

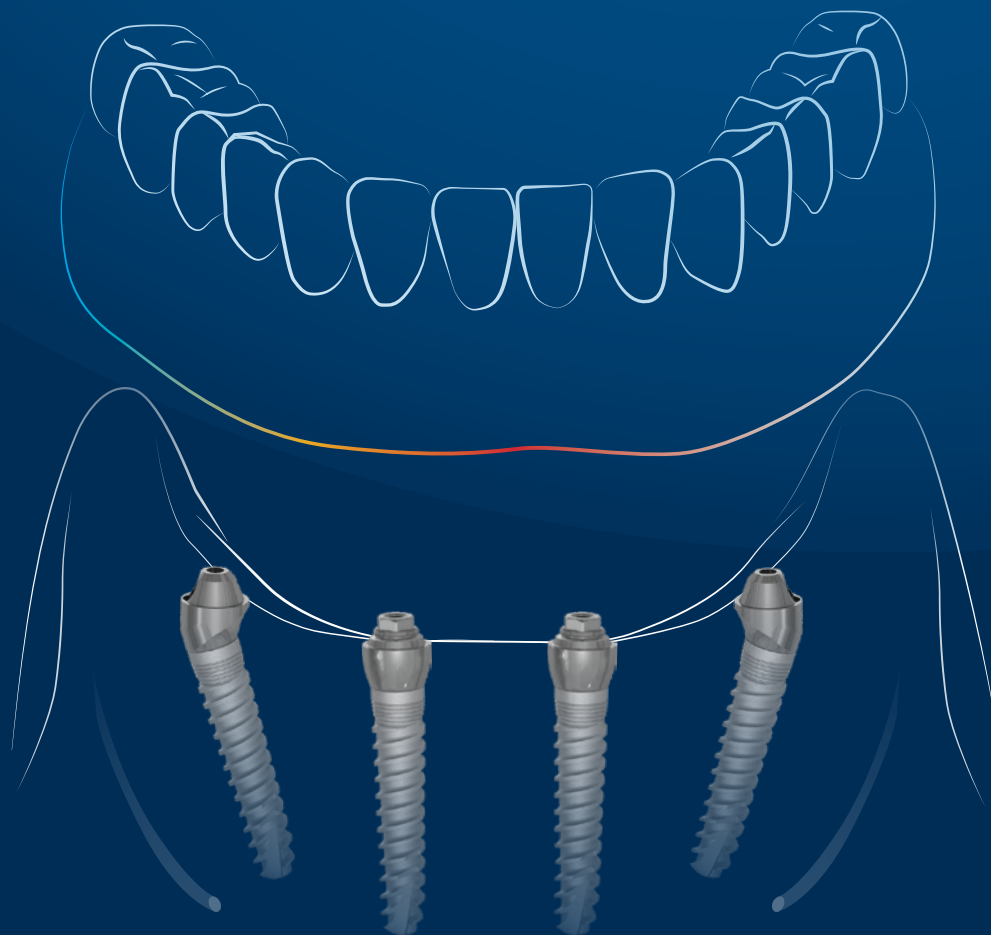
# SAÚDE ORAL



REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 115 • JULHO/AGOSTO 2017 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)

© MIS Implants Technologies Ltd. All rights reserved.

sds



## 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](http://www.mis-implants.com)

MIS<sup>®</sup> PORTUGAL  
MULTIFIX<sup>™</sup>



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



VENCEDOR

**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.

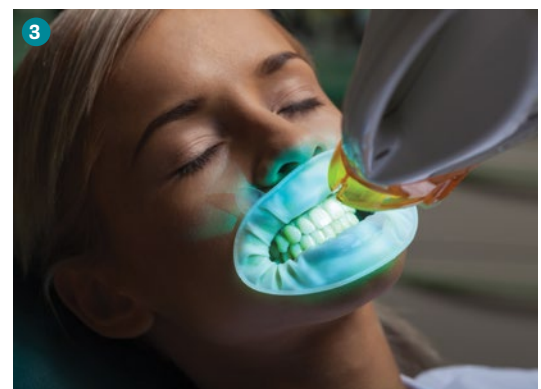


SIDEFARMA

40  
ANOS  
1977 | 2017

Sociedade Industrial de Expansão Farmacêutica, S.A. NIF: 500 717 419 | Rua da Guiné, nº 26 | 2689-514 Prior Velho - Portugal | Tel.: (+351) 21 942 61 00 - Fax: (+351) 21 941 62 05

## CÉSAR MEXIA DE ALMEIDA, PRÉMIO CARREIRA 2017 “AO FIM DE 80 ANOS ALGO DO QUE FIZ PODERÁ TER FICADO PARA O FUTURO”



- 1 DENTALBIZZ 2017  
QUAIS AS COMPETÊNCIAS DO  
NOVO MÉDICO DENTISTA DO  
SÉCULO XXI?**
- 2 PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2017  
CÉSAR MEXIA DE ALMEIDA  
VENCE PRÉMIO CARREIRA**
- 3 DENTISTERIA  
HAPPY ENDING: COMO  
FAZER O MATCH ENTRE AS  
EXPECTATIVAS DE MÉDICOS  
DENTISTAS E PACIENTES**

## Ficha técnica

SAÚDE ORAL <sup>SO</sup>

**Diretor:** Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)  
**Colaboraram nesta edição:** Carmen Silva, Cláudia Pinto e Manuela Vasconcelos  
**Fotografia:** David Oitavem, Ricardo Meireles thinkstockphotos.com.pt  
**Sub Diretora Comercial Unidade de Publicações:** Sónia Albuquerque (salbuquerque@ife.pt)  
**Publicidade:** Ana Pereira (apereira@ife.pt)  
**Assinaturas:** assinaturas@ife.pt  
**Paginação:** Luís Gregório (lmj.gregorio@gmail.com)  
**Conselho Editorial:** António de Vasconcelos Tavares, Carlos Falcão, Fátima Duarte, Henrique Luís, João Caramês, João Pimenta, Luís Jardim, Manuel Neves, Miguel Meira e Cruz, Paulo Malo, Paulo Monteiro, Pedro Nicolau e Ricardo Faria e Almeida  
 Estatuto editorial disponível em [www.saudeoral.pt/ficha-tecnica](http://www.saudeoral.pt/ficha-tecnica)



**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](mailto:geral@ife.pt)  
 NPC: 504 700 669  
**Órgãos sociais:** IFE 100%

**Country Manager:** Raquel Rebelo  
**Diretora Comercial:** Sónia Albuquerque  
**Pré-impressão, impressão e acabamento:** Jorge Fernandes, Lda, Artes Gráficas  
**Tratamento de base de dados e envelopagem:** Mailtec Comunicação SA

**Publicação bimestral**

**Tiragem deste número:** 6.500 exemplares  
**Depósito Legal:** 125087/98  
 ICS 121656/98  
**Vendas por assinaturas (6 números):**  
 Portugal Continental, Açores e Madeira:  
 52,20e (IVA incluído, 6%)

Revista fundada em 1998 por A. Esteves

Os artigos de opinião apenas veiculam as posições dos seus autores



## QUAIS SÃO OS SEUS PRÓXIMOS DESAFIOS?

Estamos em processo de rescaldo do Dentalbizz e dos Prémios de Saúde Oral. Foi um dia em cheio, onde estivemos a analisar quais os desafios que se colocam nos próximos anos aos médicos dentistas. Já colocou este desafio a si próprio? Pensar em quais são os seus próprios desafios para os próximos anos? Nesta edição partilhamos algumas imagens do evento, bem como um resumo dos momentos mais marcantes. Destaque ainda para os vencedores de mais uma edição dos Prémios Saúde Oral, que destacou César Mexia de Almeida com o Prémio Carreira. A grande entrevista é precisamente com César Mexia de Almeida, que aproveitou para fazer um *flash back* a uma carreira dedicada à Saúde Pública. Nesta edição que antecede o período de férias dedicamos o Dossier à Dentisteria, uma área que tem sofrido uma grande evolução nos últimos tempos e

acreditamos que não vai ficar por aqui. Os desafios que se colocam aos médicos dentistas que se dedicam a esta área são variados, nomeadamente corresponder às expectativas dos pacientes. Para a geração Facebook, o mais importante é a estética dentária, sendo por isso normal que procurem tratamentos como branqueamentos dentários ou colocação de facetas. E qual o papel do médico dentista, responder às solicitações dos pacientes ou adaptar o melhor tratamento consoante as verdadeiras necessidades do paciente? Como conseguir chegar ao *happy ending* onde todos ficam satisfeitos com o resultado final? Acreditamos que este é o grande desafio dos próximos tempos.

Até setembro. Boas férias!

Sónia Ramalho

14



**CÉSAR MEXIA DE ALMEIDA,  
 PRÉMIO CARREIRA 2017  
 “AO FIM DE 80 ANOS ALGO  
 DO QUE FIZ PODERÁ TER  
 FICADO PARA O FUTURO**

19



**DENTALBIZZ 2017  
 QUAIS AS COMPETÊNCIAS  
 DO NOVO MÉDICO DENTISTA  
 DO SÉCULO XXI?**

24



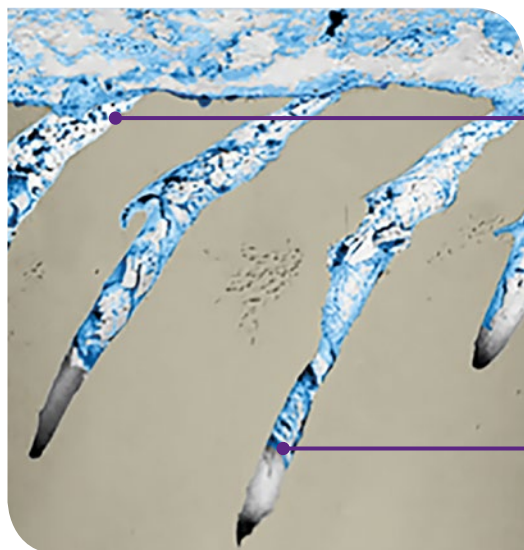
**PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2017  
 CÉSAR MEXIA DE ALMEIDA  
 VENCE PRÉMIO CARREIRA**

# Ajude os seus pacientes a **COMBATER RAPIDAMENTE A DOR DA HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA**

## **Novo Sensodyne Rapid Action DESENVOLVIDO PARA SER RÁPIDO**

A sua fórmula única contém fluoreto de estanho ativo e um polímero bio-adesivo que proporciona uma **oclusão acelerada** dos túbulos dentinários<sup>1</sup> através da:

- Bio-adesividade melhorada\*<sup>2</sup>
- Formação de uma estrutura tipo gel, que retém o fluoreto de estanho no local



A solução de fluoreto de estanho incorpora-se na dentina peritubular a partir do topo da parede tubular<sup>3</sup>

O fluoreto de estanho estende-se até 80 µm dentro da estrutura do túbulo<sup>4</sup>

Imagem representativa FIB-SEM, combinando múltiplas técnicas de imagiologia (STEM-EDS, DSIMS, FIB-SEM/EDS)

**Alívio em 60 segundos  
e proteção prolongada,  
cl clinicamente comprovados<sup>†5-7</sup>**

**10**  
ESTUDOS<sup>5-10</sup>  
CLÍNICOS

- Começa a atuar desde a 1ª escovagem<sup>5</sup>
- Alívio clinicamente comprovado da dor da hipersensibilidade dentinária em apenas **60 segundos**<sup>5,6</sup> com escovagem
- Após 8 semanas de utilização, Sensodyne Rapid Action proporciona 64% de redução da hipersensibilidade dentinária<sup>7</sup>

**1 em cada 3**  
pessoas sofre de  
hipersensibilidade dentinária<sup>14</sup>



**A utilização a longo prazo**  
de uma pasta específica para  
a hipersensibilidade dentinária pode ajudar a  
**melhorar a saúde oral**  
**e a qualidade de vida dos pacientes<sup>15</sup>**

**Recomende o novo Sensodyne  
Rapid Action para alívio rápido e  
proteção prolongada contra a dor  
da hipersensibilidade dentinária<sup>†7</sup>**



Para informação adicional, agradecemos o contacto através de [ch.apoio-profissional@gsk.com](mailto:ch.apoio-profissional@gsk.com)

Dispositivo médico. Em caso de suspeita de acontecimento adverso contactar o Departamento de Farmacovigilância da GlaxoSmithKline, Telef. +351 21 412 95 00

STEM-EDS = Scanning Transmission Electron Microscope-Energy-Dispersive Spectroscopy, DSIMS = Dynamic Secondary Ion Mass Spectrometry, FIB-SEM = Focussed Ion Beam-Scanning Electron Microscope, FIB-SEM/EDS = Focussed Ion Beam-Scanning Electron Microscope/ Energy Dispersive Spectroscopy.

\*versus uma pasta dentífrica com 0,454% de fluoreto de estanho com baixo nível de polímero.

† com 2 escovagens diárias

**Referências:** 1. Accepted for presentation at IADR 2017, Abstract no: 2631820. 2. GSK Data on File Report NPD/EU/049/16, December 2016. 3. Accepted for presentation at IADR 2017, Abstract no: 2634604. 4. GSK Data on File 161075. 5. GSK Data on File 207211, January 2017. 6. Accepted for presentation at IADR 2017, Abstract no: 2635085. 7. Parkinson CR *et al.* Am J Dent. 2015 Aug;28(4):190-196. 8. Accepted for presentation at IADR 2017, Abstract no: 2635168. 9. Parkinson CR *et al.* Am J Dent. 2013;26(Spec Issue):25a-31a. 10. Parkinson CR *et al.* Am J Dent. 2016;29:25-32. 11. Accepted for presentation at IADR 2017, Abstract no: 2639966. 12. GSK Data on File Z7871336. 13. GSK Data on File Z7871337. 14. Addy M. Int J Dent. 2002; 52: 367-375. 15. GSK Data on File RH01897, CHPT/CHSENO/0024/17 jun 2017

# II WILMA SIMÕES EUROPEAN INSTITUTE SCIENTIFIC MEETING “É MUITO IMPORTANTE, PARA SE REABILITAR UMA BOCA, OBSERVAR COMO ESTA MASTIGA”

‘Porquê Reabilitação Neuro-oclusal?’ foi o tema principal do ‘II Wilma Simões *European Institute Scientific Meeting*’. Em entrevista à SAÚDE ORAL, Carlos Planas, um dos oradores, salientou que “a maior parte dos pacientes só mastiga de um lado, mas a mastigação é feita para ser simétrica, por isso quando se mastiga unilateralmente provoca-se assimetrias”.

Texto: Carmen Silva

Lisboa recebeu pela segunda vez o ‘Wilma Simões *European Institute Scientific Meeting*’, de 15 a 17 de junho, desta vez dedicado ao tema ‘Porquê Reabilitação Neuro-oclusal?’. “É a segunda vez que realizamos este evento”, declarou Carina Esperancinha, presidente do comité organizador. “Como a primeira edição foi um sucesso resolvemos repetir o evento voltando a trazer vários professores de outros países, na qualidade de oradores”.

A edição deste ano, à semelhança da anterior, contou com cerca de 100 participantes. “São essencialmente médicos dentistas cuja principal área de atuação é, por exemplo, a ortodontia, a disfunção e dor e a reabilitação oral”. Daí “estarmos muito contentes porque mantivemos o mesmo número de participantes, provenientes de nove países, assim como recebemos vários oradores internacionais”.

## Trabalho multidisciplinar

Carina Esperancinha, em conjunto com o terapeuta da fala Ricardo Santos, foi ainda responsável por uma intervenção, durante o evento, sobre ‘Resultados Clínicos em Ortopedia

**“A maior parte dos pacientes só mastiga de um lado, mas a mastigação é feita para ser simétrica, por isso quando se mastiga unilateralmente provoca-se assimetrias”  
Carlos Planas**

Funcional dos Maxilares e Terapia da Fala’. À SAÚDE ORAL, a presidente do comité organizador indicou que são os resultados do “trabalho multidisciplinar feito com os terapeutas da fala, sendo que nas crianças pequenas que têm disfunções orais tentamos resolvê-las através da correção da oclusão, dos maxilares e da posição da língua, cabendo ao terapeuta a ajuda na reeducação muscular destas funções”.

Em destaque esteve a interdependência entre a forma e a função e questionada a necessidade de reflexão sobre o papel que a componente miofuncional orofacial tem na ortopedia funcional dos maxilares.

## Mastigação unilateral

Carlos Planas, neto de Pedro Planas (pioneira nesta área, já que a reabilitação neuro-oclusal surgiu da sua experiência profissional de mais de 60 anos) e atual presidente da CIRNO – Asociación Española Pedro Planas e codiretor científico da Federação Internacional de Associações Pedro Planas, foi outro dos oradores deste ‘II Wilma Simões *European Institute Scientific Meeting*’, tendo abordado o tema ‘Abordagem dos Problemas da Disfunção Crânio-mandibular segundo a Reabilitação Neuro-Oclusal’.

À SAÚDE ORAL Carlos Planas explicou que “a principal preocupação do meu avô era obter uma boca que funcionasse bem, sobretudo que mastigasse bem, isto numa altura em que todo o sistema de odontologia não se preocupava sobre a maneira como o paciente mastigava”. Neste sentido, Pedro Planas

**“Vamos reunir com elementos de várias universidades europeias e da América Latina com o objetivo de tentar construir uma estrutura que nos faça estar em permanente contacto”**  
**Wilma Simões**

“foi o primeiro a dizer que é muito importante, para se reabilitar uma boca, observar como esta mastiga”. Deste modo, de acordo com o presidente da CIRNO, “o meu avô ensinou-nos como se pode estudar uma boca para se perceber se mastiga bem ou se mastiga mal”.

Carlos Planas declarou ainda que “a maior parte dos pacientes só mastiga de um lado, mas a mastigação é feita para ser simétrica, por isso quando se mastiga unilateralmente provoca-se assimetrias”. Assim sendo, e tendo em conta os desafios da disfunção crânio-mandibular, uma das consequências de quando se mastiga apenas de um lado “são problemas nas articulações. Os pacientes queixam-se também de dores no crânio e de costas, etc.. E o motivo é simplesmente o facto de terem uma mastigação unilateral, pois esta provoca inflamação das articulações e tensão muscular”. Por isso, de acordo com o orador, “o tratamento será a recuperação da mastigação”. Por outras palavras, o tratamento de um paciente com problemas articulares é baseado em conseguir uma oclusão o mais equilibrada possível, seguindo os conceitos de oclusão equilibrada descritas na reabilitação neuro-oclusal. Uma oclusão equilibrada é uma oclusão cêntrica, mas sobretudo nos movimentos dinâmicos da lateralidade mandibular. ●

**Wilma Simões, professora coordenadora da especialização em ortopedia funcional dos maxilares na Universidade Cruzeiro do Sul e fundadora-coordenadora do CEPECRAF-OFM Multidisciplinar – Centro de Ensino e Pesquisa do Crescimento Cranio-Facial, em entrevista à SAÚDE ORAL, explicou que relativamente à reabilitação neuro-oclusal “hoje em dia já há muitas pessoas a trabalhar esta área nas faculdades, sendo um campo multidisciplinar”.**

**Quando é que a Professora Wilma se começou a interessar pela área da reabilitação neuro-oclusal?**

Quando conheci o Professor Pedro Planas, que falava de uma maneira muito coerente. Falava em prevenção desafiando, naquela época, muito do conhecimento instalado. O Professor Pedro Planas não aceitava tratar apenas quando o problema estava instalado. No fundo foi a comunhão de várias ideias que despertou o meu interesse.

**Como tem sido o seu percurso desde que se dedicou à reabilitação neuro-oclusal?**

Tem sido, essencialmente, entre o consultório e as faculdades. E aconselho a todos aqueles que pretendem exercer alguma carreira que tenha compromisso com a saúde a se dedicarem à sua formação. É importante estudar pelo menos 20 minutos por dia para se conseguir avançar, especialmente nesta área.

**Como está o estado da arte em termos da reabilitação neuro-oclusal?**

Em primeiro lugar é importante definir sempre o que é a reabilitação neuro-oclusal e pensar em todas as funções que a boca tem, como o repouso, a ativação... abre, fecha, vai para a frente, para trás, bloqueia, etc.. Atualmente, o tratamento está mais dirigido para as causas do problema do que antes. Antigamente baseava-se numa tentativa-erro agressiva. Pisava-se em terrenos mais fortes. Quando falamos em oclusão estamos a falar de dentes, de uma face deste que vai ao encontro da antagonista, esta situação para ser confortável e eficiente precisa de ter uma orquestra de terminações nervosas, que chegam aos músculos e impõem os seus reflexos. O Professor Pedro Planas despertou para esta realidade e atrás dele surgiram outras pessoas. Duas delas foram o professor Kawamura e o professor Alexandre Petrovic. Hoje em dia já há muitas pessoas a trabalhar esta área nas faculdades, sendo um campo multidisciplinar. E pode-se dizer que atualmente já se vê a boca dinamicamente como, aliás, tem de ser.

**E quanto ao futuro?**

A descolagem foi muito atraente e neste momento já se desligou os flaps do avião e estamos a voar em céu aberto. Mas o destino é a formação dos jovens. A reabilitação neuro-oclusal, presentemente, tem plateias de pessoas que não podem discutir que ela não faz sentido. Daí acreditar que estamos muito bem. Aliás, vamos reunir com elementos de várias universidades europeias e da América Latina com o objetivo de tentar construir uma estrutura que nos faça estar em permanente contacto. Não podemos estar sem nos ver tanto tempo. E, então, cada universidade dir-nos-á se é do seu interesse fazer parte da investigação nesta área ou não.

# ‘ESTHETICS DAY’ COMO TORNAR OS SORRISOS MAIS NATURAIS

Durante o ‘Esthetics Day’, o 1º Congresso da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética em Lisboa, “falou-se de proporções faciais, de *digital smile design*, de cerâmica e de como tornar os sorrisos dos pacientes mais naturais, mais perfeitos, de uma forma menos traumática”.

Texto: Carmen Silva Fotos: David Oitavem



João Borges, com prática exclusiva na área da Dentisteria

O ‘Esthetics Day’, o 1º Congresso da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética (SBOE) em Lisboa, organizado pela Lisbon Dentistry Academy, realizou-se no passado dia 8 de julho. Hugo Madeira, impulsionador e responsável pela organização do evento, fez um balanço “bastante positivo”, tendo sido “um dia muito feliz, dado que pela primeira vez a Sociedade Brasileira de Odontologia Estética saiu do Brasil para fazer um congresso na Europa. Vejo este dia como um marco na história da medicina dentária portuguesa e brasileira”. Isto porque, de acordo com o médico dentista, “o Brasil - mas não só,



Ana Gonçalves, coordenadora do centro de formação da Lisbon Dentistry Academy

a América Latina no geral - tem um foco claro na estética dentária, e foi de extrema importância este cruzamento entre profissionais portugueses e brasileiros, num único evento, para falar sobre o que de melhor se faz de estética a nível mundial”.

