPLY ESPANHA

A Dentsply Internacional está a reestruturar o seu modelo de distribuição na Europa. Para que a distribuição dos produtos Maillefer em Portugal e Espanha continue a decorrer através de um distribuidor exclusivo, a empresa integrou na sua estrutura espanhola os profissionais da Simesp. “Estamos convencidos de que esta incorporação afetará positivamente o mercado, oferecendo ao distribuidor soluções globais dentro das áreas da restauração e da endodontia”, refere a Dentsply. A Simesp distribui os produtos da Dentsply em Portugal e Espanha há mais de 20 anos.



ORTHOAPNEA TEM NOVO DIRETOR INTERNACIONAL

Bernd Kangowski é o novo diretor internacional da Orthoapnea. Com experiência em comércio internacional, vai ficar responsável pela divisão internacional da marca com o objetivo de consolidar a presença em mercados atuais e ampliar a área de ação sobre outros mercados emergentes. “Uma das próximas missões como diretor internacional será estar presente nas feiras internacionais mais importantes do setor durante 2017, para dar a conhecer as últimas novidades da Orthoapnea”. Segundo Jesús García Urbano, diretor geral da empresa, Bernd Kangowski irá liderar a expansão internacional da empresa e “levar a cabo a abertura de novas delegações na Europa, América do Sul, entre outros”.

FRANÇA: MERCADO DE IMPLANTES É DOS MAIS LUCRATIVOS DA EUROPA

França é um dos maiores mercados de implantes dentários do mundo e, segundo um estudo do Grupo iData Research, é um dos mais lucrativos da Europa. De acordo com dados revelados pela consultora, em 2013 este mercado valia cerca de 153 milhões de euros, devendo atingir os 278 milhões de euros em 2020. O mercado de implantes dentários continua a crescer em França à medida que muitos dos produtores internacionais de implantes começam a investir no desenvolvimento deste mercado. O mercado francês vai ser impulsionado, sobretudo, pela competição que começa a existir”, explicou Kamran Zamanian, CEO do Grupo iData, ao Dental Tribune. Este ano, o mercado francês de implantes dentários deverá atingir um crescimento de 5% face ao período homólogo.

SIMESP INTEGRA ESTRUTURA DA DENTSPLY ESPANHA

Com o Anatomic Coloured, o novo material em zirconia, a Zirkozahn conseguiu uma inovação que aumenta ainda mais a rentabilidade do laboratório dentário. Os blocos Anatomic Coloured estão disponíveis já pré-coloridos em diversas tonalidades. “Uma particularidade característica do Anatomic Coloured é a sua coloração homogénea, o que significa que os corantes já são adicionados ao pó de zirconia nas primeiras fases da produção”, informa a empresa. Nos processos de coloração tradicionais, a zirconia é pigmentada numa fase especial do trabalho, antes da sinterização, através da técnica de pincel ou de imersão da estrutura. Com o Anatomic Coloured já não é necessário. As vantagens são uma melhor rentabilização através da poupança de tempo durante a produção, assim como uma coloração homogénea, uma vez que as diferenças na caracterização, causadas por métodos diferentes de trabalho dos técnicos dentários, podem ser evitadas. A



caracterização final da restauração com o Anatomic Coloured é feita com os corantes e o revestimento em cerâmica. Anatomic Coloured está disponível em 16 cores da escala de cores VITA e pode ser caracterizado com ICE Zirkon Malfarben, ICE Zirkon Malfarben Prettau® e ICE Zirkon Malfarben 3D by Enrico Steger.

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Edição Portuguesa

Sociedade: Os mais desfavorecidos têm menos oito dentes

por DTI

Sociedade: Os mais desfavorecidos têm menos oito dentes

As camadas mais desfavorecidas da população têm menos oito dentes quando atingem a faixa etária dos 70 do que as mais ricas, concluiu um dos maiores estudos sobre o tema realizado até à data. A investigação, resultado da colaboração entre a Newcastle University, a Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, University College London (UCL) e o UK National Centre for Social Research, demonstrou que a saúde oral é substancialmente pior em 20% da população mais desfavorecida quando comparada com a mais rica. Os indivíduos com idade superior a 65 anos compõem o grupo com pior resultado e uma média de oito dentes a menos – um quarto de uma série completa de dentes – do que no grupo mais rico. Mais de seis mil pessoas, com idade igual ou superior a 21 anos e pertencentes a todos os estratos económicos e regiões do Reino Unido (excetuando a Escócia) participaram neste estudo, financiado

pelo Economic and Social Research Council e que usou dados obtidos pelo recente UK Adult Dental Health Survey. Quem tinha rendimentos mais baixos, maiores privações, menores habilitações e estatuto profissional mais baixo apresentou os piores resultados clínicos, incluindo maior queda dentária, doença periodontal e diastemas, bem como menor número de dentes em ter-

mos globais. Apesar destas diferenças sociais, a saúde oral tem melhorado e a situação dos jovens adultos britânicos é, em traços gerais, muito melhor agora do que anteriormente. Contudo, estudos anteriores realizados pela mesma equipa e já publicados revelaram que, apesar dos mais jovens terem uma boca muito mais saudável do que os seus antecessores, quando questionados

sobre como classificavam a sua saúde oral e de que forma os afetava, a distinção social entre ricos e pobres era evidente e ainda mais acentuada do que nos grupos mais velhos. Os jovens mais desfavorecidos estavam cientes da sua fraca saúde oral e tinham maior tendência, comparativamente às pessoas mais ricas, a classificar a sua saúde oral como pobre ou afirmar que afe-




tava o seu dia-a-dia. Considerando a diversidade de razões que explicam uma saúde oral deficiente, Jimmy Steele, CBE, Diretor da Escola de Ciências Dentárias da Newcastle University e autor principal do estudo, afirmou: “Provavelmente não é de admirar que as pessoas mais pobres tenham uma pior saúde oral do que as mais ricas, mas o que surpreende é a dimensão das diferenças e a forma como afeta as pessoas. Oito dentes em falta, em média, é um número muito elevado e que terá um grande impacto nestas pessoas. Com base nos nossos dados não é fácil identificar que fatores específicos determinam cada uma das diferenças que constatámos, mas existirá um misto de

razões e não apenas questões, como por exemplo o acesso ao tratamento.” “Embora a geração mais nova tenha uma saúde oral muito melhor do que os seus pais tiveram, as diferenças entre ricos e pobres são consideráveis e os mais jovens estão particularmente conscientes do facto de não terem uma boca saudável. O risco que se coloca é que, à medida que a saúde global melhora, venham a agravar-se as diferenças e as pessoas mais desfavorecidas sejam prejudicadas”. Georgios Tsakos, professor no Departamento de Investigação em Epidemiologia e Saúde Pública da UCL, acrescentou: “No que respeita aos jovens adultos, demonstrámos que não é apenas o facto de ser po-

bre que afeta a sua percepção sobre a saúde oral e qualidade de vida, mas as suas habilitações também podem fazer uma grande diferença. Este facto tem fortes implicações nas políticas a adotar, uma vez que a intervenção numa fase precoce da vida poderá trazer um efeito a longo-prazo em termos de saúde oral.”

