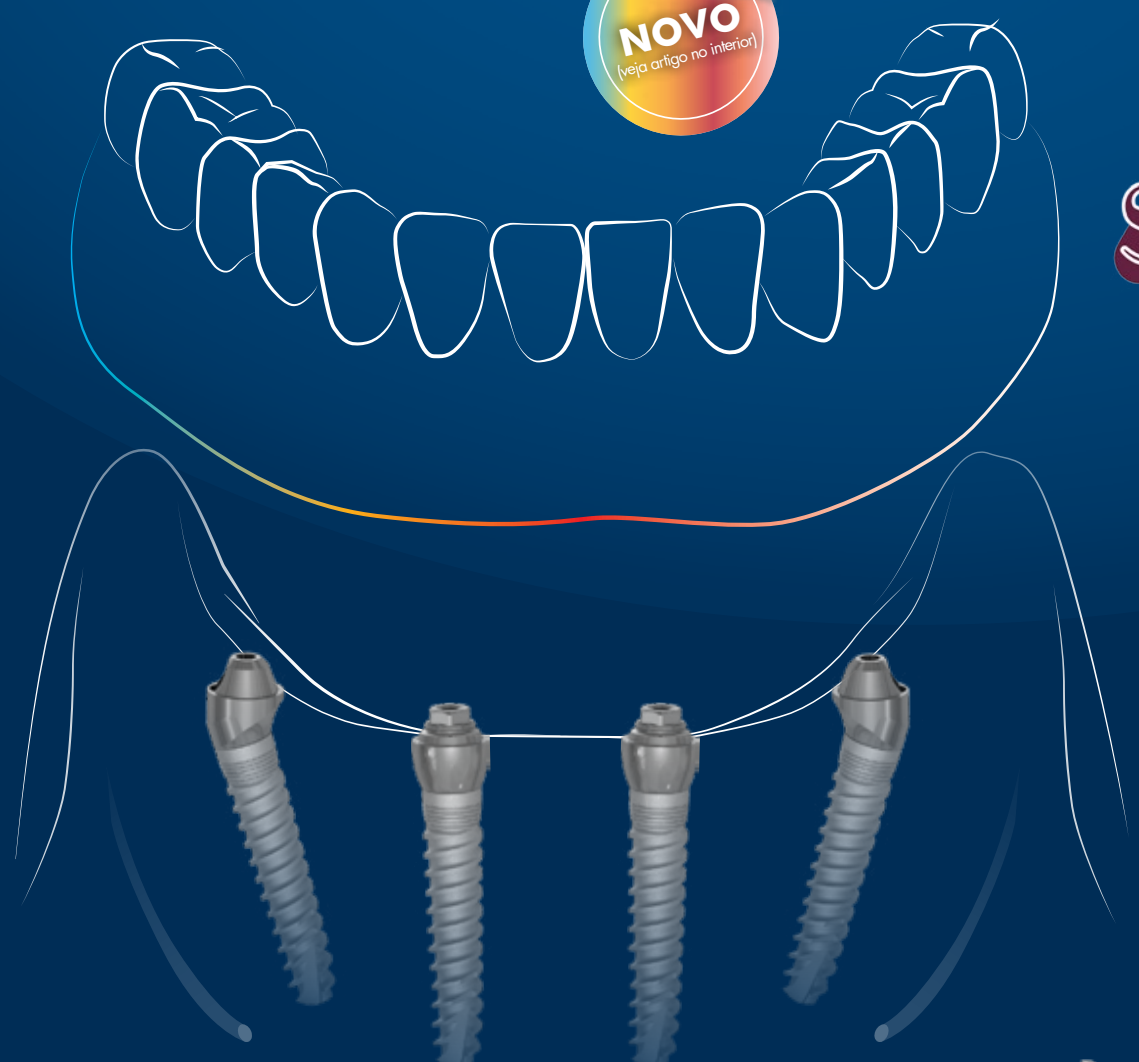


SAÚDE ORAL



REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 114 • MAIO/JUNHO 2017 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)

© MIS Implants Technologies Ltd. All rights reserved.



PARA UM SORRISO PERFEITO MAKE IT SIMPLE

O sistema MULTIFIX da marca de implantes MIS oferece uma reabilitação total com carga imediata da mandíbula ou maxila utilizando pilares MULTI-UNIT rectos e angulados, suportados apenas por quatro implantes, sem enxertos ósseos. Este tipo de procedimento, acelera o tempo de tratamento do paciente e diminui o número de visitas. Saiba mais sobre o sistema MULTIFIX da MIS em www.mis-implants.com



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

Lidonostrum®

✓ PROCEDIMENTOS ORAIS

✓ PROCEDIMENTOS DENTAIS

✓ FRASCO
DE 80G

✓ PULVERIZA
ATÉ À ÚLTIMA
GOTA

✓ AROMA
A BANANA



CANDIDATO

S PRÉMIOS
SAÚDE ORAL
2017

Lidonostrum Bomba-Spray 10%. Composição qualitativa e quantitativa: 1 dose de Lidonostrum Bomba-Spray 10% contém 10 mg de lidocaína base. Forma farmacêutica: Solução para pulverização cutânea. Indicações terapêuticas: Procedimentos orais e dentais (ex. anteriores à injeção), procedimentos nasais (ex. punção do seio maxilar), procedimentos na orofaringe (ex. endoscopia gastrointestinal), procedimentos no trato respiratório (ex. inserção de instrumentos e tubos), procedimentos na laringe, traqueia e brônquios, procedimentos em obstetria e ginecologia (ex. parto vaginal, sutura de ruturas nas mucosas e biópsias cervicais). Posologia e modo de administração: As recomendações de dosagem que se seguem devem ser consideradas como uma orientação, sendo a experiência do clínico e o conhecimento do estado geral do doente fundamentais para a determinação da dose. Cada pulverização aplica 10mg de lidocaína. Para informações específicas sobre doses recomendadas e doses máximas consultar o RCM. Não é necessário secar o local antes da aplicação. Durante ventilação controlada a dose deve ser reduzida. Nas crianças as doses não devem exceder os 3 mg/kg para uso laringotraqueal e os 4-5 mg/kg para uso nasal, oral e orofaríngeo. Em recém-nascidos e bebés são recomendadas soluções de lidocaína menos concentradas. Contraindicações: Hipersensibilidade aos anestésicos locais do tipo amida ou a outros componentes da solução spray. Efeitos indesejáveis: Estão descritos casos de irritação no local de aplicação. No caso de aplicação na mucosa da laringe antes de intubação endotraqueal, estão descritos sintomas reversíveis como "garganta inflamada", "rouquidão" e "perda de voz". A utilização de Lidonostrum Bomba-Spray 10% proporciona anestesia superficial durante os procedimentos endotraqueais mas não previne a irritabilidade pós intubação. As reações alérgicas (nos casos mais graves choque anafilático) aos anestésicos locais do tipo amida são raras. A lidocaína pode causar efeitos tóxicos agudos se ocorrerem elevados níveis sistémicos devido a absorção rápida, por exemplo por aplicação em áreas situadas abaixo das cordas vocais ou por sobredosagem. Medicamento sujeito a receita médica. Texto aprovado em Maio de 2016. Para mais informação deverá contactar o titular da Autorização de Introdução no Mercado.



SIDEFARMA

40
ANOS

1977/2017

SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 114 • MAIO/JUNHO 2017 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)



MÉDICOS DENTISTAS NO SNS
FOMOS OUVIR OS PRÓS E CONTRAS



ORLANDO MONTEIRO DA SILVA
**COMENTA CARREIRA DOS MÉDICOS
DENTISTAS NO SNS**

CLÍNICA SÃO GONÇALO
TECNOLOGIA AO SERVIÇO
DA MEDICINA DENTÁRIA

**CIRURGIA GUIADA
COM CARGA IMEDIATA**



CONHEÇA
OS NOMEADOS
DOS PRÉMIOS
SAÚDE ORAL
2017

Ficha técnica

SAÚDE ORAL ^{SO}

Diretor: Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)

Colaboraram nesta edição: Carmen Silva, Cláudia Pinto e Manuela Vasconcelos

Fotografia: David Oitavem, thinkstockphotos.com.pt

Sub Diretora Comercial Unidade

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

Publicidade: Ana Pereira (apereira@ife.pt)

Assinaturas: assinaturas@ife.pt

Paginação: Luís Gregório (lmj.gregorio@gmail.com)

Conselho Editorial: António de Vasconcelos Tavares, Carlos Falcão, Fátima Duarte, Henrique Luís, João Caramês, João Pimenta, Luís Jardim, Manuel Neves, Miguel Meira e Cruz, Paulo Malo, Paulo Monteiro, Pedro Nicolau e Ricardo Faria e Almeida
Estatuto editorial disponível em www.saudeoral.pt/ficha-tecnica



By ABILWAYS

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

NPC: 504 700 669

Órgãos sociais: IFE 100%

Country Manager: Raquel Rebelo

Diretora Comercial: Sónia Albuquerque

Pré-impressão, impressão

e acabamento: Jorge Fernandes, Lda, Artes Gráficas

Tratamento de base de dados

e envelopagem: Mailtec Comunicação SA

Publicação bimestral

Tiragem deste número: 6.500 exemplares

Depósito Legal: 125087/98

ICS 121656/98

Vendas por assinaturas (6 números):

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

Revista fundada em 1998 por A. Esteves

Os artigos de opinião apenas veiculam as posições dos seus autores



MÉDICOS DENTISTAS NO SNS: QUEM GANHA COM ISSO?

Os médicos dentistas conseguiram finalmente entrar no Serviço Nacional de Saúde, mas o assunto tem dado pano para mangas. Muitos contestam os moldes em que estão inseridos, outros não concordam com os vencimentos e a progressão na carreira. Para o bastonário da OMD, a medida é uma vitória e acredita que, a partir daqui, a carreira dos médicos dentistas no SNS vai dar passos em frente. Falámos com os autores do grupo de Facebook 'Fazer Dentária' para conhecer o seu ponto de vista e com Orlando Monteiro da Silva para conhecer a visão da OMD sobre o assunto.

O Dossier é dedicado à cirurgia guiada com carga imediata, que tem apresentado um crescente interesse por parte dos profissionais, e uma evolução nos últimos tempos. Falámos com médicos dentistas sobre os prós e contras da cirurgia guiada e em que situações não deve ser opção.

E já bloqueou o dia 8 de junho na sua agenda? É neste dia que vamos discutir quais as principais competências dos médicos dentistas no séc. XXI em mais uma edição do Dentalbizz, o Encontro Anual de Gestão para Profissionais de Medicina Dentária. Às 14h30 não pode perder a mesa redonda em que vamos discutir precisamente o papel do médico dentista na promoção da saúde oral, agora que está inserido no SNS. Estamos a capacitar para captar mais clientes? No final do dia celebramos mais uma vez a excelência da medicina dentária com a cerimónia de entrega dos Prémios Saúde Oral 2017. Nesta edição pode ficar a conhecer todos os nomeados aos Prémios Produto.

Boas leituras.

Sónia Ramalho

8



NOBEL BIOCARE SYMPOSIUM PORTUGAL ABORDAR A MEDICINA DENTÁRIA A 360º

12



CLÍNICA SÃO GONÇALO TECNOLOGIA AO SERVIÇO DA MEDICINA DENTÁRIA

14



MÉDICOS DENTISTAS NO SNS GOVERNO AVANÇA COM INTEGRAÇÃO



#CeramillEndOfDiscussion

 **ceramill**[®]
DNA GENERATION



Fantastic five.

Conheça toda a história em www.inhouse-movement.com



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

Amann Girschbach AG
Fon +43 5523 62333-105
www.amanngirschbach.com

IORC – IMPLANTOLOGY & ORAL REHABILITATION CONGRESS

“PROCURAMOS PROPOR CADA VEZ MAIS O IORC COMO UM EVENTO GLOBAL”

O IORC – Implantology & Oral Rehabilitation Congress caminha a passos largos para se tornar num evento global. Na sexta edição passaram por Lisboa nomes como Ion Zabalegui e Homa Zadeh. À margem do congresso, João Caramês falou-nos do advento da implantologia digital.

Texto: Carmen Silva Fotos: David Oitavem

Ion Zabalegui, com prática clínica privada na Clínica Dentária Albia (Espanha), apresentou o procedimento CASS (*compensating alveolar socket seal*) cujas vantagens, entre outras, são a promoção de uma cicatrização natural do socket, assim como a redução do custo e do ‘tempo de cadeira’. O especialista em periodontologia apresentou informação relativa à colocação de 190 implantes através da utilização deste protocolo durante o 6th IORC – Implantology & Oral Rehabilitation Congress, que decorreu nos dias 7 e 8 de abril, em Lisboa.

À SAÚDE ORAL, Ion Zabalegui explicou que o CASS “tem como objetivo preservar o volume alveolar e é uma alternativa a outros procedimentos de aumento de volume”. Além dos benefícios já indicados, com o CASS “não precisamos de utilizar materiais ‘exteriores’, como biomateriais”. Por outro lado, no relativo às limitações, o orador apontou que estas são “ao nível do dador do tecido, bem como da habilidade do médico dentista, uma vez que este não é um procedimento fácil, apesar de ser simples. Sigo estes casos há muito tempo e os resultados são muitos estáveis”.

Osso e mucosa

Homa Zadeh, professor associado e diretor do programa de pós-doutoramento de Periodontologia da *University of Southern California*, foi outro dos oradores convidados desta edição do IORC. O especialista referiu que quando “temos problemas com o osso e com a mucosa, temos de nos perguntar qual deles apareceu primeiro”.



IMPLANTOLOGIA DIGITAL

Na mensagem de boas-vindas aos congressistas, João Caramês falava do conceito de osteointegração e do ‘hexágono’ definido por P-I Branemark. “A era da Implantologia moderna iniciada, entre outros, por P-I Branemark parte do conceito de osteointegração. Contudo, o volume de informação e o ‘boom’ de conhecimento adquiridos desde então fizeram emergir do ‘hexágono’ de Branemark um brutal e fascinante ‘poliedro’”, explicou o médico dentista à SAÚDE ORAL. “Observá-lo nas suas diferentes faces e descobrir novos ângulos de visão por onde observá-lo tem sido o nosso presente desafio”.

Neste sentido, o presidente do comité científico mencionou, a título de exemplo, “a crescente primazia da qualidade dos tecidos moles peri-implantares, procurando estratégias para promover não apenas a sua qualidade, mas também a sua espessura”. O reconhecimento da sua importância na proteção da osteointegração sempre existiu mas, porventura hoje, “com um maior foco de interesse e especificidade tanto pelo lado cirúrgico, quanto pela vertente protética”. Paralelamente, floresce na Implantologia uma subárea: a implantologia digital. Para João Caramês “é assombrosa a capacidade demonstrada pela tecnologia digital em trazer realismo através da simulação virtual. Sem ainda garantirmos uma precisão a quase 100% em todo o tipo de casos, parece-me caminharmos a passos rápidos nesta direção”. Cientes das vantagens que a implantologia digital oferece, será igualmente um desafio a adaptação da prática clínica aos diferentes contextos da reabilitação oral sobre implantes. Por exemplo, “o seu advento em concomitante desenvolvimento com a ciência dos biomateriais vieram atribuir um novo futuro à reabilitação estética com implantes em zircónia”, salientou o médico dentista. Deste modo a implantologia digital, pelo seu potencial de maior previsibilidade, precisão, menor invasividade e melhoria da comunicação com o paciente “confere uma nova realidade ao exercício da implantologia e o seu desenvolvimento será um enorme desafio futuro”.



A equipa e alguns dos oradores do IORC Congress

Entre os fatores que influenciam a colocação de um implante, Homa Zadeh destacou as características do local onde vai ser colocado, a seleção do material, bem como do protocolo a seguir. No que toca às características estamos a falar, por exemplo, do biótipo do tecido mole, já no âmbito da seleção do material, Homa Zadeh apontou o diâmetro e a superfície do implante. E, por fim, no respeitante ao protocolo a seguir, é preciso ter em conta, por exemplo, a posição do implante ou o *timing* da colocação.

A Junior Summit

Em paralelo ao 6th IORC, decorreu o 1º IORC *Junior Summit*. “Numa aposta de futuro e pela sensibilidade inerente a ter começado este percurso dedicado à Implantologia ainda jovem, parece-me importante criar e promover espaços científicos destinados aos mais novos”, explicou João Caramês. Nesta 1ª. edição foram convidados, de acordo com o presidente do comité científico, “promissores jovens médicos dentistas nacionais e internacionais com formação pós-graduada em diversas universidades americanas”. De acordo com o responsável, “a excelência das apresentações clínicas realizadas, aliando sempre o fator novidade, foi reconhecida por uma forte adesão com

sala lotada”. João Caramês salientou que “os pioneiros oradores desta 1ª. Edição tiveram o mérito de confirmar em futuras edições do IORC, o espaço do *Junior Summit*. Quiçá no futuro com palco no auditório principal”.

Sem fronteiras

Analisando o 6th IORC, no geral, o médico dentista faz um “feliz balanço”, explicando que “‘o caminho faz-se caminhando’ e as várias edições anteriores muitos contribuíram para definir este congresso como um importante espaço de formação contínua e atualização em Implantologia e Reabilitação Oral”.

O médico dentista referiu ainda que “com a refletida antecipação, a equipa do *Caramês Advanced Education Center* trabalhou para que esta 6ª. edição pudesse cumprir mais uma importante etapa da sua afirmação no espaço científico nacional e internacional”. Deste modo, “com a excelente coordenação da professora doutora Helena Francisco, mobilizámos uma ‘energia’ contínua durante a sua preparação e nos dois dias do congresso. Reuniram-se patrocínios e definiram-se parceiros importantes para em conjunto promover mais um congresso diferenciador e apelativo a todos”. Superar a adesão registada na 5ª



edição, bem como alargar a variedade de ofertas formativas não apenas a médicos dentistas, mas também a todos os restantes elementos que compõem a equipa de reabilitação oral, foram alguns dos objetivos traçados.

O presidente do comité científico não quis deixar de assinalar a adesão ao evento, dado que “registámos uma das participações mais numerosas num congresso de Medicina Dentária em Portugal, independente a uma sociedade científica. E contámos igualmente com uma crescente audiência internacional, maioritariamente proveniente de Espanha”. Nesta perspetiva de ‘sem fronteiras’ e apostando na sua divulgação internacional “procuramos propor cada vez mais o IORC como um evento global”, rematou João Caramês.

Nos dois dias do congresso, o Auditório Professor Doutor Simões dos Santos, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, recebeu 720 congressistas. Sendo que a este número juntaram-se os aproximadamente 60 participantes que esgotaram as vagas dos quatro cursos teórico-práticos (Curso para Higienistas Orais, Técnicos de Prótese Dentária, Assistentes Dentários e Curso de Fotografia Dentária) realizados em simultâneo com o programa do auditório principal. 🌟

NOBEL BIOCARE SYMPOSIUM PORTUGAL ABORDAR A MEDICINA DENTÁRIA A 360°

Durante o Nobel Biocare Symposium Portugal falou-se em mudanças de paradigma, nomeadamente no que toca à substituição do pilar de cicatrização por “uma base que não tenhamos de desconectar”. Mas também se abordou a utilização de membranas de colagénio no âmbito da regeneração óssea guiada. E ainda houve tempo, durante os dois dias do evento, para discutir a importância de se estabelecer uma relação com o paciente.

Texto: Carmen Silva Fotos: Nobel Biocare



António Moutinho na abertura do evento

Bernard Touati, ex-presidente da *European Academy of Esthetic Dentistry*, apresentou, durante o Nobel Biocare Symposium Portugal, o conceito ‘one base one time’ (ver entrevista). Uma vez que o conceito de pilar de cicatrização “pode ir contra os princípios biológicos porque é gerada alguma instabilidade ao nível dos tecidos” é necessária uma mudança de paradigma. Deste modo, o professor visitante na Faculdade Hadassah de Medicina Dentária em, Jerusalém defendeu a substituição do pilar de cicatrização por “uma base que não tenhamos de desconectar”.

Ana Ferro, especialista em periodontologia e diretora do departamento de Cirurgia Oral da MALO CLINIC Lisboa, declarou relativamente ao conceito On1, da Nobel Biocare, que a estabilidade dos tecidos peri-implantares dependem de fatores como o implante, a conexão, o pilar e os tecidos. Neste sentido, o conceito On1 posiciona a plataforma restauradora dos implantes do nível ósseo para o nível dos tecidos. Sendo que o On1 fica em posição desde a colocação do implante até à conclusão do tratamento, o que não perturba os tecidos moles, permitindo uma cicatrização otimizada. O On1, de acordo com a médica dentista, traz ainda a hipótese de flexibilidade em termos de altura.



e os participantes numa vertente mais prática

Criar osso sem osso

Este ano, coube a Albufeira receber o Nobel Biocare Symposium Portugal nos dias 31 de março e 1 de abril. Durante estes dois dias, a empresa brindou os perto de 300 participantes com intervenções de especialistas de renome, nacionais e internacionais. Além de Bernard Touati e Ana Ferro, marcou presença no evento Isabella Rocchietta, professora do Curso Odontologia de Implantes do Eastman Dental Institute, UCL, Londres, que centrou a sua intervenção na regeneração óssea guiada, nomeadamente no tratamento de defeitos severos e na criação de osso sem osso.

De acordo com a médica dentista alguns dos princípios fundamentais da regeneração óssea guiada são a angiogénese e a manutenção do espaço.

À SAÚDE ORAL, Isabella Rocchietta explicou que realmente “é possível criar osso sem osso através da nova geração de biomateriais, nomeadamente de biomateriais substitutos de osso”. Em relação às membranas de colagénio, segundo a médica dentista estas “têm a capacidade de produzir osso natural. Claro que é uma mistura, ou seja, não é 100% osso puro, mas nós não precisamos de osso puro. Na verdade gostamos que contenha material que possibilite o longo prazo e a estabilidade do volume”.



Isabella Rocchietta partilhando conhecimentos sobre regeneração óssea guiada

As membranas de colagénio podem ser utilizadas “em todos os casos de regeneração óssea aguiada”, referiu Isabella Rocchietta, acrescentando que “como em tudo, poderão haver complicações porque estamos a falar de uma cirurgia, porém há menos complicações do que se usarmos outras membranas”. Em termos de futuro, para a médica dentista iremos assistir a “uma evolução contínua de biomateriais, nomeadamente de biomateriais impressos a 3D”.

Também Manuel Neves, professor convidado do Mestrado de Reabilitação e Implantes da Universidade de Santiago de Compostela, brindou a assistência com uma intervenção dedicada ao papel das membranas na regeneração óssea guiada. Na hora de selecionar o material do enxerto, no caso de baixo ‘turn over’, Manuel Neves falou em xenoenxerto, osso autógeno cortical, osso cortical alógeno e em hidroxiapatite sintética. Já em situações de alto ‘turn over’, o médico dentista apontou o osso autógeno medular, o osso esponjoso alógeno, o sulfato de cálcio e o β -TFC.