Também José Roberto Moura, especialista em dentística restauradora e ex-presidente da SBOE, sublinhou, à SAÚDE ORAL, a importância desta parceria. “Este evento é uma parceria entre a Lisbon Dentistry Academy e a SBOE, da qual sou um dos fundadores. E é muito bom ter tido a oportunidade de estabelecer esta parceria, que nos possibilitou confraternizar, trocar

experiências e aprofundar os laços de amizade entre Portugal e Brasil”.

Daí que, para Hugo Madeira, esteja dado “o pontapé de saída para este evento se realizar anualmente, com mais pessoas e mais entidades da comunidade dentária”. O evento, segundo Ana Gonçalves, coordenadora do centro de formação da Lisbon Dentistry Academy, contou com cerca de 200 participantes.

## Imitar a natureza

O dia foi dedicado à estética e “de manhã à noite falou-se de proporções faciais, de *digital smile design*, de cerâmica...enfim, de como tornar os sorrisos dos nossos pacientes mais naturais, mais perfeitos, de uma forma menos traumática”, sintetizou Hugo Madeira, acrescentando que “procurámos elevar a medicina dentária estética a outro patamar, a um nível de precisão, de perfeição e, acima de tudo, de biomimetismo, que não é mais do que a imitação da natureza. Um médico dentista que se dedique à estética, o *smile designer* ou o especialista na dentisteria restauradora, caminha para isso mesmo, para a imitação da natureza”.

## Sistema TENS

João Borges, com prática exclusiva desde 2004 na área de dentisteria, estética e reabilitação, e Cyril Gaillard, fundador e presidente da Global Advanced Odontology, foram alguns dos oradores convidados tendo, em conjunto, abordado o tema ‘*How to combine aesthetic, function and biology in worn teeth*’. À SAÚDE ORAL, João Borges adiantou que a finalidade da intervenção era demonstrar como “planeamos e tratamos os nossos casos, combinando a biologia, a função e a estética de modo a conseguirmos a longevidade do tratamento”. O médico dentista, que já



José Roberto Moura, especialista em dentística restauradora e ex-presidente da SBOE

desenvolveu projetos juntamente com Cyril Gaillard, declarou que “sempre focámos a nossa atenção na parte funcional porque sabemos que sem mecânica e sem função qualquer reabilitação, qualquer cerâmica, não tem longevidade”. Daí que para João Borges o grande desafio seja encontrar “a posição funcional estável da reabilitação em questão e é a partir daqui que se parte para o planeamento do tratamento. A dificuldade está neste primeiro passo e é por isso que os passos mais importantes são o diagnóstico e a planificação porque é aqui que elegemos o nosso ponto de partida”.

Uma das técnicas que o médico dentista utiliza é a *tanscutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), que “permite gerar uma posição de relaxamento muscular que nos possibilita colocar a mandíbula numa posição fisiológica (ou encontrar essa posição)”. Por fim, João Borges alertou que “todas as reabilitações devem ser orientadas para um ponto de partida de estabilidade. Se isto não acontecer pode haver uma recidiva do tratamento e a reabilitação falhar”.

### Implantes de zircónia

Além de responsável pela organização, Hugo Madeira também subiu ao palco, na qualidade de orador, para abordar o tema “Zircónio 360”. Na realidade, “o zircónio já existe na medicina dentária desde os anos 80, sendo essencialmente usado na área da reabilitação e restauradora, por



Hugo Madeira, CEO da Clínica de Implantologia Avançada

assim dizer, e nos últimos anos tem vindo a crescer o interesse no zircónio também como material na área da implantologia”, explicou o médico dentista, acrescentando que, neste caso, “tem a denominação de implante de zircónia e tem demonstrado resultados promissores e dado provas de vir a ser uma alternativa muito viável ao titânio”. Porém, Hugo Madeira ressaltou que “ainda não é completamente aceite por toda a comunidade, existem alguns entraves por parte do mercado, das marcas, e até da experiência e formação dos profissionais que se dedicam à implantologia”. Assim sendo, “confesso que foi uma ligeira provocação da minha parte tocar no tema dos implantes de zircónia, porque muitas pessoas ainda desconhecem as bases científicas sobre esta temática, e, portanto, fez-me sentido levantar o véu sobre este assunto”.

No entanto, para Hugo Madeira, trata-se de um material “inovador porque permite melhorar ainda mais as intervenções estéticas; reduz, por exemplo, a tendência do escurecimento das gengivas quando utilizado um implante de titânio, nas gengivas muito finas. Já para não falar da osteointegração; o titânio e o zircónio, embora similares, não estão no mesmo nível de biocompatibilidade, os tecidos moles respondem de forma muito mais orgânica ao zircónio”. Ou seja, “apesar de inúmeras vantagens do zircónio, do ponto

## MAGNIFICAÇÃO NA CLÍNICA

“A magnificação em odontologia é o uso de instrumentos que permitem a ampliação da visão de forma a que se consiga maior precisão durante a execução do tratamento”, salientou José Roberto Moura, à SAÚDE ORAL, a propósito da sua intervenção no evento, revelando que “utilizo na minha clínica um microscópio operatório”. Para o médico dentista, “não só a imagem fica ampliada, como a iluminação também é melhor, assim como a ergonomia, pois estamos sentados, numa postura ereta, olhando para a frente”. Desta maneira, o somatório de todos estes fatores torna, para José Roberto Moura, “o microscópio imprescindível na odontologia atual”.

Porém, o especialista refere que “há pessoas que pensam que se demora muito tempo quando se utiliza estes instrumentos, mas não, dado que é tudo uma questão de prática, daí que tem de haver treino por parte do profissional” no que toca à sua utilização. E o médico dentista não tem dúvidas em relação ao futuro: “daqui para a frente não tem volta. Os profissionais vão passar a utilizar cada vez mais estes instrumentos. Há uma propagação grande das lupas, mas o microscópio vai ganhar o seu espaço sendo, neste momento, o seu único senão o preço”. Mas José Roberto Moura acredita que “à medida em que a tecnologia for ficando mais barata, cada vez mais, um maior número de pessoas vai passar a utilizá-la”. Sendo que, de acordo com o orador, na medicina dentária, “pode-se usar o microscópio em todas as áreas, desde o diagnóstico à execução”.

de vista estético, quando analisado da perspetiva da biologia, percebemos que a biologia supera a estética”. ●

# BTI ORGANIZA FORMAÇÃO SOBRE FUNDAMENTOS E APLICAÇÕES DA TECNOLOGIA ENDORET®

## “FAZEMOS UMA REPARAÇÃO TECIDULAR MUITO MAIS RÁPIDA”

Existem mais de 20 anos de investigação na área da Tecnologia ENDORET®. A BTI *Biotechnology Institute* Portugal organizou duas sessões de formação com o objetivo de “demonstrar toda a investigação desenvolvida e evidência em torno da ENDORET®”.

Texto: Carmen Silva



A ENDORET® é uma tecnologia biomédica cuja finalidade é estimular a regeneração tecidular mediante a aplicação de proteínas autólogas. A BTI *Biotechnology Institute* Portugal organizou uma formação (com componente teórica e teórica-prática) sobre ‘Fundamentos e Aplicações da Tecnologia ENDORET®’, em Lisboa (29 de junho) e no Porto (30 de junho), com Salvador Gregori, global product manager da BTI *Biotechnology Institute*. À SAÚDE ORAL, o formador explicou que o objetivo da formação foi “demonstrar toda a investigação desenvolvida e evidência em torno da ENDORET®, bem como a tecnologia subjacente, e quais as suas aplicações nos diferentes campos da medicina”.

Salvador Gregori salientou que “a tecnologia ENDORET® é baseada no sangue do doente, sendo que recolhemos e concentramos as plaquetas, pois dentro destas estão os fatores de crescimento que se libertam e que são os responsáveis pela reparação dos tecidos”. Deste modo, segundo o global product manager, “fazemos uma reparação tecidular muito mais rápida, dado que vamos aplicar esta tecnologia sem qualquer efeito adverso”.



Com a ENDORET® consegue-se “reparar o próprio tecido, mas num espaço de tempo menor e a qualidade da reparação é muito melhor”. Em relação à sua utilização, em particular na Medicina Dentária, Salvador Gregori apontou “a formação de osso novo, a reparação de defeitos ósseos, a possibilidade de fazer elevações de seio e a reparação de tecidos moles”. Deste modo, a tecnologia ENDORET® é bastante útil “na preparação das áreas para a colocação de implantes”. Além da Medicina Dentária, esta tecnologia pode ainda ser utilizada, atualmente, em traumatologia, medicina desportiva, oftalmologia, dermatologia, etc. “E agora estamos a abrir linhas muito importantes em cardiologia e em neurologia”, rematou o global product manager.

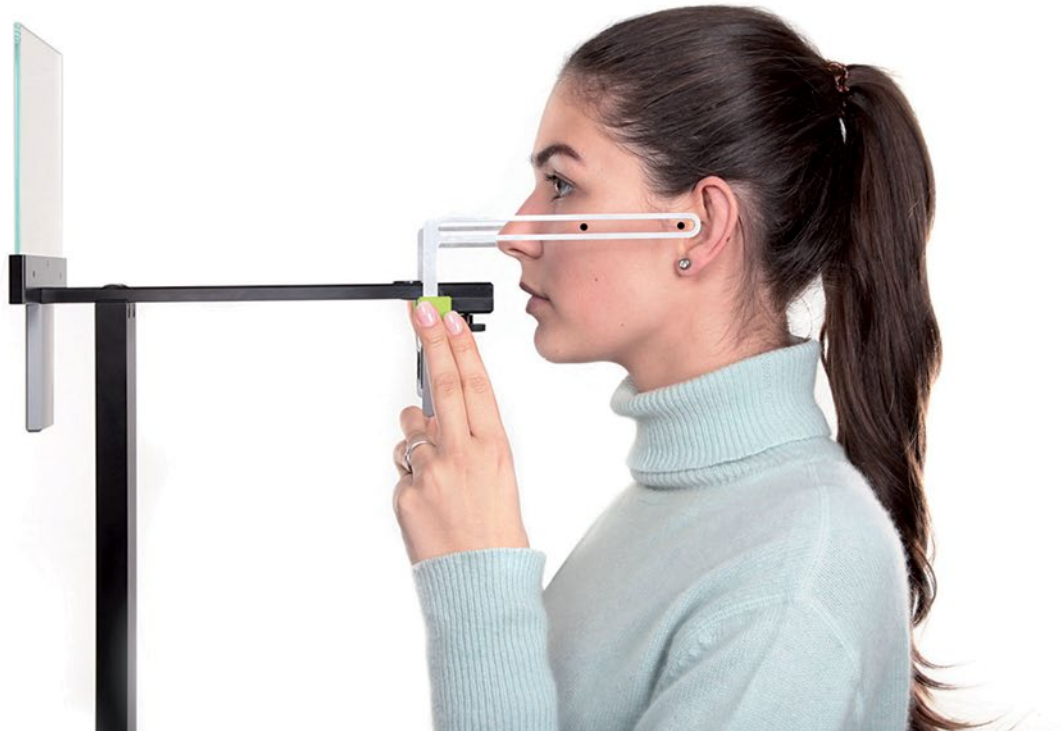
### Uma questão de fé?

“Temos mais de 20 anos de investigação nesta área, pois os primeiros estudos são de 95”, complementou Ana Galvão, responsável BTI *Biotechnology Institute* Portugal, acrescentando que com as sessões de formação sobre a tecnologia ENDORET® “pretendemos demonstrar



quais são as aplicações atuais deste protocolo. Já são muitos anos e ao longo destes fomos evoluindo em termos de protocolos e de equipamentos. Por exemplo lançámos uma nova centrífugadora, que tem características diferenciadoras”.

Falando especificamente na tecnologia ENDORET®, Ana Galvão explicou: “durante o BTI Day, em dezembro no Porto, Eduardo Anitua dizia que até determinado momento parecia que a sua utilização, por parte dos médicos dentistas, era uma questão de fé quando as evidências eram e são tantas. Temos os nossos estudos que o comprovam, mas também há uma imensidão de estudos independentes. Aliás, dos estudos que mostramos, provavelmente só cerca de 30% são nossos, os restantes são independentes”. Por outras palavras, “não somos só nós que atestamos a viabilidade deste tipo de tecnologia, mas também outras instituições credíveis, nomeadamente a Universidade de Harvard e de Turim”. A responsável salientou ainda a importância de se “compreender o que está por de trás de cada equipamento e de cada protocolo, bem como todas as certificações necessárias. Esta seriedade para nós é um ponto de honra”, garantiu, reforçando que “trabalhamos com as devidas evidências e certificações”. ●



## ANÁLISE DO PACIENTE A O NÍVEL MAIS RECENTE DA TECNOLOGIA

PARA UM PLANEAMENTO PARTICULARMENTE SEGURO E GRANDE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

*Através do registo de informação individualizada do cliente com o PlaneSystem®, PlaneAnalyser e o scanner facial 3D Face Hunter, melhora-se a segurança no planeamento, diminui-se o tempo do tratamento e aumenta-se a satisfação do cliente. A posição individual do maxilar superior, o nível de oclusão, o movimento do maxilar inferior e o scan facial 3D são transferidos de forma fiel para o software. Desta forma, a equipa responsável do consultório e do laboratório recebem a base do planeamento ideal para restaurações estéticas e funcionais.*



*Registo dos movimentos do maxilar inferior com o PlaneAnalyser como base de uma terapia de splint e para a identificação de contactos de mau funcionamento*



*Analógico = Digital = Analógico: com base na transferência fiel da situação do paciente para o software realiza-se a restauração (níveis naturais com PlaneSystem®, ZTM Udo Plaster; scan facial com Face Hunter).*



*Os resultados são excepcionalmente estéticos e funcionais com um tratamento altamente eficaz*

# CLÍNICA DE MEDICINA DENTÁRIA MANUEL NEVES “O TÉCNICO DE PRÓTESE E O MÉDICO DENTISTA ESTÃO AO MESMO NÍVEL”

Longe vai o tempo em que médico dentista estava num patamar superior ao protésico. Hoje, ambos os profissionais têm de estar ao mesmo nível diz Manuel Neves, médico dentista com clínica estabelecida na cidade do Porto. Hoje, a sua clínica é totalmente digital, de resto o grande desafio para os próximos anos.

Texto: Susana Marvão Fotos: Ricardo Meireles



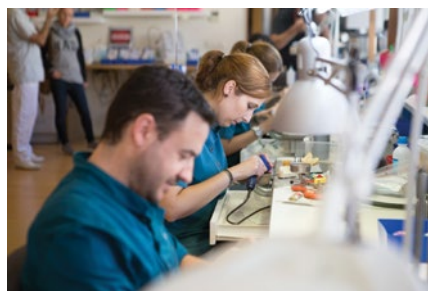
Manuel Neves

Não faz sentido uma clínica não ter laboratório próprio, diz Manuel Neves, médico dentista com clínica estabelecida na cidade do Porto. “Porque perde-se muito tempo, não fica uma prática ágil”, explicou à SAÚDE ORAL. “Não posso estar a fazer uma estrutura de uma prótese e de repente haver algo que não está a correr tão bem, querer chamar o técnico de prótese para que me ajude a resolver o problema e ele não estar disponível. Hoje, o técnico de prótese e o médico dentista estão ao mesmo nível. Um bom técnico tem, nesta área, as mesmas qualidades em



termos de conhecimentos científicos do que um médico”. O que não é fácil já que apenas há uma dezena de anos é que se investiu nesta área. “Hoje temos técnicos a trabalhar em Portugal de nível mundial”.

Há 36 anos que Manuel Neves estabeleceu a sua clínica no Amial. Bem diferente do que nessa altura, hoje o espaço é composto por 10 salas e 14 médicos dentistas. Mas não só. Além de um laboratório de próteses, uma das apostas deste profissional é a formação dos jovens médicos dentistas, tendo criado na clínica um Centro de Estudos de Medicina Dentária, que alberga um auditório para a vertente teórica e uma sala de formação onde os profissionais podem simular o tratamento, neste caso nos famosos “fantomas”. Receita para o sucesso? “Fácil”. Primeiro as pessoas, que têm de ser obviamente competentes, desde os médicos dentistas, passando pelos protésicos e todos os auxiliares. Depois o laboratório, que tem de estar dotado de equipamentos à altura da prática. E por último o espaço, que não deixa de ser importante. “Passamos aqui muitas horas. Temos de ter um ambiente agradável. Se estas condições estiverem reunidas...”



### “Workflow” digital

O digital está em todo o lado e a medicina dentária obviamente não é exceção. Manuel Neves diz que mesmo que as clínicas que, neste momento, não estiverem a abraçar esta transformação e a apostar no “workflow” digital vão perder o comboio. Disso não tem qualquer dúvida. “Aqui já estamos 100% digitais. Desde o scanner intraoral, cujas imagens passam para um iPad, no qual posso desenhar o que pode ser a boca do paciente. Interagimos de uma forma muito diferente com o doente”.

Quanto ao investimento, foi “muito elevado”, admite Manuel Neves. “Só a compra do equipamento de TAC, ou mais especificamente CBCT – fomos dos primeiros a fazê-lo – foram 250 mil euros. No total seguramente que o investimento ascende aos 400 mil euros, só em tornar uma clínica em digital”. E para quando o retorno? Mais do que medir o retorno, aqui falamos em sobreviver aos novos tempos. “Não é que se morra já, mas perde-se o comboio. Quem quiser continuar a trabalhar no método tradicional pode fazê-lo, desde que seja intelectual e eticamente honesto. Mas é cada vez mais complicado”. Até porque, garante o médico dentista, é impossível hoje “sobreviver” na “unidisciplinaridade” da medicina dentária. “Há áreas que são tão específicas que ou nos dedicamos a 100% ou não conseguimos ser bons profissionais. Um exemplo disso é a ortodontia. Um clínico geral não o pode fazer. Tem de referenciar senão não está a servir o seu paciente da melhor forma”.

### Multi-valências

Apesar da multidisciplinaridade da sua clínica há uma valência que Manuel Neves admite que gostava de ter entre portas: a oclusão. “Se houvesse uma clínica de

## PROJETOS

Depois de ter abraçado o digital, o grande projeto de Manuel Neves é entender se o tal “workflow” digital vai funcionar ou não. A clínica está preparada, tem todo o equipamento necessário, mas “além da maquinaria é preciso que as coisas efetivamente funcionem”, desabafa. “Porque o que ouvimos dizer é que o digital é obrigatório, mas requer uma curva de aprendizagem muito grande. E as casas comerciais que vendem esses equipamentos digitais ainda estão a aprender connosco, por forma a aperfeiçoar os aparelhos”. Ou seja, os próximos anos serão definitivamente todo um novo desafio, agora num patamar digital.

excelência em Portugal referenciava os meus pacientes. Mas há muito poucos técnicos disponíveis. É uma área muito difícil e, até lhe digo, muito chata de se estudar. Há muito poucos profissionais que se queiram dedicar a isto”.

Relativamente à formação, e ainda mais na era pós-Bolonha, Manuel Neves diz que a única certeza que tem é que o seu Centro de Estudos é procurado por jovens profissionais que lhe admitem nunca terem, por exemplo, preparado um dente para receber uma coroa.

Mas a grande questão no que diz respeito ao ensino é o facto de os professores, por vezes, estarem mais preocupados com a sua prática privada do que com o ensino. “Ainda vão à faculdade de manhã picar o ponto e tomar o café e fugir o mais depressa possível para as suas clínicas. Não há uma entrega total. Ou são professores ou exercerem de forma privada. Devia de haver regras mais rígidas, com o real cumprimento das horas de trabalho”. No entanto, Manuel Neves acredita que esta é uma tendência que esteja a inverter-se, já que com o excesso de profissionais no mercado haja uma maioria que já obtém os seus rendimentos via ensino, “já que a clínica privada deixou de ser rentável”. ●

# CÉSAR MEXIA DE ALMEIDA, PRÉMIO CARREIRA 2017 “AO FIM DE 80 ANOS ALGO DO QUE FIZ PODERÁ TER FICADO PARA O FUTURO”

César Mexia de Almeida fez carreira na área da Saúde Pública e este ano conquistou o Prémio Carreira, nos Prémios Saúde Oral 2017. Em entrevista à Saúde Oral recorda os momentos altos de uma carreira preenchida e continua com um espírito crítico. Principalmente quando afirma o desejo que o tempo de menoridade na saúde oral termine. “Nunca a Saúde Oral, como entidade com existência própria na Direção Geral da Saúde desde há cerca de 35 anos, esteve gerida por alguém da área (higienista oral, médico dentista ou médico estomatologista)”.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Ricardo Meireles

## O que significa para si vencer o Prémio Carreira dos Prémios Saúde Oral 2017?

Significa que o que fui fazendo e defendendo ao longo da minha vida ativa, quer no campo da saúde pública oral, quer no campo da clínica estomatológica, quer ainda como docente da Faculdade de Medicina Dentária da UL, teve algum eco positivo, o que é uma boa sensação.

## Como recebeu a notícia, com surpresa?

Com grande surpresa. Assim como algo que é desejado, uma apreciação positiva dos pares, mas que nunca será alcançado. Afinal, surpreendentemente, foi alcançado.

## O que sentiu quando subiu ao palco para receber o prémio?

Ao subir aqueles degraus tive uma sensação muito boa, diria mesmo extraordinária: afinal ao fim de 80 anos algo do que fiz poderá ter ficado para o futuro!

## No seu discurso de agradecimento recuou 53 anos e recordou uma carreira dedicada à saúde pública. Porquê essa área?

Recuei até à tese de licenciatura em Medicina porque teve como tema um

estudo no campo da saúde pública (“Contribuição para o Estudo das Condições de Conforto Térmico numa População do Alto Alentejo”). Procurei evidenciar como, desde muito cedo, senti muito interesse pelos temas da saúde pública.