As desigualdades existentes no campo da saúde oral exigem uma ação urgente, como afirmou John Wildman, Professor de Economia da Saúde na Newcastle University Business School, e principal investigador no estudo do Economic and Social Research Council: “As desigualdades em saúde oral não foram alvo da atenção que merecem. O nosso es-

tudo constitui uma tentativa para restabelecer este equilíbrio. A saúde oral contribui em grande medida para o bem-estar quotidiano e abordar estas desigualdades pode trazer melhorias consideráveis para a qualidade de vida de um vasto número de pessoas.” Richard Watt, Diretor do Departamento de Investigação em Epidemiologia e Saúde Pública da UCL, comentou a importância das implicações políticas desta pesquisa: “A desigualdades em saúde oral requerem uma ação urgente da parte de organizações como a Saúde Pública, nomeadamente é preciso fazer mais para atingir as causas subjacentes da patologia oral, como as dietas ricas em açúcar.” 


Novo estudo estabelece elo entre perda dentária e aterosclerose

por DTI

Investigadores japoneses analisaram a associação entre a perda dentária, como indicadora de patologia oral, e a rigidez arterial, como marcador de aterosclerose, em adultos japoneses e concluíram que existe, de facto, uma relação entre as duas patologias. Contudo, verificou-se que a severidade da aterosclerose variava entre homens e mulheres no grupo dos pacientes com patologias orais. Embora

vários estudos tenham indicado que a patologia oral é um fator de risco para doenças cardiovasculares, o mecanismo por detrás desta ligação permanece envolto em controvérsia. Por este motivo, os investigadores da Universidade de Quioto reuniram dados de 8,124 indivíduos, com idades compreendidas entre os 30 e os 75 anos e um historial de perda dentária por inflamação. A análise detalhada da componente oral e a avaliação da

rigidez arterial dos participantes permitiu verificar que a ligação entre o nível de rigidez arterial e a perda dentária está dependente do género, com apenas elementos do sexo masculino a apresentarem uma relação positiva. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a doença periodontal severa, que pode originar a perda dentária, está presente em 15 a 20% dos adultos de meia-idade a nível mundial. As doenças cardiovasculares

são a primeira causa de morte em termos globais e, segundo estimativas desta organização, em 2030 mais de 23 milhões de pessoas perderão a vida anualmente devido a esta patologia. O estudo, intitulado Tooth loss and atherosclerosis: The Nagahama Study foi divulgado online no Journal of Dental Research, publicado pela International Association for Dental Research, a 18 de novembro, antes da impressão em papel. 

IDS 2015 prepara a maior feira de sempre em inovação dentária



por DTI

O maior número de visitantes de sempre estará presente no International Dental Show (IDS), na Alemanha, anunciaram os representantes da organização Koelnmesse e da Associação Alemã de fabricantes de produtos dentários na conferência de imprensa realizada em Bergisch Gladbach, perto da cidade de Colónia. Segundo a organização são esperados mais de 125 mil profissionais na maior exposição mundial do setor dentário, que terá lugar em março e irá apresentar os últimos avanços e tendências no universo da Medicina Dentária. Com as inscrições

em início de dezembro a ultrapassar os números registados na feira de 2013, existe já um número recorde de empresas da área dentária inscritas para este evento de cinco dias. Face a este aumento, o evento irá ocupar um salão de exposições adicional no recinto Koelnmesse, expandindo a área de exposição total para 150 mil metros quadrados pela primeira vez. De acordo com a chefe de operações do Koelnmesse, Katharina C. Hamma, cerca de um quarto das companhias presentes na IDS não vêm da Alemanha. “O grau elevado de internacionalização e a vasta gama de exposi-

tores são únicos a nível mundial. É por estas razões que o International Dental Show é um evento imperdível para qualquer pessoa que esteja relacionada com o ramo dentário,” afirmou. O presidente da Associação Alemã de Fabricantes de produtos dentários, Martin Rickert, afirmou que, enquanto o evento irá abranger a gama completa de produtos dentários, será dedicada uma atenção especial ao uso da digitalização na área dentária e à ligação entre os diferentes sistemas usados para conseguir um melhor diagnóstico e tratamento. As últimas novidades, incluindo os novos e

aperfeiçoados materiais de preenchimento em domínios mais convencionais como a restauração dentária, estarão igualmente em exibição. Pela primeira vez, a IDS 2015 terá um Career Day, dia vocacionado para a carreira e que pretende servir como uma plataforma de encontro entre a indústria e os jovens dentistas. Os visitantes profissionais terão igualmente a oportunidade de experimentar as novas tecnologias através dos Know-How Tours, percursos que estão a ser organizados em colaboração com dois reputados médicos dentários de Colónia e que constituem uma novidade na edição deste ano. Iniciativas com provas dadas, com a Speakers' Corner lecture forum e o Dealers' Day, no primeiro dia do evento, serão incluídas novamente. Realizada a cada dois anos, a IDS é um dos eventos profissionais mais antigos da Alemanha organizada pela indústria dentária alemã. Nos últimos anos tornou-se uma das exposições globais mais importantes na área dos produtos e serviço dentários, atraindo profissionais de mais de 140 países. A maioria das empresas escolhe este evento para lançar novos produtos. [DTI](#)