O orador abordou ainda os princípios para se fazer incisões. Deste modo, referiu as incisões apoiadas no osso, dividindo a gengiva queratinizada, e a necessidade de estender as incisões um a dois dentes além da área a regenerar. Nas incisões verticais



Carla Rocha a destacar a importância da comunicação



Alexandra Marques durante a palestra

de descarga na linha ângulo é importante evitar zénites, papilas e implantes. E as incisões verticais devem ultrapassar a linha muco-gengival e ter forma trapezoidal. É ainda importante que a largura do retalho seja maior do que a altura para melhor suprimento sanguíneo e devem evitar-se papilas na zona estética, caso a altura destas ao osso for inferior a cinco milímetros.

Estabelecer uma relação

Carla Rocha, apresentadora de rádio e formadora na área da comunicação, foi outra das apostas do simpósio Nobel Biocare. A apresentadora destacou que a comunicação é fundamental, sendo importante “ter a certeza de que a mensagem passou”. Em termos de estratégias que contribuem para melhorar a forma como se comunica, Carla Rocha indicou a linguagem corporal, a autenticidade, a simplicidade, a empatia, o contar histórias, a assertividade, a utilização do humor, o saber ouvir e, por fim, manter a mente aberta. A formadora referiu que “a humanidade é que faz a diferença” e, por isso, aconselha a investir-se na comunicação e no conhecer o paciente, por exemplo, “através de uns minutos de conversa antes do tratamento”. Na perspetiva de Carla Rocha “tem de ser estabelecida uma relação mínima entre o profissional e o paciente”. 🗨️



“A ABERTURA DO SISTEMA PROCERA VAI SER BRUTAL”

António Moutinho, diretor-geral ibérico da Nobel Biocare, salientou à SAÚDE ORAL que “a nossa gama de implantes é muito grande, daí sentirmos que na parte protética tínhamos de dar um salto. Por isso fizemos um investimento nesta área”.

Que balanço faz deste Nobel Biocare Symposium Portugal?

É um balanço obviamente positivo. Cada pessoa pode vir a este evento escolher a solução que melhor se adequa para fazer crescer o seu próprio negócio. Essa solução pode conter produtos, formação e outras valências que não estejam diretamente ligadas à medicina dentária. Sempre tivemos como objetivo abordar a Medicina Dentária de forma holística, a 360 graus, cobrindo todas as necessidades. E cada vez notamos que as pessoas querem aprender mais. Por exemplo, este projeto de fazer um simpósio por ano em Portugal, quando nasceu, era suposto ser feito de três em três anos. No entanto há sete anos que fazemos o evento anualmente e todos os anos recebemos *feedback* por parte dos participantes a dizer que foi espetacular. Obviamente que vamos sempre melhorando alguns aspetos. Avançamos com muita confiança, mas também com algum receio, pois temos sempre a questão subjacente de quantas pessoas vamos conseguir levar ao Algarve, a Sintra, ou a onde quer que o simpósio se realize. E todos os anos fico agradado por estarmos perto dos 300 participantes, o que para o mercado português é brutal. Vou fazer um evento semelhante em Santiago de Compostela, para o mercado espanhol, em que estamos a contar com cerca de 500 participantes. Ora, tendo em conta que Portugal é bastante menor em termos de tamanho e, neste sentido, o mercado é menos de metade do do espanhol, o número de participantes que temos tido é muito bom. As mesmas pessoas voltam muitas vezes e novas pessoas se vão juntando. Os locais são espetaculares e os palestrantes são de qualidade. Ao somarmos tudo isto ficamos muito contente com a formação que conseguimos dar aos nossos clientes, com as parcerias que se estabelecem, assim como com o negócio que se gera.

Em termos de novidades, o que podemos esperar da Nobel Biocare nos próximos tempos?

Fizemos a apresentação na IDS de todo o portfolio que vai ser lançado durante o próximo ano. A grande novidade talvez seja o conceito On1, que o Bernard Touati veio explicar, que é uma mudança de paradigma. Mas não podemos esquecer a grande mudança digital que está a chegar. A abertura do sistema Procera vai ser brutal, a possibilidade de impressão em 3D, cada um com a sua impressora, das guias cirúrgicas vai disparar a quantidade de cirurgias guiadas que se vão fazer. E cirurgia guiada é sinónimo de qualidade. A nossa gama de implantes é muito grande, daí sentirmos que na parte protética tínhamos de dar um salto. Por isso fizemos um investimento nesta área, que cada vez vai ser mais forte.

BERNARD TOUATI, EX-PRESIDENTE DA EUROPEAN ACADEMY OF ESTHETIC DENTISTRY “QUEREMOS QUE A COMPONENTE TRANSEPITELIAL NUNCA PERTURBE OS TECIDOS”

Bernard Touati, ex-presidente da *European Academy of Esthetic Dentistry*, apresentou durante o Nobel Biocare Symposium Portugal o conceito ‘one base, one time’. Em entrevista à SAÚDE ORAL explicou que os pilares de cicatrização, quando são conectados e desconectados várias vezes, “biologicamente não são ideais porque criam alguma instabilidade ao nível dos tecidos”.

Texto: Carmen Silva Fotos: Nobel Biocare



O que nos pode dizer em relação ao conceito ‘One base, one time’?

Começa com a ideia de substituir o pilar de cicatrização. Sabemos que os pilares de cicatrização criam alguns problemas quando os conectamos e desconectamos muitas vezes. Biologicamente não são ideais porque criam alguma instabilidade ao nível dos tecidos. Deste modo, a minha ideia é substituí-los por uma base que nunca terá de ser desconectada. A vantagem desta situação é que a base é estéril. E cria uma situação em que transferimos todos os procedimentos restaurativos para o nível dos tecidos. Resumindo: é fácil para o médico dentista, seguro para o cirurgião e muito prático.

E quais as limitações deste conceito?

Na verdade, este conceito não tem muitas limitações porque pode ser utilizado nas zonas anteriores e posteriores sendo que, de momento, temos dois diâmetros e duas alturas. Pode ser uma solução universal

independentemente daquilo que se queira fazer. Pode ser finalizado, por exemplo, com uma coroa cimentada, mas também com uma coroa aparafusada. Se virmos através de um raio-X ou diretamente na boca vai parecer mesmo um pilar de cicatrização, a questão é que não temos de o retirar. E isto é muito importante, dado que sabemos que quando retiramos o pilar há sangramento, especialmente se o conectarmos e desconectarmos muitas vezes.

Assim sendo, os pilares de cicatrização são contra os princípios biológicos?

Se tivermos de os desconectarmos várias vezes sim, não são biológicos. Podemos assumir que não haveria este problema em relação aos pilares de cicatrização que desconectamos apenas uma vez e os substituímos de imediato pelo pilar da restauração. Mas quando o tratamento requer várias provas, o que significa várias conexões e desconexões do pilar de cicatrização, então os princípios biológicos

são postos em causa. Até porque a maior parte das pessoas reutiliza os pilares de cicatrização e é impossível mantê-los limpos e estéreis. Por outro lado, frequentemente aos serem retirados estes pilares não são utilizados no mesmo dente, logo ficam comprometidos, por exemplo, com células mortas. Podemos até estar a criar, e acontece na maior parte das vezes, aquilo a que chamamos *pockets*, que são portas abertas para a invasão de bactérias.

Então, no fundo, estamos perante uma mudança de paradigma?

Sim, isto é uma mudança de paradigma porque, em termos dos implantes ao nível ósseo, queremos que a componente transepitelial nunca perturbe os tecidos e que não seja removida. Durante muito tempo negligenciamos o conceito de que um pilar protético tem um papel duplo: a parte de baixo é biológica porque é onde o tecido vivo vai estabilizar o osso, é o lugar do selamento da mucosa, ou seja, o corpo é selado para não ser invadido por bactérias exteriores; e a parte de cima é a parte protética que vai segurar a coroa. Durante muito tempo consideramos o pilar apenas protético. Mas em termos do implante ao nível ósseo, a parte cervical do pilar é absolutamente biológica, é feita para a cicatrização do tecido, o que significa tempo, estabilidade e saúde. O nosso conceito é ter uma componente transepitelial que não seja removida, que pode ser instalada no momento da cirurgia ou quando as suturas forem removidas. ●

AJUDE OS SEUS PACIENTES A PARAR A EVOLUÇÃO DA DOENÇA GENGIVAL

PARODONTAX® PASTA DENTÍFRICA ESTÁ CLINICAMENTE COMPROVADA
NA REDUÇÃO DE PLACA, SANGRAMENTO E INFLAMAÇÃO DAS GENGIVAS

4X
mais remoção
da placa*¹

48%
de redução do
sangramento gengival*¹

Recomende a pasta dentífrica parodontax®
para ajudar os seus pacientes a manter
as gengivas saudáveis entre consultas.

CANDIDATO

S PRÉMIOS
SAÚDE ORAL
2017



CLÍNICA SÃO GONÇALO TECNOLOGIA AO SERVIÇO DA MEDICINA DENTÁRIA

O bom ambiente que se vive na Clínica São Gonçalo, em S. Miguel, nos Açores, é um dos segredos do sucesso. Ao espírito de equipa junta-se a tecnologia de última geração, que permite tratamentos rápidos, eficientes e clientes satisfeitos. Por dia chegam a fazer 150 consultas, com muitos pacientes oriundos dos EUA, num projeto que conta já com 15 anos.

Texto e fotos: Sónia Ramalho

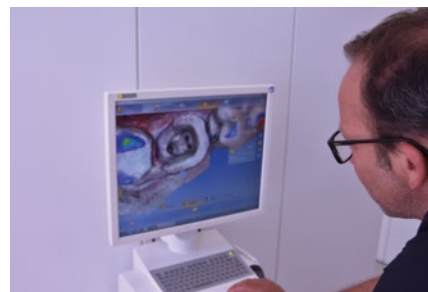


Miguel Lima aposta em tecnologia de última geração

O que se poderia pensar de uma clínica de medicina dentária implantada em Ponta Delgada, na ilha de S. Miguel, nos Açores? Um ambiente calmo, uma equipa relativamente pequena e poucos clientes? Esqueça! Assim que entramos na Clínica de São Gonçalo sentimos a azáfama da equipa que percorre os dois pisos de um espaço onde o branco impera. Ao todo são praticamente 40 as pessoas que trabalham no projeto liderado pelo médico dentista Miguel Sousa Lima, que descobriu o fascínio pela medicina dentária na adolescência, quando começou a ser seguido nas consultas de Fernando Mendonça. “Na altura estava com problemas de ortodontia e comecei a fazer tratamentos em Lisboa. Foi com o Dr. Fernando Mendonça que comecei a gostar da profissão”. Acabou por entrar no curso de Medicina Dentária no Monte

da Caparica e ficou fascinado com a profissão, que considera “extremamente exigente e interessante. Na altura conheci o Dr. Ginjeira, que trabalhava com o Dr. Fernando Mendonça, e foi assim que entrei no universo da Medicina Dentária”.

Foi através de António Ginjeira que Miguel Sousa Lima começou a ponderar a abertura de uma clínica nos Açores. “Ele disse-me que tinha muitos pacientes dos Açores e que eu devia montar uma clínica, pois estava disposto a trabalhar comigo nesse projeto. Achei que era uma oportunidade única e fiquei a pensar no assunto”. Na altura, Miguel Sousa Lima vivia em Lisboa, estava a fazer a pós-graduação em Implantologia e voltar para S. Miguel era um desafio. “Acabei por abrir a Clínica de S. Gonçalo em S. Miguel com quatro gabinetes e o Dr. Ginjeira vinha fazer os casos de implantologia. Fazíamos



E SE...

As melhores ideias são sempre as mais simples e as que começam com um ‘e se...’ Neste caso tudo começou com o desafio de Filipe Aguilari a Miguel Lima. “É possível fazer guias cirúrgicas de acesso, através de CBCT, numa coroa com acesso aos canais para fazer uma endodontia através de uma coroa já com o acesso ninja”. Este foi o desafio aceite por Miguel Lima, que fez uma coroa com os acessos aos canais. “Como era um material híbrido era fácil de trabalhar, o compósito adere perfeitamente. Fizemos os acessos e a endodontia e fechámos os canais. É mais uma das possibilidades que o mundo do digital permite. Soluções que há uns tempos pareciam ficção científica”.

alguma reabilitação, a minha sócia e Diretora Clínica – Marta Sousa Lima – também se mudou para cá e montou o seu gabinete, onde fazia mais dentisteria e pediatria. Hoje apenas à prática



A foto de grupo da equipa da Clínica São Gonçalo



exclusiva de Ortodontia. Eu dediquei-me à reabilitação oral e endodontia”.

A implementação do trabalho por especialidades, num meio pequeno, foi difícil. “Quando contratámos a higienista oral e explicávamos aos pacientes que a higienização ia ser feita por outra pessoa isso não era bem aceite. ‘Só confio em si e quero ser tratado por si’ diziam. Tentava explicar que existiam dentistas mais dedicados a certas áreas, para tentar mudar as mentalidades, mas no início confesso que foi difícil”, recorda.

Acidente na neve – o momento da viragem

Um acidente na neve, que obrigou António Ginjeira a parar a prática clínica durante algum tempo, obrigou Miguel Sousa Lima a assumir os casos de implantologia e a abertura de um laboratório de prótese dentária no mesmo piso da clínica permitiu um aumento dos casos de reabilitação oral. “Tive muita aceitação pela população, sinceramente fiquei surpreendido. Em 2010 começámos a atender muitos pacientes vindos dos EUA, através do poder do boca a boca”, que para o médico dentista é a melhor



publicidade. “Começámos a receber a visita de pacientes luso-descendentes que viviam nos EUA, que estão apenas a 4h de viagem, e onde os tratamentos dentários são muito mais dispendiosos”. Neste caso, os pacientes aproveitavam a viagem a S. Miguel de visita à família para agendar tratamentos dentários, muito mais baratos em comparação com os EUA. “O nível de prestação de cuidados de saúde oral em Portugal é dos mais avançados que existe. As pessoas vinham fazer os tratamentos, gostavam e começou o passa a palavra”.

Ao ponto de terem de ampliar a clínica. “Em 2010 comprámos o piso superior, que ampliámos para uma sala de espera maior. Mudámos o conceito da clínica para um espaço mais confortável e diferente, com um espaço lounge e isso foi o rastilho. Teve muito boa aceitação na população”. Atualmente têm um nível de 150 consultas por dia e garante que se trata de um crescimento sustentável que já leva 15 anos. “Primeiro montávamos um gabinete e só quando tínhamos pacientes suficientes é que pensávamos em incorporar um novo gabinete. Hoje em dia temos quase todas as áreas da Medicina Dentária e áreas que vão mais

além, como a maxilo-facial, nutrição ou cirurgia plástica”.

Dentista high-tech

Miguel Sousa Lima é o que podemos apelidar de dentista high-tech! É que os seus olhos brilham ao mostrar o funcionamento da CEREC em combinação com o CBCT. “Temos pacientes que vêm de outras ilhas, dos EUA ou pessoas de férias nos Açores e que querem uma resposta rápida. Como não havia muitos laboratórios de prótese dentária nos Açores decidi comprar uma CEREC (CAD-CAD) pela resposta automática que conseguimos dar para *onlays*, coroas na hora ou uma diversidade de trabalhos que se conseguem fazer numa *side share solution*”.

Hoje em dia, Miguel Sousa Lima consegue ter uma perceção de materiais que anteriormente não tinha. “Hoje trabalho com coroas de metalo-cerâmica, zircónia, materiais híbridos ou outros materiais novos e temos de adaptar esses mesmos materiais e ver quais as vantagens para o paciente. Como clínico foi muito enriquecedor ter essa visão do laboratório”. O médico dentista dispõe do sistema completo: “Tenho a CEREC e a fresadora a trabalhar em conjunto com o CBCT e conseguimos fazer cirurgias guiadas. Uma guia cirúrgica na CEREC demora 30m. Fazemos a cirurgia e temos a coroa provisória. O que me fascinou foi a implantologia digital e o que conseguimos fazer com a tecnologia”. Exemplo disso foi a colaboração com Filipe Aguilar num caso que batizaram de ‘endodontia reversa por CBCT’ (ver caixa).

Atualmente Miguel Sousa Lima tem três clínicas, duas em S. Miguel e uma em Lisboa porque considera importante estar na capital pela visibilidade e pela aposta que estão a fazer a nível da formação, uma área que descobriu recentemente e que confessa estar a gostar. “É uma das áreas que gosto, dar formação em implantologia digital, ou seja, a implantologia aplicada às novas tecnologias. Porque o digital não é só o CEREC nem o CAD-CAM nem o raio-X. É tudo isto. E não deve haver motivação maior do que conseguir que o nosso trabalho se transforme no nosso hobbie. Passa a ser gratificante trabalhar em algo que se gosta tanto”..

MÉDICOS DENTISTAS NO SNS GOVERNO AVANÇA COM INTEGRAÇÃO

O Governo criou, para já, um grupo de trabalho que vai “avaliar a criação de uma futura carreira de médico dentista no SNS” e que entra em funções ainda em maio, disse à SAÚDE ORAL o secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Fernando Araújo adiantou que o grupo integrará, entre outras entidades, a Ordem dos Médicos Dentistas. O bastonário da OMD, em entrevista, diz-nos que o plano pode passar por uma solução multifacetada. Para Orlando Monteiro da Silva “nenhuma das quatro hipóteses que temos em cima da mesa exclui as outras”.

Texto: Emília Freire



A promessa tinha sido feita por Fernando Araújo na cerimónia que assinalou o Dia Mundial da Saúde Oral (20 de março), recordando que esta é uma medida prioritária que foi inclusive inscrita no Programa de Governo. O secretário de Estado Adjunto e da Saúde prometeu “construir uma verdadeira carreira para os médicos dentistas no Serviço Nacional de Saúde (SNS)”, salientando que “nesta fase temos de nos concentrar em aumentar o número [de médicos dentistas] e a sua capacidade de intervenção, oferecer boas condições para trabalharem e pagarmos de forma mais justa”.

Mas, na verdade, não se esperava que a medida avançasse tão depressa, como se pode constatar pelas declarações do bastonário da OMD à SAÚDE ORAL (na entrevista que publicamos nas páginas seguintes) ao mostrar a sua “surpresa e satisfação pelo Governo ter avançado tão rapidamente com o despacho para discutir este assunto, há muito reivindicado pelos médicos dentistas”.

No mesmo dia do anúncio de Fernando Araújo (24 de abril), o bastonário tinha afirmado que “esta medida resulta da intervenção da Ordem dos Médicos Dentistas neste projeto e vai ao encontro da reivindicação, colocada desde o início, pela OMD. Por isso, a Ordem dos Médicos Dentistas considera positiva a intenção de emitir o despacho para breve, registando com agrado a celeridade deste processo”. E adiantou que “na altura própria, conhecido na íntegra o seu conteúdo, analisaremos a forma como irá ser constituído o grupo de trabalho e a forma como levará a cabo a tarefa de criação da carreira da classe”.

Uma nova etapa

“O Ministério da Saúde está a elaborar um despacho que irá permitir a constituição de um grupo de trabalho”, assegurou-nos o secretário de Estado Adjunto e da Saúde, sublinhando: “trata-se de uma nova etapa, num processo planeado e já publicamente assumido pelo Ministério da Saúde, e que se segue ao sucesso da constituição das primeiras 13 experiências-piloto, que começaram o ano passado e com a introdução, este ano, de novos locais e standardização de outros, para alargar

esta visão a cerca de 50 unidades saúde integradas em Agrupamentos de Centros de Saúde das cinco regiões do País”.

O governante salientou que com o trabalho desenvolvido e a desenvolver “pretende-se estabelecer as bases técnico-científicas e jurídicas para a criação de algo inovador e que definitivamente consagre os médicos dentistas como profissionais de elevado valor no SNS, nomeadamente no âmbito das equipas de saúde familiar, nos Cuidados de Saúde Primários, o que permitirá seguramente contribuir para a diferenciação e para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde oral aos cidadãos, bem como aumentar a segurança e estabilidade dos profissionais e das equipas onde se encontram inseridos”.

Apesar de estas declarações darem a indicação que o Governo opta pelo caminho da inserção de médicos dentistas nos centros de saúde e hospitais, Orlando Monteiro da Silva explicou (na mesma entrevista) que no estudo da Universidade Nova, que a OMD entregou ao Executivo em 2016, apresentam-se quatro cenários para permitir o acesso à medicina dentária no âmbito do SNS: o alargamento do cheque-dentista; a inserção de médicos dentistas nos centros de saúde e hospitais; uma espécie de seguro público (tipo ADSE) e os seguros privados. O bastonário adianta que a OMD fez depois uma sondagem interna aos seus membros e que as várias soluções foram indicadas por muitos dos médicos dentistas. Assim, a OMD vai manifestar ao Governo que “nenhuma destas hipóteses exclui a outra”.

Dentistas dividem-se entre duas opções

O estudo “Cuidados de Saúde Oral – Universalização” realizado pela Universidade Nova e dirigido pelos especialistas em economia e gestão da saúde, Alexandre Lourenço e Pedro Pita Barros, foi divulgado pela OMD em maio de 2016 e apresentava vários cenários e cálculos dos respetivos custos para aumentar o acesso dos portugueses a cuidados de saúde oral. Para os autores, dos cenários analisados o aumento da atual cobertura pública com prestação privada

é o que apresenta “menores custos globais para a sociedade (...) com a utilização da capacidade da rede privada, mediante um processo de relacionamento contratual que seja adequado”. Salientando o estudo que são já vários os exemplos em que o SNS recorre a parceiros privados.

Além do desenvolvimento de uma rede de prestadores privados através do enquadramento dado pelo modelo do setor convencionado do SNS e do alargamento do leque de beneficiários do programa cheque-dentista, o estudo analisou também o aumento da cobertura pública com prestação pública. Nesta perspetiva seria criada uma rede de acesso universal “que cobriria a generalidade de cuidados de saúde oral e aplicaria o regime atual de taxas moderadoras. A rede seria desenvolvida em dois níveis: 1.º Nível - Cuidados de saúde oral de proximidade, desenvolvidos ao nível dos cuidados de saúde primários; 2.º Nível - Cuidados de saúde oral diferenciados, desenvolvidos ao nível da rede hospitalar”. Sendo esta opção que o Governo apresenta, pelo declarado à SAÚDE ORAL pelo secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

Seguidamente à divulgação do estudo, uma sondagem interna da responsabilidade da OMD, ao universo de todos os médicos dentistas e respondida por 2.306, os resultados mostram que 49,78% dos médicos escolheram a opção “Aumentar cobertura pública com prestação privada”, enquanto 43,84% optaram pela hipótese “Aumentar cobertura pública com prestação pública”, sendo que a opção “Aumentar cobertura privada (seguro) com prestação privada” recolheu 3,77% das respostas e apenas 2,60% dos dentistas escolheram “Manter a situação atual”.

Contestação ao concurso

O anúncio do Governo surgiu numa altura em que vários médicos dentistas vieram publicamente contestar as regras do concurso de acesso ao SNS (que terminou no dia 04 de maio), destacando que assenta na precariedade.