## Como era a profissão nessa altura? Ou seja, o que recorda?

Há 50 anos, a população em geral tinha grandes carências na saúde oral por falta de capacidade económica e, também, por falta de profissionais e de educação para a saúde. Ao contrário da situação atual dos médicos dentistas recém-licenciados, rapidamente fui ganhando pacientes porque as carências em médicos estomatologistas eram muito grandes. Havia cerca de 700 estomatologistas para 11 milhões de habitantes. Por outro lado sentia grandes lacunas na preparação para o exercício da estomatologia. Pelo que, tal como outros colegas, entre os quais destaco o Prof. Armando Simões dos Santos - que de alguma forma liderava este grupo no sul - frequentava todos os cursos que a então Sociedade Portuguesa de Estomatologia organizava em Lisboa, Porto e Coimbra e comecei mesmo a frequentar cursos

em Madrid, Barcelona e Paris, neste caso nomeadamente em Periodontologia, que então emergia como um campo novo.

## Tinha alguém na família nesta área ou foi uma área que escolheu por si?

Não havia qualquer tradição de prática da medicina na família. Foi uma área que escolhi por mim sob influência, confesso, de um professor que entendia que eu teria características favoráveis para o exercício da medicina, pelo que me influenciou no sentido de fazer essa opção.

## Na altura o que queria ser quando fosse adulto?

Tinha dúvidas entre a Agronomia, dada a tradição familiar ligada à agricultura há muitas gerações, e a Medicina.

Como evoluiu na profissão?

Em 1967, depois de regressar da guerra colonial, ou guerra no Ultramar como se lhe chamava oficialmente, reingressei no internato geral no Hospital de Santa Maria (HSM) (1967-69), seguii-se o internato complementar de estomatologia no mesmo HSM (1969-72). É neste momento que começa a minha atividade como “dentista” (à tarde ainda prosseguiria por algum tempo a minha





atividade como médico de serviço domiciliário das Caixas de Previdência, na área de Benfica, porque era necessário assegurar a sobrevivência).

A especialidade como médico estomatologista foi adquirida com o exame final do internato complementar de estomatologia do HSM em 1972. Entretanto já em 1970 tinha iniciado atividade clínica privada substituindo um colega na Amadora. Alguns meses depois surgiu oportunidade de montar um gabinete de estomatologia numa policlínica em Benfica, por cima da então Farmácia Macedo. Anos mais tarde, em 1977, mudei-me para uma zona mais central e aí fiquei até à reforma da clínica privada, em 2000, a qual antecedeu a reforma da Faculdade, que ocorreu em 2006.

Fui praticando como generalista, mas fui procurando adquirir mais conhecimentos na endodontia porque sentia as dificuldades em resolver grande número de situações de urgência sem

um conhecimento mais profundo da patologia pulpar, dos seus sintomas e do seu tratamento. Muito consciente das carências de preparação básica frequentei muitos cursos. Destaco o curso de endodontia, frequentado em Maio de 1974 na Boston University School of Graduate Dentistry, ministrado pelo Prof Herbert Schilder, nessa altura uma figura mundial na endodontia e que já introduzira a técnica de obturação com a guta percha quente (*warm gutta percha technique*) a qual exigia uma técnica específica de preparação dos canais, a ‘crown down preparation’, completamente inovadora porque executava uma preparação completamente invertida, descendente, em relação à preparação tradicional, ascendente.

Ainda estava no serviço permanente domiciliário das Caixas de Previdência, que exercia à tarde, quando fui colocado como médico estomatologista na Caixa de Previdência de Odivelas. Nessa

altura dá-se um acontecimento que vai transformar completamente a minha atividade profissional: fui “requisitado” para a Comissão Instaladora da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa (CIESMDL) (1975). Desta Escola já só saí para a reforma. Por outro lado, ao contrário da situação atual de muitos médicos dentistas recém-licenciados, rapidamente fui ganhando pacientes porque as carências em médicos estomatologistas eram muito grandes. A nomeação, em 1975, para a CIESMDL foi um passo que alterou definitivamente minha vida profissional. Acrescento que se verificou na sequência de um plenário em Aveiro, já tinha sido o 25 de Abril, em que o meu nome foi incluído na proposta enviada ao ministério da Educação, juntamente com os colegas João Bação Leal, Armando Falcato Simões, António Nunes da Silva e Armando Simões dos Santos, para integrar aquela comissão. O odontologista Fernando Ferreira foi acrescentado àqueles nomes pelo

Ministério da Educação.

Foram anos de atividade entusiasmante a que a cooperação recebida da Noruega, durante seis anos, permitiu um grande salto para uma das frentes mais atualizada da formação dos médicos dentistas na Europa. Nós, como médicos estomatologistas, tínhamos naturalmente uma componente de formação médica muito forte mas, por outro lado, assinaláveis carências na formação dentária, que procurávamos colmatar com uma grande dose de autodidatismo. A introdução do ensino do diagnóstico e tratamento das doenças da cavidade oral sob a forma de licenciatura em Medicina Dentária era então e como hoje, na minha opinião, uma necessidade absoluta.

**Quais os momentos que recorda com saudade?**

Recordo como momentos especiais o início dos contactos com o Instituto de Odontologia de Bergen que abrem um mundo novo e organizado ‘à escandinava’, a inauguração da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa, depois a inauguração do edifício destinado a albergar os cursos de formação profissional (assistentes de gabinete, técnicos de equipamento, técnicos de prótese, higienistas orais), a defesa da minha tese de doutoramento e a atribuição a esta tese do prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública 1997. Também recordo com satisfação especial, porque penso que foi uma proposta no sentido correto, a aceitação pela Comissão Diretiva dos Cursos de Formação Profissional da designação de higienista oral em vez de higienista dentário.

**No seu discurso de agradecimento disse que deseja que termine o tempo de minoridade na saúde oral. O que quis dizer com isto?**

A Saúde Oral é uma área da saúde pública com grande dimensão e enorme importância. Basta ter presente todos os problemas que as duas dentições colocam ao longo da vida a todos os portugueses, praticamente sem exceção, desde a juventude. São enormes as necessidades

**“Com um quadro com estas responsabilidades nunca a Saúde Oral, como entidade com existência própria na Direção Geral da Saúde desde há cerca de 35 anos, esteve gerida por alguém da área (higienista oral, médico dentista ou médico estomatologista) com formação específica de nível pós-graduado e com experiência de trabalho no campo”**

de prevenção e tratamento das doenças da boca e dentes. Acrescem as perdas e necessidades em implantes e em próteses de diferentes tipos. Temos assim uma pálida ideia das enormes necessidades de prevenção e de tratamento das doenças da boca. Geralmente só pensamos na patologia dos dentes e tudo o que lhe está associado em necessidades especiais, mas há ainda toda a patologia da mucosa, o cancro oral, os problemas da fala, as nevralgias, as xerostomias, etc. Estamos perante uma área com enormes problemas de gestão quer na prevenção, quer no tratamento, apesar de a administração da saúde quase só assumir a prevenção e tratamento nos jovens (e anualmente só de parte dos jovens). Ainda assim já estamos a falar duma gestão que, direta ou indiretamente, envolve milhões de euros e centenas ou milhares de profissionais. Pois com um quadro com estas responsabilidades nunca a Saúde Oral, como entidade com existência própria na

Direção Geral da Saúde desde há cerca de 35 anos, esteve gerida por alguém da área (higienista oral, médico dentista ou médico estomatologista) com formação específica de nível pós-graduado e com experiência de trabalho no campo, sendo que já há hoje um número apreciável de membros daqueles grupos profissionais com mestrados e doutoramentos e experiência de campo que conferem as bases para assumirem funções de gestão da saúde oral com competência e independência.

Tal como para os cargos de grande responsabilidade técnica da administração central, que não são de escolha política, o Coordenador Nacional da Promoção da Saúde Oral (CNPSO) deve ser selecionado por uma entidade independente, como o CRESAP p. ex., para um período de tempo definido, em concurso público aberto na sequência de um caderno de encargos elaborado de forma competente. O CNPSO é um cargo com demasiadas responsabilidades para ser escolhido ao sabor dos interesses partidários ou corporativos do momento. Durante 35 anos nunca os indispensáveis pré-requisitos de preparação na área da gestão em saúde oral foram preenchidos pelos gestores a quem foi entregue sucessivamente a administração da saúde oral. Foi-se sempre “buscar ali ao lado” alguém que teria certamente boa preparação noutras áreas, mas não em Saúde Oral (SO). Por isso falo em minoridade da SO, que se encontra assim ao sabor dos interesses corporativos ou políticos do momento e nunca um profissional da área devidamente preparado foi colocado na gestão da Saúde Oral.

Parece que há poucos meses terá sido nomeado uma profissional da área, de forma quase secreta, para o lugar de CNPSO. Que me perdoe as minhas observações se estiver a ser injusto, mas não se lhe conhece qualquer preparação nem competência para o lugar além do provável apoio e suporte da Secretaria de Estado Adjunta e da Saúde, do Diretor Geral da Saúde e da Ordem dos Médicos Dentistas, que não se tem pronunciado.

## "Se as condições que favoreceram o aparecimento da cárie na dentição decídua não forem corrigidas precocemente aquelas mesmas condições irão favorecer o aparecimento da cárie também na dentição permanente"

**Como vê o estado atual da medicina dentária em Portugal?**

No campo da saúde pública acho que existe, pelas razões acima expostas, uma situação má, de falta de coerência e independência nas medidas de prevenção. Mas no campo dos tratamentos dos jovens, a introdução do cheque dentista foi um primeiro

passo muito importante para o seu tratamento. Mas coloco reservas a que as atenções estejam dirigidas em particular a alguns níveis etários e que a dentição decídua tenha estado, eventualmente ainda estará, fora do âmbito de uma observação de controlo anual que poderia ser feita com alguma celeridade e baixos custos nas próprias salas de aula. Se as condições que favoreceram o aparecimento da cárie na dentição decídua não forem corrigidas precocemente aquelas mesmas condições irão favorecer o aparecimento da cárie também na dentição permanente. Por outro lado penso que a aplicação do cheque dentista deve ser regularmente sujeita a uma avaliação por uma entidade independente e competente.

**O que acha do excesso de profissionais nesta área?**

Poderá trazer alguns benefícios para a população, que poderá beneficiar de uma maior distribuição dos profissionais e maior controlo de custos em consequência da concorrência acrescida, mas poderá determinar sobretatamentos e determinará certamente dificuldades muito grandes e um esforço acrescido para os médicos

dentistas recém-formados que querem iniciar a prática clínica.

**Quais as suas lutas neste momento?**

Já referi a principal: bater-me por um concurso público, com júri independente, para a seleção do Coordenador Nacional do Programa de Promoção da Saúde Oral (e simultaneamente representante no conselho europeu de 'Chief Dental Officers'). Depois a introdução da escovagem dos dentes no maior número possível de creches e jardins de infância públicos, especialmente nas zonas urbanas mais desfavorecidas e nas zonas rurais. Ainda a passagem, a curto prazo, da prevenção em saúde oral nos jovens para as autarquias, com um grande envolvimento dos higienistas orais.

**O que falta à profissão?**

Estou muito afastado dos profissionais clínicos (que lutam no dia-a-dia pelos seus doentes e pela sua sobrevivência própria) pelo que não estou em condições de responder a esta questão. Mas ouço dizer que o encurtamento das licenciaturas, como consequência do processo de Bolonha, lhes retirou tempo de experiência clínica, que lhes faz muita falta.

**Ainda tem sonhos por cumprir?**

Claro que tenho: que se concretize rapidamente o concurso público para a seleção, por um júri independente - saliento, por um júri independente - eventualmente o CRESAP, de um Coordenador Nacional para a Promoção da Saúde Oral, bem preparado, experiente, independente, dedicado à causa pública e suficientemente forte para resistir às pressões políticas e corporativas que contrariem o bem público e que reveja com coerência todos os programas de Saúde Oral nacionais. Mas verdadeiramente este é um sonho difícil de ver concretizado: não sinto que haja na tutela, que julgo ser a Secretária de Estado Adjunta e da Saúde clarividência, competência e coragem para executar esta necessidade premente da nossa SO. 🌟



César Mexia de Almeida com a família durante a entrega dos Prémios Saúde Oral 2017

# DENTALBIZZ 2017

## QUAIS AS COMPETÊNCIAS DO NOVO MÉDICO DENTISTA DO SÉCULO XXI?

O frente a frente entre duas gerações de médicos dentistas - representadas por João Mouzinho e Manuel Neves - marcou a edição deste ano do Dentalbizz, o evento que aborda as temáticas ligadas à gestão, marketing e recursos humanos aplicados à medicina dentária. Um dia em cheio onde se discutiram quais as competências que deve ter o novo médico dentista do século XXI.

Texto: Sónia Ramalho com Susana Marvão Fotos: Ricardo Meireles



Pedro Mesquita, presidente da SPEMD, na cerimónia de abertura



Hugo Madeira, da Clínica de Implantologia Avançada

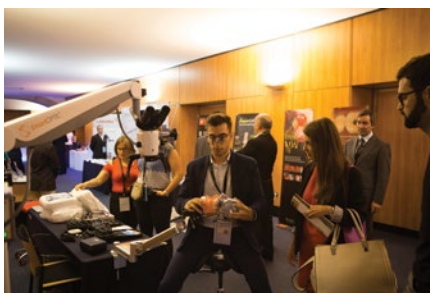
Os médicos dentistas que se deslocaram no passado dia 8 de junho à Alfândega do Porto tinham em mente um objetivo: desvendar quais as novas competências dos novos médicos dentistas do século XXI. Além de excelentes profissionais, quais as *skills* que o mercado exige para ter sucesso e para se distinguirem da concorrência?

O dia começou com a palestra de Hugo Madeira, CEO da Clínica de Implantologia Avançada, que começou por traçar a diferença entre um médico dentista, que se preocupa com a saúde dos seus pacientes, e um CEO, cujo foco está na rentabilidade. E nos dias que correm um médico dentista tem de ser cada vez mais um médico dentista e um gestor da sua clínica, que tem de estar preocupado com a saúde financeira do seu negócio. “Não gostamos de chamar clientes aos nossos pacientes, mas essa é a verdade. Se não vendermos, o nosso negócio não funciona e tenho de saber o que é o EBIT, o *cash flow* ou uma demonstração de resultados”.

Hugo Madeira, que quando abriu a sua clínica não tinha particular interesse por números, sentiu necessidade de fazer um Programa de Direção de Empresas e partilhou com a assistência as formas que utiliza para fazer o negócio crescer: “delegar e dar autonomia aos colaboradores. Preciso de resultados e desafios e podemos capacitar as pessoas na nossa clínica. O capital humano tem de ser capitalizado”. Hugo Madeira falou ainda da importância do marketing e do SEO, KPI's e *customer experience*, conceitos ainda pouco abordados na medicina dentária, que começa a despertar para



Orlando Monteiro da Silva, bastonário da OMD



união de três médicos dentistas – Julio Fonseca, Salomão Rocha e Alexandra Vinagre – e que tem vindo a crescer fruto desta união de saberes. Júlio Fonseca deu a conhecer os seus métodos de trabalho, a frequência com que fazem reuniões conjuntas entre todas as áreas, como organiza a agenda de consultas de acordo com as especialidades e referiu ainda que o médico dentista tem de assumir a liderança numa equipa multidisciplinar. E como se gerem os egos? “O ego é inversamente proporcional ao conhecimento”, referiu o médico dentista para quem esta atitude teve como resultado a referência por colegas e pacientes. “A união faz a força e a é muito importante a comunicação entre



António Moutinho, diretor ibérico Nobel Biocare



os diferentes profissionais numa equipa”. De seguida, Júlio Fonseca apresentou um caso clínico de roncopatia severa em que o resultado final só foi possível com o trabalho em conjunto de uma vasta equipa multidisciplinar

Este ano, António Moutinho, diretor ibérico da Nobel Biocare, marcou presença através de uma mensagem de vídeo onde deu como exemplo empresas como a Netflix, Airbnb ou Uber e de que forma estas empresas se relacionam com os seus clientes. Para António Moutinho, estes novos negócios podem servir de

inspiração para perceber que “o melhor médico dentista vai ser quem tiver a melhor rede de contactos”.

O painel dedicado à importância das pós-graduações no futuro dos médicos dentistas foi assegurado por Hugo Sousa Dias. O médico dentista, com prática clínica exclusiva em Endodontia, abordou a importância da especialização nos dias de hoje e deu exemplos de testemunhos de médicos dentistas que frequentaram residências clínicas e de como este tipo de formação foi uma mais-valia pela aprendizagem mais personalizada.

## 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](http://www.ortocervera.com) | ✉ [cursos@ortoceosa.com](mailto:cursos@ortoceosa.com)



Hugo Sousa Dias, médico dentista que abordou a temática das pós-graduações

Antes do intervalo para almoço ainda foi possível estar à conversa, via Skype, com Luís Filipe Amante, médico dentista a exercer no Reino Unido, que revelou as dificuldades com que se deparou no mercado de trabalho em Portugal e porque decidiu procurar novos desafios além-fronteiras.

### A luta dos médicos dentistas

A parte da parte começou com uma mesa redonda para discutir o papel do médico dentista na promoção da saúde oral. Ana do Céu, médica dentista do Plano Nacional da Saúde Oral, Artur Miler, médico dentista a exercer no SNS e Orlando Monteiro da Silva, bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, analisaram o papel dos médicos dentistas na promoção da saúde oral junto das populações.

O médico dentista deve fazer parte de uma equipa de saúde primária. E a educação para a saúde oral não deve unicamente começar no Centro de Saúde. Deve ter fortes raízes em casa e nas escolas. Nisto todos parecem estar de acordo. Ana do Céu salientou que este trabalho já é feito ao nível dos cuidados de saúde primários, nomeadamente com o projeto-piloto de inclusão de médicos dentistas no SNS. “Um projeto que



Júlio Fonseca e a importância das equipas multidisciplinares

ajuda ainda a que os próprios médicos e enfermeiros entendam qual o papel do médico dentista nos centros de saúde”.

Artur Miller, médico dentista, admite que o facto de, hoje, estes profissionais estarem inseridos no Serviço Nacional de Saúde vai de encontro à sua postura no sentido de os médicos dentistas serem uma figura central na comunicação e



A mesa redonda que debateu o papel do médico dentista na promoção da saúde oral



divulgação de questões como a prevenção e promoção da saúde oral, obviamente em sinergia com as várias valências que existem nos Centros de Saúde. “O ensino da saúde oral é feito quase exclusivamente nas escolas médico-dentárias. E o que acredito é que os médicos de famílias, que são o pilar dos cuidados primários, deveriam ter mais formação nesta área para melhor interagirem com os doentes e dar-lhes soluções. Seria um passo fundamental. Porque os médicos de família são, efetivamente, o tal pilar de toda esta reforma que está a acontecer nos cuidados de saúde primários”. Aliás, Artur Miller é apologista do real sentido da “palavra” multidisciplinar, com áreas tão distintas como nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais.



Sónia Santos, da MedSupport



O Bastonário da OMD, Orlando Monteiro da Silva, foi mais longe e disse que há uns anos não seria possível ter a médica dentista Ana Céu na Direção-Geral da Saúde. “O que já é um avanço”. Orlando Monteiro da Silva relembra que a Ordem tem um observatório de Saúde Oral que promove uma série de estudos, quer no âmbito dos médicos-dentistas, quer à população em geral. No último barómetro de 2013, 70% dos portugueses assumiu procurar informação sobre Saúde Oral. “Ou seja, há interesse por parte da população, que quer saber mais. E sabem como procuram esta informação? Junto do seu médico dentista. Depois, através da Internet, da comunicação social e redes sociais, seguido pela família e amigos”. Quer dizer que os médicos dentistas devem ter consciência de que são referenciados pela população como uma fonte importante e

credível em termos de informação para a Saúde Oral e, obviamente, continuar a fazer aquilo que a generalidade dos médicos-dentistas fazem nos seus consultórios e clínicas. “Esse trabalho é fundamental”, argumenta. Aliás, Orlando Monteiro da Silva referiu que o Sistema Nacional de Saúde, apesar de excluir em muito a medicina dentária, tem “beneficiado” deste trabalho que o Bastonário adjetivou de “fundamental” feito por estes profissionais nos seus gabinetes privados. Orlando Monteiro da Silva é da opinião que o futuro passa por uma carreira do médico dentista no SNS, algo que andam à espera há 30 anos. Uma luta que parece estar a dar frutos: primeiro a inclusão dos médicos dentistas no SNS e depois a criação de um grupo de trabalho para definir a entrada dos médicos dentistas no SNS. O bastonário referiu ainda que estamos a capacitar para captar mais pacientes para os consultórios de medicina dentária.

De seguida foi a vez de Sónia Santos, da MeedSupport, analisar como os médicos dentistas olham para as suas obrigações legais. Quais as maiores dúvidas? Sónia Santos centrou atenções na evolução destas obrigações legais na clínica dentária e como as várias gerações de médicos dentistas se adaptaram à

legislação ao longo dos tempos.

E a presença dos médicos dentistas no online, as clínicas tem um *website responsive*? Será que isso é importante para captar mais pacientes? Se os pacientes não conseguirem marcar uma consulta online do que vai servir ter um site moderno? As questões foram abordadas na palestra ‘Farto de estar ultrapassado?’, da responsabilidade de Telma Lopes e Vanda Souto, Digital Evangelists – Abilays Digital.

O dia terminou em grande com um frente a frente entre duas gerações de médicos dentistas: o *rookie* João Mouzinho e o *giant* Manuel Neves. Os médicos dentistas revelaram métodos de trabalho, quais as tecnologias que utilizam no dia-a-dia, qual a relação que estabelecem com os pacientes e aceitaram completar a frase:

Em termos de equipamento, o que Manuel Neves tem que João Mouzinho gostava de ter?

João Mouzinho: As mãos.

O que João Mouzinho tem que Manuel Neves gostava de ter?

Manuel Neves: A idade. 🍷

Agradecemos aos patrocinadores todo o apoio que tornou possível a realização do evento

# DENTALBIZZ 2017

## CÉSAR MEXIA DE ALMEIDA VENCE PRÉMIO CARREIRA

César Mexia de Almeida foi o grande vencedor dos Prémios Saúde Oral 2017 ao ser distinguido com o Prémio Carreira. No discurso de agradecimento aproveitou para recordar os primórdios de uma carreira dedicada à Saúde Pública. Convidamos outros vencedores a partilhar o significado de receber estes prémios. Confira as respostas.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Ricardo Meireles

O Prémio Carreira encerrou com chave de ouro mais uma edição dos Prémios Saúde Oral, uma iniciativa da revista Saúde Oral que distingue empresas com os Prémios Produto e médicos dentistas, higienistas orais e técnicos de prótese dentária com os Prémios Clínicos. Esta edição foi ainda marcada por uma novidade: é cada vez mais comum os congressos de medicina dentária contarem com a presença de rookies, jovens profissionais que dão cartas na medicina dentária e que mostram o que as novas gerações andam a fazer. Também quisemos dar visibilidade à excelência destes jovens profissionais – as novas referências do futuro – e para isso foi criado o prémio Rookie do Ano, que tem como objetivo distinguir o trabalho desenvolvido por um jovem médico dentista.