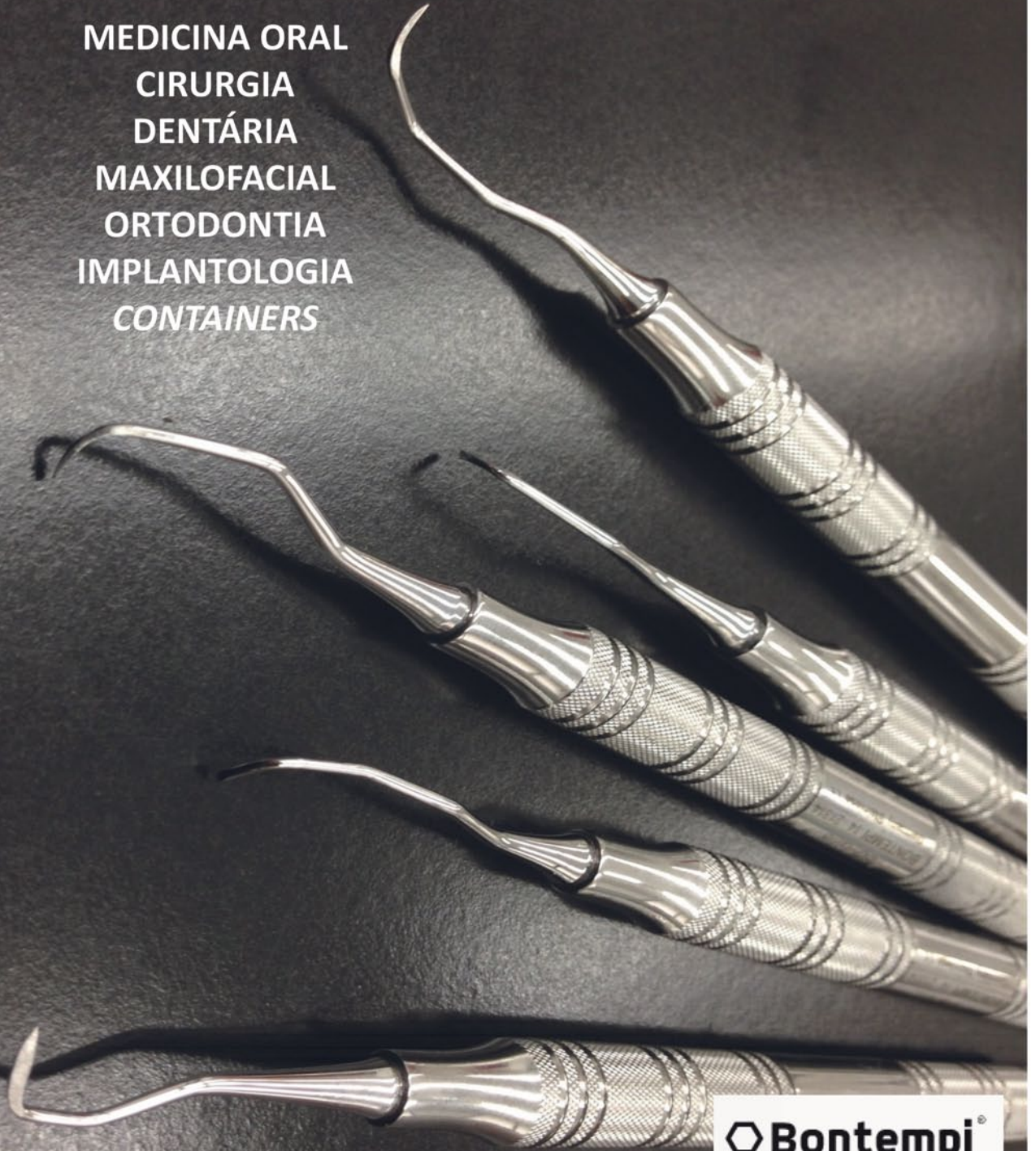
Bontempi

SURGICAL INSTRUMENTS
PORTUGAL

Passion for Excellence

www.bontempiportugal.pt

MEDICINA ORAL
CIRURGIA
DENTÁRIA
MAXILOFACIAL
ORTODONTIA
IMPLANTOLOGIA
CONTAINERS



 **Bontempi**[®]
Chirurgische Instrumente

www.bmedsurgery.it



RUI PAIVA
Médico dentista, OMD 633

O ESTADO DAS COISAS

O tempo e o local: Novembro de 2014, Matosinhos, Congresso Anual da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). De acordo com a OMD, tratar-se-á da maior reunião de profissionais da Medicina Dentária a nível nacional. Ficámos a saber que apenas cerca de 18% dos médicos dentistas de Portugal se inscreveram (1732 inscritos). A mim, parece-me pouco... De qualquer modo, 1732 médicos dentistas mais 763 estudantes ainda é muita gente e a OMD deveria, na minha modesta e irrelevante opinião, ter tido a capacidade de mobilizar os presentes para a urgência dos temas polémicos actualmente em cima da mesa na Medicina Dentária portuguesa. Tratou-se, no entanto, de mais uma oportunidade perdida no sentido de mobilizar a classe e alertar a sociedade para a situação real da Medicina Dentária portuguesa.

Se não vejamos: quais os temas mais actuais e na moda hoje em dia na Medicina Dentária? A estética e os implantes. Pois decidiu a organização do congresso que a primeira mesa redonda dedicada ao tema “Medicina Dentária na Europa” haveria de coincidir, em toda a sua duração, com a conferência do Dr. Ueli Grunder, implantologista suíço

de Zurique, acerca da “*Regeneração óssea e tecidual para alcançar resultados previsíveis na estética implantar*”. Esta conferência teve lugar no auditório principal enquanto a mesa redonda teve lugar numa salinha dos fundos da Exponor. Ora, nesta mesa redonda discutiram-se assuntos fundamentais para o futuro imediato da nossa profissão. Participou o Dr. Alastair Miller da Associação Dentária Britânica, que essencialmente deixou a ideia de que, no Reino Unido, o número de médicos dentistas nas grandes cidades é já suficiente; já fora dos grandes centros a situação ainda é de procura de cuidados médico-dentários acima da oferta, situação que dentro de poucos anos se reverte, aspecto que em muito deverá interessar os nossos jovens colegas que em tão elevado número têm procurado trabalho naquele país.

Por outro lado a Dr^a. Catherine Mojaisky, da Associação Dentária Francesa e da Confederação dos Sindicatos Dentários de França, transmitiu com preocupação os números actuais em França: existem 41 mil médicos dentistas para uma população de 66 milhões de pessoas, o que dá uma relação de 1:1609 (a recomendação da Organização Mundial de Saúde é de 1:2000). A principal diferença para Portugal

(onde a mesma relação é de 1: 1100!) é que o Estado francês comparticipa 620 actos médico-dentários a 70%. Este aspecto faz toda a diferença no que respeita à saúde oral da população e à taxa de ocupação dos médicos dentistas...