António Sousa, da plataforma de discussão “Fazer Dentária”, criada a 7 de abril na sequência da contestação ao concurso de acesso dos médicos dentistas

ao SNS, e que “tem neste momento [dia 24 de abril] 3.020 subscritores e mais cerca de 60 pedidos pendentes a aguardar verificação, ou seja cerca de um terço da classe”, disse à SAÚDE ORAL que “a criação de um grupo de trabalho para tratar da integração dos médicos dentistas no SNS é positiva”, mas sublinhou: “só que continuamos a não saber qual o projeto da OMD para esta questão”.

O membro fundador da “Fazer Dentária” adianta que “o bastonário da OMD disse recentemente que o modelo proposto pelo Governo no âmbito do concurso, que está a decorrer, ‘não é o nosso modelo’ mas a OMD nunca revelou qual é este modelo”. A plataforma tem uma proposta global para a integração dos médicos dentistas no SNS, bem como para outros assuntos relativos à classe que irá “entregar em breve à OMD e ao Ministério”, garantiu-nos António Sousa.

Sobre esta contestação, Orlando Monteiro da Silva assegura (na entrevista) que “a Ordem está sempre atenta a todas as opiniões, escutando-as com atenção e incorporando-as na nossa atuação e até corrigindo trajetórias, se necessário”.

Os fundadores da plataforma patrocinaram também uma petição, assinada por cerca de 1.700 dentistas, que contesta vários pontos do concurso lançado a 21 de março para o alargamento da presença dos médicos dentistas a 50 centros de saúde. Nuno Ventura, um dos assinantes da petição, referiu que o concurso público “assenta na precariedade de um contrato [de 40 horas semanais] com a validade de dois anos, sem direito a férias, ao fim dos quais o médico dentista fica sem qualquer vínculo ao SNS e regressa ao desemprego”.

Além disso, o médico dentista considerou que “o contrato proposto, além da não criação da carreira de médico dentista, assenta na precariedade de um concurso para um contrato com a validade de dois anos sem direito a férias (facto completamente ilegal face à lei em vigor), ao fim dos quais o médico dentista contratado nestas condições fica sem qualquer vínculo ao SNS e regressa ao desemprego. Embora o contrato não exija exclusividade, como a carga horária requerida é de 40

“O contrato proposto, além da não criação da carreira de médico dentista, assenta na precariedade de um concurso para um contrato com a validade de dois anos sem direito a férias (facto completamente ilegal face à lei em vigor), ao fim dos quais o médico dentista contratado nestas condições fica sem qualquer vínculo ao SNS e regressa ao desemprego”
Nuno Ventura

horas semanais, os contratados para estas vagas dificilmente conseguirão manter atividade profissional no sector privado em paralelo, à qual possam regressar. Parece-nos claro também que nenhum médico dentista irá abdicar da atividade privada que desenvolve neste momento em detrimento de um contrato de trabalho temporário, sem qualquer salvaguarda em termos de futuro.”

Há dentistas satisfeitos

Apesar da contestação, alguns médicos dentistas que entraram no SNS na experiência-piloto de 2016 manifestaram-se satisfeitos com toda a experiência e declararam que iriam voltar a concorrer. Falámos com um desses médicos, Artur Miler, que foi colocado em Montemor-o-Novo, e que afirma: “no que me diz respeito, só posso dizer bem de toda a

estrutura que está envolvida neste projeto, pela forma afável como fui recebido, pela vontade genuína das pessoas envolvidas, desde os funcionários do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, as diretoras e toda a estrutura das USF envolvidas, do ACES Alentejo Central, da ARS Alentejo, da DGS e, também, do próprio gabinete do secretário de Estado Adjunto e da Saúde”. E acrescenta: “aos colegas que estiverem interessados em vir trabalhar para o Alentejo só posso dar as melhores referências, pois são aquelas com que eu convivo e tenho trabalhado até aqui”.

Referindo-se a algumas das críticas ao concurso (o contrato ser de dois anos, não ter direito a férias e o dentista ficar sem qualquer vínculo ao SNS após o término do contrato), Artur Miler diz-nos que “no caso específico dos primeiros médicos dentistas que integraram o projeto-piloto inicial, o contrato efetuado foi com a duração de um ano”, por isso agora “terei, tal como os restantes colegas, de concorrer ao acordo-quadro nos moldes até aqui divulgados. Nesta primeira fase, o fundamental é consciencializarmos que estes são passos iniciais de uma fórmula encontrada pelo Governo para conseguir providenciar cuidados de saúde oral”. O médico dentista adianta ainda que “a questão das férias será sempre relativa e dependerá de acordos com as direções dos ACES e das ARS dos locais onde formos colocados. O bom senso será sempre o maior aliado de cada uma das partes para que se consiga um bom ambiente de trabalho de forma a proporcionar melhorias efetivas na saúde oral dos utentes que nos procuram, aliás como até agora se tem verificado”.

Artur Miler considera que no concurso atual “pelo que me foi dado a conhecer na sessão de esclarecimento promovida pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) em colaboração com a OMD, tal como aos restantes colegas, apesar da plataforma utilizada ser a mesma a verdade é que tentaram promover um melhor entendimento de todo o processo, aprimorando a forma de seleção tentando ir ao encontro a algumas das reivindicações que ocorreram aquando do primeiro concurso”. ●

ORLANDO MONTEIRO DA SILVA, BASTONÁRIO OMD “A PARTIR DAQUI A CARREIRA DO MÉDICO DENTISTA NO SNS IRÁ DAR PASSOS EM FRENTE”

O bastonário da ordem dos Médicos Dentistas (OMD) considera que, com a criação do grupo de trabalho, “a carreira do médico dentista no SNS irá dar passos em frente”, embora admita que “não estava à espera que isso viesse a ser concretizado de forma tão rápida, numa altura em que, mesmo para os médicos, as carreiras estão congeladas”. Mas Orlando Monteiro da Silva salienta que nenhum dos quatro cenários, para um acesso mais global da população à medicina dentária, identificados no estudo da Universidade Nova, apresentado em 2016 ao Governo, “é incompatível entre si. Na verdade deveriam viver todos em harmonia”

Texto: Emília Freire com Sónia Ramalho Fotos: OMD



Na sequência da criação do grupo de trabalho que vai avaliar a integração dos médicos dentistas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) qual é a proposta que a OMD vai levar ao Governo?

Gostava de frisar, antes de mais, que este é um projeto do Governo e assumido pelo Executivo desde o primeiro dia do mandato, para a prestação de cuidados de saúde oral dentro do SNS. E a OMD teve oportunidade de tornar públicos e enviar a diversas entidades vários documentos com matéria para discussão nesta área.

A inserção dos médicos dentistas no SNS é uma questão que se colocou desde sempre. No tempo de Leonor Beza foi feito um projeto pelos responsáveis da Ordem na altura e entregue à ministra, mas que acabou por ficar na gaveta.

Desde aí que a OMD sempre defendeu a necessidade da medicina dentária no SNS, mas nunca mais houve nada em concreto, até pelo contrário. Alguns responsáveis como Durão Barroso, António Guterres ou Manuela Arcanjo disseram diretamente que não estava nos planos esta inserção.

E nunca deram uma explicação? Económica, social?

Acho que perdemos o comboio lá atrás porque não éramos muitos, tínhamos (e continuamos a ter) quem se opõe a que os médicos dentistas estejam no SNS, razões económicas que hoje estão na ordem do dia, mas já na altura se colocavam, e também havia, dentro da profissão, muita hipocrisia relativamente a esta matéria, ou seja, muita gente que defendia o SNS, mas que na prática não o queria...

Porque tinham medo de ficar sem clientes nas suas clínicas privadas...

Um medo irracional que ainda hoje é visível em algumas intervenções. Um medo que não faz sentido e que vai de encontro com o que a sociedade pretende, que é ter acesso à medicina dentária, e isto pode ser feito de várias formas, mas na verdade nunca veio a ser feito.

Nos nossos estudos e sondagens a OMD colocou várias hipóteses sobre esta matéria e o Governo foi buscar uma delas. Mas reconhecemos de imediato que este

era um projeto do Executivo porque logo desde início não obedecia a algumas questões fundamentais. Pelo que, na primeira versão do projeto [experiências-piloto], por decisão unânime do Conselho Diretivo recusámos assinar um protocolo com o Governo, que na sua legitimidade política avançou e a Ordem acabou, como é seu dever, por colaborar em alguns aspetos, mas sempre tentando melhorar o projeto. Nesta segunda fase do projeto, como tivemos oportunidade de explicar de forma exaustiva, conseguimos alguns avanços importantes.

Nomeadamente?

Nomeadamente em termos da possibilidade de os médicos dentistas individualmente, ou minimamente organizados, poderem aceder ao concurso, no alargamento do tempo do concurso, na explicação dos termos do concurso, e naquilo que é pago aos médicos dentistas, centrando o projeto não no custo mais baixo, como é usual em todos estes concursos, mas na qualificação e diferenciação do médico dentista e até do assistente dentário. Mas este não é um projeto de inserção dos médicos dentistas no SNS, aqui não há uma carreira. Neste projeto, na impossibilidade de haver uma contratação do médico dentista num formato adequado, adquirem-se serviços de medicina dentária, que é uma solução imaginativa porque vai buscar a autonomia do médico dentista, porque não está limitado na sua ação e integrando-o no SNS, mas através da aquisição de serviços.

“NENHUMA DESTAS HIPÓTESES EXCLUÍA AS OUTRAS”

Está a referir-se ao sistema adotado no concurso que terminou a 04 de maio. Mas estávamos a questionar qual o modelo que a OMD vai defender agora, nas negociações, no âmbito do grupo de trabalho criado pelo Governo?

A defesa da inserção dos médicos dentista consta de vários estudos que fizemos e também do programa eleitoral da candidatura aos órgãos da OMD. E

colocamos vários cenários: o alargamento do cheque-dentista; a inserção dos médicos dentistas no SNS, em centros de saúde e hospitais; um seguro público (tipo ADSE); e os seguros privados, quem em Portugal, devido à falta de regulação, é deturpado. Todas essas quatro hipóteses foram colocadas pela Universidade Nova, e pelo professor Pedro Pita Barros, e os seus custos devidamente elencados.

Foi apresentada uma proposta ao Governo?

Foi apresentado este estudo ao Governo e depois decidimos também, segundo estas hipóteses, sondar os médicos dentistas para perceber as suas escolhas e vimos que, de certa forma, as pessoas estão disponíveis para vários destes modelos.

Qual foi o modelo mais escolhido?

Vários deles. Isto é, a interpretação que fizemos, e divulgámos, daquilo que é apenas uma sondagem é que, na verdade, nenhuma destas hipóteses excluía as outras. Podemos, e devemos, ter médicos dentistas nos centros de saúde e nos hospitais, e uma carreira de medicina dentária no SNS, ter um seguro público para a medicina dentária, ter um programa cheque-dentista para situações e grupos especiais da população, focando-se principalmente nos aspetos preventivos, bem como deveríamos ter (infelizmente não temos) um sistema de seguros que pudesse ajudar, nomeadamente a classe média, a ter melhor acesso à medicina dentária. Nenhum destes cenários é incompatível entre si, na verdade deveriam viver todos em harmonia, com o panorama que temos hoje em dia na profissão, que é de cerca de 6.000 clínicas ou consultórios de medicina dentária, na maioria de pequena dimensão, que estão disponíveis para que o SNS – como irá acontecer – progressivamente utilize essa capacidade instalada para dar apoio à população. É assim que acontece na maioria dos países mais avançados do mundo e habitualmente isto coincide com uma rede básica, em centros de saúde, para que haja um acesso adequado da população à saúde oral.

Por isso, se fosse uma decisão da Ordem seria 'tudo para todos', passo o exagero, mas não é nossa decisão e, neste momento, a opção política deste Governo é prestar cuidados de saúde oral à população dentro do SNS. E isso vai ao encontro do que há muito pugnávamos. Foram feitas experiências-piloto, correram bem segundo a avaliação do Executivo, fez-se um segundo concurso e agora o objetivo é sempre melhorar, e um dos aspetos que esteve deste logo em questão foi o estatuto dos médicos dentistas.

ESTE MODELO RETIRA OS MÉDICOS DENTISTAS DO SEU ISOLAMENTO

Ou seja, a Ordem colocou essa questão da importância da inclusão dos médicos dentistas numa carreira no SNS?

Sim, num enquadramento adequado. Porque eles estão lá como médicos dentistas, não estão como técnicos superiores ou outra coisa qualquer,

estão é a prestar serviços de medicina dentária, não estão enquadrados num vínculo e numa relação laboral. Mas com esta solução o Governo retira-nos do isolamento em que se encontra a profissão, os médicos dentistas estão, em geral, isolados do contacto com outras profissões da saúde.

E porquê?

Por motivos vários, as causas são profundas. Houve uma autonomia saudável da profissão, mas separada de outras profissões da saúde a vários níveis, mesmo quando existem em espaços privados outras áreas da medicina, está cada um no seu canto.

Mas temos ideia de que quando há outras áreas no mesmo consultório, como a Nutrição ou a Estética, isso é considerado quase desprestigiante pelos médicos dentistas...

Nós fizemos um estudo sobre isso e as pessoas consideram que é uma mais-valia ter outras áreas tradicionais da medicina

e que pode potenciar a medicina dentária, mas acham menos prestigiante estar junto com SPAs ou áreas ligadas à Estética.

O isolamento da profissão é reconhecido em todo o mundo e a profissão precisa de conviver com outras profissões de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, para se dar a conhecer, absorver e prosperar ela própria. E essa é uma das vantagens de estarmos inseridos, como médicos dentistas, nas Unidades de Saúde Familiares, com outros profissionais de saúde, e com os médicos de família (que é uma questão importantíssima) a fazer a referenciação dos doentes para o médico dentista. Hoje são cerca de 30 os centros de saúde com esta valência, mas isto tende a propagar-se, mesmo que não haja médicos dentistas, pelo que captar a atenção dos médicos de família, que podem ser grandes referenciadores para a profissão, é fundamental. Por isso vamos estar lá, autónomos e independentes, mas com um conjunto de procedimentos


noviPem

Prescrição
Eletrónica de
Medicamentos


noviGest

Gestão
Integrada e
Faturação de
Consultórios


noviDash

Geradores de
Indicadores-
chave de
Performance


noviQuest

Questionários
clínicos e
Inquéritos


noviCheckin

Interface de
Checkin
através de PIN
ou telemóveis

CANDIDATO

 PRÉMIOS
SAÚDE ORAL
2017


tactis

(que estão identificados) para fazer, de cuidados de saúde primários, e quando aparecerem situações mais complicadas serão referenciadas para os hospitais. É assim, em termos gerais, que este projeto foi estruturado.

MODELO DO GOVERNO ESTÁ COMPLETO

Tem indicação que, daqui a dois anos, poderá haver um terceiro concurso ainda com mais melhorias que deem resposta às críticas a este segundo concurso?

Estamos num período experimental e estava previsto que houvesse uma fase de um ano que depois fosse alargada. Penso que a ideia do Governo não é andar de experiência-piloto em experiência-piloto, é avaliar o que está a ser feito. E isso tem estado a ser realizado dentro do SNS e o que aconteceu, pelos vistos, é que a avaliação foi tão positiva, tanto da parte dos serviços, como dos utentes, que neste segundo ano o modelo do Governo está completo.

Entendo, por isso, que a partir daqui a carreira do médico dentista no SNS irá dar passos em frente. Mas não estava à espera que isto viesse a ser concretizado de forma tão rápida, numa altura em que, mesmo para os médicos as carreiras estão congeladas. Há mais de 30 anos que estávamos à espera desta medida, por isso a Ordem só podia caminhar a par deste projeto.

Mas se há tanto tempo que se esperava por isto consegue perceber esta contestação, expressa até na carta que foi enviada ao Conselho Geral por um grupo de profissionais?

Bem, nós recebemos todos os dias cartas ou emails com pedidos de esclarecimento ou ajuda a propósito de temas éticos ou deontológicos, de relacionamento com os doentes, de prescrição eletrónica, licenciamento, etc. e a todos tentamos dar resposta. Quando os nossos colegas nos fazem chegar opiniões sobre os mais diversos temas registamos essas opiniões,



esclarecemos quando consideramos que é caso disso, escutamos atentamente, melhoramos e corrigimos trajetórias quando necessário. No fundo estamos atentos àquilo que chega à Ordem, é essa a nossa missão. Cada médico dentista terá a sua opinião sobre os diversos assuntos ligados à profissão e não é missão da OMD estar a rebater ou contrapor a opinião de cada um. Temos outras missões, como por exemplo pugnar pela criação das Especialidades, que tanto trabalhamos para isso e conseguimos agora a atribuição do título em três das Especialidades com que nos comprometemos. Mas reservemo-nos o direito de corrigir informação que venha a público que não esteja correta.

Como a questão dos 'lotes'?

A questão dos lotes foi corrigida no sentido de ajudar as pessoas a interpretar o que se quer dizer com lotes [no concurso], não são lotes de médicos dentistas. Tudo fizemos para ajudar as pessoas a interpretar a linguagem dos concursos públicos, nos filmes e nas sessões de esclarecimento e desta vez acho que, no fundamental, não houve ninguém que ficasse com dúvidas sobre as regras do concurso. Convém lembrar que estamos a falar de um concurso para termos médicos dentistas em 50 centros de saúde, mas nós também reunimos com os outros profissionais que já estão inseridos em vários centros pelo País fora, de diferentes formas, e pedimos para que a sua situação e condições de trabalho sejam harmonizadas com as dos profissionais que agora vão entrar nesta segunda fase do projeto.

Tem sido referido que, desde que há serviços de medicina dentária no SNS, ficou claro que há muitas pessoas nunca tinham ido ao médico dentista, talvez por considerarem uma área mais elitista. O facto de estarmos a falar deste tema frequentemente é útil para fazer passar a sua mensagem junto da população?

Claro que sim. É útil para a população, para os médicos dentistas e para outros profissionais de saúde que ainda têm dificuldade em entender o que faz o médico dentista em concreto. O principal papel e mérito é dos médicos dentistas, mas é também da Ordem: no Dia Mundial da Saúde Oral, se o espaço ocupado pelo número de notícias publicadas fosse transformado em publicidade representaria cerca de 1,2 milhões de euros de investimento, o que é significativo.

Mais uma razão para não se ter medo da integração na medicina dentária no SNS porque será um abrir de portas?

Exatamente. E ninguém acredita que vamos ter médicos dentistas em todos os centros de saúde, está no estudo da Universidade Nova que isso custaria cerca de um milhão de euros ao Estado, sem os equipamentos, pelo que é incomportável. Mas a existência de uma rede básica nos centros de saúde e hospitais é fundamental e vai trazer depois doentes às clínicas privadas para tratamentos mais complexos e específicos, porque vão ser os próprios doentes que vão querer mais.

Recentemente veio a público a questão se fazia sentido ou não a criação de um sindicato dos médicos dentistas. Faz sentido esse sindicato?

Por mim faz sentido, porque a Ordem está proibida, a vários níveis, de intervir em matérias do foro sindical, no âmbito do SNS, por exemplo, sobre questões salariais será um sindicato que terá de se pronunciar e não a OMD. Se vier a existir um seguro público (tipo ADSE) para a medicina dentária será o sindicato a negociar também os valores da tabela de comparticipação, como acontece em França. ●

Técnica Cervera

Soluções ortodontia:
do tratamento clássico ao 3D individualizado



85ª Edição
21-22-23
Setembro 2017

Pós-graduação

Em Ortodontia Funcional, Aparelhos Fixos e Auto-ligáveis



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



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

☎ 00 34 91 554 10 29

💻 www.ortocervera.com | ✉ cursos@ortoceosa.com

DENTALBIZZ E PRÉMIOS SO 2017 O NOVO MÉDICO DENTISTA DO SÉC. XXI

A sexta edição do Dentalbizz vira-se para o futuro e vai analisar quais as competências mais importantes para o médico dentista no século XXI. Quais os novos desafios que se colocam? Será que a aposta vai passar por equipas multidisciplinares? E qual o papel do médico dentista na promoção da Saúde Oral?

Texto: Sónia Ramalho

Para o médico dentista, o conhecimento científico e a prática clínica são vitais para atingir bons resultados. Mas e a parte de gestão? Um bom médico dentista tem de ser um bom gestor? Voltamos ao mesmo assunto pois acreditamos que ainda subsistem dúvidas que vamos tentar esclarecer com a ajuda de Hugo Madeira, CEO da Clínica de Implantologia Avançada. O médico dentista vai desvendar a sua experiência pessoal enquanto CEO e como o Programa de Direção de Empresas (PDE) mudou completamente a sua visão do negócio.

E trabalhar em equipas multidisciplinares, sim ou não? O médico dentista deve estar fechado num consultório com os seus pacientes, ou pelo contrário deve trabalhar numa equipa multidisciplinar, onde várias áreas se complementam, até para haver uma partilha de conhecimentos? Salomão Rocha e Júlio Fonseca, da Orisclinic, vão partilhar a sua visão e revelar como trabalhar em equipa e evitar conflitos.

Ainda da parte da manhã vamos abordar a importância das pós-graduações na evolução dos clínicos, com a ajuda do médico dentista Hugo Sousa Dias, e ainda como é trabalhar além-fronteiras, com a apresentação de um caso prático.

6ª EDIÇÃO

O MÉDICO DENTISTA DO SÉCULO XXI

DentalBizz
ENCONTRO ANUAL DE GESTÃO PARA PROFISSIONAIS DE MEDICINA DENTÁRIA

8 DE JUNHO
ALFÂNDEGA DO PORTO

www.saudeoral.pt/dentalbizz/

6ª EDIÇÃO

S PRÉMIOS SAÚDE ORAL CERIMÓNIA DE ENTREGA

ORGANIZAÇÃO

IFE
INSTITUTO DE INVESTIGACÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE ORAL
ABILWAYS S

SAÚDE ORAL



Papel do médico dentista na promoção da saúde oral

A parte da tarde tem início com uma mesa redonda onde vai ser analisado o papel do médico dentista na promoção da importância da saúde oral junto das populações. Qual o impacto da inclusão dos médicos dentistas no Serviço Nacional de Saúde? Estamos a capacitar para captar mais clientes? E será que é importante transmitir a mensagem da importância da saúde oral para captar mais pacientes para a medicina dentária? Para discutir o assunto vamos ter representantes da Ordem dos Médicos Dentistas, Direção Geral de Saúde, SINAS/Saúde Oral e médicos dentistas a exercer no SNS.

O período da tarde inclui ainda uma análise sobre as obrigações legais do médico dentista e como os portugueses são considerados Mobile First, ou seja, utilizam o telemóvel para tudo no seu dia-a-dia, vamos analisar como os médicos dentistas podem tirar partido deste crescimento do digital na palestra Farto de estar ultrapassado

O dia termina com um frente a frente entre duas gerações de médicos dentistas, um rookie e um giant, que

em palco vão debater opiniões sobre o presente e o futuro da medicina dentária e o que ambas as gerações podem aprender uma com a outra. João Mouzinho e Manuel Neves aceitaram o convite. O que cada geração pode aprender entre si?