Este ano, o júri constituído por Ana Coelho, André Mariz de Almeida, Gil Alcoforado, Jorge Martins, João Caramês, Jorge André Cardoso, Joana Garcez e João Pedro Ferreira (porta voz do júri) atribuiu o prémio Rookie do Ano a Gonçalo Caramês, que não esteve presente na cerimónia por estar em Nova Iorque a dar continuidade à sua formação académica. Ainda assim, o jovem médico dentista agradeceu a distinção “porque sei do valor que muitos dos jovens médicos dentistas portugueses merecedores desta distinção, que é o reconhecimento do grande investimento pessoal e profissional que tenho feito nos últimos três anos com a vinda para os EUA. Têm sido anos de dedicação quase exclusiva à profissão, com o objetivo de melhorar a cada dia”.

Já Eugénio Miguel Pereira, vencedor do Prémio Figura do Ano na Área da

Implantologia, referiu que foi um prémio inesperado “que me provocou enorme alegria e satisfação, não só pela sua relevância na área da Medicina Dentária, como pelo reconhecimento do meu trabalho. O facto de ter sido atribuído por um júri de grande prestígio e reconhecimento científico na área da Medicina Dentária portuguesa, associado à credibilidade da SAÚDE ORAL, é motivo de redobrado orgulho”. E acrescenta que “as manifestações de alegria, apreço e carinho que tenho vindo a receber de familiares e amigos, com quem naturalmente compartilho este prémio, conferem-me enorme motivação, mas também sentido de responsabilidade”.

Para Eugénio Miguel Pereira, “o facto de o Grupo IFE e a Revista SAÚDE ORAL terem tido a iniciativa de distinguir os clínicos de Medicina Dentária Nacionais pela sua conduta clínica e aplicação de meios técnico-cirúrgicos de destaque e evidência científica, atribuindo um prémio de distinção, constitui por si só uma importante forma de divulgação e partilha do conhecimento, bem como um incentivo para o premiado, na continuação da busca pela perfeição e contribuição científica para a comunidade em geral”.

Na opinião de Miguel Seruca, vencedor do Prémio Figura do Ano na Área da Endodontia, a distinção “constitui um estímulo adicional para continuar a trabalhar em prol da medicina dentária. A endodontia tem ganho, nas duas últimas décadas, uma projeção notável e é uma fonte de orgulho ver o meu trabalho reconhecido em Portugal. Felizmente tive a possibilidade de vir fazer a especialidade

a um país estrangeiro e adquirir competências diversas e também por essa razão é com redobrada felicidade que vi o meu nome ser nomeado para este prémio, numa fase da minha vida em que me encontro afastado de Portugal por razões profissionais”.

Para João Malta Barbosa, a distinção com o prémio Figura do Ano na Área da Prostodontia foi uma agradável surpresa. “Não estava à espera, especialmente tendo em consideração que estou fora do país há quatro anos! Durante este período muito intenso de estudos procurei sempre que pude ir além dos pré-requisitos estabelecidos pela *New York University* para o programa clínico de especialização em Prostodontia. Entre outros projetos acabei por estabelecer e cultivar uma relação de proximidade com o departamento de Biomateriais e Biomimética da universidade, onde tive oportunidade de colaborar em diversos projetos de investigação posteriormente publicados em revistas de referência internacional. Penso que este tenha sido um dos principais fatores de decisão do júri para a atribuição deste prémio”. Para João Malta Barbosa, os Prémios Saúde Oral foram pioneiros na distinção das melhores práticas da Medicina Dentária Nacional, pelo que terão sempre um papel de destaque. “Considero importante enaltecer exemplos positivos e premiar o mérito, especialmente num momento em que a profissão atravessa uma certa crise de identidade... A proliferação e “reciclagem” de grupos de clínicas low cost, a sobreposição do investimento em marketing e publicidade ao investimento em formação

e diferenciação profissionais, entre outros exemplos, entristece-me. Parece-me por isso que estes prémios servem de contraponto a estas menos felizes tendências e realidades da Medicina Dentária nacional (e mundial), premiando clínicos, académicos e investigadores que se destacam em diversas áreas de diferenciação profissional. Este é o exemplo a dar às gerações mais novas em busca de referências profissionais e tantas vezes confundidas entre o que

são os verdadeiros valores da Profissão e uma qualquer publicação no Facebook ou Instagram”.

Já para Ana Braguês, vencedora do prémio Figura do Ano na Área de Técnicos de Prótese Dentária, o prémio foi recebido com orgulho e alguma surpresa. “É gratificante ver reconhecido o esforço e empenho na nossa profissão. É um investimento diário e constante, pois não há outra forma de obter resultados satisfatórios. Nos últimos anos, a medicina

dentária e todas as profissões que lhe estão associadas têm vindo a desenvolver-se cada vez mais pois, além da evolução tecnológica e de materiais, também as questões relacionadas com a saúde oral e exigência estética constituem cada vez mais um desafio para os profissionais e um requisito dos nossos pacientes. Este tipo de eventos destaca realmente a importância que cada vez mais a saúde oral tem na nossa sociedade e promove ainda mais essa mesma importância”.

## PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2017 – PRÉMIOS PRODUTO





- 1. Melhor Implante:**  
NobelParallel – Nobel Biocare
- 2. Melhor Anestésico:**  
Lidonostrum Bomba-Spray – Sidefarma
- 3. Melhor Software Clínico:**  
NOVIGEST – TACTIS
- 4. Melhor Medicamento:** Lidonostrum Pomada – Sidefarma
- 5. Melhor Unidade Dentária:**  
ANCAR – Série 5 (SD-550) – Edição Premium – UTRADE
- 6. Melhor Produto Higiene Oral/ Dentífrico:**  
Bexident – Pasta Dentífrica anticáries, 125ml – ISDIN, Laboratório Farmacêutico Unipessoal
- 7. Melhor Produto Higiene Oral/ Colutório:**  
Parodontax – Elixir Parodontax Extra 0,2% – GSK Consumer Healthcare
- 8. Melhor Produto Higiene Oral/ Escova:**  
Sensodyne Escova Ação Completa – GSK Consumer Healthcare
- 9. Melhor Consumível:**  
OsteoBiol – Gen-Os + TSV Gel – SDS
- 10. Melhor Design Clínicas Dentárias:**  
Clínica de S. Martinho – MedSUPPORT
- 11. Projeto Inovação Produto:**  
Elgydium Clinic – Spray Boca Seca – Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Portugal
- 12. Projeto Inovação Investigação:**  
Avaliação ergonómica do posto de trabalho do médico dentista – Vanessa Silva
- 13. Projeto Solidariedade Social:**  
Mundo a Sorrir

# XEROSTOMIA

## ELGYDIUM CLINIC Spray Boca Seca



VENCEDOR

**S** PRÉMIOS  
SAÚDE ORAL  
2017



**ML COMPLEX®**

**Mouth Lubricating  
Complex**

PATENTE PIERRE FABRE EM REGISTO

Substituto salivar com

## TRIPLA AÇÃO

Alivia • Lubrifica • Protege duradouramente

**Pierre Fabre  
ORAL CARE**

ELGYDIUM CLINIC SPRAY BOCA SECA  
É UM DISPOSITIVO MÉDICO

Distribuidor: Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Portugal, Lda  
Rua Rodrigo da Fonseca n.º 178, 5.º Esq. 1070-243 Lisboa  
Telefone: 21 381 53 20 - NIF: 501757635

PFOC-142-07/17

Oral health powered by science

# PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2017 – PRÉMIOS CLÍNICOS





**1. Figura do Ano na área da Ortodontia:**

Prof. Doutor Afonso Pinhão Ferreira  
(Recebeu o prémio Maria João Ponces)

**2. Figura do Ano na área da**

**Implantologia:**

Professor Doutor Eugénio Miguel Pereira

**3. Figura do Ano na área da Endodontia:**

Dr. Miguel Seruca  
(Recebeu o prémio João Pedro Canta)

**4. Figura do Ano na área da**

**Periodontologia:**

Prof. Doutora Helena Francisco

**5. Figura do Ano na área da Oclusão:**

Professora Doutora Maria Carlos  
Quaresma

**6. Figura do Ano na área da Prostodontia:**

Dr. João Malta Barbosa  
(Recebeu o prémio em seu nome o avô  
Eng. João Antunes Bártolo)

**7. Figura do Ano na área da Reabilitação Oral:**

Dr. João Pedro Canta

**8. Figura do Ano na área da**

**Odontopediatria:**

Dr. Fernando Mesquita Gabriel

**9. Figura do Ano na área da Higiene Oral:**

Dr<sup>a</sup> Fátima Bizarra

**10. Figura do Ano na área da Dentisteria:**

Dr. Paulo Monteiro  
(Recebeu o prémio em seu nome  
Sónia Costa)

**11. Rookie do Ano:**

Dr. Gonçalo Caramês  
(recebeu o prémio Helena Fonseca)

**12. Figura do Ano na área de Técnico de Prótese Dentária:**

Ana Braguês

**13. Prémio Carreira:**

Professor Doutor César Mexia de Almeida

# DENTISTERIA HAPPY ENDING: COMO FAZER O MATCH ENTRE AS EXPECTATIVAS DE MÉDICOS DENTISTAS E PACIENTES

Na geração do Facebook, o que importa é a imagem. Como corresponder às expectativas dos pacientes que procuram o sorriso perfeito? A evolução na dentisteria já possibilita o uso de luz led, branqueamentos dentários e a colocação de facetas. O futuro pode passar pelo 4d planning.

Texto: Carmen Silva

A dentisteria tem evoluído de uma maneira inacreditável tanto ao nível da tecnologia, como dos tratamentos e muito devido, na opinião de João Mouzinho, “à evolução em termos de materiais dentários, da tecnologia CAD/CAM e da impressão 3D”. A dentisteria minimamente invasiva democratizou-se e “com mais médicos dentistas a terem acesso a estes procedimentos, e aos novos processos adesivos, a dentisteria melhorou substancialmente ao nível de qualidade”, refere o responsável do departamento de reabilitação oral e implantologia da Molar Clinic, no Porto.

Atualmente, em termos de tratamentos as ‘novidades’ passam “pelos métodos de microabrasão e microinfiltração no caso de remoção de manchas brancas e castanhas sem broca, pela evolução das máquinas de luzes LED no branqueamento dentário e pela democratização da adesão nos procedimentos de dentisteria (facetas, fragmentos, *inlays*, *onlays*, *overlays*, *endocrowns*)”, aponta João Mouzinho, acrescentando que um dos tratamentos mais recentes que utiliza diariamente é “a cópia das formas e texturas dentárias de dentes naturais, ou seja, com os scanners intraorais conseguimos copiar a forma de um dente natural de que

gostamos, depois guardamo-la na nossa base de dados para usar noutros pacientes que, por alguma razão, perderam a forma original dos seus dentes”.

Paulo Monteiro, médico dentista com prática exclusiva em dentisteria restauradora e estética, ainda no campo das ‘novidades’ ao nível dos tratamentos salienta que “existe um maior uso e mais generalizado de meios digitais que nos ajudam nas soluções terapêuticas, nomeadamente a tecnologia CAD/CAM e os conceitos associados (como o Skyn Concept do Prof. Paulo Kano) e a integração da fotografia polarizada para ajudar na escolha e seleção de cor”. No entanto, “o crescente e contínuo desenvolvimento de novos materiais adesivos permitem termos mais meios e soluções para sermos mais conservadores na nossa abordagem clínica, de maneira a obtermos uma maior estética e longevidade dos tratamentos”. Porém, ainda para Paulo Monteiro “a tendência é e será sempre simplificar o mais possível os procedimentos (dentro de um conceito razoável e suportado pela evidência científica)”.

Já Alexandra Vinagre, médica dentista responsável pelas áreas de ortodontia e dentisteria estética da OrisClinic, em Coimbra, indica que a dentisteria operatória é, provavelmente, a área da



Medicina Dentária que engloba o maior número de procedimentos clínicos globais. Por este motivo, os materiais e procedimentos clínicos estão em constante evolução. No que concerne aos materiais, e mais concretamente na área da adesão, a médica dentista realça “a última ‘geração’ de sistemas adesivos, os intitulados adesivos universais, que podem ser aplicados segundo diferentes estratégias de adesão. Particularmente, o protocolo que utiliza o condicionamento ácido seletivo ao esmalte e o adesivo como agente autocondicionante a nível dentinário é aquele que parece apresentar uma maior relevância clínica, na medida em que não só são otimizadas as forças de adesão a ambos os substratos, como estão implicados numa redução da degradação das interfaces adesivas”. Alexandra Vinagre salienta ainda que “as resinas compostas assumem-se, hoje em dia, um material restaurador de eleição e de primeira escolha numa percentagem significativa de procedimentos clínicos



devido ao crescente desempenho a nível biomecânico e ótico, permitindo que sejam utilizados em dentes anteriores e posteriores, com taxas de sucesso equiparáveis às restaurações cerâmicas”.

#### Combinação de conceitos

A estética deve ser entendida como um conceito muito pessoal. No entanto existem critérios estáticos e dinâmicos que permitem orientar os planos de tratamento de forma a otimizar os resultados aliando a estética aos objetivos funcionais e biológicos. Em primeiro lugar, como indica Alexandra Vinagre, “é fundamental orientar a decisão terapêutica do todo para a parte, prevalecendo a face como a chave-mestra para direcionar toda a reabilitação oral”. Deste modo, presentemente, o paradigma de estética exige “a combinação dos conceitos de macro (relações e proporções faciais), mini (integração dentária e gengival no sorriso) e micro-estética (relações e proporções dentárias), de forma a permitir efetuar para cada paciente uma análise dento-facial expandida e estabelecer um plano de tratamento”. Para cumprir com estes objetivos, para a médica dentista torna-se necessário efetuar, numa grande maioria dos casos, “uma abordagem multidisciplinar de maior ou menor complexidade. Sem dúvida que toda a tecnologia digital hoje disponível se impõe como um instrumento de trabalho fulcral no



# 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





João Mouzinho

### CASO – O SORRISO DOADOR

“Recebemos uma paciente com 25 anos de idade, com uma grande deficiência em termos de autoestima por ter muitos complexos com os seus dentes. Apresentava dentes muito cariados e destruídos ‘por ter desistido da sua saúde oral’. Como veio acompanhada pela mãe, que tinha uma dentição perfeita. Pusemos em prática o conceito de ‘sorriso doador’, ou seja, copiamos a forma e a textura dos dentes da mãe: criámos as facetas da filha a partir de uma cópia dos dentes da mãe. Quando concluímos o trabalho, percebemos que criámos um laço muito forte entre mãe e filha e, ao fim de ano e meio, numa consulta de recall, a paciente contou-nos que depois do tratamento dentário arranhou emprego, namorado e estava grávida. Foi seguramente o caso mais marcante na área da dentisteria que já tive”.

alcançar dos objetivos estéticos de um tratamento”.

Porém, uma vez que a evolução é constante, é desafiante “conseguir acompanhar toda a documentação científica que, na área da dentisteria operatória e nas suas diversas temáticas, surge com uma elevada frequência, pelo que a opção pela leitura de artigos de maior nível de evidência científica, como revisões sistemáticas e meta-análises, torna-se imperativo”, alerta a médica dentista, chamando a atenção para a necessidade de “um acompanhamento capaz e atempado de toda evolução

tecnológica desta era digital em constante estado de mutação ao nível do *hardware* e *software*”.

No campo dos desafios, Paulo Monteiro aponta ainda a gestão de expectativas do paciente. “Na dentisteria restauradora, e enquanto médicos dentistas, todos procuramos ter o nosso ‘*happy ending*’, mas o paciente também. Saber escutá-lo, ouvir as suas preocupações, os seus desejos e os seus critérios de estética... isso é o mais importante para chegarmos a esse final feliz. Não importa se para mim isto ou aquilo é estético ou bonito, se o paciente não gostar. Por isso devemos sempre ouvir e comunicar com o nosso paciente, de modo a chegar a um equilíbrio entre o que nós propomos e os seus anseios. Aí sim, todos teremos o nosso ‘*happy ending*’”, conclui o médico dentista.

#### A ‘geração Facebook’

E se no passado “havia uma preocupação maior da população com a saúde, hoje em dia temos muito mais pessoas que nos procuram por situações de estética devido à popularização dos tratamentos dentários ‘cosméticos’”, revela João Mouzinho, explicando que “muitos pacientes procuram-nos para fazer facetas (tipo lentes de contacto) que permitem mudar a forma, tamanho, posição ou cor dos dentes de forma minimamente invasiva com nenhum ou pouco desgaste dentário”. Para lidar com esta situação “tivemos de criar um protocolo na clínica para ajudar este tipo de pacientes, sendo que esse protocolo, que batizamos de ‘*4D planning*’, não é mais do que um *test drive* do sorriso: na primeira consulta fazemos uma recolha de dados do paciente para criar o chamado ‘clone digital’, ou seja, recolhemos fotografias, vídeos, imagens digitais a partir de um scanner intraoral e um exame radiográfico CBCT. A partir do momento em que criamos o ‘clone digital’ criamos uma pasta na ‘*Cloud*’ onde todos os médicos da clínica podem dar a sua opinião em relação às suas áreas de dedicação; para que na segunda consulta possamos apresentar um *test drive* estético, que o paciente vai poder

experimentar e ter a noção real de como vai ficar o seu tratamento”.

Paulo Monteiro alerta, contudo, que a “estética dentária está muito na ‘moda’, frequentemente até demais. Isto quer dizer que, por vezes, são efetuados tratamentos dentários relacionados com a estética que são desnecessários, comprometendo a saúde oral dos pacientes, sendo esta situação devida à procura, por parte das pessoas, deste tipo de tratamentos”. Deste modo, o médico dentista salienta que um dos tratamentos mais comuns e ‘na moda’ a nível dos tecidos moles é a injeção de toxina butulínica (vulgo botox). “É claro que em certas situações o seu uso é benéfico e recomendável. Mas como em tudo é preciso saber as indicações, vantagens e desvantagens e não utilizar este tipo de tratamento como ‘regra’”. Já ao nível dos tecidos duros, um dos tratamentos mais requisitados, de acordo com Paulo Monteiro, são as facetas dentárias, nomeadamente as chamadas ‘lentes de contacto’.

Uma das tendências, “cientificamente comprovada, é usar procedimentos restauradores que sejam os mais conservadores possíveis com os tecidos dentários. Isto significa desgastar o mínimo possível para um determinado procedimento”. Porém, o certo é que “com as redes sociais generalizou-se muito este conceito de ‘lentes’ sem preparação, a chamada dentisteria ultraconservadora. Há que chamar a atenção das pessoas, e especialmente dos colegas mais novos e estudantes de medicina dentária, que este não é o dia-a-dia da nossa profissão. É possível fazer e faz-se? Sim, mas não com a frequência que nos querem passar na ‘geração Facebook’”.

#### Branqueamento: consultório e/ou ambulatório

Outro dos tratamentos, na área da dentisteria, bastante em voga é o branqueamento dentário. Inês Caldeira Fernandes, *dentistry department director* da Malo Clinic, refere que o branqueamento dentário “é provavelmente um dos procedimentos mais conservadores

Colocar uma prótese dentária  
é muito mais que um ato médico...  
**...significa mudar a vida do seu paciente**



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



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

**Elimina 10x mais bactérias  
que uma pasta de dentes\***

Contacte-nos em [ch.apoio-profissional@gsk.com](mailto:ch.apoio-profissional@gsk.com) ou [apoio.consumidor@gsk.com](mailto:apoio.consumidor@gsk.com)



Alexandra Vinagre

### CASO – RESOLUÇÃO DE FORMA “ALTAMENTE CONSERVADORA”

“Este caso marcou-me por ter sido solucionado de uma forma altamente conservadora. Tratava-se de um paciente com hipoplasias do esmalte (lesões de mancha branca) generalizadas na arcada superior. O tratamento englobou inicialmente o branqueamento externo da arcada superior após o qual se observou, naturalmente, uma redução cromática dos dentes, atenuando algumas das zonas hipoplásicas e eliminando zonas de manchas castanhas. De seguida foi efetuada uma sessão em ambulatório onde se utilizou um sistema recente que utiliza um agente ácido aplicado nas áreas hipoplásicas seguido de uma resina de baixa viscosidade que infiltra as mesmas zonas que, ao modificar as propriedades óticas do dente, este tende a homogeneizar a sua cor de forma global. Desta forma, foram solucionadas estas lesões que outrora, pelo menos em casos severos, apenas se conseguiriam resolver com recurso a instrumentação mecânica combinada com procedimentos adesivos e restauradores”.

da dentisteria estética, atualmente muito solicitado pelos doentes e também proposto pelo médico dentista, não somente nos casos de dentições naturais e para melhorar a cor do sorriso, mas também em tratamentos multidisciplinares, como complemento a

diversos tipos de tratamentos de outras áreas da Medicina Dentária”.

O branqueamento externo pode ser feito no consultório em que “o gel de branqueamento é aplicado pelo profissional durante a consulta ou em ambulatório com a utilização de moldeiras, durante um determinado período adequado a cada situação. No caso de dentes endodunciados é utilizada a técnica de branqueamento interno, no qual o gel é aplicado na câmara pulpar, sendo prévia e devidamente protegida a gutta-percha, e recoberto por um material restaurador provisório”. Atualmente, “e segundo as normas da União Europeia, a concentração de peróxido de hidrogénio (presente ou libertado) não deverá exceder os 6%”, explica a médica dentista, acrescentando que “antes de iniciar qualquer tipo de branqueamento é necessário fazer uma avaliação oral, dentária e periodontal e definir o plano de tratamento”.