Em representação do nosso país vizinho, o Prof. Dr. Juan Carlos Llodra do Conselho Geral dos Colégios de Médicos Dentistas e Estomatologistas de Espanha, Professor de Saúde Pública na Universidade de Granada, apresentou de modo muito crítico a preocupante realidade espanhola. O Dr. Juan Carlos Llodra já em 1994 escrevia que “se não estabelecermos medidas eficazes para controlar o número de dentistas, teremos daqui a pouco DESEMPREGO REAL entre os médicos dentistas em Espanha. Corremos igualmente o risco de assistir a uma REDUÇÃO FORÇADA da carga de trabalho, a um risco de SOBRETAMENTOS e a uma BAIXA DA QUALIDADE dos tratamentos dentários” (in “*La salud bucodental en España 1994*”, pág 85-86). Em 2014 há em Espanha 33 mil médicos dentistas para uma população de 47 milhões de habitantes, donde resulta uma relação de 1:1424 (relembro: em

Portugal somos 1:100!) O sistema de assistência dentária estatal espanhol assemelha-se muito ao português: assistência essencialmente privada, sendo que o Estado apenas assegura urgências médico-dentárias no âmbito da cirurgia maxilo-facial, tem em marcha um programa de prevenção para a população juvenil (dos 7 aos 15 anos) e financia programas regionais para a população desfavorecida (prótese) e mulheres grávidas. O nosso país vizinho debate-se ainda com a problemática dos falsos seguros dentários e das clínicas franchisadas; é a Ibéria, senhores!

Para escurecer ainda mais o quadro, falta referir que a Ordem dos Médicos Dentistas de Espanha conclui ainda, no seguimento do inquérito a mil colegas do país, que a procura de cuidados dentários em 2012 decresceu significativamente, atingindo p.ex. valores de menos 85% de tratamentos de prótese fixa, menos 73% de implantes ou menos 89% de tratamentos estéticos! (in *“Inquérito telefónico a mil dentistas espanhóis – evolução da procura de cuidados dentários e influência da crise económica (2013)”*).

Participaram ainda nesta mesa redonda a jurista da OMD, Dr^a. Filipa Carvalho Marques e a Dr^a

Sara Rodas, jurista no Council of European Dentists. A OMD, representação portuguesa nesta mesa redonda, delegou na empresa privada QSP – Consultoria de Marketing que elaborou o “Barómetro Nacional de Saúde Oral”, a apresentação de uma série de dados estatísticos sem qualquer preocupação em realçar os aspectos mais dramáticos do exercício da profissão em Portugal, tendo antes optado por um estilo de apresentação leve e diria eu mesmo de entretenimento.

No último dia do congresso, e no último período de conferências, isto é, no sábado às 17h.30, na mesma salinha dos fundos da Exponor, enquanto decorria no auditório principal a mega conferência de dia inteiro do Prof. Pascal Magne, da Universidade do Sul da Califórnia, acerca da temática da moda “restaurações adesivas na dentição anterior”, decorria mais uma mesa redonda, desta vez dedicada à “Ética e Deontologia”. Participaram uma jurista da DECO (Dr^a Ana Cristina Tapadinhas), um jurista/médico dentista da OMD (Dr. André Moz Caldas), um antigo Secretário-geral da OMD (Dr. João Braga) e uma professora de marketing, publicidade, comunicação (Dr^a Ana Paula Cruz).

Enquanto no auditório principal, de tão repleta estava a plateia, viam-se pessoas de pé e sentadas nos degraus, nesta salinha dos fundos contavam-se cerca de 30 pessoas... E no entanto discutiam-se, a meu ver, temas fundamentais para o exercício da Medicina Dentária: o excesso de profissionais, a concorrência desleal, a publicidade, a falta de ética. Não foram autênticas mesas redondas – a falta de tempo concedido à discussão do que se acabara de ouvir, a ausência de bom senso e de capacidade de síntese de alguns intervenientes e a obrigatoriedade de apresentar à mesa as questões por escrito antecipadamente, tolheram o debate. Não foi importante. Não o foi porque infelizmente a OMD e a organização do congresso não tiveram a lucidez, o sentido de oportunidade e quiçá a coragem de organizar estas mesas redondas em horário e local nobres durante o congresso. Assim não vamos lá...

Para reflexão, repito o ratio habitantes/ Médicos Dentistas: França 1: 1609, Espanha 1: 1424, Portugal 1: 1100, Recomendação OMS: 1:2000...

(O autor escreve de acordo com a antiga ortografia)



Programa para a Inclusão e Vida Saudável – Um balanço muito positivo

Iniciado em Janeiro de 2014, o PIVS - Programa para a inclusão e vida saudável, co-financiado pelo Fundo Social Europeu, através da tipologia 6.15 do POPH, beneficiou mais de 107 mil portugueses. Neste momento, a Mundo a Sorrir, com o empenho e dedicação de um grupo de Médicos Dentistas e Higienistas Oraís conseguiu já visitar cerca de 125 municípios desenvolvendo

diversas atividades de cariz preventivo, cujo foco foi sempre a implementação de hábitos de vida saudáveis nas crianças e jovens de Portugal. A implementação da escovagem dentária, numa base diária e em ambiente escolar passou de três municípios em 2013 para 13 municípios, num total de 108 escolas participantes. Esta é uma atividade que beneficia tremendamente a vida das crianças do 1º ciclo do ensino básico através do estabelecimento de rotinas diárias de higiene oral nas suas vidas. Diversas campanhas de sensibilização e eventos públicos realizados de norte a sul do país deram relevo à temática dos estilos de vida saudáveis salientando a importância de uma boa higiene oral e de uma alimentação saudável. Escolas, Misericórdias, Mutualidades e Instituições particulares de solidariedade social foram o palco de todas estas ações. Foram vários os profissionais de saúde que se destacaram e que permitiram a concretização destes excelentes resultados. O nosso muito obrigado às Higienistas Oraís Patrícia Gouveia, Carolina Pizarro, Zaida Silva, Sara Brites e Inês Ferreira e aos Médicos Dentistas: Diana Melo, Madalena Spratey, Virgínia Martinho e Sérgio Mascarenhas pelo seu empenho, profissionalismo e solidariedade!