Prémios Saúde Oral 2017

O dia termina com a entrega dos Prémios Saúde Oral 2017. Pelo oitavo ano consecutivo, a revista Saúde Oral e o Grupo IFE vão homenagear as personalidades e as marcas que mais se destacaram no universo da medicina dentária em 2016, com a entrega dos Prémios Produto e Prémios Clínicos nas diversas áreas de especialidade. E se os Prémios Produto continuam a ser atribuídos mediante a apresentação de candidaturas enviadas pelas empresas nas várias áreas, que depois são sujeitas a votação por médicos dentistas, estomatologistas, higienistas orais e técnicos de prótese dentária, os Prémios Clínicos são da responsabilidade de um júri eleito pela revista Saúde Oral. Venha conhecer os vencedores deste ano a 8 de junho, na Alfândega do Porto. 📍

Qual o impacto da inclusão dos médicos dentistas no Serviço Nacional de Saúde? Estamos a capacitar para captar mais clientes? E será que é importante transmitir a mensagem da importância da saúde oral para captar mais pacientes para a medicina dentária?

LISTA DE NOMEADOS PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2017 PRÉMIOS PRODUTO

CATEGORIA IMPLANTES



Marca: Nobel Biocare
Modelo: NobelParallel, permite tratar a maioria dos casos com um único sistema de implantes
Empresa: Nobel Biocare Portugal, S.A.



Marca: MIS
Modelo: MIS C1, Implante de Conexão Cônica com index anti-rotacional de seis posições que proporciona um selo definitivo entre o pilar e o implante
Empresa: Sameday Solutions, Lda.

CATEGORIA SOFTWARE CLÍNICO



Marca: NOVIGEST
Modelo: Novigest – Aplicação integrada para a gestão de consultórios
Empresa: TACTIS – Serviços Informáticos, Lda

CATEGORIA ANESTÉSICO



Marca: Lidonostrum Bomba-Spray
Modelo: Lidocaína 10%, Solução para Pulverização
Empresa: Sidefarma, SA

CATEGORIA MEDICAMENTO



Marca: Lidonostrum Pomada
Empresa: Sidefarma, SA

CATEGORIA UNIDADE DENTÁRIA



Marca: ANCAR
Modelo: Série 5 (Sd-550) - Edição Premium
Empresa: UTRADE



Marca: STERN WEBER
Modelo: SÉRIE TRC
Empresa: Dentina – Importação e Comércio de Material Dentário, Lda



Marca: ANTHOS
Modelo: L9
Empresa: MONTELLANO, Lda



Marca: PLANMECA

Modelo: PLANMECA – Unidade dentária PLANMECA Sovereign Classic

Empresa: Edente

CATEGORIA PRODUTO DE HIGIENE ORAL: DENTÍFRICO



Marca: Parodontax®

Modelo: Pasta dentífrica Parodontax Extra Fresh

Empresa: GlaxoSmithKline Consumer Healthcare



Marca: Bexident

Modelo: Bexident – Pasta dentífrica anticáries, 125ml

Empresa: ISDIN, Laboratório Farmacêutico Unipessoal, Lda

CATEGORIA PRODUTO DE HIGIENE ORAL: COLUTÓRIO



Marca: Parodontax®

Modelo: Parodontax® - Elixir Parodontax Extra 0,2%

Empresa: GlaxoSmithKline Consumer Healthcare

CATEGORIA PRODUTO DE HIGIENE ORAL: ESCOVA



Marca: Sensodyne®

Modelo: Sensodyne® Escova Ação Completa

Empresa: GlaxoSmithKline Consumer Healthcare

CATEGORIA CONSUMÍVEL



Marca: Amann Girrbach

Modelo: Ceramill Zolid FX Multilayer

Empresa: Sameday Solutions, Lda



Marca: CLASENUNO

Modelo: Espelho e Aspirador num só instrumento

Empresa: Dentina – Importação e Comércio de Material Dentário, Lda



Marca: Philips ZOOM

Modelo: ZOOM White Speed

Empresa: Sameday Solutions, Lda



Marca: OsteoBiol

Modelo: OsteoBiol – Gen-Os + TSV Gel

Empresa: Sameday Solutions, Lda

CATEGORIA DESIGN CLÍNICAS DENTÁRIAS



Projeto: Clínica S. Martinho
Empresa: MedSUPPORT, Engenharia de apoio à decisão, Lda

CATEGORIA PROJETO INOVAÇÃO PRODUTO



Projeto: X-Mino Trium – Sistema 3D de imagem dental 3 em 1
Empresa: ACTEON



Projeto: NEWTOM 5G XL – Tomografia Computorizada por Feixe Cónico (CBCT)
Empresa: Montellano



Projeto: Elgydium Clinic – Spray Boca Seca – Dispositivo médico substituto salivar
Empresa: Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Portugal, Lda



Projeto: enVy Pillow – enVy Spa – Almofada ergonómica para o paciente
Empresa: Ponto Médico



Projeto: SDS – MIS V3 – Implante triangular de conexão cónica
Empresa: Sameday Solutions, Lda



Projeto: UnicCa – Sistema de Implantes BTI
Empresa: BTI

CATEGORIA PROJETO INOVAÇÃO INVESTIGAÇÃO



Projeto: Avaliação ergonómica do posto de trabalho do médico dentista
Médico Dentista: Vanessa Silva



Projeto: Amann Girrbach – Ceramill Sintron para pontes extensas
Empresa: Sameday Solutions, Lda

Um 'Know-How' excepcional sob um único nome: KaVo.



KV_11_17_0084_REVO © Copyright: KaVo Dental GmbH.

As marcas Gendex, Instrumentarium, i-Cat e Soredex estiveram sempre presentes na nossa plataforma dental e agora juntam-se num só nome: KaVo. Conheça os detalhes da união das nossas marcas e a nova visão KaVo.

Encontre mais informações:
www.new-kavo.com/es



OP 2D

OP 3D

OP 3D Pro

OP 3D Vision

KaVo Dental S.L. | Joaquín María López 41 | 28015 Madrid | España
www.kavo.com/es

KAVO
Dental Excellence

CARGA IMEDIATA EM CIRURGIA GUIADA O “ENCERRAR DO CICLO’ DE TODO O PLANEAMENTO INICIAL”

A cirurgia guiada com carga imediata tem apresentado um crescente interesse e evolução nos últimos anos. Com o aumento da qualidade do cone *beam computed tomography* (CBCT) e dos *softwares* de planeamento pré-cirúrgico, a cirurgia guiada está cada vez mais acessível e pode ser utilizada num largo espectro de casos clínicos.

Texto: Carmen Silva

Até há bem pouco tempo “o protocolo cirúrgico para a colocação de um implante era realizado com recurso a instrumentos desenvolvidos e calibrados especificamente para o efeito (de forma a assegurar a precisão)”, refere João Mouzinho, responsável do departamento de reabilitação oral e implantologia da Molar Clinic, no Porto. Entretanto, esta cirurgia guiada evoluiu e de acordo com o médico dentista “as principais limitações estavam associadas à impossibilidade de executar, no mesmo tempo cirúrgico, outras técnicas cirúrgicas, como a regeneração óssea/tecdular ou a regularização de rebordos alveolares”.

Porém “hoje em dia já temos a cirurgia orientada, ou seja, podemos fazer totalmente guiada sem abrir um retalho, ou podemos orientar a preparação, abrir um retalho e depois fazer reduções ósseas, enxertos gengivais ou regenerações ósseas”, indica ainda João Mouzinho. “Utilizo esta técnica para todas as indicações em implantologia de forma totalmente guiada ou simplesmente orientada”.

Cirurgia guiada e/com carga imediata

No que toca à cirurgia guiada com carga imediata, Filipa Braga, médica dentista do departamento de cirurgia e reabilitação oral da White Clinic, em Miraflores, destaca a sua relevância “em casos de reabilitações extensas com implantes dentários, em que

a utilização de guias simplifica a etapa cirúrgica e a confecção prévia de estruturas provisórias ajustadas aos implantes permite realizar carga imediata previsível em tempo recorde”.

A cirurgia guiada com carga imediata em implantologia é, na realidade, uma junção de duas técnicas distintas, usadas com regularidade em medicina dentária. André Chen, médico dentista do departamento de implantologia e cirurgia oral do Instituto de Implantologia, em Lisboa, explica que a cirurgia guiada remete-nos “para a correta posição do implante em conformidade com o plano de reabilitação planeado, enquanto a opção de ‘carregarmos’ o implante no dia da sua colocação, a chamada carga imediata (com ou sem contactos oclusais) é produto de uma equação um pouco mais complexa dependendo, entre outros fatores, do tipo de implante, da qualidade óssea, da preparação cirúrgica etc”.

Teoricamente, para o médico dentista “toda a cirurgia de implantes deveria ser ‘guiada’ pela prótese ainda que, alguns casos (e dentro de certos limites pontuais) possa ser cirurgicamente guiada com possibilidade de correção prostodontica, recorrendo a aditamentos protéticos específicos, como por exemplo pilares angulados”. Assim sendo, todos os seus casos de implantologia são executados de uma forma guiada, “mas nem todos os meus casos guiados são com carga imediata. A

única maneira de a cirurgia guiada poder auxiliar no planeamento de carga imediata é ao nível da colocação do implante na zona óssea mais favorável (melhorando a estabilidade primária) ou nos *softwares* de aquisição de imagem, onde podemos determinar o grau de mineralização (unidades de Hounsfield) do osso onde supostamente o implante vai ser colocado”.

Cirurgias mais seguras

Filipe Cyrne, diretor-clínico da Clínica Cyrne, na Amadora, desde 2014 que realiza todas as cirurgias recorrendo à cirurgia guiada, contabilizando já cerca de 250 implantes colocados desta forma. Como a cirurgia guiada permite ao médico dentista um controlo sobre o posicionamento do implante que de outra forma era impossível, “consigo realizar cirurgias mais seguras (menos risco de acidentes, como por exemplo lesão de nervos ou de estruturas anatómicas nobres) mais rápidas, menos invasivas, menos traumatizantes para os tecidos e consequentemente menos dolorosas em termos de pós-operatório para os pacientes”.

Já a utilização da carga imediata em cirurgia guiada consiste, para o médico dentista, no “encerrar do ciclo’ de todo o planeamento inicial, ou seja, quando fazemos o planeamento inicial da cirurgia fazemo-lo mediante a realização prévia um enceramento, virtual ou real, do dente ou dentes que pretendemos reabilitar. Na carga imediata produzimos esse mesmo dente ou dentes e colocamo-lo em função imediatamente a seguir à colocação do implante ou implantes, ainda durante a cirurgia. Isto só é possível uma vez que sabemos de antemão a posição espacial exata em que o implante irá estar”. Normalmente recorre-se a esta técnica sempre que é necessário reduzir o tempo total de tratamento e quando se pretende melhorar a qualidade de vida do paciente enquanto decorre o período de osteointegração.

O planeamento

O recurso a guias cirúrgicas (fresadas, prototipadas ou feitas em laboratório a partir de um enceramento manual ou digital) para a correta colocação de implantes dentários “é quase mandatório

SDS – “UMA VERDADEIRA REVOLUÇÃO”

“Se inicialmente a cirurgia guiada tinha como principal função o correto planeamento cirúrgico e posicionamento dos implantes, hoje em dia a integração nos sistemas de CAD-CAM e o desenvolvimento de novos protocolos e *workflows* de suporte digital deram origem a uma verdadeira revolução que representa benefícios consideráveis para médicos, laboratórios de prótese e pacientes. Esta revolução aconteceu nomeadamente ao nível do planeamento, da comunicação com o paciente, da gestão do tempo, da qualidade e da previsibilidade na execução da cirurgia e da produção da prótese, tendo em vista um resultado final perfeito”, refere Rita Franco, *sales, training & marketing suport* da SDS – Same Day Solutions. “É necessária a adaptação à nova abordagem e, como tal, criámos formação e disponibilizamos cursos, *workshops*, residências clínicas e outras iniciativas”, sublinha Rita Franco. Além disso “colaboramos diariamente com os médicos dentistas para a utilização da ferramenta na comunicação com o paciente e dotamos os técnicos de prótese dentária de equipamentos e tecnologia CAD-CAM. Assim como damos resposta à necessidade de apoio com um centro MIS-M-CENTER especializado no planeamento e discussão com o médico dentista do desenho e execução da guia cirúrgica e da prótese. Ao nível do serviço também existem vantagens, pois a guia cirúrgica tem de chegar à clínica com rapidez”, acrescenta. Para Rita Franco “é indiscutível que o perfil exigente do paciente e o contexto comportamental e concorrencial atual da medicina dentária favorece, e até depende, da rápida adoção da tecnologia e dos processos fiáveis e mais eficientes, como forma de obter maior qualidade e valorização do tratamento pelo paciente”.

em todos os casos de implantes, apesar de admitir que existem casos onde cirurgiões mais experientes não necessitem de tal acessório”, refere André Chen. Este tipo de cirurgia guiada pode ser empregue em situações unitárias, múltiplas ou totais onde se planeie executar implantes com carga imediata. Para o médico dentista, o planeamento é crucial. “É a fase mais importante porque o êxito ou o insucesso do tratamento vem do correto planeamento do caso. Se este for mal planeado, o procedimento cirúrgico (ainda que com o recurso a guias ou outro material mais sofisticado) apenas reflete essa situação”.

Também Filipa Braga considera o planeamento pré-cirúrgico a fase crucial para o sucesso da cirurgia guiada. “Na consulta de avaliação procede-se ao levantamento de informação, em que é elaborada uma ortopantomografia, CBCT, fotografias, exame clínico e *scanner* intraoral (ou impressões convencionais). O plano de tratamento digital será posteriormente elaborado através da interposição dos modelos 3D, da CBCT e das fotografias do paciente. Recorrendo a

softwares de planeamento 3D é elaborado o estudo estético e o estudo cirúrgico de posicionamento dos implantes”. Para que a técnica de cirurgia guiada e carga imediata tenha sucesso, este planeamento deve ser realizado minuciosamente, com toda a atenção possível.

Prós e contras

Convém referir que estes procedimentos acarretam vantagens e desvantagens. Por um lado, “a cirurgia guiada convencional é, claramente, menos invasiva e com um pós-operatório mais rápido e confortável para o paciente, sem compromisso do nível de precisão do planeamento e otimização do tempo de cadeira”, salienta João Mouzinho. Mas, por outro lado, há uma desvantagem em relação “ao custo associado à produção de uma guia cirúrgica”.

A vantagem da carga imediata na cirurgia guiada traduz-se na colocação imediata e facilitada de uma prótese provisória logo no momento da cirurgia, uma vez que os implantes são colocados de uma forma precisa através de uma planificação prévia. “Desta forma, o paciente sai da

BIOHORIZONS - “O MUNDO DIGITAL É O PRESENTE”

Para Carla Fonseca, *regional sales manager* da Biohorizons, “de uma forma completamente inovadora, a possibilidade de planear previamente a colocação dos implantes, prever a necessidade ou não de reconstruir tridimensionalmente os tecidos moles e duros, a possibilidade de prever a emergência dos parafusos na prótese e o perfil de emergência adequado, o suporte labial e o sorriso final dos pacientes, mesmo antes de iniciar a cirurgia, tudo de forma virtual e com máxima precisão, é absolutamente fantástico”. Na Biohorizons “há muito que essa integração com o mundo digital existe”. Aliás, para Carla Fonseca “o mundo digital é o presente” e, no futuro próximo, a tendência será a “evolução integral de toda a cirurgia de colocação de implantes e prótese imediata no sentido de ser planeada e executada de forma digital, de uma forma democratizada, desde os *scanners* intraorais, software de planeamento, impressoras 3D para construir as guias cirúrgicas e as próteses provisórias e por fim as fresadoras para a execução do trabalho protético final”. Na visão de Carla Fonseca “todas as clínicas e laboratórios de prótese terão de avançar por este caminho, assim como toda a Indústria de implantes terá de evoluir neste sentido também, pois já não se vendem só implantes e componentes protéticos ou materiais de regeneração óssea, mas sim soluções integradas”.

consulta de cirurgia já com dentes em boca, sem necessidade de procedimentos protéticos adicionais, que normalmente são incómodos e demorados, reduzindo

QUAL O SEU CASO MAIS DESAFIANTE?



Filipa Braga

O de uma jovem que perdeu todos os dentes superiores e que estamos a terminar o processo de reabilitação. Em fevereiro, o departamento de cirurgia oral da White Clinic realizou a cirurgia totalmente guiada de 7 implantes superiores, concomitante com a colocação de pilares personalizados de zircónio e uma estrutura provisória cimentada aos pilares. O desafio será na fase protética, em que iremos realizar a estrutura definitiva em zircónio recorrendo apenas ao scanner intraoral, ao CAD-CAM, evitando moldes convencionais e intervenção manual nas peças protéticas. Contamos apresentar o caso finalizado no próximo congresso da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).



André Chen

Pessoalmente, trabalho muitas vezes com implantes de peça única de zirconia que obrigatoriamente combinam sempre cirurgia guiada com carga imediata, porque a técnica assim o exige, sob pena de

colocarmos o implante na posição errada, condicionando todo o procedimento reabilitador. São na maioria dos casos estéticos em zonas de alto risco, que fazem com que o planeamento seja exímio tanto cirúrgico, como de reabilitação. A colocação errada não nos deixa margem de corrigir o erro com aditamentos protéticos adicionais, tornando os casos desafiantes.



Filipe Cyrne

Provavelmente o primeiro caso que realizei segundo esta técnica. Quando apostamos em novos métodos de trabalho há sempre receio que algo não corra bem, ainda para mais quando estamos completamente dependentes de todo o planeamento realizado por trás da cirurgia, pois é ele que dita onde vão ser colocados os implantes que levarão ao desenho da respetiva prótese, feita à sua medida. Se algum pormenor não estiver bem no planeamento, toda a cirurgia e a respetiva carga imediata irá falhar. É um efeito dominó. Basta que um dos implantes não fique exatamente no local planeado para a prótese não poder ser colocada facilmente da forma planeada. É necessário dominar muito bem todo o planeamento e contar com um laboratório que execute um trabalho atento, e estar pronto a realizar um 'plano B' caso algo não corra conforme o previsto.

o número de consultas a realizar”, complementa Filipe Cyrne. Porém, caso não sejam cumpridos os requisitos necessários para a realização da carga imediata, “corremos o risco de fracassar na osteointegração dos implantes. Entre outras desvantagens está o custo associado a este tipo de tratamento, que é superior ao realizado em carga deferida”, reforça o diretor-clínico, acrescentando que o paciente “também terá de ter o cuidado de fazer uma dieta mais mole durante os dois primeiros meses e corre o risco de haver descimentações ou fraturas na prótese provisória, bem como necessitará de ter uma cuidada higiene oral”.

Já Filipa Braga expõe que a técnica de cirurgia guiada com carga imediata proporciona inúmeros benefícios, “como a colocação precisa de implantes dentários, a possibilidade de recorrer com segurança à cirurgia sem retalho, diminuição do tempo cirúrgico e consequente diminuição da dor e desconforto pós-operatório do paciente e ainda a possibilidade de integrar no tempo cirúrgico a reabilitação oral imediata”. No entanto pode apresentar alguns riscos, nomeadamente “o possível sobreaquecimento ósseo por falha na irrigação durante a preparação óssea; a instabilidade da guia cirúrgica, que poderá culminar em resultados bastante desviados do planeado, ou ainda uma outra desvantagem, relatada em alguns estudos, relacionada com o nível de deformação na impressão da guia cirúrgica”.

Uma discrepância significativa

Para Filipa Braga, um dos grandes desafios desta técnica prende-se com a precisão da cirurgia guiada: quando comparada a posição implantar adquirida através do planeamento 3D com a posição implantar após o procedimento cirúrgico. Por esta razão “realizámos, em 2016, um estudo na White Clinic para avaliar a fiabilidade e precisão da técnica de cirurgia guiada. Colocaram-se 50 implantes usando guias cirúrgicas concebidas digitalmente. Ao comparar as medições do CBCT anterior e posterior à cirurgia verificamos a existência de uma discrepância significativa. Os resultados por comparação com outros estudos semelhantes descritos

NOBEL BIOCARE: “INTEGRAR AS TECNOLOGIAS EMERGENTES E DISPONÍVEIS”

Para Filipe Antunes, *product manager implant systems, digital dentistry & regenerative solutions Iberia* da Nobel Biocare, nos últimos anos os implantes osteointegrados tornaram-se uma das opções de tratamento “mais benéficas para pacientes parcialmente edêntulos, totalmente edêntulos ou para aqueles que sê-lo-ão em breve”. Neste sentido, a colocação de implantes com um protocolo de carga imediata pode trazer vantagens: “menos procedimentos cirúrgicos, potencialmente menos tempo de tratamento e benefícios para a autoestima do paciente, associados ao facto de este poder deixar a clínica com uma nova prótese dentária”. Filipe Antunes salienta que hoje em dia “acredita-se que o planeamento da colocação de implantes deve começar considerando o resultado protético final e não apenas a quantidade de osso disponível”. Neste contexto, os médicos dentistas devem ter em conta “a colocação da prótese quando decidem a melhor posição para colocar o implante”.

Um dos desafios atuais é “integrar as tecnologias emergentes e disponíveis, como *scanners* intraorais, impressoras 3D e fresadoras em laboratório ou clínica, no fluxo de trabalho diário de uma clínica dentária”, refere. Da parte da Nobel Biocare, os médicos dentistas “podem continuar a esperar componentes de elevada qualidade e um verdadeiro fluxo de trabalho digital, que integra múltiplas tecnologias, na prática clínica, através de um só *software*, desde o diagnóstico até à comunicação com o paciente e tratamento, além de também apoiar atempadamente o fabrico de guias cirúrgicas e soluções protéticas. Em conjunto, esta solução integrada pretende ajudar os médicos dentistas a aumentarem as suas taxas de aceitação de tratamento com implantes dentários, permitindo que tratem mais pacientes melhor”.

na literatura apresentaram valores ligeiramente mais elevados. Devido ao grande progresso da área digital, na medicina dentária, acreditamos e trabalhamos diariamente para que, dentro de pouco tempo, seja possível atingir uma precisão otimizada”.

Para André Chen, o maior desafio ao nível da cirurgia guiada com carga imediata é a integração dos sistemas digitais de aquisição de imagens intraorais (*scanners* intraorais) no *workflow* de um consultório dentário. “Apesar de apresentarem vantagens óbvias, uma vez que permitem trazer para as clínicas aquilo que outrora era executado pelas companhias de implantes, apresentam ainda algumas limitações”. Deste modo, se no passado, para adquirir uma guia cirúrgica para cirurgia totalmente guiada era necessário (na grande maioria dos casos) enviar os modelos em gesso para a marca de implantes para que se pudesse fabricar uma guia cirúrgica, atualmente “é possível de uma maneira digital captar as imagens da



implantmed

ESCOLHA O SEU KIT DE CIRURGIA A PARTIR DE

2.995€

Implantmed SI-923 / Pedal com cabo S-N1 / Micromotor SEM luz / 2 Contra-ângulos WI-75 E/KM

Made in
AUSTRIA



OSSTELL
En exclusiva con W&H

NOVO

MÓDULO

OSSTELL ISQ

AVALIADO POR MAIS DE
800 ESTUDOS CIENTÍFICOS

O módulo Osstell ISQ permite realizar uma avaliação segura da estabilidade do implante, aliado aos SmartPegs.