Uma das vantagens comum a ambas as técnicas (*in-office* e em ambulatório) é ser conservador, “sendo que a técnica em ambulatório tem um custo mais baixo, melhores resultados e menos efeitos adversos como a sensibilidade dentária, que a técnica *in-office*”, Inês Caldeira Fernandes. Por seu turno, uma limitação da técnica *in-office* é que “só uma sessão normalmente não é suficiente para atingir o resultado pretendido pelo doente, pelo que é muito importante esclarecer o paciente antes de iniciar esta técnica de que nem todas as cores respondem da mesma maneira e que poderão ser necessárias sessões adicionais (que irão ter um custo acrescido)”. Daí que, para a responsável, uma alternativa seja a técnica combinada, “em que o doente inicia com uma sessão *in-office* e depois complementa com a técnica em ambulatório para alcançar melhores resultados. Também no caso de dentes endodunciados, dependendo da etiologia e historial clínico da alteração de cor o resultado poderá não ser previsível, podendo em algumas situações ser necessário recorrer a

outros procedimentos restauradores tais como facetas”, sublinha.

Inês Caldeira Fernandes avisa que, contudo, “nem todas as pessoas têm indicação para branqueamento dentário, sendo que deverá ser avaliada a saúde oral, dentária e periodontal e estarem controlados estes pontos”. Outras questões a ter em conta são a existência de múltiplas restaurações, coroas ou pontes anteriores e que não estão previstas ser substituídas. “Nestas situações há que informar o doente de que o branqueamento só branqueia estrutura dentária natural, pelo que após o branqueamento poderão ter de ser substituídas por motivos estéticos”.

Não obstante é preciso considerar a problemática dos dentes translúcidos e tonalidades mais acinzentadas, que “têm um prognóstico reservado quanto ao resultado final. Estas são mais resistentes ao branqueamento, pelo que o resultado poderá ficar aquém das expectativas do doente. A existência de manchas deverá ser valorizada aquando da decisão de fazer um branqueamento. Embora em alguns casos possam ser atenuadas pelo mesmo, mas noutros podem ser acentuadas”. Por fim, a médica dentista indica que “a recessão gengival e a sensibilidade dentária aumentada também poderão condicionar este tipo de procedimento”.

### Utilização de dentes do siso

Por último, no que ao futuro diz respeito na área da dentisteria, João Mouzinho avança que este poderá passar “pela criação de esmalte e dentina artificial”. Mas num futuro mais próximo “penso que iremos poder utilizar na dentisteria dentes do siso, onde iremos remover a coroa para poder aderir em dentes naturais, seguramente que poderemos utilizar dentes extraídos e colocados no CAD/CAM para fresar *inlays, onlays e overlays* naturais para aderir em dentes destruídos”. Sendo que, ainda de acordo com o médico dentista, “isto pode acontecer no próprio paciente ou entre familiares do paciente que possam ‘doar’ dentes para produzir restaurações naturais”. ●

# EXPO<sup>U</sup>ENTAL

SALÃO INTERNACIONAL DE EQUIPAMENTOS,  
PRODUTOS E SERVIÇOS DENTÁRIOS

15-17  
Março  
2018

ORGANIZA



IFEMA  
Feria de  
Madrid



Quinta-feira  
**15**  
MARÇO  
DIA DO ESTUDANTE

## INOVAÇÃO, TECNOLOGIA E FUTURO DIGITAL

[www.expodental.ifema.es](http://www.expodental.ifema.es)

IFEMA Feria de Madrid

Chamadas Internacionais: (34) 91 722 30 00

[expodental@ifema.es](mailto:expodental@ifema.es)

PROMOVE

federación española  
de empresas de

40  
fenin

**TECNOLOGÍA SANITARIA**  
aniversario, 1977-2017

# SEGURANÇA E FIABILIDADE DO KIT DE EXTRAÇÃO DE IMPLANTES

Autor:

**EDUARDO ANITUA DDS, MD, PHD<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Clínica privada em implantologia oral, Eduardo Anitua Foundation, Vitoria, Espanha

<sup>2</sup>Investigador clínico, Eduardo Anitua Foundation, Vitoria, Espanha

Autor:

**DR. EDUARDO ANITUA**

Eduardo Anitua Foundation;

C/ Jose Maria Cagigal 19,

01007 Vitoria, Espanha;

Telefone: +34 945160653,

email: eduardoanitua@eduardoanitua.com.

## Introdução

Atualmente conseguir a integração dos implantes para a reabilitação de pacientes edêntulos totais ou parciais é uma realidade, inclusive estabelecemos protocolos para facilitar, melhorar ou acelerar a mesma <sup>1-5</sup>. O novo problema que enfrentamos na consulta odontológica é agora a extração dos implantes que, por razões de peri-implantite, angulações incorretas ou incapacidade para reabilitá-los devem ser retirados. As técnicas convencionais de explantação baseadas em trefinagem produzem defeitos ósseos que, na maioria dos casos, não permitem o novo tratamento e a colocação de um novo implante no mesmo momento. Desta forma realizámos uma investigação baseada na obtenção de um produto que nos permita que os nossos tratamentos de implantes, seja qual for a marca comercial, possam ser “reversíveis”, caso assim seja necessário. Deste modo, a investigação centrou-se em dois pilares fundamentais:

- a) Conseguir “desosseointegrar” o implante de forma fácil e acessível para qualquer clínico.
- b) Ser o mais conservadores possível com o leito em que assenta o implante para poder (em alguns casos) fazer um implante imediato após a explantação.

Fruto desta investigação desenvolvemos um kit de extração de implantes que nos permite realizar a explantação atraumática dos mesmos conservando intacto o leito recetor, o que muitas vezes permite a colocação de um novo implante ou a regeneração do leito com um melhor prognóstico quando nos deparamos com

um defeito de menor tamanho.

Este novo kit baseia-se na rutura da osseointegração através de uma força de contratorque. Este conceito foi introduzido por diferentes autores na década de 90 para a realização de experiências em que eram testadas diferentes superfícies de implantes e a sua capacidade para conseguir uma melhor osseointegração através do torque de remoção dos implantes, com base no facto de que uma melhor superfície daria valores mais altos de remoção (seria mais dispendiosa a extração do implante).<sup>6-11</sup> Nestes estudos (Ivanoff et al 1997, Wenneberg et al 1997,1998 e Trisi et al 1999)<sup>6-9</sup> foi demonstrado que a força necessária para retirar o implante aumenta de forma linear de acordo com a resistência que oferece a interface osso-implante, sendo que a capacidade de ancoragem do implante baseada na sua superfície é um fator decisivo.

De forma paralela foi demonstrado que a geometria do implante (implantes impactados ou roscados) se repercutia de forma significativa no torque de remoção e por isso no grau de união osso-implante (Bone-Implant-Contact: BIC), assim como o tipo de osso onde foram colocados os implantes foi determinante para conseguir uma maior resistência ao torque de remoção. Os implantes colocados em ossos com um grande componente cortical eram mais resistentes à força de remoção do que os implantes colocados em ossos com um maior componente cortical. Este facto era de esperar devido a um aumento da tensão gerado no momento de remoção

dos implantes pela união osso-implante nas zonas onde o osso apresentava uma maior dureza (corticalização).

Por último, embora não menos importante, em 1997 Ivanoff demonstrou que o diâmetro do implante é um fator fundamental para a ancoragem do implante e por isso também o é para a força necessária para a sua remoção do leito. Grande parte do desenho do sistema de extratores de implantes baseou-se na execução de um instrumento que permitisse a realização de uma força completamente axial ao eixo do implante com um braço de alavanca capaz de gerar uma força suficiente para partir a osseointegração sem gerar qualquer rutura do osso do leito recetor ou dos componentes utilizados para a extração. Para isso foram realizados ensaios pré-clínicos no banco de testes e finalmente um ensaio animal.

O resultado é um kit de implantes baseado numa chave dinamométrica que permite um contratorque de até 200 Ncm e peças encaixáveis de diferentes comprimentos e diâmetros (extratores) que são articuladas com a chave através de um enxerto intermédio. Este complexo permite a realização de uma força completamente axial ao eixo do implante com um braço de alavanca capaz de gerar uma força suficiente para partir a osseointegração, mantendo intacto o leito recetor (**figuras 1 e 2**).

O modo de utilização do kit é simples: o cabo é utilizado com o conector intermédio e nele é inserido o extrator (**figura 3**). O extrator é introduzido no implante a retirar (no interior da ligação) no sentido contrário aos ponteiros do relógio e uma vez ancorado no implante é gerada uma força de contratorque com a chave que irá produzir a remoção do mesmo (**figura 4 e 5**). Se o contratorque for superior aos 200 Ncm a que se encontra calibrada a chave é necessário usar uma trefina específica para seccionar 1-2 mm do osso à volta do implante a extrair (**figura 6**). Isto vai minimizar a força de contratorque e o implante pode ser extraído posteriormente de forma simples.

Neste estudo apresentamos uma

análise retrospectiva de implantes extraídos com este kit e a técnica descritos anteriormente para constatar a sua versatilidade na extração de diferentes marcas de implantes e a segurança do procedimento.

### Material e métodos

Para avaliar a eficácia do kit de extração de implantes foi realizado um estudo retrospectivo onde foram recolhidos dados de implantes extraídos na clínica Eduardo Anitua (Álava, Vitoria) de forma consecutiva desde janeiro de 2016 até junho de 2016. Todos os dados relativos às explantações foram recolhidos de uma base de dados informatizada para um caderno de recolha de dados onde foram anotadas as seguintes variáveis: data de explantação, número de história clínica, tipo de implante (marca, diâmetro, conexão, comprimento e superfície), torque de desinserção, causa de explantação e necessidade da utilização da trefina no processo.

Os dados foram recolhidos por um investigador independente ao processo de explantação e foram analisados por outro investigador diferente dos dois primeiros. Na análise estatística, o implante foi considerado como unidade para a análise e os dados foram analisados mediante uma estatística descritiva com o programa SPSS v15.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

### Resultados

Foi realizado um estudo retrospectivo onde foram extraídos 158 implantes de diferentes marcas comerciais. Os implantes estavam situados em diferentes localizações anatómicas, sendo a proporção entre o maxilar superior e o inferior de 50%. As diferentes localizações são mostradas na **figura 7**. As superfícies dos implantes extraídos foram principalmente de ataque ácido (48,7%) e oxidadas (19,6%). As restantes foram superfícies de jato de partículas (11,4%), jato ácido (10,1%), superfícies de spray de plasma de titânio (7%), mecanizadas (2,5%) e revestidas por hidroxiapatita (0,6%).

O extrator mais utilizado no processo

foi o número 1 (68,4%), seguido do número 2 (13,9%), do número 3 (8,9%) e finalmente o número 0 (7%). O torque de desinserção dos implantes ficou abaixo dos 200 Ncm em 90,5% dos casos, oscilando nestes casos entre 20 e 200 Ncm. Em 9,5% dos casos foi necessária a utilização de trefina devido ao alto torque inicial de desinserção. Os torques de desinserção dos implantes incluídos no estudo são mostrados na **figura 8**.

A principal causa de extração dos implantes foi a peri-implantite (82,9%), seguida do mau posicionamento do implante (13,9%) e finalmente da remoção de implantes transicionais (1,3%), necrose por bifosfonatos (1,3%) e fratura de componente protésico que não permite utilizar novamente o implante (0,6%). Em nenhum caso foi registada a rutura do extrator nem quaisquer outras complicações mecânicas associadas ao procedimento ou foi impossível a remoção do implante a extrair.

Nas **figuras 9-18** é mostrado um dos casos incluídos no estudo.

### Discussão

A experimentação animal permitiu-nos desenvolver um kit de extração de implantes capaz de gerar uma extração atraumática, mantendo intacto o leito recetor para conseguir colocar um novo implante na mesma zona e cirurgia. Isto proporciona-nos um novo conceito no retratamento dos implantes com peri-implantite, permitindo-nos muitas vezes numa mesma cirurgia fazer a substituição do implante, o que vai minimizar os atos cirúrgicos e por isso a morbidade dos nossos tratamentos<sup>12</sup>.

O torque de remoção de um implante é determinado principalmente pelo osso cortical que está em contacto com o implante e o braço da alavanca necessário em relação ao seu eixo de rotação, o que indica que implantes de maior diâmetro terão uma maior complexidade para a extração<sup>10,11</sup>.

O kit de extratores com os seus diferentes componentes adapta-se perfeitamente a qualquer tipo de implante e com as trefinas como complemento para os casos em que a

força de contratorque a utilizar seja maior do que 200 Ncm é complementado com um kit com grande versatilidade.

**Conclusões**

A técnica de explantação atraumática é uma técnica segura e previsível que pode ser utilizada sem riscos na maior parte dos implantes comercializados.

**BIBLIOGRAFIA :**

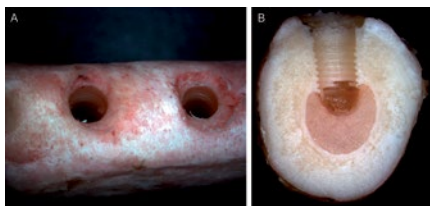
- 1.1. Brånemark PI, Adell R, Breine U, Lindstrom J, Hallen O, Ohman A. Intra-osseous anchorage of dental prostheses I. Experimental studies. Scandinavian J Plast Reconst Surg 1969; 3: 81- 100.
2. Brånemark PI, Zarb GA, Albrektsson T (eds). Tissue-Integrated Prostheses: Osseointegration in Clinical Dentistry. Chicago: Quintessence, 1985
3. Brånemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindstrom J, Hallen O, Ohman A.

Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scandinavian J Plast Reconst Surg Suppl* 1977; 16: 1- 132.

4. Anitua E. Un enfoque biológico de la implantología. Ed. Eduardo Anitua. Teamwork Media España, Vitoria, 2008.
5. Arismendi J, Ospina A, Agudelo A, Lina P. Oseointegración: una cascada de eventos, Rev Fac de Odont Univ de Ant, 12(1):27-34,2000.
6. Ivanoff C J , Sennerby L , Johansson C , Rangert B , Lekholm U . Influence of implant diameters on the integration of screw implants. An experimental study in the rabbit. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1997;26: 141 – 148
7. Wennerberg A, Ektessabi A, Albrektsson T, Johansson C, Andresson B A. A 1-year follow-up of implants of differing surface roughness placed in rabbit bone. International Journal of Oral and Maxillofacial Implants 1997;12: 486 – 494
8. Wennerberg A, Hallgren C, Johansson C ,

Danelli S A. A histomorphometric evaluation of screw-shaped implants each prepared with two surface roughnesses . *Clinical Oral Implants Research* 1998;9: 11 – 19

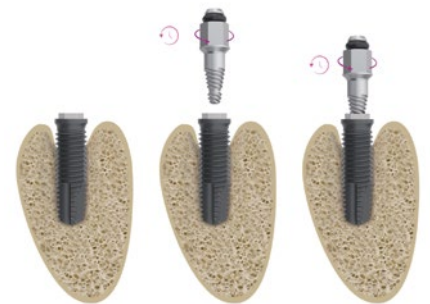
9. Trisi P, Rao W, Rebaudi A. A histomorphometric comparison of smooth and rough titanium implants in human low-density jaw bone . *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 1999;14: 58 – 67
10. Johansson C, Albrektsson T. Integration of screw implants in the rabbit. A 1-year follow-up of removal torque of titanium implants. *Int J Oral Maxillofac Impl* 1987: 2:69 75.
11. Sennerby L, Thomsen P, Ericsson L.A. Morphometric and biomechanic comparison of titanium implants inserted in rabbit cortical and cancellous bone. *Int J Oral Maxillofac Impl* 1992: 7: 62-71.
12. Anitua E, Murias-Freijo A, Piñas L, Tejero R, Prado R, Orive G. Nontraumatic Implant Explantation: A Biomechanical and Biological Analysis in Sheep Tibia. *J Oral Implantol*. 2016 Feb;42(1):3-11.



**Figura 1:** Imagens macroscópicas do leito pós-explantação num modelo animal onde podemos observar como o leito ósseo se mantém intacto após a extração do implante. A) visão geral da tíbia após as explantações b) corte seccional que mostra a integridade do osso.



**Figura 2:** Componentes do kit de extração de implantes (KIT KEXIM)



**Figura 4:** Modo de colocação do extrator no implante a retirar no sentido contrário aos ponteiros do relógio



**Figura 5:** Ativação da chave para contratorque

**Figura 3:** Cabo, conector e extrator para a sua montagem e utilização



Organização



# PORTO MEETING

23-24 de Novembro  
Alfândega do Porto

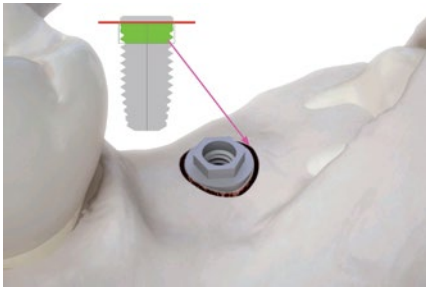
4.<sup>a</sup> Edição



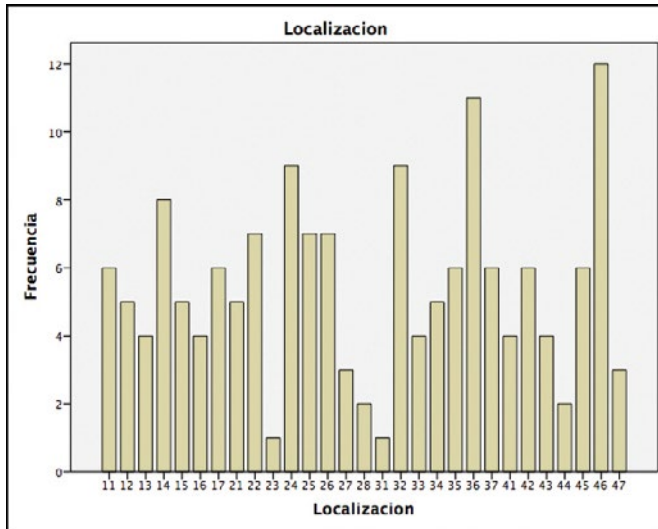
Time to  
***Accelerate***

#desafiar  
#TRANSFORMAR #**inovar**  
#criar

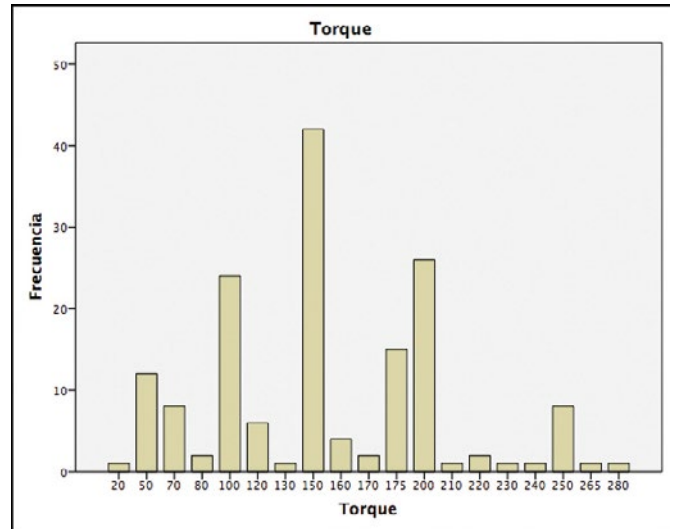
[www.rhbizz.pt/porto-rh-meeting](http://www.rhbizz.pt/porto-rh-meeting)



**Figura 6:** Zona de trefinagem no caso de exceder os 200 Ncm da chave de extração



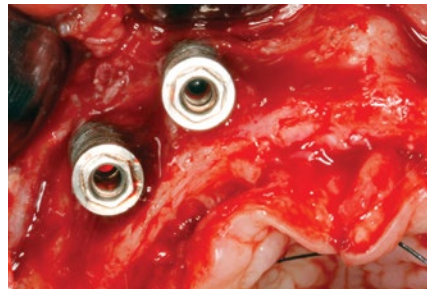
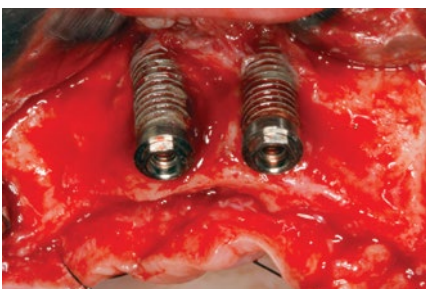
**Figura 7:** Localizações dos implantes extraídos no estudo



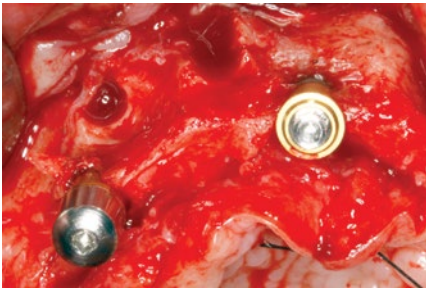
**Figura 8:** Torque de remoção dos implantes incluídos no estudo



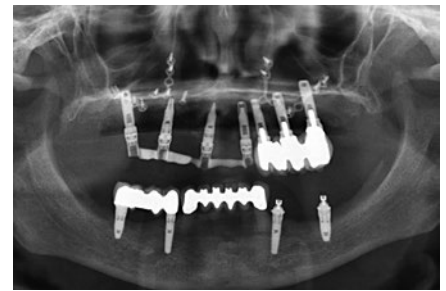
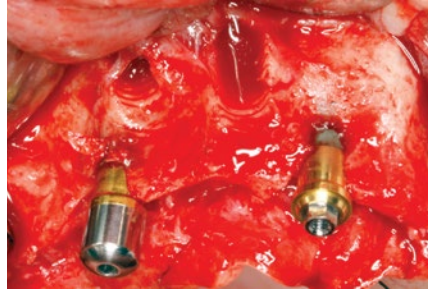
**Figuras 9, 10 e 11:** magens iniciais da paciente onde podemos observar a presença de peri-implantite em várias localizações. É realizado um diagnóstico completo do caso e opta-se pela explantação dos implantes em mau estado, correspondentes aos implantes colocados nas posições: 16, 17, 12 e 22



**Figuras 12 e 13:**Imagens intraoperatórias dos implantes afetados com peri-implantite. Podemos observar as perdas ósseas que comprometem mais de metade do comprimento dos implantes



**Figuras 14 e 15:** Explantação e colocação de novos implantes na posição mais correta do ponto de vista protodôntico. Podemos observar como foram colocados nesta mesma cirurgia os pilares multi-im para a realização de carga imediata



**Figura 16:** Radiografia da prótese de carga imediata colocada 24 horas depois da colocação dos implantes. A ponte colocada no terceiro quadrante também vai ser substituída para conseguir obter um melhor ajuste passivo e hermetismo, pelo que é retirada neste momento



**Figuras 17:** Radiografia com o caso finalizado após 5 anos de seguimento. Podemos observar como os novos implantes se mantêm estáveis sem perdas ósseas



**Figuras 17:** Imagem do sorriso final da paciente

## OBRIGADA, PELO VOTO DE CONFIANÇA!

**noviPem**

Prescrição  
Eletrónica de  
Medicamentos

**noviGest**

Melhor software clínico  
desde 2013

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

VENCEDOR

**S** PRÉMIOS  
SAÚDE ORAL  
2017

**tactis**

# RETRATAMENTOS EM ENDODÔNTIA COMO SIMPLIFICAR



## NUNO VALAMATOS PINTO

- Médico Dentista
- Licenciatura em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Sul;
- Pos-Graduação na Uic - Universidade Internacional Cataluña (2002)
- Mestrado em Endodontia Uic - Universidade Internacional Cataluña (2004)
- Prática exclusiva em Endodontia desde 2001 na MALO CLINIC

A Endodontia vive hoje um bom momento em termos de reconhecimento transversal na Medicina Dentária. O aprofundamento dos conhecimentos e a sua partilha através de debates exaustivos sobre os diversos temas que lhe respeitam tem levado a um consenso que se pode considerar generalizado. O estabelecimento de protocolos ajustados e uma formação adequada tem conduzido a que mesmo colegas menos familiarizados com esta área tenham podido atingir nos seus tratamentos, de forma generalizada, níveis de sucesso impensáveis no final do século passado.