Manuela Ramalho Eanes defende “inclusão da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde”

“A indiferença é o pior que pode acontecer às pessoas e às instituições. Todos deveríamos lutar pela inclusão da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde: deputados, políticos, sociedade civil!” Foi com estas palavras que Manuela Ramalho Eanes manifestou a sua posição no passado dia 24 de Setembro, no novo Auditório da Assembleia da República, durante o Fórum “Cidadania para a Promoção da Saúde”, organizado pela Mundo a Sorrir. O discurso integral de Manuela Ramalho Eanes está disponível em: <http://mundosorrir.org/discurso-dra-manuela-ramalho-eanes/>

Voluntários regressam da Guiné-Bissau após missão de três meses

David Francisco e Mariana Vaz, voluntários da Mundo a Sorrir na Guiné-Bissau, estiveram três meses

no terreno a desenvolver prevenção e tratamento clínico. Os dois voluntários regressaram no dia 16 de Dezembro a Portugal, tendo realizado cerca de 250 tratamentos em ambiente clínico; 50 palestras de educação para saúde e hábitos de vida saudáveis e 1541 aplicações tópicas de flúor. Ao longo dos três meses, o trabalho desenvolvido pelos voluntários



conseguiu alcançar cerca de 3500 crianças guineenses.

COMO FAZER O MUNDO SORRIR?

SENDO VOLUNTÁRIO, ASSOCIADO OU PARCEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL E SAÚDE GLOBAL COMO DIREITO UNIVERSAL.

WWW.MUNDOASORRIR.ORG FACEBOOK.COM/MUNDOASORRIR



clavamox dt®

AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÂNICO 875/125 mg



Herói no combate às bactérias

16 caixa de comp.

1 comp.
2 x ao dia



CLAVAMOX DT®, 875 mg/125 mg, comprimidos revestidos por película, contendo 875 mg de amoxicilina (sob a forma de amoxicilina tri-hidratada) e 125 mg de ácido clavulânico (sob a forma de clavulanato de potássio). **CLAVAMOX DT® 400, 400 mg/57 mg/5 ml**, pó para suspensão oral, contendo 400 mg de amoxicilina (sob a forma de amoxicilina tri-hidratada) e 57 mg de ácido clavulânico (sob a forma de clavulanato de potássio) por 5 ml. **Indicações terapêuticas:** CLAVAMOX® está indicado no tratamento das seguintes infeções em adultos e crianças: sinusite aguda bacteriana (adequadamente diagnosticada), otite aguda média, exacerbação aguda da bronquite crónica (adequadamente diagnosticada), pneumonia adquirida na comunidade, cistite, pielonefrite, infeções da pele e dos tecidos moles, em particular celulite, mordidas de animal, abscesso dentário grave com celulite disseminada, infeções ósseas e articulares, em particular osteomielite. **Posologia e modo de administração:** Adultos e adolescentes ≥ 40 kg: Dose padrão: (para todas as indicações) uma toma de 875 mg/125 mg duas vezes por dia; Dose elevada (para infeções como otite média, sinusite, infeções do trato respiratório inferior e infeções do trato urinário): uma toma de 875 mg/125 mg três vezes por dia. Crianças < 40 kg: 25 mg/3.6 mg/kg/dia a 45 mg/6.4 mg/kg/dia divididos por 2 doses; Dose elevada (para infeções como otite média, sinusite, infeções do trato respiratório inferior): até 70 mg/10 mg/kg/dia divididos por 2 doses. Não estão disponíveis dados clínicos para dosagens superiores a 45 mg/6.4 mg/kg/dia de Clavamox® 7:1 em crianças com idade inferior a 2 anos. Não estão disponíveis dados clínicos para formulações de Clavamox® 7:1 em crianças com idade inferior a 2 meses. Consequentemente, não poderão ser feitas recomendações de dose para esta população. Idosos: não é necessário nenhum ajuste de dose. Insuficiência renal: nenhum ajuste de dose é necessário em doentes com depuração de creatinina (CrCl) superior a 30 ml/min. Em doentes com depuração de creatinina (CrCl) inferiores a 30 ml/min, o uso de formulações de CLAVAMOX® 7:1 não é recomendado, e assim, não estão disponíveis recomendações para ajustes de dose. Insuficiência hepática: dosear com precaução e monitorizar a função hepática em intervalos regulares. A duração da terapêutica deverá ser determinada pela resposta do doente. O tratamento não deve estender-se por um período superior a 14 dias sem avaliação. CLAVAMOX® deve ser administrado no início das refeições para minimizar a potencial intolerância gastrointestinal e otimizar a absorção da amoxicilina e do ácido clavulânico. **Contra-indicações:** hipersensibilidade às substâncias ativas, a qualquer penicilina ou a qualquer um dos excipientes; historial clínico de reação grave de hipersensibilidade imediata (por ex., anafilaxia) a qualquer outro agente beta-lactâmico (por ex., cefalosporinas, carbapenems, monobactams); historial clínico de icterícia/insuficiência hepática devido a amoxicilina/ácido clavulânico. Efeitos indesejáveis: As reações adversas medicamentosas (RAMs) mais comumente notificadas são diarreia, náusea e vômito. As RAMs listadas por frequências (*muito frequentes*: $>1/10$, *frequentes*: $>1/100$ e $<1/10$, *pouco frequentes*: $>1/1000$ e $<1/100$, *raras*: $>1/10000$ e $<1/1000$, *muito raras*: $<1/10000$, *desconhecido* (*não pode ser estimado a partir dos dados disponíveis*), foram as seguintes: Muito frequentes: diarreia (CLAVAMOX DT®); frequentes: candidíase mucocutânea, diarreia (CLAVAMOX DT® 400), náusea, vômito; Pouco frequentes: tonturas, cefaleias, indigestão, aumento dos valores AST e/ou ALT, erupção cutânea, prurido, urticária; Raras: leucopenia reversível (incluindo neutropenia), trombocitopenia, eritema multiforme; Desconhecido: proliferação de organismos não suscetíveis, agranulose reversível, anemia hemolítica, prolongamento do tempo de hemorragia e do tempo de protrombina, edema angioneurótico, anafilaxia, síndrome semelhante à doença do soro, vasculite por hipersensibilidade, hiperatividade reversível, convulsões, colite associada ao antibiótico, língua negra pilosa, descoloração dos dentes (CLAVAMOX DT® 400), hepatite, icterícia colostática, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, dermatite exfoliativa e bulhosa, pustulose exantematosa aguda generalizada, nefrite intersticial, cristalúria. *Sob licença de SmithKline Beecham, plc, UK. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM: BIAL - Portela & C.ª S.A., À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado. Medicamento sujeito a receita médica. DIDSAM100303*

CV/DEZ14/020

Bial

P O R T E L A & C.ª, S. A.