MÓDULO OSSTELL ISQ DA W&H
INCLUI UM VALE PARA 5 SMARTPEGs

1.900 €*

PVP 2.500€

Accesório disponível apenas para o NOVO Implantmed SI-1023

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

+34 96 353 20 20 / 351 912 593 995

wh.com

STRAUMANN PORTUGAL – “DIGITALIZAÇÃO CRESCENTE DOS FLUXOS DE TRABALHO”

Para Bruno Mesquita, *marketing manager* da Straumann Portugal, o recurso a uma guia cirúrgica “não é nada de novo ou de revolucionário na medicina dentária, na medida em que são usadas há pelo menos 20 anos para um posicionamento mais preciso dos implantes dentários”. Daí que, para o marketing manager, “a (r)evolução que vivemos neste momento se centre na digitalização crescente destes fluxos de trabalho. Graças aos avanços tecnológicos dos últimos anos, nomeadamente os CBCTs, *scanners* intraorais e sistemas de CAD-CAM, torna-se possível uma colocação dos implantes proteticamente otimizada, mais precisa e mais previsível. Assim aumenta-se a probabilidade de reunir as condições para se puder avançar para uma carga imediata”.

Para a Indústria, do ponto de vista de Bruno Mesquita, o maior desafio tem sido “conseguir que a transição dos fluxos de trabalho convencionais para os digitais seja feita de forma fluída. O treino e a formação têm um papel fundamental neste processo de (r)evolução, não apenas a nível do manuseamento dos equipamentos ou técnicas cirúrgicas específicas, mas principalmente na integração de todas estas partes, desde o diagnóstico à reabilitação protética”. Deste modo, para o *marketing manager*, os fluxos de trabalho digitais serão, “a curto-prazo, centrais na formação em implantologia e não apenas na cirurgia guiada com carga imediata”. Quanto ao futuro, podemos esperar “uma crescente digitalização. A muito curto-prazo será possível não só planear a cirurgia e obter uma guia cirúrgica com base digital, como obter as próteses provisórias antes do ato cirúrgico, desenhadas e produzidas digitalmente”.

boca do paciente e na própria clínica fresar ou prototipar uma guia”. Não obstante, para o médico dentista três problemas surgem neste fluxo: “os *scanners* ainda têm algum ‘erro’; o controlo de qualidade deixou de ser exercido pelas marcas de implantes e passou a ser responsabilidade do médico ou diretor-clínico e é uma tecnologia recente que necessita de validação científica”.

Máxima precisão e previsibilidade

Apesar de toda a evolução dos últimos anos, ainda é necessário conseguir diminuir o erro. André Chen indica que, “em casos onde haja indicação para carga imediata, quer sejam totais, parciais ou unitários, tanto os *softwares* de aquisição de imagem, como os de imagiologia têm de progredir para diminuir o erro”. Apenas assim, do ponto de vista do médico dentista, “vamos conseguir ser previsíveis na colocação de uma prótese imediata terminada, no momento exato em que termina a cirurgia”. Não obstante, alerta que a tecnologia e a validação científica de protocolos “avançam a ritmos totalmente distintos, pelo que

estamos a instituir terapêuticas aos nossos pacientes que não sabemos como se comportam a cinco, dez ou quinze anos”.

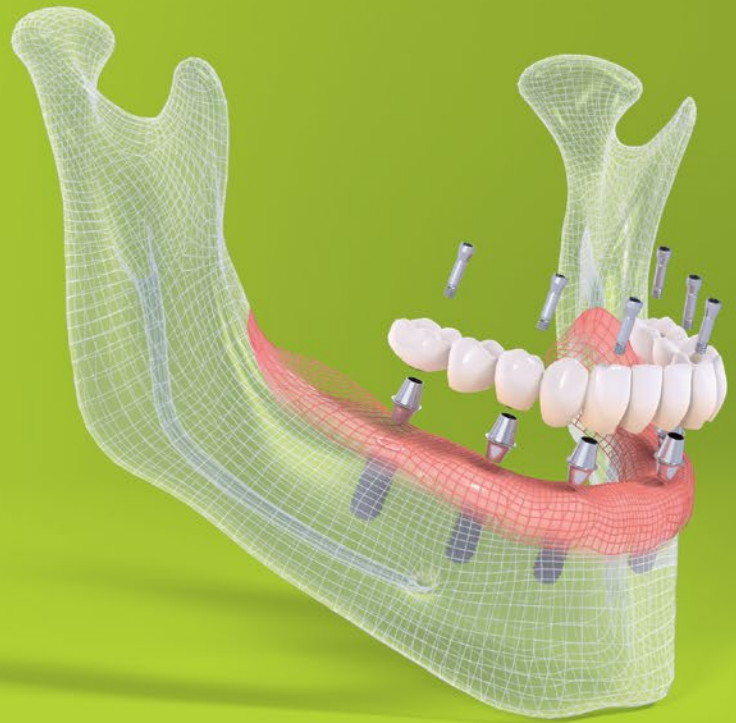
André Chen salvaguarda ainda que “as marcas comerciais digladiam-se por novidades tecnológicas de lançamento rápido, mas temos de ter em atenção que continuam a ser tratamentos médicos executados em pacientes reais e não virtuais”. Daí que para o médico dentista, o futuro passa “pela correta validação das novas tecnologias para podermos executar casos de carga imediata com o auxílio de guias cirúrgicas de uma maneira previsível”.

Por seu turno, Filipa Braga indica que assistimos a grandes desenvolvimentos no campo do planeamento digital e cirurgia assistida por computador. Deste modo, “através do desenvolvimento de *softwares*, melhoramento da qualidade do CBCT e de outros meios complementares de diagnóstico e progresso das impressões 3D, o futuro será em busca da máxima precisão e previsibilidade do tratamento com guias cirúrgicas”. ●

CARGA IMEDIATA: QUANDO NÃO FAZER

A carga imediata é definida como a colocação do implante na sua função até uma semana após a sua colocação. Ao usar a técnica de cirurgia guiada consegue-se encurtar ainda mais esse tempo, colocando o implante em função ainda durante o procedimento cirúrgico. No entanto, a carga imediata em cirurgia guiada, segundo Filipe Cyrne, “só é possível se estiverem reunidas algumas condições: necessitamos de obter uma estabilidade primária dos implantes superior a 32 n/cm no ato cirúrgico, necessitamos de utilizar implantes com comprimento igual ou superior a 10mm, devemos sempre ferulizar os implantes, evitar ao máximo cantilevers distais, e remover sempre todos os contactos posteriores nos movimentos de lateralidade da prótese provisória”.

Deste modo, para o médico dentista, é desaconselhado o uso da carga imediata “em todos os casos que não cumpram estes requisitos, correndo o risco de fracasso na osteointegração de um ou mais implantes. Nestas situações devemos adiar a carga para dois a três meses depois da cirurgia”. A carga imediata está ainda contraindicada, segundo Filipe Cyrne, “em casos de pacientes com bruxismo, higiene oral deficiente, doentes sistémicos não controlados, bem como outras condições que condicionam a colocação de implantes de um modo geral”. Filipa Braga complementa que a carga imediata pode ainda ser desaconselhada “quando, por exemplo, não atingimos um ISQ (*Implant Stability Quocient*) satisfatório, quando fora da zona estética ou em implantes unitários sujeitos a carga mastigatória”.



Mais do que fluxos de
trabalho integrados.
Substituição dentária
digital imediata.

ABORDAGEM ENDODÔNTICA DE CANAIS CURVOS

A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS



HUGO SOUSA DIAS

Pós-graduação em Endodontia pela FMDUL
 Coordenador do Master em Endodontia
 Foramen Dental Education
 Fundador do Grupo Português para o Estudo da Endodontia
 Prática clínica exclusiva de Endodontia com Microscópio Cirúrgico



VALTER FERNANDES

Pós-graduação em Endodontia pela FMDUL
 Docente convidado IUCS – CESPU e docente da Pós-Graduação em Endodontia IUCS – CESPU
 Prática clínica exclusiva de Endodontia com Microscópio Cirúrgico

Introdução

A abordagem clínica de dentes com anatomias complexa pode ser difícil e frustrante, mas também bastante gratificante quando conseguimos “vencer o desafio”. Os canais curvos apresentam-se como um desafio pelo risco acrescido de transporte do canal e criação de falsos trajetos e bloqueios durante instrumentação. O “juízo clínico” e o conhecimento das características de cada instrumento permitem ao clínico abordar situações clínicas de modo individualizado, potenciando os pontos fortes de cada instrumento, de modo a alcançar os melhores resultados no que diz respeito ao preparo biomecânico do sistema de canais radiculares, reduzindo o risco de ocorrência de erros de procedimento.

Um dos primeiros passos consiste numa avaliação cuidada do exame radiográfico pré-operatório, reconhecendo a presença de curvaturas severas e identificando outros aspetos que possam ser relevantes para o tratamento. Estes fatores podem incluir o comprimento, grau e direção das curvaturas; o número de curvaturas; a posição do dente na arcada e a posição da coroa em relação à(s) raiz(es).

Antes de iniciar o tratamento em qualquer canal potencialmente com uma curvatura, o clínico deve analisar as características anatômicas mais importantes: o grau da curvatura, o comprimento da curvatura e o raio da curvatura. Estes serão os primeiros fatores determinantes para a seleção dos instrumentos que serão usados para negociar com o canal com segurança.

Apesar dos instrumentos de níquel-titânio (NiTi) serem eficientes na negociação de anatomias complexas, os instrumentos manuais são cruciais,

pelo menos nas etapas iniciais da instrumentação deste tipo de anatomias. Podendo ser usados, após esta etapa de negociação com instrumentos manuais, instrumentos mecanizados com maior segurança, uma vez que um trajeto previsível foi previamente estabelecido e ampliado com instrumentos manuais.

Os dentes com canais curvos são abordados de forma mais segura e previsível recorrendo a uma técnica de instrumentação por etapas. O canal deve ser abordado em três fases de modo a evitar erros de procedimento. A sequência de instrumentação típica para este tipo de abordagem é a seguinte:

- **Etapa 1:** identificar com instrumento manual (lima K#10) a zona de máximo ajustamento (primeira curvatura). Instrumentação mecanizada e irrigação copiosa com hipoclorito de sódio a 1 a 2 mm desse ponto.
- **Etapa 2:** Utilização de uma lima manual pré-curvada de modo a negociar passivamente até ao próximo ponto de resistência. É fundamental utilizar irrigação copiosa durante todo o procedimento de modo a impedir o bloqueio do canal. Instrumentação mecanizada realizada do mesmo modo que na Etapa 1.
- **Etapa 3:** Avançar com limas manuais pré-curvada até permeabilizar e determinar o comprimento de trabalho (CT) com irrigação e proceder a instrumentação mecanizada nesta zona, se apropriado. Na maioria dos casos, a utilização de instrumentos manuais é mais segura para o preparo da região apical em situações em que existam dilacerações.

Ao longo de todo este processo, a informação que é obtida “lendo” os

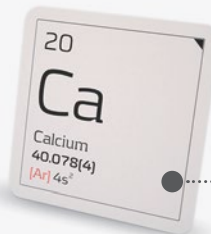
A LIBERAÇÃO GRADUAL DOS IÕES DE CÁLCIO DOS IMPLANTES UNICCA®



bti®

Human
Technology

PERMITE-LHE JOGAR COM VANTAGEM



Características ● Benefícios

- **Ostogénica**
Reduz os tempos de regeneração ●
- **Procoagulante**
Induz a formação de tecido duro ●
- **Adesiva e ativadora de plaquetas**
Aporta uma estabilidade instantânea e duradoura ●
- **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 osteointegração ●

LINHA UNICCA®:
A EVOLUÇÃO É O CÁLCIO



(*) Aval dado por estudos científicos

Visualize alguns dos estudos científicos que garantem os benefícios da superfície Unicca da BTI na nossa aplicação gratuita BTI APP

CANDIDATO

S PRÉMIOS
SAÚDE ORAL
2017



BTI Biotechnology Institute Portugal

Tel.: +00 351 22 1201373 | Fax: +00 351 22 1201311

bti.portugal@bticomercial.com

www.bti-biotechnologyinstitute.pt

(*)
BTI APP

Versão iPhone/ smartphone

Versão iPad / tablet (área exclusiva clientes)



instrumentos manuais, à medida que são retirados do sistema de canais, é fundamental de modo a adequar o instrumento que será usado em seguida.

A obturação neste tipo de anatomias pode ser um desafio, uma vez que curvaturas severas normalmente acomodam preparos com calibres e conicidades pequenas. De acordo com Levin J.E. as técnicas de obturação que apresentam maior previsibilidade neste tipo de anatomias são a técnica de compactação vertical a quente em três etapas (terço coronal, terço médio e terço apical), basicamente, realizando uma onda múltipla; e a squirt technique.

Caso Clínico 1

Paciente de 44 anos do sexo masculino, referenciado, apresentou-se na consulta com dor no terceiro molar superior direito (dente pilar de ponte fixa). Após análise clínica, testes de sensibilidade pulpar e exame radiográfico, foi estabelecido o diagnóstico pulpar de pulpíte irreversível sintomática e o diagnóstico periapical de tecidos periapicais normais (Fig. 1).

Anestesia local com Artinibsa c/ Epi 1:200.000 (Inibsa) e isolamento absoluto com grampo 8A. Realizada cavidade de acesso com broca esférica nº14 e utilizadas pontas de ultrassons Redstar (Kerr Endodontics) para regularização da cavidade de acesso (Fig.2).

Foi estabelecida via de permeabilidade nos 3 canais com as limas: reamer #08 (de modo a obter uma impressão da anatomia canalár); D-Finder 10; 12; 15 (MANI Inc. Japão) com a utilização dos instrumentos manuais com o M4 Safety Handpiece (Kerr Endodontics) (Fig.3). Foi determinado comprimento de trabalho com recurso a localizador eletrônico apical Apex ID (Kerr Endodontics) em todos os canais. Canal P instrumentado com sistema Protaper Next, até X3 (Dentsply Sirona) e os canais MV e DV, instrumentados com o sistema GL 153 Safe 10 (Meta Biomed) e Hyflex CM

(Coltene) com a seguinte sequência: 20.02; 20.03; 20.04 (GL153 Safe 10); 25.04 e 20.06 (Hyflex CM), recorrendo à técnica anteriormente descrita.

O irrigante usado durante o tratamento foi o NaOCl a 5,25% e como protocolo final de irrigação foram utilizados o EDTA 17% (Coltene), o NaOCl 5,25% (com ativação dinâmico manual) e o Álcool 96%. Depois de preparados e desinfetados, os canais foram obturados com gutta percha através da técnica de condensação vertical de onda múltipla a quente com o cimento AH Plus (Dentsply Sirona) (Fig.4 e Fig.5). A câmara pulpar foi limpa com álcool e os canais foram selados com resina composta fluida. O dente foi restaurado provisoriamente com Cavit (3M ESPE).

Caso Clínico 2

Paciente de 36 anos do sexo feminino apresentou-se na consulta com dor no primeiro molar superior esquerdo. Após análise clínica, testes sensibilidade e exame radiográfico, detetou-se uma cárie de grandes dimensões em distal, por infiltração anterior restauração (Fig.1). O diagnóstico pulpar foi de pulpíte irreversível sintomática e o diagnóstico periapical foi de periodontite apical sintomática.

A lesão de cárie foi limpa, foi efetuada uma reconstrução pré-endodontica com resina composta e foi removida polpa da câmara pulpar (Fig.2., Fig.3 e Fig.4). A cavidade de acesso foi retificada e foi estabelecido acesso aos 4 canais. Foi estabelecida via de permeabilidade nos 4 canais com limas 08, 10K e Proglider (Dentsply Sirona) (Fig.5). Foi determinado comprimento de trabalho com recurso a localizador apical eletrônico Propex Pixi (Dentsply Sirona).

Os canais foram instrumentados com os sistemas Profile 20.04 (Dentsply Sirona), Protaper NEXT (X1-X2) (Dentsply Sirona) e HYFLEX CM 25.04 e 30.04 (COLTENE) de acordo com localização e grau de curvatura. As técnicas de instrumentação usadas foram a “Tactile Activated Technique”

e a técnica descrita de instrumentação por etapas. O irrigante usado foi NaOCl a 5,25%, ativado ultrasonicamente e ácido cítrico 10% e álcool 96% para protocolo final de irrigação. Depois de preparados e desinfetados, os canais foram obturados com gutta percha através da técnica de condensação vertical de onda múltipla a quente com o cimento AH Plus (Dentsply Sirona) (Fig.6 e Fig.7). A câmara pulpar foi limpa com álcool e os canais foram selados com resina composta fluida. O dente foi restaurado provisoriamente com Óxido Zinco Eugenol reforçado (IRM).

Conclusão

Um conhecimento profundo da anatomia radicular e suas variantes morfológicas, assim como as características individuais de cada sistema de instrumentação, permitem ao clínico abordar casos complexos com maior previsibilidade e segurança. 🌟

BIBLIOGRAFIA :

1. Richard S. Schwartz. *Best Practices in Endodontics*. Quintessence, 2015
2. Buchanan LS. *The continuous wave of condensation technique: A convergence of conceptual and procedural advances in obturation*. *Dent Today* 1994;13:80,82,84–85
3. Zanesco C. et al. *Apical Transportation, Centering Ratio, and Volume Increase after Manual, Rotary, and Reciprocating Instrumentation in Curved Root Canals: Analysis by Micro-computed Tomographic and Digital Subtraction Radiography*. *J Endod*. 2017 Mar;43(3):486-490
4. Patel D. et al. *Scanning electron microscopic evaluation of the influence of manual and mechanical glide path on the surface of nickel-titanium rotary instruments in moderately curved root canals: An in-vivo study*. *J Conserv Dent*. 2016 Nov-Dec;19(6):549-554
5. Sonntag D. et al. *Determination of root canal curvatures before and after canal preparation (part 1): a literature review*. *Aust Endod J*. 2005 Dec;31(3):89-93
6. McSpadden JT. *Mastering Endodontic Instrumentation*. Cloudland Institute, 2007

CASO CLÍNICO 1



Figura 1: : Radiografia inicial do dente 18

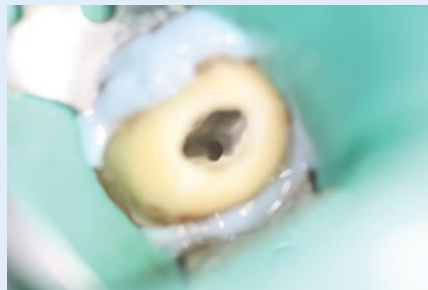


Figura 2: Cavidade de acesso

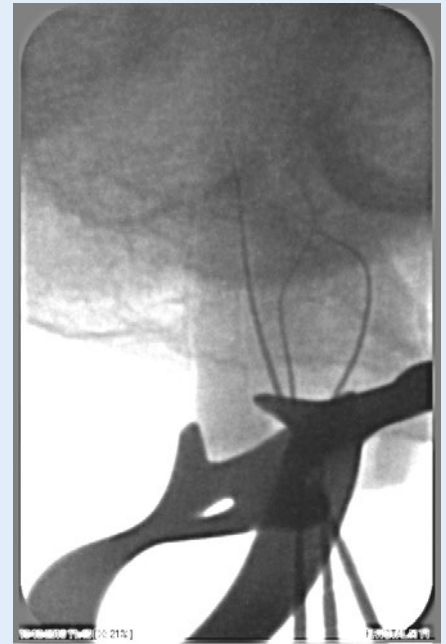


Figura 3: Radiografia de odontometria

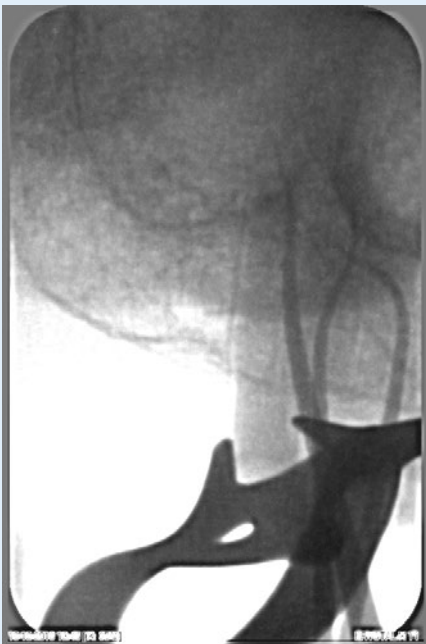


Figura 4: Radiografia de conometria



Figura 5: Radiografia final após obturação

CASO CLÍNICO 2



Figura 1: Radiografia inicial do dente 26



Figura 2: Cavidade de acesso

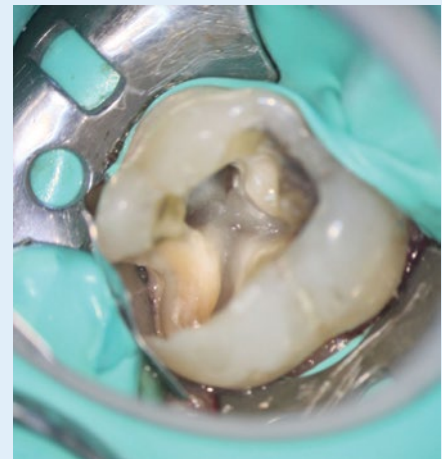


Figura 3: Realização de restauração pré-endodôntica



Figura 4: Restauração pré-endodôntica

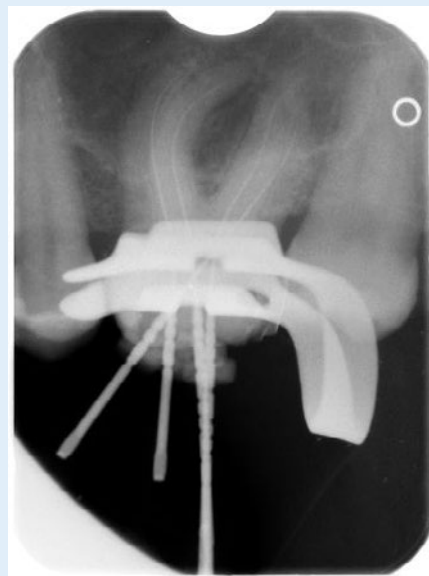


Figura 5: Radiografia de odontometria



Figura 6: Radiografia de conometria



Figura 7: Radiografia final após obturação



ZIRKONZAHN É
ABERTO

MESMO QUE
HAJA QUEM
PENSE O
CONTRARIO

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM MEDICINA DENTÁRIA MAXIMIZAR OS RECURSOS PARA OTIMIZAR O RESULTADO FINAL



MIGUEL STANLEY

Diretor clínico e responsável pelo departamento de Cirurgia e Reabilitação oral da White Clinic



INÊS MIGUEL

Responsável pelo departamento de Estética Dentária da White Clinic



ALESSANDRA CURTO

Responsável pelo departamento de Ortodontia da White Clinic



CARLOS MORAIS

Responsável pelo departamento de Endodontia da White Clinic

Este caso clínico refere-se a uma paciente de 25 anos, residente em Angola, que se apresentou na clínica com a queixa principal “não estou satisfeita com a estética dos meus dentes” sic. Após cuidado exame clínico intra e extra-oral e apreciação dos meios complementares de diagnóstico, nomeadamente ortopantomografia, telerradiografia, CBCT (*cone beam computed tomography*) e radiografias peri-apicais foi possível elaborar o diagnóstico e respetivo plano de tratamento.