Um dos maiores problemas da endodontia é obviamente o insucesso. Os retratamentos são comuns, o que acentua a necessidade de protocolos eficazes e suficientemente divulgados. A infeção secundária é a maior causa de doença pós-tratamento, mas com os materiais hoje disponíveis é possível, com o retratamento endodontico não cirúrgico atingir taxas de sucesso da ordem dos 80%.

Num retratamento endodontico não cirúrgico podem surgir alguns desafios mais complexos do que simplesmente remover a gutta percha e o cimento, sendo de algum modo comum serem encontrados erros de procedimento, instrumentos fraturados (figura caso 3), perfurações, remoção de espigões intra-radulares (figura caso 1), falsos trajectos, etc.

Nos nossos tratamentos usamos sempre uma lima com movimento recíprocante com elevado grau de segurança quanto à fratura e com grande resistência cíclica, sendo também uma lima de uso único –

a Reciproc® (VDW) (figura 2). Esta lima tem a capacidade de tornar relativamente simples a remoção do material de obturação e de facilitar todo o processo. “Quando o nosso plano de tratamento é o retratamento não cirúrgico então teremos como objetivo o acesso à câmara pulpar, remover o material do espaço radicular e se existirem, corrigir e reparar deficiências de origem patológica ou iatrogênica.” (Ruddle 2004).

Os casos clínicos que apresentamos tiveram por base o mesmo protocolo: remoção do material de obturação com Reciproc® /Reciproc Blue 25® (VDW) (figura 3), pontas ultra-sónicas CPR (Kerr), irrigação com hipoclorito de sódio a 6%, ácido cítrico a 10%, soro fisiológico e álcool a 95%, irrigação ultra-sónica passiva e obturação termoplástica de onda contínua de calor. Em nenhum dos casos foi usado qualquer solvente para remoção do material de obturação.

### 1º Caso clínico

Primeiro molar superior com tratamento incompleto, com sintomatologia e diagnóstico de periodontite apical crónica. Podemos observar o tratamento incompleto, a calcificação presente nos canais mesio-vestibular e disto-vestibular e a presença de um espigão metálico intra-radicular (figura 1 e 2). O primeiro passo foi a abertura dum acesso com a broca esférica nº 2 e a remoção do espigão metálico com a ajuda da ponta CPR® nº 1 e 2 (figura 3). Após a remoção foi identificado o acesso dos canais MV e DV e procedemos ao glidepath com limas manuais C-Pilot® nº 8 e 10 (figura 4 e 5). De seguida usámos a Reciproc Blue® 25

até ao CE (comprimento endodôntico) definido com ajuda do localizador apical. O maior obstáculo deste caso foi a identificação dos canais MV e DV e a sua instrumentação com a existência de uma curvatura acentuada no MV e MP (figura 6 e 7).

## 2º Caso clínico

Retratamento endodôntico dos pré-molares superiores 2.4 e 2.5 para posterior reabilitação protética (figura 1 e 2). Houve a necessidade de uma reconstrução pré-endodôntica para facilitar o isolamento que é imprescindível em todos os tratamentos. O protocolo de atuação neste caso foi idêntico ao anterior. Utilizamos broca esférica nº2, identificamos o início dos canais radiculares e com a Reciproc Blue® 25 passamos à remoção do material de obturação (figura 3). É sempre necessário ter disponíveis as pontas de ultra-sons para remover restos de material que possam ser de mais difícil remoção com a lima mecânica. O protocolo de irrigação é transversal a todos os casos, bem como protocolo de obturação. Finalizamos o caso com obturação termoplástica, Down-pack com System B e Backfill com Obtura II (figura 4,5,6 e 7).

## 3º Caso clínico

Retratamento não cirúrgico com grau de dificuldade mais elevado e só possível com o uso do microscópio. Segundo pré-molar superior com o diagnóstico de lesão apical crônica e identificação de instrumento fraturado no canal vestibular no terço apical, o que dificulta sobremaneira a sua remoção e o seu bypass (figura 1). O protocolo de atuação nestes casos passa sempre por remover primeiro todo o material de obturação e depois criar um acesso ao instrumento fraturado que nos permita o seu bypass ou a sua remoção (figura 2 e 3). Neste caso específico não foi possível o bypass do instrumento devido ao seu posicionamento no terço apical o que tornava impossível a permeabilidade apical. Para a remoção necessitamos de ter um acesso razoável para podermos trabalhar com as pontas de ultra-sons

que, neste caso, foram as CPR®. Muito importante foi o acesso visual através do microscópio porque só assim foi possível retirar o instrumento (figura 4 e 5). Após essa remoção passamos a calibrar o nosso ápice e a adequar a obturação ao nosso calibre que, neste caso, era de 55.02. Assim optamos pelo MTA® e, no canal palatino, por obturação termoplástica (figura 6 e 7). Podemos concluir que existe um protocolo básico para a generalidade dos tratamentos não cirúrgicos e que os casos mais complexos só poderão ser tratados com um conjunto equipamentos imprescindível como o microscópio e as pontas de ultra-sons. ●

## BIBLIOGRAFIA

- Alves FR, Rocha IN, Almeida BM, Neves MA, Zoffoli J, Siqueira JF Jr (2012) Quantitative molecular and culture analyses of bacterial elimination in oval-shaped root canals by a single-file instrumentation technique. *International Endodontic Journal* 45, 871–7.
- Berutti E, Paolino DS, Chiandussi G, Alovisi M, Cantatore G, Castellucci A, Pasqualini D (2012) Root canal anatomy preservation of WaveOne reciprocating files with or without glide path. *Journal of Endodontics* 38, 101–4.
- Bramante CM, Fidelis NS, Assumpção TS, Bernardineli N, Garcia RB, Bramante AS, de Moraes IG (2010) Heat release, time required, and cleaning ability of MTwo R and ProTaper universal retreatment systems in the removal of filling material. *Journal of Endodontics* 36, 1870–3.
- Bueno CE, Delboni MG, de Araujo RA, Carrara HJ, Cunha RS (2006) Effectiveness of rotary and hand files in gutta-percha and sealer removal using chloroform or chlorhexidine gel. *Brazilian Dental Journal* 17, 139–43.
- Buehrlein S, Henschitz K, Dammeschke T, Schäfer E (2012) Shaping ability and cleaning effectiveness of two single-file systems in severely curved root canals of extracted teeth: Reciproc and WaveOne versus Mtwo and ProTaper. *International Endodontic Journal* 45, 449–61.
- Buehrlein S, Schäfer E (2012) Apically extruded debris with reciprocating single-file and full-sequence rotary instrumentation systems. *Journal of Endodontics* 38, 850–2.
- Carvalho Maciel AC, Zaccaro Scelza MF (2006) Efficacy of automated versus hand instrumentation during root canal retreatment: an ex vivo study. *International Endodontic Journal* 39, 779–84.
- Edgar SW, Marshall JG, Baumgartner JC (2006) The antimicrobial effect of chloroform on *Enterococcus faecalis* after gutta-percha removal. *Journal of Endodontics* 32, 1185–7.
- Ferreira JJ, Rhodes JS, Pitt Ford TR (2001) The efficacy of gutta-percha removal using ProFiles. *International Endodontic Journal* 16, 543–9.
- Friedman S, Rotstein I, Shar-lev S (1989) Bypassing Gutta-percha root fillings with an automated device. *Journal of Endodontics* 15, 432–7.
- Gavini G, Caldeira CL, Akisue E, Candeiro GT, Kawakami DA (2012) Resistance to flexural fatigue of Reciproc R25 files under continuous rotation and reciprocating movement. *Journal of Endodontics* 38, 684–7.
- Kim HC, Kwak SW, Cheung GS, Ko DH, Chung SM, Lee W (2012) Cyclic fatigue and torsional resistance of two new nickel-titanium instruments used in reciprocation motion: Reciproc versus WaveOne. *Journal of Endodontics* 38, 541–4.
- Marques da Silva B, Baratto-Filho F, Leonardi DP, Henrique Borges A, Volpato L, Branco Barletta F (2012) Effectiveness of ProTaper, D-RaCe, and Mtwo retreatment files with and without supplementary instruments in the removal of root canal filling material. *International Endodontic Journal* 45, 927–32.
- McDonald MN, Vire DE (1992) Chloroform in the endodontic operator. *Journal of Endodontics* 18, 301–3.
- Mello JE Jr, Cunha RS, Bueno CES, Zuolo ML (2009) Retreatment efficacy of gutta-percha removal using microultrasounds: part I - an ex vivo study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology* 108, 59–62.
- Mollo A, Botti G, Principi Goldoni N, Randellini E, Paragliola R, Chazine M, Ounsi HF, Grandini S (2012) Efficacy of two Ni-Ti systems and hand files for removing gutta-percha from root canals. *International Endodontic Journal* 45, 1–6.
- Morgan LF, Montgomery S (1984) An evaluation of the crown down pressureless

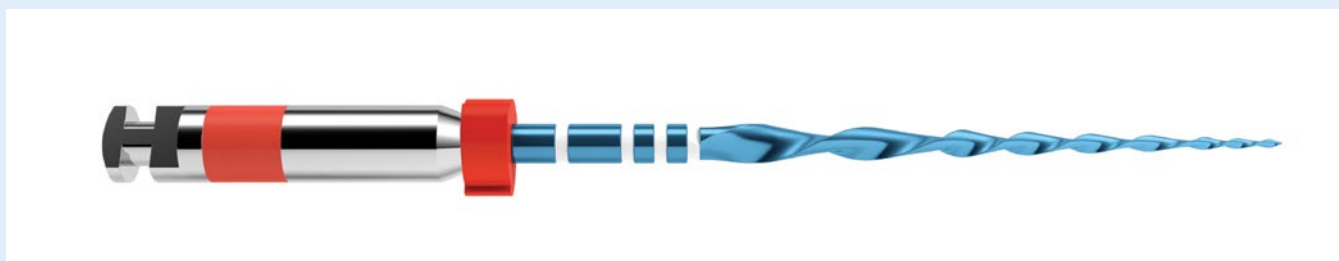
- technique. *Journal of Endodontics* 10, 491–8.
18. Nair PNR (2006) On the causes of persistent apical peri-odontitis: a review. *International Endodontic Journal* 39, 249–81.
19. R€odigT, Hausdo€rferT, KonietschkeF, Dul linC, HahnW, Hu€lsmann M (2012) Efficacy of D-RaCe and ProTaper Uni- versal Retreatment NiTi instruments and hand files in removing gutta-percha from curved root canals - a micro- computed tomography study. *International Endodontic Jour- nal* 45, 580–9.
20. Ruddle CJ (2004) Nonsurgical retreatment. *Journal of Endodontics* 30, 827–45.
21. Saad AY, Al-Hadlaq SM, Al-Katheeri NH (2007) Efficacy of two rotary NiTi instruments in the removal of gutta- percha during root canal retreatment. *Journal of Endodon- tics* 33, 38–41.
22. Sae-Lim V, Rajamanickam I, Lim BK, Lee HL (2000) Effec- tiveness of ProFile.04 taper rotary instruments in endodontic retreatment. *International Endodontic Journal* 26, 100–4.
23. Siqueira JF Jr (2001) Aetiology of root canal treatment fail- ure: why well-treated teeth can fail. *International Endodon- tic Journal* 34, 1–10.
24. Stabholz A, Friedman S (1988) Endodontic retreatment-case selection and technique. Part 2: treatment planning for re- treatment. *Journal of Endodontics* 14, 607–14.
25. Ta"sdemir T, Er K, Yildirim T, Celik D (2008) Efficacy of three rotary NiTi in removing gutta-percha from root canals. *International Endodontic Journal* 41, 191–6.
26. Yared GM, Bou Dagher FE, Machtou P (2001) Failure of ProFile instruments used with high and low torque motors. *International Endodontic Journal* 34, 471–5.
27. Yared G (2008) Canal preparation using only one Ni-Ti rotary instrument: preliminary observations. *International Endodontic Journal* 41, 339–44.
28. Xu LL, Zhang L, Zhou XD, Wang R, Deng YH, Huang DM (2012) Residual filling material in dentinal tubules after gutta-percha removal observed with scanning electron microscopy. *Journal of Endodontics* 38, 293–6.



Pontas CPR



Reciproc 25



Reciproc Blue 25

1º CASO CLÍNICO

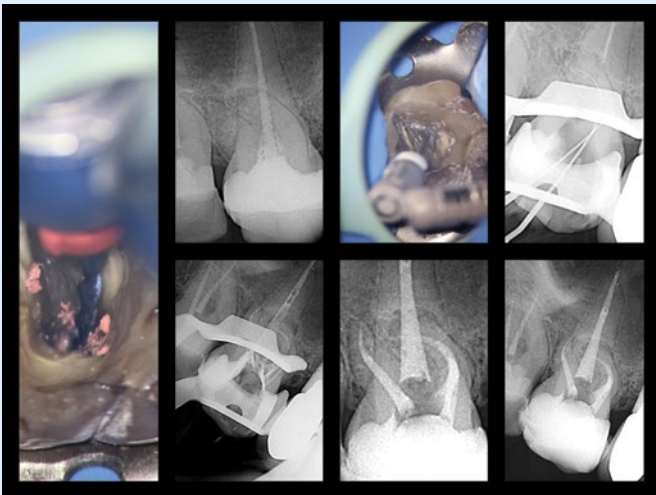


Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

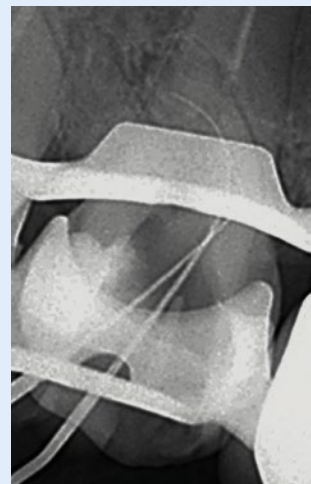


Figura 5



Figura 6



Figura 7

2º CASO CLÍNICO

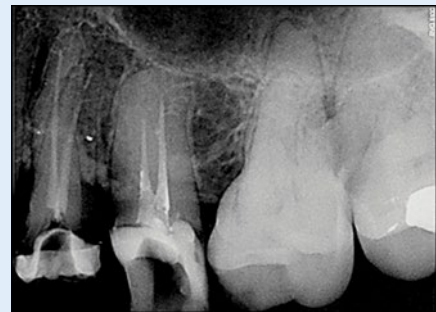
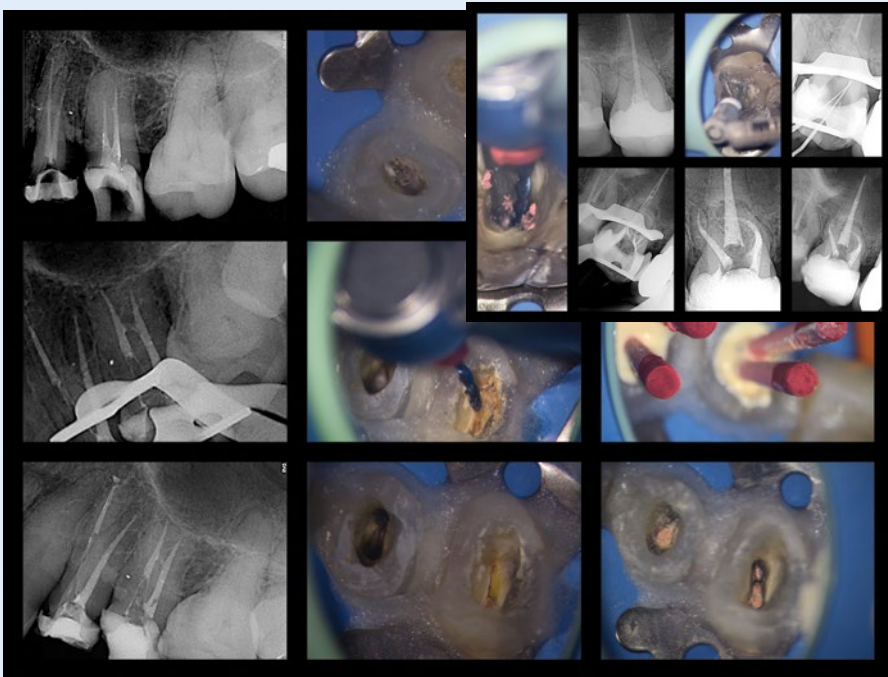


Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

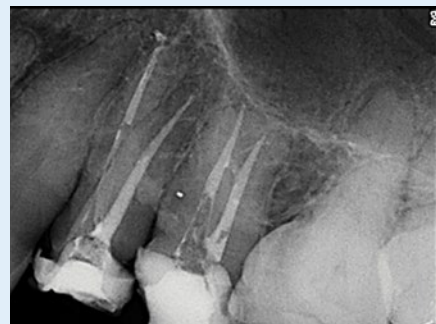


Figura 5

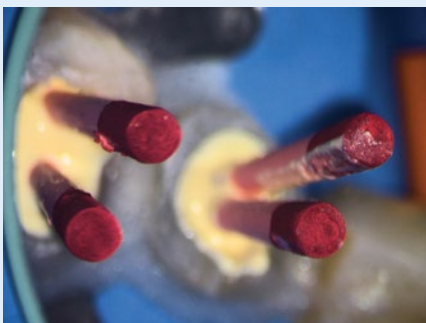


Figura 6



Figura 7

3º CASO CLÍNICO

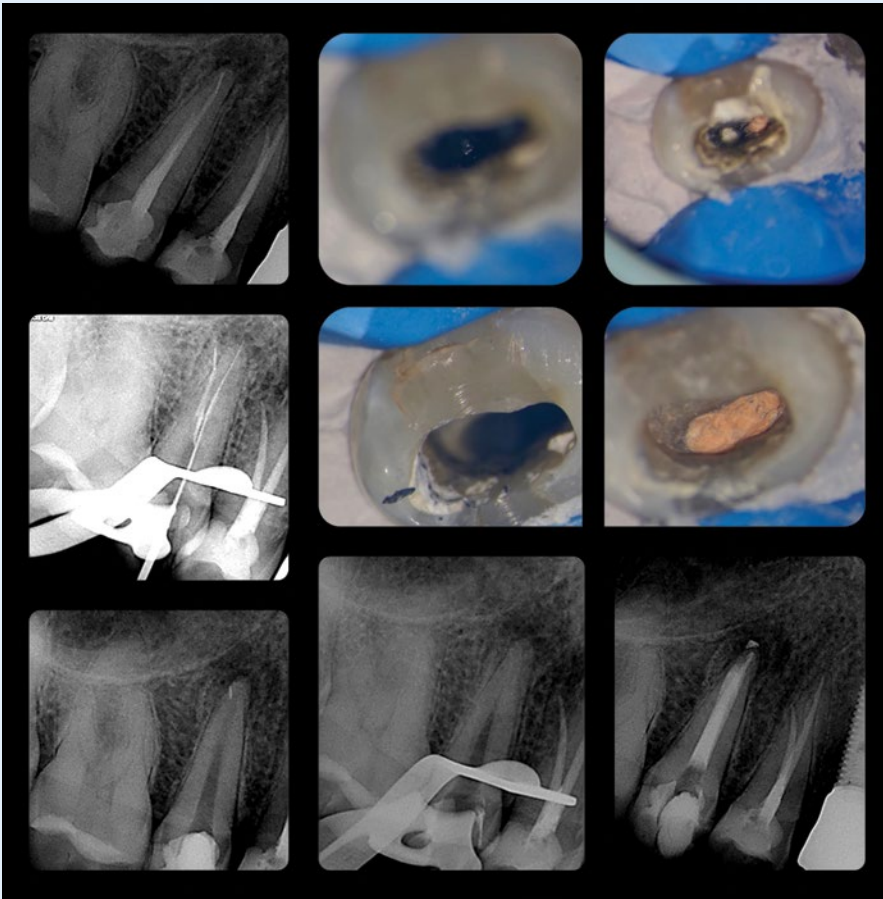


Figura 1



Figura 2



Figura 3

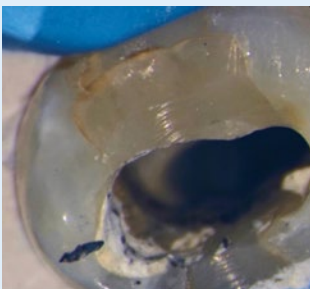


Figura 4



Figura 5



Figura 7

# WHITE AND STRAIGHT

ORTHODONTIC AND DENTAL SUPPLIES

QUEM SOMOS

A **White and Straight** é uma empresa portuguesa de comercialização e distribuição de material ortodôntico, que tem no seu horizonte a afirmação no mercado português e internacional.

A nossa missão é ir a encontro das necessidades e expectativas dos clínicos oferecendo os melhores produtos e serviços, de forma rápida e eficiente, contribuindo para uma prática médica dentária de excelência.