W&H

UMA EMPRESA INTERNACIONAL PRÓXIMA DAS NECESSIDADES LOCAIS

Texto: CARMEN SILVA

A W&H é uma empresa com 125 anos cujo sucesso assenta na inovação, na qualidade e no serviço. Ao longo dos anos, esta aposta na inovação tem permitido “produzir com padrões contínuos de qualidade e conceber produtos que tenham uma vida útil prolongada”.



A W&H é uma empresa familiar fundada em 1890, com localização em Bürmoos (Áustria), com três fábricas de produção na Áustria e Itália e 19 filiais espalhadas pela Europa, Ásia e América do Norte. Para Ângela Paredes, gerente da W&H Ibérica, o segredo do sucesso reside na “inovação, na qualidade e no serviço”. Exemplo desse sucesso é o facto de “sermos o único fabricante de instrumentos rotatórios que tem mantido a produção de forma contínua desde 1890”.

Esta inovação pela qual a W&H se pauta tem permitido ainda “produzir com padrões contínuos de qualidade e conceber produtos que tenham uma vida útil prolongada”, refere a gerente. Produtos de qualidade, em combinação com uma política de proximidade através “dos colaboradores das delegações locais, que oferecem um contato mais próximo com a marca” são, segundo Ângela Paredes, “pontos-chave para o crescimento da empresa”. No entanto, também o serviço de pós-venda tem contribuído para “o fortalecimento da implementação da marca”.

Pioneiros no uso da luz LED

A W&H tem produtos na área das restaurações e próteses, esterilização, higiene e manutenção, cirurgia oral e implantologia, profilaxia e periodontia, endodontia e laboratório de prótese dentária. Esta abrangência possibilita “sermos uma ótima opção quando se trata de oferecer todas as soluções que o médico dentista precisa no seu dia-a-dia”, indica Ângela Paredes. Assim sendo, os produtos da empresa “são constantemente utilizados em consultórios dentários, clínicas dentárias, laboratórios de prótese dentária e em microcirurgia”, refere.

Desde a sua fundação que a W&H “tem tido um grande reconhecimento pelo seu instrumental clínico, onde fomos pioneiros no uso da luz LED nos instrumentos rotatórios”. O ano de 1998 foi um marco para a empresa com a criação da Implantmed, uma unidade cirúrgica projetada à medida das necessidades do profissional, que “significou para a W&H um tremendo crescimento no âmbito do setor dos implantes, passando a ser uma referência na área da cirurgia dentária”, explica Ângela Paredes.

Porém, o grupo apostou ainda na criação, em Itália, da W&H Esterilização, também em 1998, dedicada à conceção e produção de esterilizadores: “criámos o primeiro esterilizador exclusivamente com ciclos B: LISA”.

Fórmula perfeita

Quanto ao mercado português, a estratégia passa por “fornecer suporte localmente e estar presente no portefólio de uma seletiva rede de distribuidores”, diz a gerente, acrescentando que esta

tática “tem-nos permitido aceder aos profissionais portugueses”. No entanto, Ângela Paredes salienta ainda que “oferecer um serviço de pós-venda, através da Rotordente, assim como da nossa sede em Valencia (Espanha), tem sido a fórmula perfeita para garantir a presença no mercado português”.

A situação da W&H em Portugal espelha um dos grandes desafios da companhia: “ser capaz de converter uma empresa internacional numa empresa próxima das necessidades locais”. Com o intuito de atingir o maior número possível de profissionais, “a nossa intenção no futuro é continuar a investir em produtos de qualidade, apoiados pelo melhor serviço técnico e de pós-venda, que incorporem inovações que proporcionem novas técnicas que facilitem o trabalho diário dos nossos clientes”, explica Ângela Paredes. Especificamente no que ao mercado português diz respeito, “queremos proporcionar uma rede de distribuidores profissionais que cumpra e expanda as expectativas dos profissionais da área de medicina dentária”, conclui a gerente.

FICHA TÉCNICA

Nome da Empresa: **W&H**
 Nacionalidade: **Austríaca**
 Ano de Fundação: **1890**
 Número de empregados: **1.000 aprox.**
 Faturação: **Dados não divulgados**
 Setores em que estão presentes: **Setor Dental**
 Principais Produtos para Medicina Dentária:
Instrumental de clínica e cirurgia, motores de cirurgia Implantmed, Elcomed y Piezomed. Esterilizadores classe B Lisa y Lina
 Website: **www.wh.com**



DILEN RATANJI
Director-Geral da DentBizz Consulting

2015: UM ANO MELHOR??

O ano de 2014 ficou definitivamente marcado pela saída da *Troika* e do programa de ajustamento de Portugal. No dia 17 de Maio de 2014, o nosso Primeiro-Ministro anunciava: "Não será o dia nem do Governo, nem de nenhum partido político. Dia 17 de Maio será o vosso dia. Será o dia de homenagem a cada um de vós, o dia em que a nossa liberdade de decisão foi reconquistada por cada um de vós". A verdade é que este facto e outros da mesma índole tiveram repercussões positivas na nossa economia e na vida de todos os portugueses e nos seus níveis de confiança.

Apesar dos resultados positivos com a saída da *Troika* continuamos num processo de ajustamento gradual dos desequilíbrios macroeconómicos que nos faz sentir que o crescimento é moderado. Para os Diretores Clínicos e Gestores das Clínicas de Medicina Dentária (CMD) estas projecções devem ser consideradas, pois dão uma visão geral sobre como vai evoluir a economia nacional e sobre como será o comportamento do consumo interno, imprescindível para a tomada de decisões estratégicas e previsionais a tomar para 2015.

O que poderemos assistir em 2015, no sector da medicina dentária? Esta é a minha visão:

- Beneficiando de um contexto macroeconómico mais favorável, estimo que a preocupação das pessoas com a estética continuará a aumentar, mais concretamente com a estética dentária e saúde oral, pois dentes saudáveis são sinónimo de sucesso, alta autoestima e prestígio. O sorriso é visto como uma

qualidade, é sinónimo de felicidade, transmite emoção e uma mensagem positiva;

- A preocupação crescente na qualidade de serviço prestada aos clientes e pacientes, a maior aposta nos canais digitais e ainda no reforço contínuo da imagem e comunicação estratégica para o mercado já não são tendências, mas sim factos do nosso quotidiano. O mercado está a pedir um novo paradigma na área da gestão dentária. Além disso vivemos na sociedade da informação que ganha cada vez mais força com a proliferação das redes sociais, que vive mais de imagens do que mensagens;

- Estudos recentes do *British Dental Health Foundation* dizem-nos que há cada vez mais pessoas a procurar informações sobre saúde oral *online*. É fundamental que as CMD percebam as mudanças no nosso paradigma social e com isso construam a sua estratégia para chegar até ao cliente que está cada vez mais informado e preocupado com a sua imagem, a sua saúde e estética oral;