Todo este processo foi realizado em equipa, para que de uma forma rápida e eficaz pudéssemos definir quais os tratamentos necessários, o tempo necessário para cada consulta e a ordem pela qual seriam efetuados. Tal permite minimizar as vindas do paciente à clínica e maximizar o tempo de cadeira. Para este caso em particular, uma vez que a paciente não vive em Portugal foi necessário um rigoroso planeamento para evitar qualquer falha de organização que poderia incorrer em desgaste emocional para a mesma, algo que consideramos tão importante como o resultado clínico final.

A paciente apresentava um claro compromisso estético com ausências dentárias e restaurações antigas com necessidade de substituição, mas também necessidade de tratamento ortodôntico devido à presença de mordida aberta e mordida cruzada, bem como de um trespasse horizontal e vertical aumentado. Adicionalmente apresentava lesões apicais nos dentes 1.1, 2.1 e 3.6 e presença de restos radiculares. No segundo quadrante, os restos radiculares apresentavam uma lesão que envolvia o seio maxilar. Como é protocolo da clínica, a abordagem terapêutica foi multidisciplinar e

envolveu, neste caso, tratamentos de periodontologia, endodontia, cirurgia, implantologia, dentisteria e prostodontia.

Sendo a prioridade o controlo de todos os processos infecciosos, iniciou-se o tratamento com a remoção dos restos radiculares. Uma vez que o ideal é sempre salvar os dentes, optamos, sempre que possível, por abordagens mais conservadoras. Desta forma, a fase endodôntica consistiu no tratamento dos dentes 1.1 e 2.1 e um retratamento no dente 3.6. Seguidamente avançou-se para a fase ortodôntica. Esta foi realizada com um aparelho fixo do tipo auto-ligável (Damon System) com versão estética para o maxilar superior. O tratamento teve a duração de 14 meses e permitiu a correção da mordida cruzada e aberta, bem como a regularização dos trespases vertical e horizontal.

A fase cirúrgica, correspondente à colocação dos implantes, foi realizada 6 meses antes da remoção do aparelho ortodôntico, devido a um cuidadoso planeamento por parte da ortodontista responsável pelo caso. Desta forma foi possível avançar com a reabilitação dos implantes logo após a remoção do aparelho, o que permite reduzir as vindas à clínica.

A radiografia peri-apical do dente 3.6, 14 meses após o tratamento endodôntico indicava fratura radicular e por isso optamos por extrair o dente e colocar um implante dentário. Foram também colocados implantes para substituir os dentes 2.6, 3.7, 4.6 e 4.7. Para colocação dos implantes foram utilizadas várias técnicas, tais como *flapless* e *split ridge*. A fase de reabilitação foi precedida por um branqueamento dentário externo. A fase prostodôntica consistiu na preparação dos incisivos centrais superiores e toma

de impressões para posterior colocação de cerâmicas, bem como a impressão definitiva sobre os implantes. As coroas provisórias foram confeccionadas com uma resina bis-acrílica. A cimentação das cerâmicas seguiu o protocolo recomendado para a técnica adesiva, com isolamento absoluto. Ao longo de todo o tratamento foi realizado um controlo apertado da higiene oral.

É importante entender que, apesar de este caso não apresentar um resultado

final perfeito, o cômputo geral foi bastante positivo. Apesar de cada vez se ver com mais frequência a aplicação de peças cerâmicas em dentes 100% saudáveis, aqui apenas foram colocadas em dentes que necessitavam. Há sempre surpresas ao longo do caminho, neste caso a perda do dente 3.6, no qual o tratamento endodôntico não teve sucesso. No entanto, a prioridade é sempre tentar salvar o dente endodônticamente e só depois, se necessário, avançar para uma

abordagem menos conservadora, com a colocação de implantes dentários. Estas são mensagens que consideramos importantes. Finalmente há sempre algo que pode ser melhorado, mas tendo em conta que a paciente vive em África e tinha pouca disponibilidade de tempo, entendemos que a equipa realizou o melhor trabalho possível. A paciente ficou muito satisfeita e o resultado final mantém-se estável, neste momento com 2 anos de follow-up. 🌟

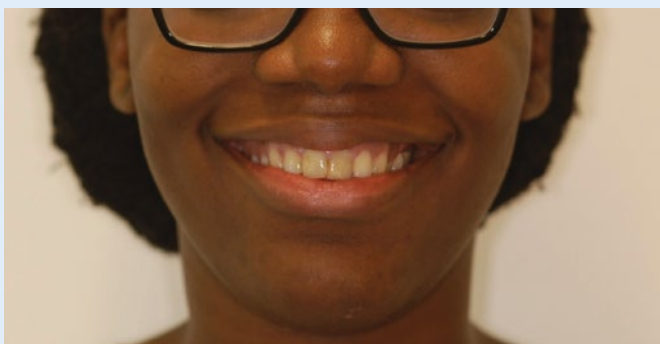


Figura 1: Extra-oral inicial



Figura 2: Intra-oral inicial - vista frontal



Figura 3: Intra-oral inicial - vista lateral



Figura 4: Radiografia panorâmica inicial

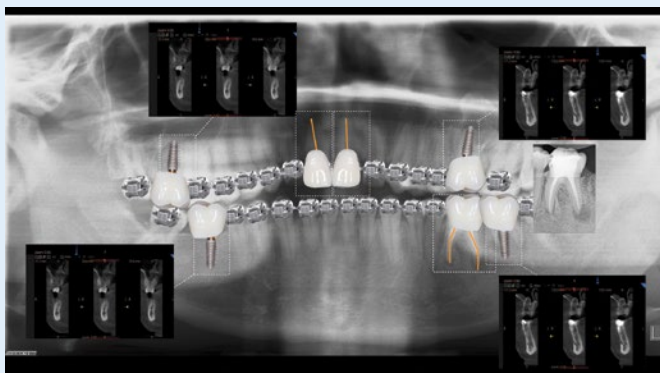


Figura 5: Planeamento digital

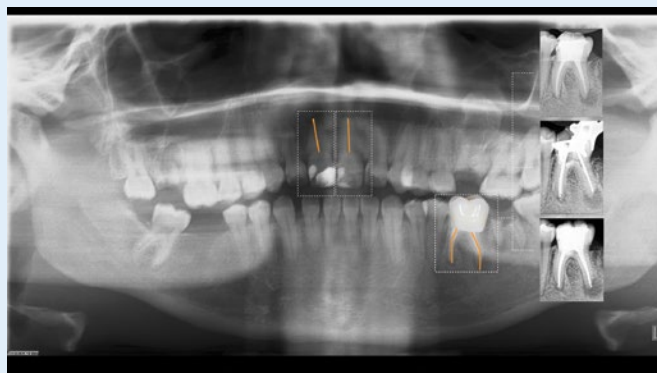


Figura 6: Fase endodôntica: Tratamento do dente 3.6



Figura 7: Fase ortodôntica



Figura 8: Fase ortodôntica



Figura 9: Fase ortodôntica



Figura 10: Fase ortodôntica



Figura 11: Immediatamente após a remoção do aparelho ortodôntico



Figura 12: Branqueamento

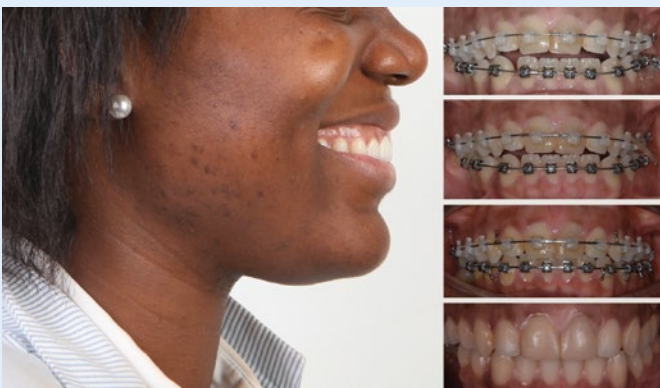


Figura 13: Evolução tratamento ortodôntico – vista frontal



Figura 14: Estado da lesão periapical do dente 3.6 14 meses após o tratamento endodôntico

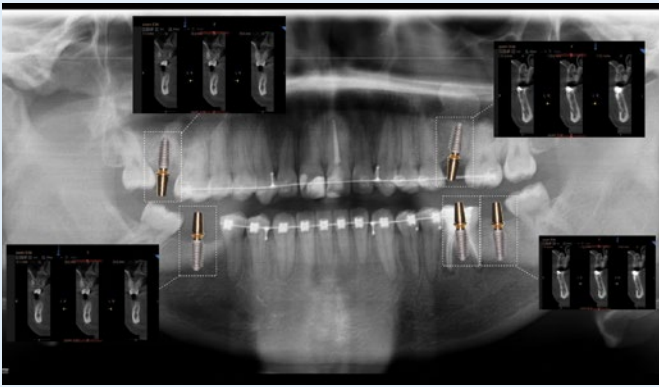


Figura 15: Fase cirúrgica – Planejamento

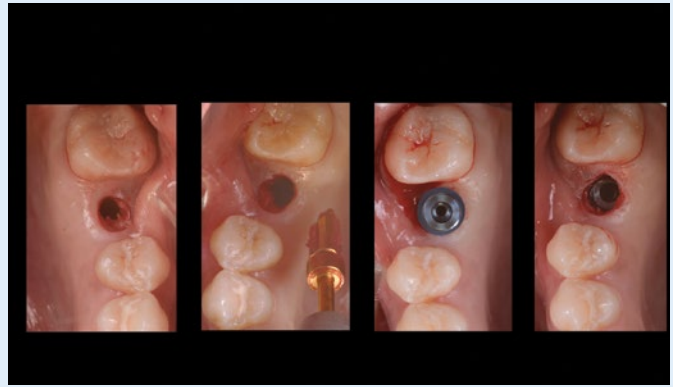


Figura 16: Fase cirúrgica – Colocação de implantes

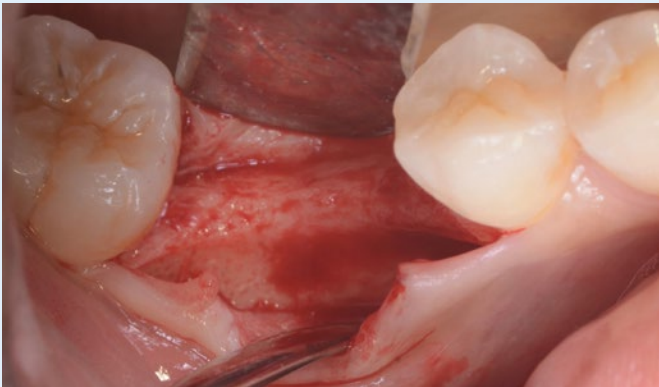


Figura 17: Fase cirúrgica – Utilização de instrumentos piezoelétricos



Figura 18: Fase cirúrgica – Utilização de instrumentos piezoelétricos

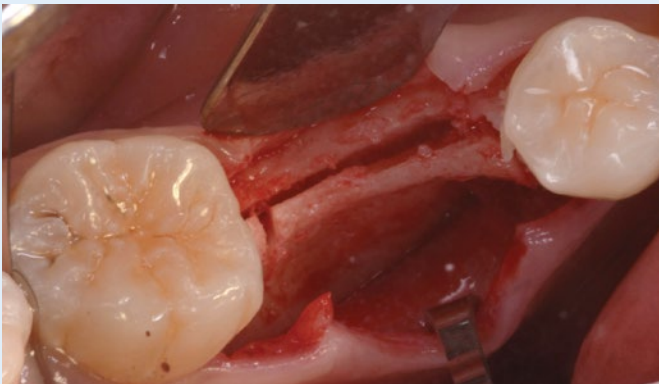


Figura 19: Fase cirúrgica – Utilização de instrumentos piezoelétricos

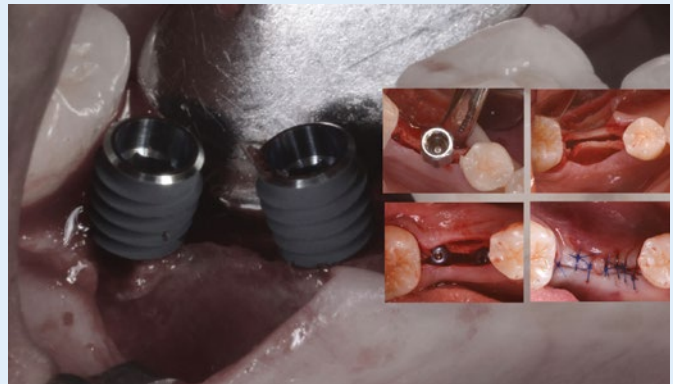


Figura 20: Fase cirúrgica – Colocação de implantes



Figura 21: Fase cirúrgica – Colocação de implantes



Figura 22: Fase protodôntica – Preparação dentária minimamente invasiva



Figura 23: Fase protodôntica – Preparação dentária minimamente invasiva



Figura 24: Fase protodôntica – Preparação dentária minimamente invasiva



Figura 25: Fase protodôntica – Preparação dentária minimamente invasiva

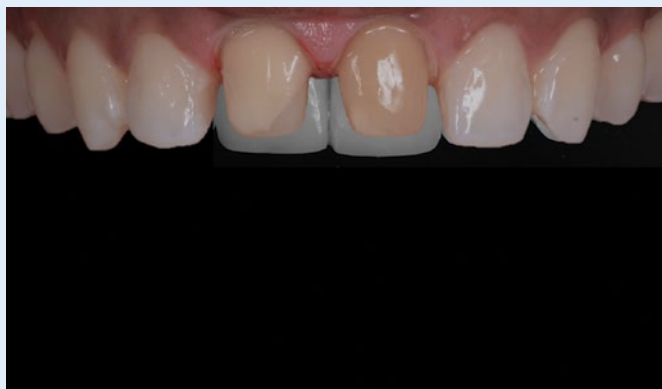


Figura 26: Fase protodôntica – Preparação dentária minimamente invasiva



Figura 27: Fase protodôntica provisória

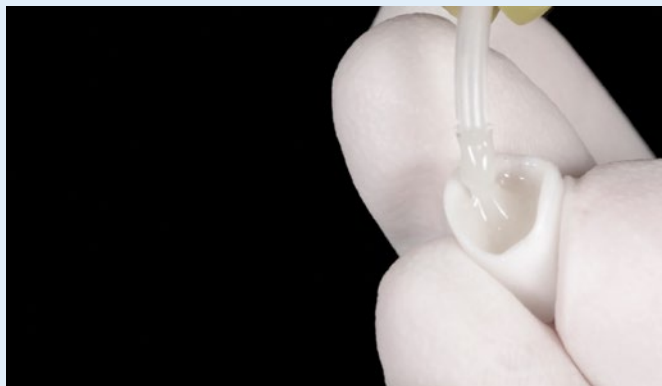


Figura 28: Cimentação das coroas cerâmicas

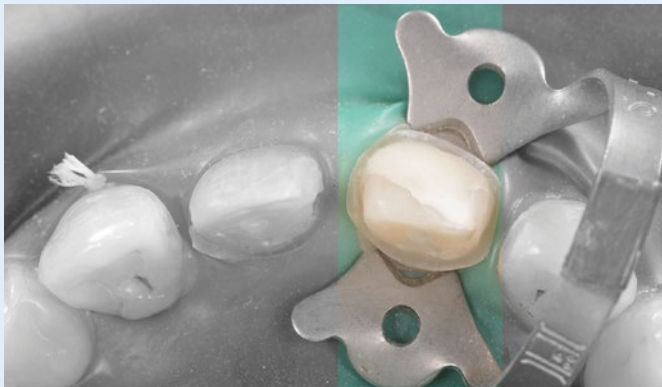


Figura 29: Cimentação das coroas cerâmicas



Figura 30: Cimentação das coroas cerâmicas



Figura 31: Fotografia final – intra-oral, vista lateral



Figura 32: Fotografia final intra-oral, vista frontal



Figura 33: Fotografia final extra-oral



Figura 34: Radiografia panorâmica final

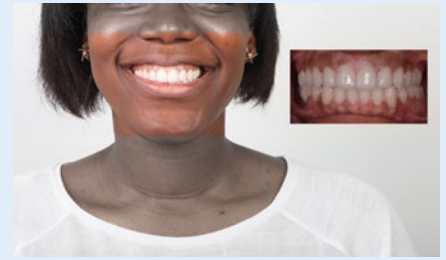


Figura 36: Fotografia final – Extra oral



Figura 35: Fotografia final – Intra e extra oral



Figura 37: 2 anos de follow-up

PUB

NSK

NSK Dental Spain SA

Selecciona comercial para
Portugal

Requisitos:

Experiencia Comercial no
Setor Dental, ao nível de fabricante

Disponibilidade para viajar

Enviar currículo com
fotografia para:

info@nsk-spain.es

FAZER CARREIRA



ARTUR LIMA

- Representante da Região Autónoma dos Açores no Conselho Diretivo da Ordem dos Médicos Dentistas

Diz o povo, e com razão, “em casa onde não há pão, todos ralham e ninguém tem razão”. Chegam-me notícias de muito ruído à volta da medicina dentária! Sinais dos tempos... Não é a primeira vez que acontece e, naturalmente, voltará a repetir-se. Mas antes de ir à carreira é preciso perceber e lembrar que carreira nós, médicos dentistas, temos feito por aí. O que fez cada um de nós para dignificar a nossa atividade e como temos exercido a medicina dentária.

Vale talvez a pena refletir um pouco sobre isso.

A primeira imagem negativa da medicina dentária foi dada, no meu entender, pelos “dentistas caros”. Alguns, com certeza não todos, mas um bom punhado deles levavam aos utentes “coiro e cabelo”, não se pagavam do seu trabalho mas, em não poucos casos, extorquiam dinheiro aos utentes, tal era a exorbitância que cobravam pelos tratamentos... Claro, o fatinho Prada era caro e os bólides custavam muita massa. Um magnífico chamariz para chamar gente para a profissão e um excelente incentivo para a abertura de novas faculdades no país. Hoje em

"A primeira imagem negativa da medicina dentária foi dada, no meu entender, pelos “dentistas caros”. Alguns, com certeza não todos, mas um bom punhado deles levavam aos utentes “coiro e cabelo”, não se pagavam do seu trabalho mas, em não poucos casos, extorquiam dinheiro aos utentes, tal era a exorbitância que cobravam pelos tratamentos... "

dia continuamos com a fama, mas lamentavelmente não temos o proveito. De facto não houve só dentistas caros, mas também erros caros que penalizam os jovens médicos dentistas que trabalham arduamente para terem um carro utilitário e, quiçá, um fatinho da Zara. Pela “ganhunça” de uns vieram a pagar os outros. Perdoai-lhes Senhor porque não sabem o que fizeram!

A segunda observação sobre o nosso percurso profissional, aplicando o exercício baseado na evidência, é que de “dentistas caros” passamos a “dentistas baratos”, com a agravante de ainda termos a tal fama de ricos e continuar a atrair jovens para a profissão. Atrevo-me até a afirmar que passamos a ser “dentistas em saldo”, a avaliar pelas quantias irrisórias que alguns seguros de saúde pagam pelos tratamentos. Até tratamentos grátis se fazem para se poder ter contrato com determinados seguros de saúde. Porque será que as aceitamos quando podemos dizer “não”?! Temos liberdade individual para tal... Passamos do oitenta ao oito.

Refiro agora aquilo que considero ser a condenável degradação do exercício profissional:

A exploração do médico dentista pelo médico dentista, violando as mais elementares regras morais e éticas que devem nortear o relacionamento entre colegas. Pagar 15 ou 20 por cento do trabalho realizado equivale em não raros casos a que o colega receba 4 ou 5 euros por tratamento efetuado! Estamos muito perto do trabalho escravo. Infelizmente...

E ainda há quem ache que ganhar 1600 euros num centro de saúde é pouco!

Voltarei à carreira (Pública).

Até breve! 🌟

DENTAL TRIBUNE

— The World's Dental Newspaper · Edição Portuguesa —

Restauração dentária: Serão os materiais resistentes a manchas dentárias?



por DTI

Com o crescente desenvolvimento de novos materiais e tecnologia em Medicina Dentária aumentam cada vez mais as expectativas quanto à restauração duradoura e com resultados estéticos satisfatórios. Num estudo recente, investigadores da Tailândia e

do Japão analisaram a sensibilidade de diversos materiais usados na restauração dentária à descoloração provocada pelo café. Tal como os dentes naturais, os materiais de restauração dentária estão sujeitos a alterações na coloração devido ao contacto com certos alimentos e bebidas com elevada pro-

pensão para criar manchas, incluindo o café, chá e vinho tinto. Para que não haja descoloração ao longo do tempo, a qualidade da superfície é por este motivo essencial para garantir o sucesso de um tratamento de restauração dentária. Os novos blocos de resina composta CAD/CAM são submetidos a poli-

merização industrial sob parâmetros estabelecidos a alta temperatura e pressão para obter propriedades ótimas ao nível microestrutural e um elevado grau de conversão. Como consequência, as características do material têm aumentado comparativamente à resina composta de uso direto. Neste estudo, os

investigadores de Tokyo Medical and Dental University, no Japão, e da Chulalongkorn University, em Banguecoque, pretendem avaliar como os materiais de blocos de resina composta modernos, desenvolvidos para sistemas CAD/CAM, reagem quando expostos ao café e comparativamente aos materiais de resina convencionais. Os investigadores mediram a mudança na cor em oito blocos CAD/CAM, incluindo cinco blocos de resina composta (Block HC, SHOFU; CERAMART, GC; GRADIA Block, GC; KZR-CAD Hybrid Resin Block, Yamamoto Precious Metal; Lava Ultimate, 3M ESPE), um bloco de cerâmica híbrido (VITA ENAMIC, VITA Zahnfabrik), um bloco PMMA (Telio CAD, Ivoclar Vivadent) e um bloco de cerâmica feldspática (VITABLOCS Mark II,

VITA Zahnfabrik) e quatro resinas compostas convencionais. Estas últimas incluíam um composto híbrido (CLEARFIL AP-X, Kuraray), um composto micro-particulado (Durafi II VS, Kulzer) e dois compostos nano-híbridos (ESTELITE SIGMA QUICK, Tokuyama Dental; Filtek Supreme Ultra, 3M ESPE).