A **White and Straight** tenta destacar-se através:

- . Qualidade dos produtos;
- . Preços competitivos
- . Rapidez de entrega (conforme disponibilidade);
- . **Isenção de custos de transporte em território**



29,99 €  
Na compra de 5 ou oferta 1

9,95€  
Na compra de 5 oferta 1



11,99 €  
Na compra de 5 ou oferta 1

**Brackets**



.standard - 15.85 €

.mini - 16.85 €

.Auto ligáveis - 91.25 €

.Saphira - 115 €

**Arco (10 un)**

. Niti redondos - 6.70 €  
. Aço redondos - 4.35€

. Niti retangulares - 11.75 €  
. Aço retangulares - 4.95 €

. Curva reversa redondos e retangulares - 23.95€

.TMA - 45 €

.Termoativados (redondos e retangulares)-8.70€

.Pre-torqued - 35 €

.Aro em T - 35 €



Na compra de 5 ou oferta sempre de 1  
Todos os valores não incluem IVA

Método de pagamento:

Na loja (sujeito a marcação)  
Sempre a pp com 10 % de desconto imediato.

PP - 10 % de desconto imediato  
Contra-reembolso a 30 dias -5 % de desconto



TLF . 21 139 11 82  
TLM . 91575 11 57

WHITE.AND.STRAIGHT.LDA@GMAIL.COM

## Direitos dos cidadãos da UE após o Brexit: uma questão por resolver

por DTI

Com a saída iminente do Reino Unido, muita incerteza se gerou em torno da situação dos cidadãos dos Estados-membros da União Europeia (UE) que residem no país, incluindo aqueles que trabalham no setor da saúde. Após o resultado do referendo realizado no ano passado, no qual o Reino Unido votou para a sair da União Europeia, o processo formal de saída teve início, em março, com a invocação do artigo 50º do Tratado de Lisboa. A ronda de negociações para o Brexit está agora em curso. Os Estados-membros da EU exigiram que os direitos dos seus cidadãos sejam salvaguardados e procuraram garantias por parte do Reino Unido neste âmbito. A resposta imediata e sucessiva do Governo assenta na afirmação de que os direitos dos cidadãos da UE serão definidos nas negociações do Brexit,

juntamente com todos os restantes assuntos a tratar. Como é óbvio isto criará grandes preocupações para os milhares de cidadãos da UE que vivem no Reino Unido e, igualmente, para os milhões de cidadãos britânicos que vivem nos países da União Europeia. Ambos os grupos vivem atualmente na incerteza até que a sua posição fique definida com a conclusão das negociações, cujo prazo permanece desconhecido. O direito a trabalhar e viver num Estado-membro da União Europeia, advém da livre circulação das pessoas, um direito do tratado fundamental. Com a saída do Reino Unido da União Europeia, em termos ainda por determinar, o risco de perda da liberdade de circulação de pessoas existe, a não ser que seja negociado de forma a satisfazer as exigências tanto do Reino Unido como dos Estados-membros da UE. Qualquer acordo sobre a

livre movimentação de pessoas em benefício do Reino Unido terá como pressuposto um compromisso do Reino Unido perante a UE no sentido de preservar os direitos dos cidadãos da UE que residem atualmente no Reino Unido e, incluirá, sem dúvida um compromisso de que o Reino Unido permitirá a livre circulação de pessoas no futuro.

Após as eleições gerais de 8 de junho no Reino Unido, o Primeiro-ministro eleito terá a missão pouco invejável de levar a cabo as negociações do Brexit. Naturalmente, os cidadãos da UE serão afetados pelo acordo que venha a ser adotado numa série de matérias, das quais a imigração é apenas uma. Até à conclusão das negociações, os cidadãos da UE que residam no Reino Unido há pelo menos cinco anos têm a opção de pedir a nacionalidade britânica, se assim o pretenderem. Um cidadão britânico

tem o direito de residir e trabalhar no Reino Unido sem qualquer restrição de imigração, o que é reconhecido como o direito de residência. Segundo os direitos da cidadania britânica em vigor, os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de bom caráter e que cumpram os requisitos no que respeita ao conhecimento do idioma e da vida no Reino Unido e que tenham residido no Reino Unido nos cinco anos que precedem a data do pedido, podem candidatar-se à obtenção da nacionalidade britânica. Estes indivíduos podem ainda apresentar o pedido em nome de crianças com menos de 18 anos (e essas crianças não precisam de passar qualquer teste). Para os cidadãos dos Estados-membros da União Europeia em busca de alguma certeza e controle sobre o seu futuro, pedir a nacionalidade britânica pode ser a resposta imediata. DT

# “O mundo está a tornar-se um lugar barulhento, por isso a proteção e prevenção são essenciais”

Embora a exposição ao ruído em Medicina Dentária pareça insignificante, a potencial perda auditiva devido ao ruído é uma questão séria nesta área. Inúmeros estudos têm demonstrado que um número significativo de profissionais de saúde dentária é afetado todos os anos. Sam Shamardi, médico dentista norte-americano que desenvolveu tampões para os ouvidos que reduzem o ruído especialmente destinados ao uso em clínica dentária, está decidido a resolver esta questão. Este produto, lançado pela primeira vez em 2014, foi recentemente apresentado na Dental Expo South em Christchurch (Nova Zelândia), onde a empresa assinou um novo contrato de distribuição. A Dental Tribune teve a oportunidade de falar com Shamardi sobre a poluição sonora na clínica dentária e a tecnologia única usada nos tampões auditivos DI-15.

por DTI

**Dr. Shamardi, no consultório médico que tipo de ruídos pode ser nocivo para os ouvidos?**

Todos! Nós, enquanto profissionais de saúde dentária estamos expostos a níveis de ruído perigosos constantes que têm um impacto a longo prazo e permanente na nossa audição. Na maioria das vezes estão associados às peças de mão de elevada velocidade, aparelhos de aspiração de alta velocidade, instrumentos de ultrassons e de limpeza, equipamento de laboratório e máquinas de recorte de gesso todos provocam danos. Ruídos com intensidade igual ou superior a 85 dB provocam danos auditivos, que estão diretamente relacionados



com a duração e frequência da exposição, entre outros fatores. Assim, exposição intensa ainda que por períodos curtos pode ser tão prejudicial como a exposição menos intensa prolongada.

Se considerarmos que, como profissionais de

saúde dentária, a nossa carreira dura em média 35 anos e tem semanas de trabalho de 40 horas, o nosso tempo de exposição neste ambiente de ruído crónico é considerável. Segundo a literatura neste domínio, os valores registados em equipa-

mento dentário excede claramente os 85 dB e, em certos casos, até os 100 dB. Os padrões de ruído revelam ainda que, nestes níveis, bastam 15 minutos em duas horas de exposição por dia para originar danos permanentes. Perante este facto, não admira que todos nós conheçamos colegas que sofrem de problemas auditivos por causa disso. Aqui a questão não é se a nossa capacidade auditiva será afetada pela exposição ao ruído ocupacional, mas quando e em que medida será afetada. E a melhor forma de prevenir este problema está no uso de proteção auditiva.

**É importante proteger os ouvidos constantemente ou apenas nos procedimentos mais**

**ruidosos?**

É melhor proteger-se sempre. Usamos luvas, máscaras, toucas e lentes apenas em procedimentos maiores ou em todos os exames e tratamentos de rotina? É certo que alguns procedimentos têm níveis de ruído e implicam uma maior exposição do que outros, mas num consultório dentário a ação é constante e há sempre ruído que nos pode chegar de outro gabinete ou mesmo que não estejamos envolvidos naquele procedimento específico.

**Desenvolveu os tampões auditivos DI-15. Como funcionam?**

O DI-15 é um tampão eletrónico de alta-fidelidade. É revolucionário e o primeiro do género em Medicina Dentária. Utiliza um circuito avançado e patenteado contido num microchip que fornece proteção contra todos os ruídos nocivos que existem num ambiente de clínica dentária, como é necessário, mas permitindo uma audição com 100% de clareza. Desta forma, a capacidade de comunicação com o paciente e com a restante equipa não é afetada, enquanto se previnem os danos auditivos. Devemos encará-los como tampões inteligentes: os sons prejudiciais são identificados instantaneamente, isolados e comprimidos para níveis mais seguros, enquanto os sons normais passam naturalmente,

como se a pessoa não tivesse a usar nada nos ouvidos. Imagine o som de um rádio do carro com o volume do máximo. Agora imagine que baixava o volume para um nível confortável: conseguiria ainda ouvir tudo mas sem o impacto do som elevado.

**De onde surgiu a ideia para desenvolver este dispositivo?**

Não precisei de muito tempo depois de ter iniciado a minha prática clínica para começar a sentir irritação e stresse adicional com o som estridente das peças de mão e ainda mais os sons agudos e intensos da aspiração. Isto pode deixar-nos loucos. Também notei que muitos dos meus colegas se queixavam de zumbidos e de dificuldades de audição, e percebi que havia um problema sério que não estava a ser reconhecido. Quando comecei a procurar soluções constatei que não existia nada e que as únicas opções, como os tampões em espuma, não era práticos porque abafavam os sons e impediam-me de falar com os meus pacientes e com a equipa. Por isso, comecei à procura de tecnologias que pudessem dar resposta a esta questão e quis desenvolver um produto à medida que incidisse nos sons e frequência de exposição que existe em Medicina Dentária. Felizmente, depois de muita pesquisa e testes, consegui formar uma equipa com pioneiros na

tecnologia intra-auricular para criar o DI-15.


**Os médicos dentistas e assistentes devem começar a usar estes tampões a partir de agora?**

A Medicina Dentária é conhecida como uma área da prevenção, contudo quando se trata de proteger a nossa audição, ignoramos completamente o nosso lema. Estudos demonstraram que, com o uso de iPods e de outras tecnologias, a perda auditiva começa agora em idades muito mais precoces do que se verificava nas gerações anteriores. Até as crianças começam a sofrer danos auditivos permanentes. Os profissionais de saúde dentária são bombardeados desde o primeiro dia na Universidade, quando se sentam com 35 a 150 outros colegas numa sala a praticar durante horas, sem incluir as atividades diárias ruidosas que ocorrem fora do contexto clínico. Por isso, quanto mais cedo começarem, mais capacidade auditiva preservam. O mundo está a tornar-se um lugar muito barulhento a cada ano, por isso a proteção e a prevenção são essenciais.

**Que reação tem recebido dos utilizadores relativamente ao conforto no uso deste dispositivo? Requer algum período de adaptação?**

Os nossos utilizadores não apresentaram dificuldades no uso destes tampões.

O conforto e a funcionalidade dos DI-15 receberam nota máxima num estudo detalhado de análise de produto profissional de dois anos da American Dental Association. Os tampões DI-15 são extremamente confortáveis porque incluem de origem seis pares pontas diferentes o que permite ajustar-se a cada orelha. Para além disso, quem têm canais únicos ou prefere personalizá-los, o nosso produto pode ser feito à medida a partir de um molde realizado por um audiologista e uma manga personalizada feita por laboratório. Dá resposta a todas as exigências! A adaptação a estes tampões recorda-me os ajustes iniciais quando comecei a usar as lentes de aumento. No início apercebia-me delas e precisei de um breve período de adaptação, mas agora nem noto que as tenho, mas apercebo-me logo da diferença se não as uso. Os tampões auditivos são pequenos e encaixam de forma confortável na orelha, que os pacientes nem sequer se apercebem de que os uso, a não ser que eu lhes mostre.

“A Medicina Dentária é conhecida como uma área da prevenção, contudo quando se trata de proteger a nossa audição, ignoramos completamente o nosso lema.” 

Traduzido do inglês por  
Manuela Vasconcelos

# Madrid, Spain

29 August - 1 September 2017



*Bringing the World together  
to improve oral health*

---

**THE BIGGEST INTERNATIONAL  
DENTAL CONGRESS**

---

[www.world-dental-congress.org](http://www.world-dental-congress.org)

# EM 2018...A MIS GLOBAL CONFERENCE, LEVA-O ATÉ ÀS BAHAMAS!

A 4ª Conferência Global da MIS: 360º Implantology, realiza-se na magnífica Ilha de Nassau nas Bahamas de 8 a 11 de Fevereiro de 2018. Será uma intensa e inesquecível experiência ao nível científico, profissional e pessoal.



## 1) ATLANTIS RESORT, PARADISE ISLAND - Nassau, Bahamas

Com a atração de uma grande cidade e a magia de uma ilha tropical, Nassau & Paradise Island são considerados por muitos, um paraíso. Nassau, a capital das Bahamas, é um centro metropolitano movimentado, cheio de cultura e modernidade. A norte fica a Paradise Island, onde os participantes da conferência ficarão alojados. Na ilha pode encontrar resorts, hotéis, restaurantes, lojas, vida noturna, um campo de golfe, um aquário e um casino. As praias de areia branca e água cristalina, são um cartão postal da Ilha!

O Atlantis Resort, na Paradise Island, é o destino turístico mais popular das Bahamas - apresenta o maior habitat marinho ao ar livre do mundo: o Aquaventure Water Park, incluindo o icónico slide do Leap of Faith do Templo Maia; 11 piscinas únicas; Praias de renome; Campo de golfe de 18 buracos;



Atlantis Resort, Nassau, Bahamas

O maior casino do Caribe; Mais de 21 restaurantes, 19 bares e lounges e a discoteca Aura. O Atlantis Resort também oferece ainda uma infinidade de hotéis únicos, incluindo o icónico Royal Towers, o elegante Cove Atlantis e o Coral Towers.

## 2) INOVAÇÕES SURPREENDENTES PARA ENFRENTAR O FUTURO

A 4ª Conferência Global do MIS promete oferecer uma linha surpreendente de palestras e apresentações de diversos





líderes de opinião e especialistas na área da implantologia dentária.

### 3) SIMPLICIDADE

MIS, Aprenda da forma mais fácil! A simplificação é um imperativo estratégico para a marca MIS. A MIS acredita que esta é a chave para a inovação e posicionamento para um futuro com sucesso, num mundo cada vez mais complexo. A sua missão é simplificar, desde a pesquisa à engenharia e desenvolvimento dos seus produtos.

### 4) O PROGRAMA CIENTÍFICO – 24 PALESTRAS

O programa da conferência será composto por palestrantes de renome mundial e *key opinion leaders*, que irão apresentar temas novos e fascinantes, tendo como foco a inovação e o compromisso da MIS com a simplicidade.

### 5) WORKSHOPS HANDS-ON – 4 Sessões Práticas

A experiência prática proporciona uma dimensão diferente à aprendizagem, permitindo a familiaridade com técnicas importantes e aspetos cirúrgicos dos novos e surpreendentes produtos apresentados durante a conferência.



### 6) PROGRAMA SOCIAL

Durante os três dias, conferencistas de todo o mundo, assistirão a 24 palestras dadas por líderes de opinião de renome mundial e participarão em dois eventos sociais memoráveis dando a todos a oportunidade de relaxar e de conviver com seus colegas. A abertura da Conferência Global da MIS realiza-se no dia 8 de Fevereiro e a festa de encerramento no dia 10 de Fevereiro. Estes dois eventos mostrarão o alto nível de profissionalismo e atenção ao detalhe que a MIS tem orgulho e prazer em demonstrar.

### 7) ALOJAMENTO

Os participantes da Conferência ficarão alojados no Resort Atlantis Paradise Island, que é constituído por 3 hotéis principais: The Coral Towers 4\*, The Royal Towers 4\* e The Cove Atlantis 5\*.

Poderá aproveitar esta oportunidade e conjugar as suas férias com a Global Conference MIS 2018 e prolongar a sua estadia nas Bahamas. Para quem queira aproveitar esta oportunidade, as tarifas dos Hotéis, serão as mesmas praticadas durante os dias da conferência.

### 8) REGISTO NA CONFERÊNCIA

Dado o número elevado de participantes na conferência (cerca de 3000), o registo na Conferência, deverá ser feito o quanto antes, através da MIS Portugal – SDS. Conheça as nossas ofertas para as Bahamas!



Mini Site do evento:

[www.bahamas.mis-implants.com](http://www.bahamas.mis-implants.com)



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



## KAVO SMARTMATIC: UM MUNDO DE POSSIBILIDADES

A série SMARTmatic mantém a confiabilidade e qualidade dos instrumentos dentários KaVo a um preço atraente. SMARTmatic abrange uma vasta gama de necessidades de tratamento simples, a cabeça pequena melhora a visibilidade da cavidade oral, o deslizador de cerâmica proporciona uma fixação estável e segura do dispositivo de corte, a construção em aço inoxidável, a sua leveza e um equilíbrio fornecem durabilidade e um fácil manuseamento. Todas as peças de mão e contra-ângulo desta série são concebidos e produzidas na Alemanha e podem ser utilizadas em todas as unidades de tratamento dentário ou um motor elétrico.



## ZIRKONZAHN LANÇA FÉRULA COM RESINA ALTAMENTE TRANSPARENTE

Com o objetivo de oferecer os melhores resultados, a Zirkozahn colocou recentemente no mercado o material Therapon Transpa, uma solução desenvolvida “para a produção de férulas terapêuticas, oclusais e de bruxismo para uma longa utilização por parte do paciente.” “Graças à sua grande transparência, oferece discrição e estética. O material é biocompatível e estável na boca. Tem um nível baixo de abrasão e é particularmente resistente à deformação. A Therapon Transpa convence também o paciente pela sua utilização e limpeza fáceis”, refere a empresa.

## DENTALEADER LANÇA BOX KAVO

A Dentaleader apresentou recentemente a box Kavo, um pack composto por equipamento dentário Kavo Estetica E30 Essential, o banco Kavo Physio One, o raio X intraoral Kavo Focus e um móvel de quatro módulos para a box dentária. O equipamento dentário Estetica E30 é fruto de uma colaboração entre a Dentaleader e o Kavo Kerr Groupe é “uma unidade dentária de manuseamento simples e intuitivo, flexível e de funcionamento seguro, que nesta versão incorpora seringa de três funções, micromotor elétrico com smartdrive, mangueira de turbina com luz, scaler com ponta e lâmpada LED, entre outros componentes.” Numa nota enviada às redações, a empresa refere que se trata de um pack “composto por produtos de design e fabrico alemão a um preço extraordinário, já que pode ser adquirido por apenas 16 375 euros”.



## DENTALEADER DÁ FORMAÇÃO À EQUIPA TÉCNICA DA KAVO

A Dentaleader promoveu uma ação de formação à sua equipa técnica da marca Kavo. De acordo com a empresa, o objetivo era “atualizar conhecimentos, clarificar dúvidas e partilhar ideias de forma a melhorar o serviço de instalação, diagnóstico e reparações de equipamentos da marca.” Esta ação de formação esteve a cargo de Jesús Lanseros, técnico especialista da Kavo, que se deslocou até às novas instalações da Dentaleader em Lisboa. De acordo com a marca, foram “dois dias muito produtivos”, durante ao quais “a equipa técnica da Dentaleader esteve em formação intensiva sobre características, montagem, avarias e reparações dos equipamentos dentários da marca.” João Carias, Técnico Sénior da Dentaleader, afirma que “a presença de toda a nossa equipa técnica certificada nestas jornadas de trabalho foi de vital importância, uma vez que a atualização de conhecimentos é básica para seguir oferecendo a excelência nos nossos serviços, otimizar os nossos recursos técnicos e ser a equipa técnica mais competitiva do mercado.”



### NOVO OP 3D: VIAGEM AO MUNDO DOS RAIOS-X 3D

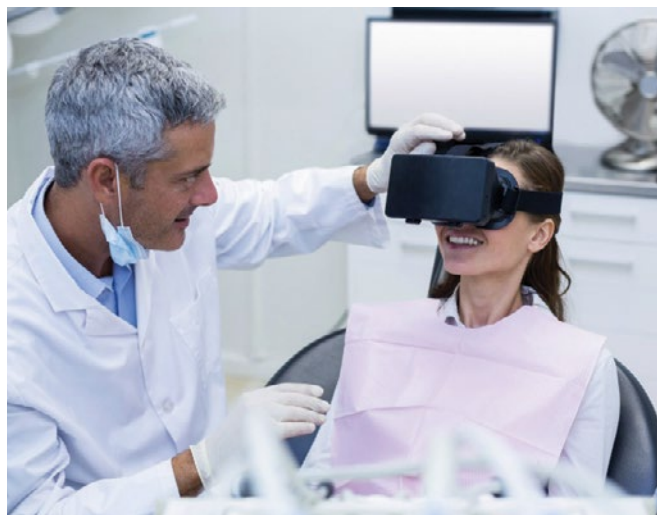
O novo KaVo 3D abre um novo mundo de possibilidades de diagnóstico. O OP 3D conta com quatro volumes diferentes (5 x ø 5, 6 x ø 9, 9 x ø 11 y (opcional) 9 x ø 14 cm) e quatro resoluções para escolher 3D. Com o Fast Scan é possível obter imagens panorâmicas 2D em apenas 9 segundos e com o sistema ORTHOfocus™ é possível um reconhecimento automático do plano tomográfico através da captura de imagens panorâmicas 2D. É possível um posicionamento preciso do volume e flexibilidade máxima em múltiplos FOV. Graças à ferramenta QUICKcompose™ é possível rever as imagens automaticamente, após a conclusão da digitalização. O novo OP 3D é o primeiro ortopantomógrafo livre chumbo, o que o torna amigo do ambiente.

### EMPRESA JAPONESA CRIA SOLUÇÃO DOCE PARA ACABAR COM CÁRIES

A empresa japonesa UHA Mikakuto acredita ter criado uma solução para a manutenção de uma boa saúde oral: pastilhas com sabores que contêm a estirpe de uma bactéria ácido-lática que, de acordo com a empresa, pode travar a proliferação das bactérias que causam as cáries dentárias. De acordo com o Dental Tribune, estas pastilhas estão disponíveis nos sabores de iogurte e menta e prometem reduzir a incidência das cáries dentárias nos seus consumidores ao mesmo tempo que lhes ‘adoçam’ a boca. Este novo produto resulta de uma parceria com um investigador da School of Oral Health Science da Universidade de Hiroshima, Hiroki Nikawa, que estudou os benefícios e propriedades da bactéria *L. rhamnosus L8020* para melhorar a saúde oral dos pacientes. Mas as inovações para acabar com as cáries dentárias não ficam por aqui. Recentemente foi também criado na Escócia um sistema que mede de forma imediata a desmineralização dos dentes, facilitando o processo de deteção de cáries dentárias. Esta tecnologia, que deverá chegar em breve a outros mercados para além da Escócia, foi criada pela empresa CALCIVIS e recebeu um financiamento de cerca de 8 milhões de libras

da União Europeia e do Banco de Investimento Escocês, conta o Dental Tribune.