- A política de responsabilidade social tem ganho nos anos mais recentes uma dimensão muito interessante no seio das CMD. Enquanto gestor e consultor permitam-me substituir "responsabilidade social" por "marketing social", pois a lógica é simples: posso captar mais clientes e negócio apoiando causas sociais (por via do aumento da notoriedade da marca e fluxo de clientes). Todos ficam a ganhar;

- A crise económica veio sensibilizar (ainda mais) os gestores de CMD para a importância de terem uma política contínua de racionalização de custos. Hoje em dia, esta preocupação é uma constante e não apenas uma acção pontual a ter em consideração;

- O mercado dentário é deveras dinâmico e para 2015 antevejo o lançamento de novas soluções terapêuticas para as várias patologias, assim como a contínua sofisticação das novas tecnologias ao nível dos equipamentos e outros *softwares*, que certamente permitirão gerar aumentos de eficiência e produtividade junto das CMD;

- Tal como previsto, em 2014 manteve-se a proliferação de CMD a nível nacional,

não só através de novas unidades clínicas, como pela expansão de estruturas actualmente existentes. E para 2015 mantenho a mesma previsão, embora admita que haja algumas operações de concentração empresarial (por via da fusão, mas fundamentalmente da aquisição) entre CMD;

- Vão continuar a nascer estruturas equipadas com tecnologias de última geração, com forte aposta na comunicação e imagem. A este propósito gostaria de parafrasear McCaffrey: "... o que separa milhões de pessoas e *experts* não é necessariamente a competência. A competência técnica é importante, mas o que os diferencia no mercado é a imagem...";

- Obviamente que o aumento da intensidade concorrencial continuará a potenciar a política do *low cost*: estruturas com custos bastante controlados e que apostam em preços reduzidos nos serviços de maior rotação. O *low cost* apenas é sustentável se for possível vender em larga escala, mas o mais preocupante é que há estruturas que praticam preços que desafiam o próprio conceito do *low cost*, pois apresentam preços abaixo do preço de custo (ex.: destararização a 20 € através da Groupon...) e que são um autêntico suicídio para o negócio e para a dignidade da classe dos médicos dentistas. Mas infelizmente estes kamikazes vieram para ficar.

- Dentre estas previsões, e muitas outras que eventualmente poderiam surgir num exercício de reflexão mais profunda, de uma coisa podemos ter a certeza: a dinâmica do sector da medicina dentária não pára! E é isso que nos move. A todos nós que lutamos diariamente para dignificar este sector, independentemente da função que ocupamos nas nossas organizações. Princípios fundamentais para um bom ano de 2015: prestar um serviço de qualidade, aprender a comunicar com o cliente, saber como chegar até ele, mostrar o que ele quer ver. "O cliente não sabe o que quer, até que você lhe mostre" – Steve Jobs.

Feliz ano de 2015 e muitos sucessos!

(O autor escreve de acordo com a antiga ortografia)

31 de janeiro

I SIMPÓSIO IBEROAMERICANO DE MOTRICIDADE OROFACIAL

O evento vai ter lugar no Porto, no Auditório Magno do ISEP-IPP, e irá abordar algumas áreas emergentes da Motricidade Orofacial numa perspetiva multiprofissional, com a participação de diferentes áreas técnico-científicas como a Medicina, Medicina Dentária, Terapia da Fala, Fisioterapia, entre outras.

7 de fevereiro

REUNIÃO ANUAL DA SPOP

A Sociedade Portuguesa de Odontopediatria vai realizar na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto mais uma edição da sua reunião anual subordinada ao tema 'Terapia pulpar em Odontopediatria'. Rui Pereira da Costa, Miguel Marques, Miguel Martins ou Elena Barberia são alguns dos oradores que vão marcar presença em debates como 'Proteções pulpares diretas com MTA', 'Tratamentos pulpares na dentição temporária' ou 'Lasers em Odontopediatria'. Mais informações em <http://spop2015porto.wix.com/vreuniaoanual>

20 e 21 de fevereiro

REUNIÃO ANUAL DA SPPI

O Porto acolhe este ano mais uma reunião anual da Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes. Em destaque vão estar

temas como "Complicações no tratamento com implantes", "Gengiva protodenticamente guiada do possível ao substituível", "Técnicas cirúrgicas e seleção dos procedimentos ideais na cirurgia plástica periodontal", "Técnicas cirúrgicas e seleção dos procedimentos ideais na regeneração periodontal" e "Regeneração óssea tridimensional".

21 e 22 de fevereiro

CURSO AVANÇADO DE FOTOGRAFIA EM MEDICINA DENTÁRIA

A MD Clínica vai realizar uma formação em fotografia em medicina dentária conduzida por Hugo Campos Leitão e Fernando Zozaya. Inclui abordagens a temas como "Fotografia intra oral", "Tratamento digital básico", "RAW vs JPG", "Luz Polarizada - Aprenda a fazer os seus filtros" e "Introdução à gravação em vídeo para diagnóstico do sorriso".

Março de 2015

PÓS-GRADUAÇÃO EM IMPLANTOLOGIA ORAL

Vai decorrer entre março de 2015 e fevereiro de 2016 a 4ª edição da Pós-Graduação em Implantologia Oral do Instituto de Ciências da Saúde Norte. Com um corpo docente onde se destacam palestrantes nacionais e internacionais que vão abordar temáticas como Cirurgia Guiada por software informático (Simplant), Cirurgia Piezoelétrica, Expansão óssea ou PRGF. Pretende-se que cada aluno coloque dez implantes em doentes da Unidade Clínica da CESPU, bem como a sua reabilitação com próteses implantosuportadas.

Assine Já!

A REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA



ASSINE E GANHE ATÉ 20% DESCONTO NUMA FORMAÇÃO IFE

FORMAÇÃO

- Técnicas de feedback
- Storytelling
- Best talks
- Redigir documentos claros e estruturados
- Novo regime do IRC
- Call me – Excelência no atendimento telefónico



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

www.saudeoral.pt

Conheça as novidades do setor na nossa **Newsletter Semanal**

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€
- 6 meses** (3 edições) com um desconto especial de 10% sobre o preço de capa. PVP 26,10€, agora apenas 23,50€.