A equipa criou discos de 10 mm a partir de cada material restaurador e calculou a cor inicial dos discos antes de os colocar numa solução de café instantâneo, que era mudada diariamente. As alterações de cor foram medidas após um dia, uma semana e um mês. Os resultados demonstraram que o café descolorava, de forma significativa ao longo do tempo, todos os discos. Contudo, os materiais CAD/CAM revelaram-se geralmente menos afe-

tados por este dano do que os materiais de resina convencional. Um mês depois, a mudança na cor dos blocos de resina composta CAD/CAM e de resina composta restauradora variava entre 1,6 e 3,7 e 2,1 e 7,9, respetivamente. De acordo com os investigadores, apenas um material – Durafi II VS – não apresentou uma descoloração significativamente superior após um mês daquela que apresentava após um dia. No entanto, ao testarem se as manchas de café podiam ser removidas através de polimento, todos os materiais, exceto o GRADIA block, recuperaram a cor inicial, graças ao polimento com pasta profilática durante 20 segundos. No que se refere às resinas compostas convencionais, Durafi II e Filtek Supreme Ultra ainda apresentavam

uma descoloração perceptível após o polimento. Os autores do estudo constataram que, devido ao facto de tratar-se de um estudo in vitro, permanece por aferir o impacto dos fatores externos, incluindo a escovagem dentária regular, na descoloração a longo prazo dos materiais usados nos pacientes. Os investigadores destacaram ainda que um mês de imersão talvez tenha exagerado os resultados para além do que seria visto in vivo, uma vez que a imersão de materiais em café por uma semana equivale ao consumo de café durante cerca de sete meses. O estudo, intitulado *Discoloration of various CAD/CAM blocks after immersion in coffee*, foi publicado na edição de fevereiro do *Restorative Dentistry and Endodontics Journal*. [DT](#)

Novo método deteta bactérias em desvitalização dentária

por DTI

Um novo método para detetar a existência de bactérias durante os procedimentos de desvitalização dentária poderá eliminar a necessidade de consultas de acompanhamento posterior e prevenir o insucesso do tratamento,

revela um novo estudo. O dispositivo SafeRoot, criado por uma equipa de investigadores do King's College London Dental Institute, permite a rápida deteção de bactérias no interior do canal radicular através da coloração fluorescente e de microspectroscopia, garantindo que o pro-

cedimento foi executado com sucesso e reduzindo a necessidade extração do dente ou de intervenção cirúrgica. Durante os testes, a equipa de investigação conseguiu detetar células bacterianas com sucesso apenas três minutos após o início do teste. “O dispositivo SafeRoot irá reduzir o tempo

necessário para concluir uma desvitalização e aumentar a taxa de sucesso dos tratamentos ao informar o médico quando é seguro avançar com o preenchimento do dente” afirmou Tim Watson, Professor Biomateriais e Dentisteria de Restauração no Dental Institute. [DTI](#)

A eficácia de nano-revestimentos na redução do risco de periimplantite

por DTI

Durante uma investigação sobre os efeitos de uma nova abordagem que combina o uso da prata, dióxido de titânio e hidroxiapatita (HPA) em nano-revestimentos na superfície de implantes em ligas de titânio, investigadores de Plymouth (Reino Unido) descobriram que o método era eficaz na inibição do crescimento bacteriano e na redução da placa bacteriana. Além disso, o revestimento criava uma superfície com propriedades antibiofilme, promovendo assim a boa integração dos implantes no osso envolvente e acelerando a regeneração óssea. Uma das principais razões para o insucesso de implantes dentários é a peri-implantite, um processo inflamatório que afeta os tecidos duros e moles que envolvem o

implante provocado por micróbios patogénicos que se desenvolvem e formam um biofilme. As abordagens atuais ao desenvolvimento de biofilme incluem a aplicação de revestimentos antimicrobianos que estão repletos de antibióticos ou clorexidina. Contudo, estas são, por norma, medidas temporárias. Estima-se que a clorixidina pode ser potencialmente tóxica para as células humanas. Na pesquisa de uma nova abordagem, os investigadores da Universidade de Plymouth testaram a eficácia do nano-revestimento de dupla camada em prata – HPA em implantes de liga de titânio. O desempenho antibacteriano do revestimento foi avaliado quantitativamente através de medição do crescimento de *Streptococcus sanguinis*, da proporção de células vivas e mortas, e da pro-

dução de ácido láctico pelos micróbios num período de 24 horas. Os resultados revelaram que a combinação inibia com sucesso o crescimento bacteriano e reduzia em 97,5% formação de biofilme bacteriano na superfície dos implantes. Os implantes de controlo sem revestimento e com nano-revestimento de titânio não demonstraram ação antibacteriana. De acordo com os investigadores, não foi detetada dissolução nos nano-revestimentos HPA. Consequentemente, a aplicação de revestimento de dupla camada em prata – HPA em implantes de liga de titânio permitiu criar uma superfície com propriedades antibiofilme sem colocar em risco a biocompatibilidade HA necessária para a uma integração óssea bem-sucedida e uma rápida recuperação do osso. “Neste estudo trans-

versal identificámos os meios para proteger os implantes dentários da principal causa de insucesso. Este trabalho tem um potencial elevado no que se refere ao aumento de conforto e satisfação do paciente, bem como na redução dos custos, pelo que estamos ansiosos para transpor as nossas descobertas para a prática clínica”, comentou o Prof. Christopher Tredwin, Diretor da Peninsula School of Dentistry. Segundo os investigadores, o próximo passo consiste no teste in vivo desta abordagem. O estudo, intitulado, Antibacterial activity and biofilm inhibition by surface modified titanium alloy medical implants following application of silver, titanium dioxide and hydroxyapatite nanocoatings, foi publicado online a 17 de março no *Nanotoxicology Journal*. [\[1\]](#)

Sistema guiado por robot poderá revolucionar a Implantologia

por DTI

A Implantologia Dentária está prestes a dar um salto em termos de desenvolvimento, isto

se tudo correr de acordo com as previsões da empresa norte-americana Neocis. Depois da introdução de Yomi, o primeiro Sistema robo-


tizado para a colocação de implantes dentários, e de receber da parte de Food and Drug Administration (FDA) autorização para comercializar

este sistema de assistência cirúrgica pioneiro, a empresa anuncia agora a conclusão da primeira venda deste dispositivo. O mercado dos implan-

tes dentários e material protético é um dos que regista um crescimento mais acelerado nos Estados Unidos. Igualmente crescente é o mercado da robótica para uso cirúrgico que, segundo as estimativas atingirá 20 mil milhões nos vários mercados médicos até 2021. Na junção de ambas as áreas médicas surge a Yomi, que visa prestar assistência tanto na fase de planeamento (pré-operatório) como na fase cirúrgica (intraoperatória) de uma intervenção cirúrgica em implantologia. Em declarações aquando da receção do despacho da FDA em março, Alon Mozes, CEO

e cofundador da Neocis, afirmou: “Estamos entusiasmados por atingir este marco importante para o Yomi e determinados em demonstrar as vantagens de Yomi para a prática cirúrgica e para os seus pacientes, e em trazer o sistema para líderes de opinião nos Estados Unidos.” De acordo com Neocis, Yomi está concebido para eliminar a dependência de guias de perfuração em plástico, que podem interferir na cirurgia e bloquear a irrigação e visibilidade adequadas. O sistema informático de navegação permite uma orientação visual através do uso de tecnologia robótica háp-

tica, que fornece informação sobre a reação sensorial e mantém a broca em posição. Apesar da orientação digital, o cirurgião permanece no comando e pode alterar o plano de forma dinâmica durante o procedimento, reforçou a empresa. Neocis realçou ainda o seu compromisso em garantir que os dentistas que optam por escolher Yomi na sua clínica seguem uma formação sobre o software e fluxos de trabalho do sistema. A primeira clínica a usar Yomi na prática médica diária será a South Florida Center for Periodontics and Implant Dentistry em Boca Ra-

ton (Florida), declarou Neocis em comunicado. O sistema foi instalado e Drs. Jeffrey Ganeles, Frederic Norkin and Liliana Aranguren já concluíram a formação. “Estamos entusiasmados por introduzir Yomi na nossa prática,” afirmou Ganeles. “Implementar o estado da arte em tecnologia faz parte do nosso compromisso de proporcionar os melhores cuidados de saúde aos nossos pacientes. Yomi assegura de que o procedimento decorre exatamente como planeado. Não existe nada igual a isto e acredito que será revolucionário para a nossa prática clínica”. 


Dentsply Sirona abre sistema CEREC

por DTI

Na edição deste ano do International Dental Show (IDS), a Dentsply Sirona celebrou o seu primeiro aniversário como uma empresa única. “Quem teria imaginado, na última edição da IDS, que iria dar-se a fusão da Sirona com a DENTSPLY?”, questionou Jürgen Serafin, Vice-Presidente de Marketing Corporativo, no discurso de boas-vindas do evento de imprensa. Enquanto comentava a aliança de sucesso entre as duas empresas durante o ano anterior, o Presidente e Diretor de Operações

Christopher T. Clark afirmou que a parceira permite uma combinação de conhecimento em tecnologia e de soluções sem precedentes na indústria dentária. “Acreditamos firmemente que temos a oportunidade de mudar o mundo da Medicina Dentária” afirmou. Clark anunciou ainda que a companhia irá continuar a crescer e a especializar o seu perfil na área da Endodontia com a aquisição de RTD (Recherches Techniques Dentaires). A empresa de propriedade francesa é o fornecedor líder em caneta dispensadora de compósito e irá reforçar

o portfolio de Endodontia e Restauração da Dentsply Sirona. “A oferta inovadora da RTD completa o nosso novo R2C—The Root to Crown Solution,” explicou Jeffrey T. Slovin, CEO da Dentsply Sirona. “Graças ao R2C e RTD estaremos aptos para oferecer aos médicos dentistas uma solução completa ainda mais abrangente para permitir tratamentos de desvitalização e de restauração dentária melhores, mais rápidos e seguros”. Outra comunicação importante foi a abertura do sistema CEREC. Os médicos poderão agora exportar dados da impressão digital num

formato STL para usar noutras aplicações no laboratório dentário ou no software de planeamento clínico. Isto tornará o sistema CAD/CAM mais usado a nível mundial um sistema mais flexível e por esse motivo ainda mais fácil de usar para os dentistas. De acordo com a empresa, o formato STL garante uma compatibilidade com todos os programas de design comuns usados em laboratório. A respetiva licença de utilização do software estará disponível com o novo CEREC SW 4.5. 

Traduzido do inglês
por Manuela Vasconcelos

I AM FAST

MINILED ACTIVE

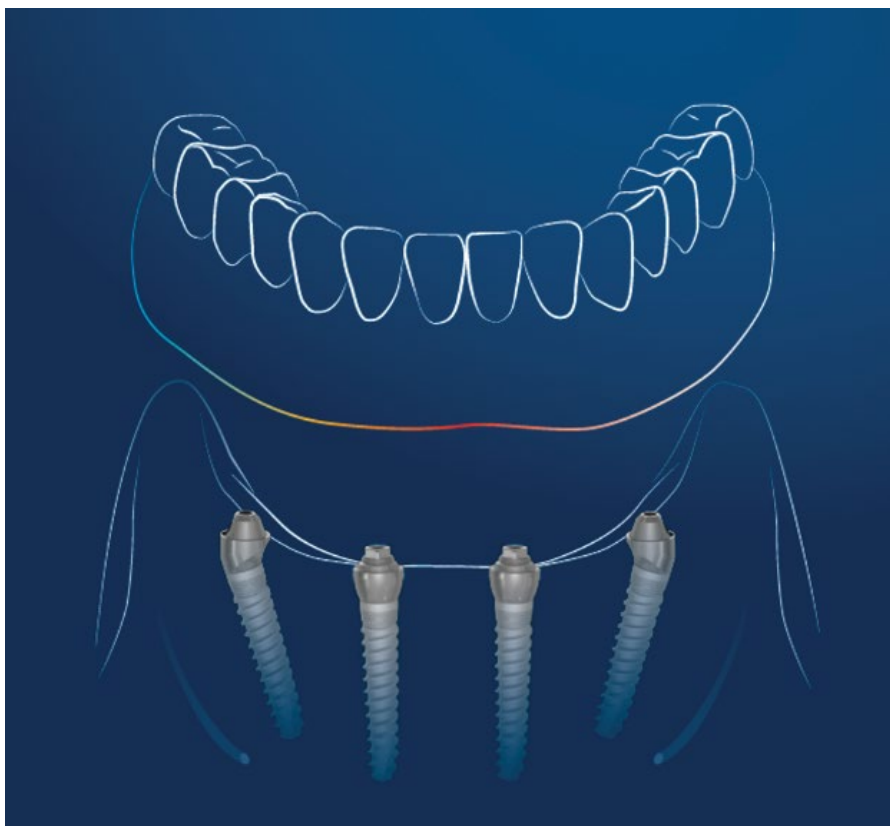


Polimerização rápida para obter resultados estéticos a longo prazo

- **Lâmpada de Polimerização pronta para utilizar:** Projetada para ser estável, uma vez colocada na superfície de trabalho.
- Alta potência de **1.492 mW/cm²** com fibra óptica Ø 7,5 mm.
- **Ampla espectro de comprimento de onda:** 420 a 480 nm compatível com a maioria dos fotoiniciadores.
- **Luz fria** que limita o risco de dano à polpa.
- **Sem fio**, com indicador luminoso do nível de bateria.
- Modos e os tempos de cura **personalizados:** polimerização adaptada a cada caso clínico.
- Peça de mão de alumínio **confortável, sólida e higiênica.**

MIS MULTIFIX- SISTEMA DE REABILITAÇÃO TOTAL COM CARGA IMEDIATA

Solução comprovada para a reabilitação com 4 implantes, oferecendo uma reabilitação imediata e um sorriso perfeito.



O que é o sistema MultiFix da MIS?

O sistema MultiFix da marca de implantes MIS oferece uma reabilitação total com carga imediata da mandíbula ou maxila utilizando pilares multi-unit rectos e angulados, suportados apenas por quatro implantes, sem enxertos ósseos. Este tipo de procedimento, acelera o tempo de tratamento do paciente e diminui o número de visitas.

Protocolo simples, previsível e eficaz

Com o aumento da esperança de vida dos pacientes, a percentagem de

falta de dentes está a aumentar. Os pacientes passam agora mais tempo da sua vida adulta com poucos dentes ou desdentados totais. Sendo as próteses removíveis uma solução temporária que leva à reabsorção óssea, o sistema MultiFix da MIS é um tratamento que muda a vida dos seus pacientes e proporciona aos médicos dentistas uma ferramenta poderosa, tornando o seu trabalho mais simples, mais previsível e mais eficaz.

Vantagens do protocolo MultiFix da MIS

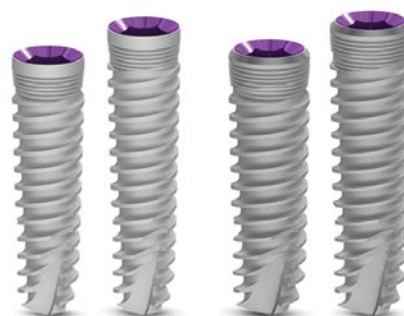
Imediato: Estética e função imediatas

Definitivo: Prótese total definitiva
Estável: Elevada estabilidade conseguida através de 2 implantes rectos e de 2 implantes posteriores mais longos, colocados numa posição angulada.
Rápido: Menos tempo de tratamento do paciente e diminui o número de visitas.
Versátil: Simplificação do tratamento, redução da necessidade de procedimentos de enxertos ósseos demorados.

Características do sistema MultiFix da MIS

Implantes MIS de 18 e 20mm de comprimento

O sistema MultiFix desenvolveu implantes mais longos de 18 e 20mm de comprimento, para serem colocados na zona posterior numa posição angulada.



Kit de brocas longas de 18 e 20mm da MIS

O kit de brocas longas permite a perfuração completa e a colocação de implantes de 18 e 20mm de comprimento



Kit de brocas de perfil ósseo da MIS

O kit de brocas de perfil ósseo do sistema MultiFix da MIS, permite o



Novos Pilares Multi-unit da MIS

Os pilares multi-unit da MIS retos e angulados sólidos de 17 e 30 graus não tem arestas aguçadas para uma melhor cicatrização dos tecidos e vêm em embalagem estéril para melhores resultados cirúrgicos.



Guia MultiFix da MIS

MIS criou uma guia Multifix flexível e reutilizável, para guiar e garantir o ângulo perfeito de perfuração e posterior colocação dos implantes na angulação ideal à realização do protocolo MultiFix.



A opinião de um clínico experiente



Dr. Pedro Rodrigues

Em entrevista o Dr. Pedro Rodrigues, cirurgião médico dentista, tem vindo a utilizar o sistema MULTIFIX da MIS desde o seu lançamento em 2014. E tem-se demonstrado entusiasmado com os resultados que alcançou: "Em nenhum outro procedimento na minha prática clínica, verifico um aumento de qualidade de vida tão evidente como neste tipo de reabilitação com apenas quatro implantes. Os pacientes entram no meu consultório com

próteses desajustadas, más fonéticas e desconforto, dificuldades relativamente à alimentação ou com dentes estética e funcionalmente comprometidos e saem do consultório, no mesmo dia, com dentes fixos, funcionais e uma aparência natural".

Os pacientes do Dr. Pedro Rodrigues submetidos ao procedimento MULTIFIX da MIS, relatam uma melhoria significativa na sua qualidade de vida, a recuperação da confiança e uma melhor aparência geral. Para esses pacientes, que já são desdentados totais ou quase, a maior vantagem deste tratamento é o tempo reduzido e o conforto da cirurgia. Os procedimentos, que podem levar meses a terminar e que muitas vezes incluem cirurgias complicadas de enxerto ósseo, são agora simplificados e otimizados, permitindo que uma prótese total da mandíbula ou maxila assentem em apenas quatro implantes, no mesmo dia de colocação dos implantes.

O Dr. Pedro Rodrigues explicou-nos ainda que, "a solução MULTIFIX da MIS reduz a complexidade do tratamento, assim como, a inclinação dos implantes posteriores evita a necessidade de procedimentos de enxerto ósseo demorados."

"Adicionalmente, os pilares multi-units retos e angulados de 30° permitem uma distribuição ótima das forças e uma elevada estabilidade que é também conseguida através de implantes posteriores mais longos, colocados numa posição angulada."

Para mais informações sobre a solução MIS MULTIFIX pode consultar o site da MIS www.mis-implants.com/Products/Implants/MIS-MULTIFIX.aspx ou entrar em contato com a:



SDS, Lda:

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



E SE EXISTISSE UM ASPIRADOR ORAL COM ESPELHO INTEGRADO?

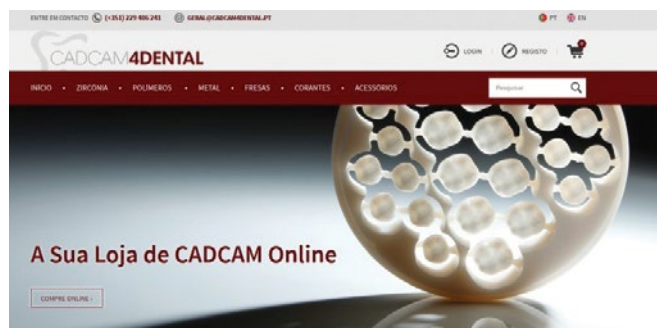
Foi recentemente apresentado ao mercado pela empresa Hahnenkratt o ClasenUno, um aspirador oral que integra também um espelho. De acordo com a empresa, este instrumento vem dar resposta a um dos maiores problemas dos tratamentos dentários, libertando uma das mãos do médico dentista, que passa assim a ter um equipamento ‘2 em 1’. De acordo com a companhia, o ClasenUno não embacia, graças a um fluxo contínuo de ar e oferece sucção em apenas um instrumento, permitindo um “tratamento autónomo nos mais diversos tipos de intervenções dentárias”. A empresa revela ainda que este aspirador permite aspirar substâncias líquidas e sólidas, graças à sua levada performance de sucção, que é também silenciosa. Por outro lado, a empresa sublinha que este instrumento integra uma proteção contra o refluxo, um cone de 16 mm que permite que seja integrado em qualquer sistema de sucção e ainda um material que permite que seja esterilizado a 134 graus centígrados.



ZIRKONZAHN.IMPLANT-PLANNER QUER ALARGAR COLABORAÇÃO ENTRE LABORATÓRIO E CONSULTÓRIO

O Zirkonzahn.Implant-Planner, solução que permite planear as restaurações protéticas através do planeamento dos implantes, que alargar “a colaboração entre o laboratório e o consultório”. De acordo com a marca, “com base nos dados digitais do paciente (dados DICOM, digitalizações do modelo e da face, etc.) e tendo em consideração a estrutura óssea, o clínico começa por determinar a posição ideal para

o implante (função, anatomia, estética). Ele é orientado passo a passo pelo planeamento do implante, sendo este muito fácil de configurar, sem necessidade de grandes conhecimentos de software. Por fim podem-se transmitir os dados do planeamento, de forma muito simples, através da função ‘transferência de dados’, ao laboratório.” Depois disso é possível criar uma matriz de perfuração, da restauração protética, da moldeira individual e o modelo do análogo de laboratório, sendo possível “colocar à disposição do clínico simultaneamente todos os componentes para um implante (*immediate loading*)”, refere a empresa.



JÁ CONHECE A NOVA LOJA ONLINE DE MATERIAIS CAD/CAM?

Imagine que podia adquirir materiais CAD/CAM à distância de um clique? Esse é o objetivo da CADCAM4Dental, a primeira loja online vocacionada e especializada na comercialização de materiais CAD/CAM para Clínicas Dentárias e Laboratórios de Prótese Dentária. “Este novo conceito responde às necessidades das Clínicas e Laboratórios dentários oferecendo aos clientes tudo o que necessitam para expandirem o negócio em total comodidade, ao alcance de um click”, refere a empresa em comunicado. O site está dividido em várias categorias: Zircónia, Polímeros, Metal, Fresas, Corantes e Acessórios. Com uma equipa experiente e habilitada a responder às necessidades dos clientes, a CADCAM4Dental assenta em quatro pilares de atuação: um serviço de qualidade, preços baixos, gama de materiais biocompatíveis com as melhores performances e soluções inovadoras de valor acrescentado. Uma revolução num mercado sempre em crescimento e evolução.



RMD PORTUGAL ASSINALA DENTALBIZZ COM DESCONTO ESPECIAL

O mais recente atelier nacional de reparação de instrumentos dentários, RMD PORTUGAL, assinala o Dentalbizz 2017 com uma campanha promocional. Além dos 10% de desconto oferecidos pelo voucher incluído nesta publicação, todos os participantes do evento receberão um desconto adicional de 5% para reparações de três ou mais instrumentos. O valor fixo europeu de €262 (IVA incluído) do “Kit Mudança de Rotor de Turbina” também estará abrangido por esta promoção, mantendo a oferta de um ano de garantia. O laboratório RMD PORTUGAL oferece ainda a recolha, o orçamento e a entrega. As recolhas podem ser agendadas no site rmd.pt e por telefone: 216077783. Conjuntamente com os seus parceiros DMD France e DIR Deutschland, a RMD PORTUGAL é reconhecida pelo seu conhecimento, seriedade e profissionalismo, em matéria de reparações micro-mecânicas. Os técnicos da RMD Portugal beneficiam da certificação de qualidade e formação das mais prestigiadas marcas do mercado mundial.



W&H OFERECE DEZ MIL EUROS EM PRODUTOS À SOS ODONTOLOGIA SOCIAL

Fazendo jus ao lema ‘As pessoas São a Nossa Prioridade’, a W&H ofereceu dez mil euros em produtos à SOS Odontologia Social, uma associação que procura garantir um acesso livre à odontologia tanto em Valência, como noutros projetos de cooperação internacional. Os membros da SOS Odontologia Social estão empenhados num projeto de ajuda a refugiados que se encontram na Grécia com uma caravana adaptada a consultas odontológicas com a ajuda de 200 estudantes, dezenas de ativistas e outras pessoas interessadas. A W&H doou material para uso pediátrico, instrumental rotativo com luz LED e outros instrumentos que permitem tratar cerca de 300 pessoas por semana.