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

Identificação

Empresa

Profissão/Cargo

Nome

Morada

Código Postal

Telefone Fax Telemóvel

E-mail NIF

Universidade Curso

N.º de Aluno (preenchimento obrigatório)

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 BES – NIB 0007 0000 00746484744 23 ou do depósito em conta n.º 0007 4648 4744 (Agradecemos que envie o comprovativo do pagamento com o cupão para o fax: 210 033 888 ou email: agoncalves@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

Inscrição exclusiva e gratuita para profissionais
Lugares limitados - Reservado o direito de admissão

www.exporh.ife.pt

14ª EDIÇÃO



**TRANSFORMING THE WAY PEOPLE
WORK TOGETHER**

18 E 19 MARÇO 2015

CENTRO DE CONGRESSOS DO ESTORIL



- ✓ Foco na performance para ganhar eficiência
- ✓ A transformação digital
- ✓ Employee-centric: os colaboradores no centro do desempenho organizacional
- ✓ Desenvolver e valorizar as competências e o talento
- ✓ Employer engagement: envolver para vender

www.mastersdocapitalhumano.ife.pt

4.ª Edição

**MASTERS
capitalhumano**

18 de março de 2015

Candidaturas até **18 FEV**

Espaço **World Café**

A função dos recursos humanos - como vai evoluir

PATROCÍNIO PLATINUM

PARCEIROS

ORGANIZAÇÃO



Expressoemprego

human humanet

Human Resources HRPortugal

NEGÓCIOS FRANCHISING

Pessoal

RH online



ABIIWAYS



ALEXANDRA VINAGRE

MÉDICA DENTISTA

Em criança qual a profissão que queria seguir?

Algo relacionado com artes de palco... gostava muito de teatro e de dança.

O que a levou a optar pela medicina dentária?

Na realidade, a minha primeira opção foi Medicina. Mas aquela décima a menos fez-me entrar em Medicina Dentária e prontamente me identifiquei com o curso e com os amigos que ainda hoje preservo e caminham a meu lado.

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

Sem dúvida que o episódio que mais me marcou, e que aconteceu muito recentemente, foi o dia da defesa das minhas provas de doutoramento. É o culminar de um trabalho intenso e dedicado. Além disso, o reconhecimento do meu trabalho pelos meus pacientes é a minha maior motivação para continuar sempre e melhor.

Tem algum lema de vida?

Viver a vida todos os dias.

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

Orgulho-me de toda a minha evolução clínica e académica que permitiu um crescimento a nível individual e profissional, catapultando as formas adaptativas necessárias e fundamentais para integrar a sociedade de uma forma ativa e vital, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de todos aqueles que carecem dos nossos serviços. Em relação ao arrependimento é difícil... por vezes gostaria de ser uma pessoa mais assertiva.

Não sai de casa sem...

Boa disposição!

Qual o seu maior vício?

Chocolate...

Qual a palavra que melhor a descreve?

Persistência.

Projetos para 2015?

No próximo ano pretendo dar prioridade à formação nas áreas clínicas a que mais me dedico, que são a Dentisteria Estética e Restauradora e a Ortodontia.

O que falta no sector da medicina dentária em Portugal?

Incentivar um serviço público capaz, verdadeiramente centrado na promoção da saúde oral dos pacientes e na integração dos médicos dentistas no exercício da sua atividade de uma forma dignificante. Gostaria ainda de ver um esforço no sentido de se desenvolverem normativas que assegurem a qualidade de todos os produtos disponíveis no mercado, nomeadamente no que concerne à sua segurança e eficácia, evitando situações de concorrência desleal baseado unicamente em políticas de baixo custo.

NOITES DA SPEMD

Parceiros



Patrocinador: SANGRIA SAÚDE SAÚDE 2



SPEMD

2014 - 2015 - 2016

1º Trimestre
Setembro a Novembro

A SPEMD, através dos seus Conselhos Regionais de Lisboa, Porto e Coimbra organiza um conjunto de eventos, em número de 19 por ano, realizados "fora de contexto" no entanto realizam-se habitualmente na cidade sede de Coimbra (com o Conselho Regional, numa presença de audiência elevada, a preparar agendas, em conjunto, para manter uma noite fora da cidade sede).

Essas noites consistem em reuniões científicas realizadas à noite (com a duração aproximada de 4 horas), realizadas em temas relevantes para a prática clínica (Básica de Medicina Interna e Medicina Subespecialidades, Perinatare e pediatria, temas práticos de urgência e emergência, e temas com ligação com diferentes graus de especialidade profissional). Contribuem já para a melhoria do conhecimento nacional da formação contínua e são de especial importância para a área e municípios da localidade.



Atualização científica e prática clínica - diagnóstico e planeamento
10 de fevereiro de 2015 | PORTO
PEDRO PAULO FELTRIN



Emergências Adélicas em Consultório de MD
10 de fevereiro de 2015 | LISBOA
ALBERTO RIZZO



Planeamento e tratamento endodóntico
16 de fevereiro de 2015 | COIMBRA
PEDRO CRUZ



Medicina Dentária Preventiva - O que se estudou "antes", o que se sabe "hoje" e o que se poderá prevenir "amanhã"
17 de março de 2015 | PORTO
FRIAS-SULHOSA



Resolução definitiva de problemas com próteses removíveis implantar-sustentadas: soluções simples para casos complexos
16 de março de 2015 | COIMBRA
PEDRO NICOLAU

Atividade organizada em parceria com o Conselho Regional de Coimbra e a Associação de Médicos de Portugal, com o apoio financeiro da Ordem dos Médicos de Portugal.

Para mais informações em <http://www.spemd.pt> ou nos contactos do apoio: A Associação de Médicos de Portugal - Ordem dos Médicos de Portugal

XXXV 2015
Congresso anual
SPEMD

24 e 25 de outubro - BEIRAS (LISBOA) - CENTRO COMISSÕES LADOS PARA
INFORMAÇÃO E RESERVAÇÃO: info@spemd.pt

www.spemd.pt

NSK

CREATE IT.

oferta
até
30 de Abril
2015
especial

iClave

Autoclave classe B com impressora

4.449€*

- 18 litros (volume útil 24 ecolitros)
- Bomba de vácuo fracionado
- Bomba de drenagem
- Calor adaptativo
- Três sensores de temperatura
- Ciclos rápidos:
 - Ciclo Flash: 18-20 minutos, com secagem incluída
 - Ciclo B: 34-36 minutos, com secagem incluída
- Baixo consumo energético
- Rastreabilidade



Esterilização... Uma Escolha Importante

Camara de cobre/níquel
27 vezes mais condutivo de calor
que as camaras de aço inoxidável



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