FORMAÇÃO
COMUNICAÇÃO



MEDIA TRAINING

26 E 27 DE JUNHO | LISBOA

OBJETIVOS

- Conhecer as regras básicas de uma entrevista
- Saber delinear um discurso, num período controlado de tempo
- Saber controlar o stress
- Dominar as técnicas de comunicação para responder aos jornalistas em situação de crise ou difíceis

FORMADORA



FERNANDA REITAS
JORNALISTA



JÁ EXISTE UM TESTE QUE DETETA DOENÇA PERIODONTAL EM ESTÁGIO REVERSÍVEL

Para celebrar do Dia Europeu da Saúde Periodontal (12 de maio), a Ponto Médico associou-se à empresa fabricante do produto PerioSafe para lançar em Portugal o seu analisador de saúde oral. Trata-se de um teste que usa biomarcadores para detetar a doença periodontal num estágio reversível. De acordo com a Ponto Médico, este sistema “foi desenvolvido a partir de mais de 100 estudos independentes especificamente dedicados à Medicina Dentária, que resultaram no sistema patenteado para deteção da enzima aMMP-8”, enzima que deteriora o colagénio do osso e dos tecidos moles. Em apenas cinco minutos, este teste que usa a saliva do paciente identifica a presença da enzima. Se esta estiver presente em quantidade relevante, o biomarcador apresenta uma linha azul. De acordo com os responsáveis pela inovação, o valor acrescentado deste teste está “na identificação da necessidade de prevenção do desenvolvimento da doença periodontal”. “Com esta informação, o médico dentista pode ajustar a frequência e intensidade dos tratamentos profiláticos, insistir na higiene oral conseguindo assim a diminuição da concentração da enzima, e consequentemente evitar o surgir dos sintomas. Para quem realmente aposta na saúde periodontal, o teste vem acompanhado de um leitor que analisa em 30 segundos a concentração da aMMP-8, informação que apresenta ao doente em conjunto com o plano de tratamento profilático, e que além dos seus próprios resultados, apresenta ao doente informação da degeneração periodontal”, explica a Ponto Médico.



PHILIPS APRESENTA SOLUÇÕES NA IDS 2017

Decorreu em Colónia, na Alemanha, a 37ª edição da IDS, uma das maiores feiras da indústria dentária na qual a Philips

apresentou diversas soluções para que os profissionais do setor “possam melhorar a vida dos pacientes”. Uma das inovações apresentadas pela marca durante o evento foi a escova de dentes Philips Sonicare DiamondClean, “a escova de dentes mais inteligente do mundo” que pretende ajudar os seus utilizadores na higiene oral através de uma análise da sua utilização. “Na Philips, a nossa missão é melhorar vida das pessoas, como um verdadeiro parceiro nos cuidados de saúde e como líderes na inovação digital. Com mais de um século de expertise na área dos cuidados de saúde e com o nosso compromisso para com a saúde oral, o nosso objetivo é oferecer soluções de ponta para a saúde oral”, refere Egbert van Acht, Business Leader, Health & Wellness da Philips.



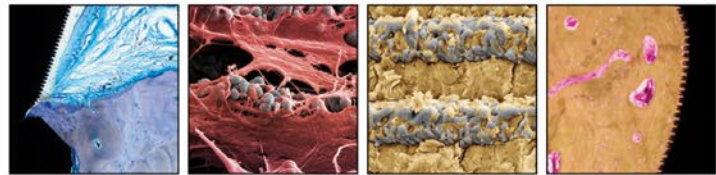
JAWPOSITIONER: O BLOCO QUE COMBINA ETAPAS ANÁLOGAS E DIGITAIS DA PRODUÇÃO DE PRÓTESES

A Zirkozhan apresentou recentemente o JawPositioner, um bloco em resina que, segundo a marca, é “a peça do puzzle que faltava para uma combinação das etapas de trabalho análogas e digitais na produção de próteses individualizadas.” “Com o bloco em resina JawPositioner, a Zirkozahn é o único fornecedor a oferecer a possibilidade de, num curto espaço de tempo, transferir modelos de pacientes digitais articulados do articulador virtual 1:1 para o articulador do laboratório físico”, refere a marca. Segundo a Zirkozhan, esta tecnologia permite produzir na fresa uma férula para o modelo do paciente em menos de 10 minutos com base nos dados digitais existentes. “Após conclusão no articulador do laboratório, aquela é ajustada com a ajuda do PlanePositioner, o modelo do maxilar superior é lá colocado e depois engessado. No articulador do laboratório pode-se controlar digitalmente a restauração planeada e ajustá-la manualmente. As modificações daí resultantes podem por fim ser digitalizadas de novo. Desta forma podem-se combinar as vantagens da articulação digital com as etapas de trabalho manual”, acrescenta.



família de implantes tapered

com Laser-Lok® microcanal



Fixação do tecido conjuntivo

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

Adesão ao osso

Os microcanais Laser-Lok® atingem uma osseointegração superiores

Kit Cirúrgico universal

um kit cirúrgico para toda a família de implantes Tapered

simplicidade protética

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

BIOHORIZONS®
www.biohorizons.com

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

“FAZER DENTÁRIA”



RUI PAIVA

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

Estes artigos de opinião que venho escrevendo há algum tempo refletem os dias e os meses que por mim vão passando. Neles abordo, de uma forma descomplicada, temas que me dizem respeito, direta ou indiretamente, na minha prática diária da Medicina

Dentária. Todos sabemos o quanto essa prática pode ser isolada e as dificuldades que sentimos em discutir temas socioprofissionais com os nossos pares. Essas dificuldades prendem-se com uma variedade de fatores, desde logo a distância física que nos separa dos colegas amigos com quem estaríamos mais à vontade para conversar. Valem-nos as atuais formas de comunicação multifacetadas de que dispomos hoje em dia. Infelizmente não dispomos de uma estrutura que nos aglutine e que incentive esse tipo de contactos interpares, uma vez que esta direção da nossa Ordem dos Médicos Dentistas em nada contribui para isso.

Por ocasião da escrita de um dos últimos destes artigos de opinião recebi um comentário em estilo de suave “puxão de orelhas” por parte da editora

"Em abril passado formou-se uma plataforma já com algum tipo de organização interna, cujos objetivos são pugnar pela dignificação da Medicina Dentária. Não se trata de oposição simples à atual OMD, trata-se de demonstrar o quão mal vão muitos aspetos que nos dizem respeito a todos"



desta revista. Ia esse comentário no sentido de atenuar a minha crítica recorrente à OMD, uma vez que já toda a gente teria entendido os diversos aspetos em que não estou de acordo com a Ordem. A questão é que qualquer assunto que respeite a nossa atividade profissional vai inevitavelmente desembocar na OMD, única estrutura que nos representa. Mal, acrescentaria eu.

Mas finalmente eis que aparentemente algo parece querer drenar o pântano em que caiu a Medicina Dentária portuguesa com os múltiplos e variados assuntos que a denigrem. Em abril passado formou-se uma plataforma já com algum tipo de organização interna, cujos objetivos são pugnar pela dignificação da Medicina Dentária. Não se trata de oposição simples à atual OMD, trata-

se de demonstrar o quão mal vão muitos aspetos que nos dizem respeito a todos, trata-se de desmontar um posicionamento institucional que em nada favorece a participação de todos nós.

Esta plataforma designa-se “Fazer Dentária” em jeito de homenagem a uma corrente de pensamento lançada há uns anos que se designava “Pensar Dentária”. Hoje em dia considerou-se que estava na altura de passar do pensamento à atuação, justificados pela perpetuação e agravamento dos problemas que nos assolam, sem que, por parte da nossa Ordem se demonstrasse interesse suficiente e empenho aguerrido em dar a pedrada no charco. Ao fim do primeiro mês de existência conseguiu esta plataforma “Fazer Dentária” agregar mais de 3200 médicos dentistas através das redes

sociais e construir um site onde se encontram artigos de interesse para a profissão e se discutem abertamente diversos temas num fórum de participação aberta, à semelhança do que sucedeu há muitos anos no site da OMD, entretanto encerrado.

O “Fazer Dentária” é um embrião. Um embrião que poderá crescer, com a participação e ajuda de muitos, em benefício de todos. Precisamos em Portugal de pessoas e instituições competentes e que sejam capazes de afirmar as coisas como elas são, para que não se caia no marasmo de falar e falar sem que nada se modifique. Apelo pois a todos os colegas que divulguem a existência desta plataforma aberta a todos os médicos dentistas e que participem, nem que seja inscrevendo-se nela.

www.FazerDentaria.com

WWW.SAUDEORAL.PT



A REVISTA PROFISSIONAL DE
ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

Conheça as novidades
do setor na nossa Newsletter Semanal

GANHE ATÉ 20% DESCONTO
NUMA FORMAÇÃO

FORMAÇÕES

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

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

SIM, DESEJO ASSINAR A SAÚDE ORAL

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

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

SO 114

SAÚDE ORAL

IDENTIFICAÇÃO

Empresa _____ Profissão/Cargo _____

Nome _____

Morada _____

Código Postal / Localidade _____ telefone _____

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

MODO DE PAGAMENTO

- Junto envio cheque/vale do correio n.º _____ no valor de _____ do Banco/EC _____ à ordem da IFE, S.A.
- Junto envio comprovativo da transferência bancária Millennium BCP – IBAN: PT 50 0033 0000 00199867531 05 ou do depósito em conta n.º 00199867531 (Agradecemos que envie o comprovativo do pagamento com o cupão para o fax: 210 033 888 ou email: assinaturas@ife.pt)

Assinatura _____

Linha de Assinaturas: (+351) 210 033 800

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

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

Nos termos da lei, é garantido ao cliente o direito de acesso aos seus dados e respetiva atualização. Caso não pretenda outras propostas comerciais assinale aqui



PERFECT AESTHETICS BY TISSUE MANAGEMENT

A Clínica Pinheiro Torres vai promover entre os dias 21 e 23 de junho, no Porto, um curso subordinado ao tema ‘Perfect Aesthetics by Tissue Management’. A formação será conduzida por J. Pinheiro Torres, Periodontologista e Mestre em Implantologia, e inclui a abordagem de temas como: *Aesthetic concepts – Perfect asymmetry and preservation of individual identity; Physiological changes of edentulous zone; Clinical cases presentation and long term results; Guided surgery as a precision tool in a single implant placement; Pilot drill surgical guide Practice; How to ensure Immediate provisionalization positioning.* A formação inclui a experimentação de algumas técnicas em cadáveres de suínos, assim como a realização de uma cirurgia ao vivo de demonstração das técnicas aprendidas. Para mais informações contacte o telefone + 351 226 164 780 ou o email geral@clinicapinheirotorres.com.



PÓS-GRADUAÇÃO EM ORTODONTIA (FOTO PORTADA ORTOCERVERA)

A Ortocervera vai realizar e 21 a 23 de setembro a Pós-Graduação em Ortodontia. O curso é conduzido por Alberto Cervera e está estruturado em quatro áreas formativas: Protocolo de Diagnóstico e Tratamento, Estudos de Síndromes Clínicas, Práticas de tipodontos com

brackets de autoligado e Práticas clínicas tutorizadas. Mais informações em www.ortocervera.com



APLICAÇÃO CLÍNICA DO AVANÇO MANDIBULAR PARA O TRATAMENTO DE SAHS

Ministrado por Mónica Simón Pardell, este curso pretende dar formação adequada e personalizada sobre o correto enfoque terapêutico dos transtornos respiratórios obstrutivos do sono. Para garantir a qualidade da formação, o curso tem um limite máximo de 4 alunos. Entre os temas abordados destaque para protocolos de diagnóstico odontológicos de SAHS, tratamento de SAHS, toma de registos e individualização de parâmetros para a confeção de um dispositivo de avanço mandibular (DAM) e aplicação com casos práticos. Mais informações em www.ortocervera.com



‘OPEN DAY: CASOS CLÍNICOS EM ORTODONTIA’

A EspaçoOrto vai realizar no próximo dia 22 de julho, no Hotel Tivoli Oriente, em Lisboa, um ‘Open Day: Casos clínicos em Ortodontia’. De acordo com a organização, o evento tem como objetivo “mostrar aos alunos de medicina dentária, recém-licenciados e médicos dentistas que resultados é possível obter com a aplicação de planos de tratamentos bem definidos”. Ministrado por três professores do ‘Curso de Ortodontia Clínica | Iniciação à Ortodontia’, a formação colocará em destaque os diferentes tipos de técnicas, planos de tratamento e dicas clínicas de Ortodontia.

Dental Bizz

ENCONTRO ANUAL DE GESTÃO PARA
PROFISSIONAIS DE MEDICINA DENTÁRIA

ORGANIZAÇÃO



SAÚDE ORAL

8 DE JUNHO
ALFÂNDEGA DO PORTO

PROGRAMA

- 09h30 Receção dos Assistentes
10h00 Sessão de abertura
10h10 Mensagem de boas-vindas

PAINEL I | NOVOS DESAFIOS NA MEDICINA DENTÁRIA

10h20 A perspetiva do médico dentista enquanto CEO
Hugo Madeira, CEO Clínica de Implantologia Avançada

10h40 Equipas multidisciplinares: sim ou não?
Salomão Rocha, médico dentista Orisclinic

11h00 CASO PRÁTICO
Trabalho numa equipa multidisciplinar
Júlio Fonseca, médico dentista Orisclinic

11h20 Palestra Nobel Biocare
António Moutinho – Diretor Ibérico Nobel Biocare

11h40 Networking café

PAINEL II | MÉDICOS DENTISTAS SEM FRONTEIRAS

12h10 Pós-Graduações e Cursos Hands-on: uma formação obrigatória?
Hugo Sousa Dias, médico dentista, prática clínica exclusiva em Endodontia, coordenador master em Endodontia - Foramen Dental Education

12h30 Caso prático – O meu percurso além-fronteiras

12h45 Almoço

PAINEL III | CAPACITAR PARA CAPTAR

14h30 MESA REDONDA

Os médicos dentistas têm um papel fundamental na promoção da importância da saúde oral junto das populações. Qual o impacto da inclusão dos médicos dentistas no SNS? Estamos a capacitar para captar mais clientes? É importante transmitir a mensagem da importância da saúde oral para captar mais pacientes para a medicina dentária?

OMD, DGS, SINAS/Saúde Oral, Artur Miller, médico dentista

15h20 Como o dentista do séc. XXI olha para as suas obrigações legais?

Sónia Santos, MedSupport

PAINEL IV | CULTURA DIGITAL

15h45 Sabia que os europeus são considerados MOBILE FIRST? Sabe qual o impacto disso no seu negócio? Sabe quem são os GAFA e os NATU? Acha que sabe tudo sobre cultura digital?

- Tendências e conceitos do digital
- Quais os códigos do digital e o seu impacto nas formas de trabalho, modelos de negócio e competências

Telma Lopes e Vanda Souto, Digital Evangelist

ROOKIE MEETS GIANT: FACE-TO-FACE

16h30 Round 1 – Talk!

Frente a frente vão estar um médico dentista da nova geração e uma das referências da medicina dentária para esgrimirem opiniões sobre o presente e o futuro da medicina dentária.

Rookie - **João Mouzinho**, médico dentista

Giant - **Manuel Neves**, médico dentista

PLATINIUM SPONSOR



GOLD SPONSOR



SILVER SPONSOR



17h00 Cocktail de boas-vindas Prémios Saúde Oral

17h30 Cerimónia de entrega dos Prémios Saúde Oral



8ª EDIÇÃO

PRÉMIOS
SAÚDE ORAL

O PODER DO MARKETING OLFATIVO



VÍTOR BRÁS

- Médico Dentista
- Investigador de NeuroMarketing em Medicina Dentária

Os colegas que leram os últimos artigos por certo já estavam, ou ficaram sensibilizados, para a influência que o ambiente da clínica tem na percepção da qualidade geral do serviço pelos pacientes. O assunto já é estudado no estrangeiro, onde há alguns anos surgiu o termo: *Healthscape*^{1,2}, uma aglutinação de *Health* (Saúde) + *Landscape* (Paisagem). A literatura científica nesta área é ainda escassa e muitas vezes peca por fazer demasiadas analogias com o mercado retalhista, contudo começam a haver guidelines muito objectivas sobre o que é considerado um correcto design de clínica num campo academicamente denominado: *evidence based clinic design*¹ (EBCD), por miúdos: design de clínica baseado na evidência. Mesmo assim há sempre um senão difícil de ultrapassar pela EBCD, já que uma consulta de nefrologia é consideravelmente diferente de uma consulta de Medicina Dentária.

No Marketing Sensorial resta-nos falar de olfacto, um sentido primitivo e com implicações profundas a nível cerebral. Ao fim ao cabo, se apenas escrevermos palavras soltas - batata+vermelho+amarelo - começa por M e de certeza que se lembrou do aroma a dieta falhada. O olfacto constitui per se uma óptima ferramenta para otimizar o seu espaço e o que os outros pensam dele. Bem aproveitado, o aroma é capaz de diminuir stresse e ansiedade³⁻⁵, aumentar a percepção da limpeza do espaço e até da simpatia dos profissionais que exercem

nele⁶. E da literatura científica disponível, o que é que na prática se pode utilizar na clínica?

O bom do marketing Olfactivo, além da sua utilidade, é que é barato⁷. Não envolve um grande investimento e produz efeitos quase palpáveis nos pacientes que não raras vezes exprimem a sua satisfação pelo ambiente sentido. Primeiramente há que ter em conta que o cérebro gosta de coerência, por isso não será viável difundir o aroma de algodão doce p.ex. (ainda vão pensar que quer estimular o consumo de açúcar para aumentar o negócio)⁸.

Pela filosofia da Aromaterapia sabe-se que o óleo essencial de Lavanda relaxa por diminuir a cAMP, molécula envolvida nos processos de sedação (para quem se lembra das aulas de Biologia Celular), assim como o de laranja, que parece provocar os mesmos efeitos⁵. Numa perspectiva empresarial é aconselhado a não se variar demasiado os aromas utilizados, de modo a criar uma assinatura olfactiva⁶. Deste modo é pouco viável a utilização de ambientadores comerciais (as marcas de ambientadores estão sempre a criar novos produtos e é difícil que produzam durante vinte anos aquele difusor de pétalas de rosa branca tibetanas que anunciam, p.ex.) sendo preferível recorrer a difusores profissionais de espaços, que lhe permitem até criar um aroma à sua medida.

E mais: aliar a música ambiente e o aroma difundido parece estimular as percepções de conforto numa sala de espera^{3,9}. O olfacto acaba por ser tão poderoso que, quando expostos a compostos que nem sequer percebemos que inalamos, o nosso comportamento altera-se, decidimos de forma mais imediata quando expostos a compostos de stresse⁴, os homens produzem mais testosterona quando inalam compostos próprios libertados pelas mulheres no período de ovulação¹⁰, etc. Várias marcas conhecidas já reconhecem o olfacto como uma ferramenta de marketing, o cheiro

a pastel de canela no IKEA, o cheiro das pipocas do cinema, as lojas de roupa que utilizam difusores com fragrâncias próprias (patenteadas e impossíveis de replicar) nos seus espaços e provadores...

Está na altura de estas técnicas serem aplicadas na área de Saúde e Medicina, pelos benefícios que trazem não apenas no plano empresarial e de marketing mas, ainda mais importante, para o conforto dos pacientes. ●

1. Becker F, Bonaiuto M, Bilotta E, Bonnes M. Integrated healthscape strategies: An ecological approach to evidence-based design. *Herd Heal Environ Res Des J.* 2011;4(4):114–29.
2. Pai YP, Chary ST. Assessing Healthscapes—a comparison among inpatients and outpatients. *Rev Integr Bus Econ Res.* 2013;2(1):521.
3. Fenko A, Loock C. The influence of ambient scent and music on patients' anxiety in a waiting room of a plastic surgeon. *Herd Heal Environ Res Des J.* 2014;7(3):38–59.
4. Haegler K, Zernecke R, Kleemann AM, Albrecht J, Pollatos O, Brückmann H, et al. No fear no risk! Human risk behavior is affected by chemosensory anxiety signals. *Neuropsychologia.* 2010 Nov;48(13):3901–8.
5. Lehrner J, Marwinski G, Lehr S, Johren P, Deecke L. Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. *Physiol Behav.* 2005 Sep;86(1-2):92–5.
6. Zemke DMV, Shoemaker S. Scent across a crowded room: Exploring the effect of ambient scent on social interactions. *Int J Hosp Manag.* 2007 Dec;26(4):927–40.
7. Van Rompay TLJ, Tanja-Dijkstra K. Directions in healthcare research: pointers from retailing and services marketing. *HERD.* 2010;3(3):87–100.
8. Mattila AS, Wirtz J. Congruency of scent and music as a driver of in-store evaluations and behavior. *J Retail.* 2001;77(2):273–89.
9. Spangenberg ER, Grohmann B, Sprott DE. It's beginning to smell (and sound) a lot like Christmas: the interactive effects of ambient scent and music in a retail setting. *J Bus Res.* 2005 Nov;58(11):1583–9.
10. Miller SL, Maner JK. Scent of a woman: men's testosterone responses to olfactory ovulation cues. *Psychol Sci.* 2010 Feb;21(2):276–83.

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

NOITES da SPEMD
2017

NOITES DA SPEMD



LISBOA . PORTO . COIMBRA

2º Trimestre



João Carlos Ramos

Restauração de dentes com terapêutica endodôntica: que soluções clínicas selecionar?
6 de junho - Lisboa



José Rosa

Elevação de seio maxilar: dos materiais às técnicas
27 de junho - Lisboa



Eugénio Martins

Novas Tecnologias em Ortodontia: uma visão global
20 de junho - Porto

3º Trimestre



Jorge André Cardoso

Reabilitação com compósitos e cerâmicas minimamente invasivas: quando e como?
28 de setembro - Viseu

4º Trimestre



João Cerejeira

Ortodontia intercetiva, quando e como intervir
17 de outubro - Lisboa



Jorge Polónia

Problemas, interações e riscos da medicação que o Médico Dentista deve ter presente
21 de novembro - Porto



Luís Monteiro

Papel do Médico Dentista na deteção precoce de cancro oral
24 de outubro - Vila Real



Hélder Oliveira

Enxertos gengivais: Quando e que técnica utilizar?
5 de dezembro - Lisboa



Patrocínios:  

Media Partners: SAUDE ORAL  

Parceiros Institucionais:



NSK

CREATE IT.

A UNIÃO FAZ A FORÇA

EM IMPLANTOLOGIA
DUPLO RENDIMENTO E POTÊNCIA



Surgic Pro+

Micromotor para Implantologia



VarioSurg3

Sistema de Cirurgia Ultrassônica



8.990€*
+4.715€

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

A tecnologia de ligação da NSK permite ligar as duas Unidades Cirúrgicas para utilizar um só pedal criando um compacto centro de tratamento cirúrgico



NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

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

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

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