O objetivo é permitir a deteção de cáries em tempo real, e de forma mais rápida, e a visualização de íões de cálcio libertados pelas cáries. Para isso, utiliza bioluminescência e uma solução especial que é aplicada na superfície dos dentes dos pacientes.



### USO DA REALIDADE VIRTUAL NA MEDICINA DENTÁRIA PODE TER BENEFÍCIOS

A adoção de tecnologias de realidade virtual tem vindo a crescer em várias indústrias. E de acordo com um estudo recentemente publicado, a sua utilização na medicina dentária pode trazer benefícios ao nível da satisfação dos pacientes e na redução da ansiedade. O estudo conjunto das universidades de Plymouth, Exeter e Birmingham colocou vários pacientes a utilizar óculos de realidade virtual durante tratamentos dentários. Alguns puderam imaginar que estavam numa praia. Outros foram transportados para um cenário citadino. Houve ainda um grupo de controlo que foi submetido aos tratamentos sem ter a possibilidade de experienciar realidade virtual. Os resultados agora divulgados revelaram que os pacientes que puderam experienciar o cenário de praia foram também os que revelam ter sentido menos dor durante o tratamento, um resultado que não se verificou no caso dos pacientes que foram levados a crer que estavam numa cidade. E apesar de serem necessários mais estudos para perceber que impacto pode ter a utilização de realidade virtual na diminuição de quadros de ansiedade na visita ao médico dentista, os autores deste estudo acreditam que pode ser uma estratégia para o futuro. Sabine Pahl, uma das autoras do estudo, refere que “o facto de andar por uma cidade virtual não ter melhorado o resultado final mostra que distrair o paciente não é o suficiente. O cenário deve ser convidativo e relaxante”.



## MAIS DE UMA CENTENA DE PESSOAS ASSINALARAM 12º ANIVERSÁRIO DA MUNDO A SORRIR

Para assinalar o seu 12º Aniversário, a ONG Mundo A Sorrir organizou o II Sunset Solidário no passado dia 5 de Julho, pelas 18h30, na Quinta de Bonjóia, no Porto. O evento contou com a presença de mais de uma centena de pessoas, entre eles parceiros, convidados, voluntários e colaboradores da organização.

Durante o evento realizou-se a entrega do cheque-donativo de 1800 euros, por parte da Straumann, no âmbito da Campanha “Um implante SLActive, um Euro” que decorreu no primeiro trimestre de 2017.



Este donativo contribuirá para o reforço da intervenção dos projetos nacionais e internacionais da Mundo A Sorrir. Organizado pelo segundo ano consecutivo, o Sunset Solidário teve como objetivo assinalar o 12º aniversário da organização, bem como angariar fundos para os seus projetos. A animação esteve a cargo do Dj Fauvrelle. 🎵

### SOBRE A "MUNDO A SORRIR"

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

Mais informações em:

[www.mundoasorrir.org](http://www.mundoasorrir.org)

Textos em parceria com a Mundo a Sorrir



# RMD PORTUGAL REPARAR EM VEZ DE COMPRAR E DEITAR FORA

A RMD Portugal é uma empresa jovem de reparação de material dentário que pretende fornecer um serviço “de elevado nível de profissionalismo na área das reparações micromecânicas”, com “preços competitivos e rapidez na reparação dos instrumentos dentários”. Porquê deitar fora quando é possível reparar?

Texto: Carmen Silva

EA RMD Portugal – Reparação de Material Dentário é a empresa nacional do grupo Eurotechmedical que é “líder europeu na reparação de instrumentos rotativos e dinâmicos multimarcas”, refere o CEO Pedro Mariguesa. Tendo nascido em Portugal em maio deste ano, a empresa “encontra-se em óbvia expansão, sendo o único laboratório nacional dedicado à reparação instrumentos dentários”.

A RMD Portugal é composta por “técnicos especializados e certificados pelas marcas estáveis do mercado mundial, pretendendo fornecer um serviço de elevado nível de profissionalismo na área das reparações micromecânicas”, refere o responsável, acrescentando que “pretendemos oferecer preços competitivos e rapidez na reparação dos instrumentos dentários”.

O objetivo é “simplificar todo o processo da reparação de material dentário e agilizar a resposta aos médicos dentistas, para que não sejam prejudicados quando têm instrumentos defeituosos”, declara Pedro Mariguesa. Mas não só. A empresa quer ainda “participar na dinamização, em Portugal, do conceito de ecologia ligado à reparação, alterando os hábitos tradicionais desta área”.

## As vantagens

O portefólio da RMD Portugal é constituído por acordos privilegiados com as marcas estáveis no mercado mundial, o que lhe permite atacar um espectro alargado na reparação de instrumentos dentários. “Os clientes-alvo são as clínicas médico-dentárias dentro das variadas áreas de intervenção, como implantologia, cirurgia oral, periodontologia, prostodontologia, dentisteria, endodontia, ortodontia, odontopediatria, higiene oral, etc.”, informa o CEO.



**RMD PORTUGAL**  
REPARAÇÃO DE MATERIAL DENTÁRIO

Os serviços da empresa apresentam várias as vantagens que por vezes não são óbvias, “como a ecologia ligada à reparação do material em vez de deitar fora e adquirir novo”. No entanto existem seis vantagens principais que, segundo o responsável, ‘saltam à vista’ e das quais os clientes já se aperceberam: “oferecemos um serviço de reparação em tempo recorde (no máximo 72 horas), temos preços muito competitivos, por exemplo, o nosso kit de reparação de turbina tem o valor de €262 com iva, e inclui um ano de garantia, a recolha, o diagnóstico e o envio; reparamos todas as marcas e modelos estáveis no mercado mundial; disponibilizamos uma linha de apoio direta para os nossos técnicos; damos garantia alargada a todas as reparações; oferecemos os transportes, sendo que assim, quando é necessário enviar um instrumento para orçamento, o médico dentista não precisa de se deslocar aos correios nem gastar dinheiro com o envio, nós tratamos da recolha e da entrega do material, mesmo quando não existe faturação”.

## Resposta eficiente e económica

A oferta de um serviço com resposta

“eficiente e económica, associada a uma garantia alargada do material reparado, tem recebido um retorno positivo da parte dos médicos dentistas”, sublinha Pedro Mariguesa, explicando que “a nossa metodologia e a atenção que oferecemos a cada um dos nossos clientes tem contribuído para a satisfação dos mesmos”. Esta satisfação tem ainda contribuído para “o crescimento da nossa motivação em fazer melhor e tem permitido um crescimento consolidado”.

O CEO chama também a atenção para o facto de “o mercado nacional ainda estar muito ligado a hábitos de consumo onde a reparação não é bem vista, privilegiando-se maioritariamente a aquisição de material novo, mesmo que o valor seja superior”. Assim sendo, o maior desafio da empresa tem sido “o de criar uma cultura de seriedade em torno do tema ‘reparação’. Consistindo em divulgar a possibilidade de contacto direto, sem intermediários, entre médico e técnico reparador especializado, de forma a conseguir dar uma resposta mais eficiente e económica”.

**Empresa:** RMD PORTUGAL  
– Reparação de Material  
Dentário, Lda.

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Número de colaboradores:** 7

**Data da Fundação:** Maio 2017  
(com lançamento na SO)

**Sectores onde estão**

**presentes:** Medicina dentária

**Principais produtos para**

**Medicina Dentária:**

Reparação de instrumentos  
rotativos e dinâmicos

**Website:** [www.rmd.pt](http://www.rmd.pt)

# O VALOR DO TEMPO



**RUI PAIVA**

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

“O tempo vale muito mais que o dinheiro”, Miguel Esteves Cardoso.

Todos nós, na nossa consulta, seja ela onde for exercida, já nos vimos confrontados com aquela situação em que queremos avançar com a resolução do problema concreto do nosso paciente que enfrentamos naquele momento, mas ele insiste em relatar-nos em pormenor recheado de minudências todo o historial daquele tal dente que nos propomos tratar, dos seus vizinhos de arcada e, ainda, dos seus antagonistas. Dali facilmente saltamos para a audição de todo o historial clínico do paciente, enfeitado com informação irrelevante p.ex. acerca do local, da hora e da época do ano em que lhe doem os joanetes, ou do tempo que fazia lá fora quando sentiu pela primeira vez, há 40 anos, aquela sensação de formigueiro na perna direita...

Geralmente estas situações acontecem com pessoas de maior idade, algumas com problemas de solidão e capacidade limitada de entendimento do que lhes tentamos explicar, pelo que o diálogo se torna demorado. Da minha experiencia relato a minha tendência a envolver o paciente na tomada de decisão acerca das alternativas de resolução do problema dentário, pelo que as situações acima descritas tendem a desembocar numa ocupação significativa do meu tempo, obviamente que variável em função da pressão sobre a minha

agenda nesse período de trabalho. Mas já numa ocasião anterior afirmei que na nossa profissão temos de ter algo de psicólogos...

Vem esta introdução a propósito da questão não respondida da valorização do nosso tempo durante o período de trabalho. Ou seja, quanto custa a nossa hora de trabalho? Imaginando uma situação limite em que durante todo um dia de trabalho de oito horas um médico dentista tenha de ouvir, refletir, apresentar soluções e discutir-las com os seus pacientes, sem que tenha tido necessidade de pegar nas suas ferramentas habituais; qual a sua remuneração ao final do dia? E não se argumente que não ganha nada “porque está a investir o seu tempo para recolher dividendos *a posteriori* quando o paciente concordar com o plano de tratamento e decidir avançar”... Parece-me inquestionável que o tempo tem de ser valorizado numa parcela independente da execução do trabalho em si; outra questão diferente será se o profissional quiser abater esse valor aquando da realização do trabalho em si, o que me parece absolutamente legítimo.

O valor do nosso tempo terá obrigatoriamente de fazer parte integrante do cálculo do custo de cada ato de Medicina Dentária. Ora, esse cálculo está por fazer porque ninguém nem nenhuma instituição em Portugal ainda o fez. Mas acredito que se trate de uma questão fulcral na gestão criteriosa dos nossos consultórios e clínicas e, sobretudo, nas negociações que em nome de toda uma classe profissional a nossa Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) tem levado a cabo, nomeadamente com o Ministério da Saúde, na questão do Cheque Dentista e mais recentemente com a integração dos Médicos Dentistas no Serviço Nacional de Saúde. Nestas duas situações não soube ou não consegui a OMD valorizar dignamente o valor do nosso tempo e dos atos médicos por nós executados diariamente. Mas isto

é uma avaliação subjetiva baseada em 30 anos de prática de Medicina Dentária e de gestão de pequenas clínicas.

Digo subjetiva porque não existe o tal cálculo... Também nas nossas relações com seguradoras e empresas de planos de saúde se demonstra fundamental a existência de uma base sólida e demonstrada para se poder negociar; só desse modo se poderão exterminar os contratos e convenções com valores irrealistas e mesmo gratuitos como tantos que por aí pululam.

Pelo menos na Suíça, país reconhecido pela sua seriedade e minúcia na gestão do tempo e dinheiros, esses cálculos foram feitos há já alguns anos. Foram tidos em conta uma série de fatores que permitiram atribuir um valor a cada ato de Medicina Dentária, desde logo o valor do imobiliário, seja ele alugado ou comprado, o tempo despendido em cada tarefa, a dificuldade e especificidade de cada ato etc, etc. Por cá, a nossa OMD tem-se refugiado na posição mais cómoda e inerte de nada fazer justificando-se com o facto de terem sido multados há anos pela Alta Autoridade da Concorrência pela existência de uma tabela de valores mínimos e máximos. Com uma boa equipa de juristas, internamente ou em regime de prestação de serviços de consultoria externa, defendo que a OMD deveria, e tem por obrigação, elaborar um “tabela de custos por atos de Medicina Dentária”. Há precisamente três anos, na edição de julho/agosto 2014 desta revista, defendi em maior pormenor esta ideia no meu artigo de opinião “Por uma sã gestão da consulta de Medicina Dentária”. O tempo passa, a direção da OMD continua entregue às mesmas pessoas e pobremente, nada acontece. Talvez esteja na altura de surgir outra instituição que defenda no terreno os nossos legítimos interesses... Quantos de nós terão já refletido acerca da necessidade de surgir um sindicato ou associação profissional que nos represente verdadeiramente?! ●

## X CONGRESSO SPED

A Sociedade Portuguesa de Estética Dentária está a preparar o seu 10º Congresso nos dias 22 e 23 de setembro, em Lisboa. A comemoração dos dez anos do evento vai ser assinalada com palestras exclusivamente com oradores nacionais, subordinadas ao tema: A Reabilitação Oral e a Estética – O Digital e o Convencional. Luís Macieira assume a presidência da comissão organizadora da edição deste ano. Para mais informações contactar via email para [sped.secretariado@gmail.com](mailto:sped.secretariado@gmail.com).

## AUXILIARES DE CLÍNICA DENTÁRIA

A MALO Clinic Education vai promover uma formação modular para Auxiliares de Clínica Dentária, que contempla quatro dias de estágio clínico observacional. As inscrições já estão abertas e a formação tem início previsto para 16 de setembro. Lecionada por médicos dentistas da equipa da MALO Clinic, o curso destina-se a todos os interessados na área da medicina dentária e que pretendam vir a desempenhar funções de assistente dentário, bem como profissionais da área que queiram atualizar competências. A formação, que conta com o patrocínio da Dentina, decorre em Lisboa, nas instalações da MALO Clinic Education, e está dividida em 16 módulos de meio-dia, a realizar aos sábados. Contempla quatro dias de estágio após a conclusão da formação teórica. Mais informações através do email [education@maloclinics.com](mailto:education@maloclinics.com)

## 24º CONGRESSO ANUAL DA SPO

A Sociedade Portuguesa de Ortodontia (SPO) organiza o seu 24º Congresso Anual de 28 a 30 de setembro na cidade do Porto, mais propriamente no Centro Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Líliliana Amado e Roberto Fernandes estão encarregues da comissão organizadora de um evento que vai contar com as presenças de oradores como Francis Coachman, Manuel Román Jiménez, Antonino Secchi, Tomas Castellanos ou Sandra Hayasaki. Mais informações em <https://www.spo2017.com/>

## MEETING DAY SPDOF

O Algarve foi a região eleita para receber o segundo Meeting Day da Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SPDOF), que reúne nos próximos dias 6 e 7 de outubro na Universidade do Algarve. O programa, que irá centrar atenções na temática Bruxismo e Sono, já tem confirmadas as presenças de oradores como o médico dentista espanhol José Luís de la Hoz, que irá apresentar a palestra 'Bruxismo: estado da arte'. O evento tem início a 6 de outubro com vários workshops pré-meeting. Mais informações em <http://www.spdof.pt/meeting-day-outono-2017/>

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](http://WWW.IFE.PT)

## SIM, DESEJO ASSINAR A SAÚDE ORAL

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

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

## IDENTIFICAÇÃO

Empresa \_\_\_\_\_ Profissão/Cargo \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal / Localidade \_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_

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

## MODO DE PAGAMENTO

- Junto envio cheque/vale do correio n.º \_\_\_\_\_ no valor de \_\_\_\_\_ do Banco/EC \_\_\_\_\_ à ordem da IFE, S.A.
- Junto envio comprovativo da transferência bancária Millennium BCP – IBAN: PT 50 0033 0000 00199867531 05 ou do depósito em conta n.º 00199867531 (Agradecemos que envie o comprovativo do pagamento com o cupão para o fax: 210 033 888 ou email: [assinaturas@ife.pt](mailto: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](mailto:assinaturas@ife.pt). No caso de pagamento por cheque envie-o, para: IFE - Rua Basílio Teles, n.º 35, 1.º D.º, 1070-020 Lisboa, Portugal. Se reside no estrangeiro e pretende ser assinante da 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

SO 115

SAÚDE ORAL

# O QUE DEVO TER EM CONTA QUANDO ABRO UMA CLÍNICA DENTÁRIA?



**DILEN RATANJI**

• Diretor-Geral DentBizz Consulting

O crescimento líquido de Clínicas de Medicina Dentária (CMD) foi de dois dígitos nos últimos anos. Há cerca de quatro anos que venho dizendo que o mercado está saturado e que as CMD têm que se diferenciar cada vez mais pela qualidade de serviço prestado ao paciente. Há uma meia verdade nesta afirmação: se, por um lado, a excelência dos serviços é um factor crítico de sucesso no mercado, por outro o mercado dentário tem vindo a crescer, coadjuvado com o surgimento de novas unidades clínicas todos os anos. Mas há mercado para tantas CMD a nível nacional? Cerca de 60% dos nossos clientes tem crescido em volume de negócios e, em média, apresentam uma taxa de renovação de pacientes (rácio de novos pacientes sobre os pacientes activos) acima dos 25%, o que significa que o mercado tem vindo a crescer de forma efectiva. Haverá uma maior consciencialização das pessoas para os cuidados médico-dentários? Acredito que sim. É legítimo o desejo de um médico dentista em abrir a sua própria clínica, no entanto há factores que devem ser tidos em conta no processo de abertura de uma nova unidade clínica. Cada vez mais, dada a exigência do mercado e do seu nível concorrencial.

A base do processo de abertura de uma nova CMD reside na escolha do local de implantação e, por inerência, a análise e avaliação das CMD concorrentes existentes na zona, assim como dos serviços que prestam.

Que factores deverá considerar para a escolha do local de abertura de uma CMD?

**Acessibilidade:** acessos directos, seja da estrada nacional, da autoestrada ou da estrada principal, facilitam a mobilidade rodoviária. E se for uma zona com menor propensão ao trânsito, tanto melhor;

**Artérias principais:** asseguram “a priori” um grande fluxo de pessoas e veículos (se for de passagem rodoviária) e são muito fáceis de identificar/recomendar a outras pessoas, pois grande parte delas conhece (ou pelo menos tem noção aproximada de onde fica);

**Visibilidade e apelos das instalações:** a CMD tem que estar visível mesmo a vários metros de distância, pois há sempre os incautos ou os mais distraídos que só se apercebem da CMD se estiverem praticamente de frente ao imóvel. A tradicional chapa metálica colocada sobriamente na fachada da CMD e que indica o nome do médico dentista há muito que deixou de ser suficiente... Uma estrutura bem dimensionada, com cores vivas e fachadas largas com boa comunicação estratégica podem marcar a diferença e captar a atenção das pessoas;

**Densidade populacional:** A título de exemplo é preferível estar localizado numa freguesia que tenha 5.000 habitantes e 980 pessoas por cada 1.000 m<sup>2</sup> do que numa freguesia com 8.000 habitantes e 495 pessoas por cada 1.000 m<sup>2</sup>. Não só porque aumenta o fluxo de pacientes por m<sup>2</sup> (baixo nível de dispersão de pessoas), como porque permite que a minha marca e a minha CMD sejam “captados” por mais pessoas, num menor período de tempo e espaço. Obtenha os dados relativos à população residente e densidade populacional através do website do Instituto Nacional de Estatística;

**Fluxo de pessoas e veículos:** quanto maior o fluxo na zona pedonal e rodoviária, maior a probabilidade de

captar pacientes para a CMD;

**Zona habitacional vs zona empresarial:** teoricamente a probabilidade de sucesso aumenta caso a CMD esteja implantada numa zona residencial, embora já tenhamos comprovado situações opostas, ou seja, CMD muito bem-sucedidas em zonas de comércio, bem frequentadas e de muito movimento (regular e não necessariamente sazonal). Interessa que o potencial paciente descubra que existe uma nova CMD e que tenha a curiosidade de realizar uma primeira visita, independentemente de residir próximo ou um pouco mais longe;

**Nível socioeconómico do meio:** foram realizados estudos internacionais que comprovaram que as pessoas com maior capacidade financeira ou que tenham mais qualificações académicas não são necessariamente as melhores pacientes de uma CMD. Um dos motivos principais está relacionado com o facto deste segmento não dispor de tanto tempo para se deslocar regularmente às CMD. Ou seja, não fique “obcecado” com este critério;

**Zona de estacionamento:** um factor (quase) determinante na selecção do local de abertura de uma CMD. Ter um estacionamento garantido “à porta” ou nas redondezas baixa os níveis de stress dos pacientes e aumenta a sua probabilidade de visitas periódicas. Estacionamento grátis ou pago: eis outra questão que devemos ter em consideração;

**Nível de concorrência:** é essencial que se proceda a uma análise rigorosa das CMD que estão presentes no mesmo mercado: serviços e produtos que comercializam, horários, o preço adoptado nos principais serviços, em que local se encontram (incluído acessibilidade e estacionamento), nível de notoriedade na população local, tipo de comunicação e canais utilizados para promover os seus serviços, entre outros.

O autor escreve de acordo com a antiga ortografia

# BEST TALKS

20, 21 E 27 DE SETEMBRO | LISBOA

## FORMADORAS



**ALCINA MONTEIRO**  
FORMADORA NA ÁREA  
DE COMUNICAÇÃO



**ANA PINA**  
CONSULTORA, TALENT DEVELOPER,  
TRAINER & COACH

# MEDIA TRAINING

21 E 22 DE NOVEMBRO | LISBOA

## FORMADORA



**FERNANDA FREITAS**  
JORNALISTA

# O PREÇO E O QUE PENSAM DA SUA CLÍNICA



## VÍTOR BRÁS

- Médico Dentista
- Investigador de NeuroMarketing em Medicina Dentária

A Medicina Dentária, como todo o setor da saúde, é um serviço. Até aqui nada de novo, mas sendo um serviço de saúde é algo complexo e percebido de forma bastante diferente por cada um dos seus utilizadores (pacientes). Define-se qualidade em saúde como a prestação de cuidados eficazes, necessários e adequados, sustentados pelas *guidelines* e *standarts* mais atuais<sup>1</sup>. Mas que influência terá o preço na percepção que os pacientes têm da sua clínica?

Vivemos num mercado competitivo e a área onde uma clínica está inserida influencia as suas estratégias de *pricing*. Um estudo australiano comprovou o fenómeno ao analisar um “ecossistema” de Médicos de Medicina Geral e verificou que quem tem concorrência mais distante apresenta preços mais elevados<sup>2</sup>. Do ponto de vista do utilizador, os Serviços de Saúde são provavelmente os mais complexos por envolverem mais processos cognitivos e afectivos. Oxalá fosse simples como o dos transportes aéreos (por ex.) em que o utilizador apenas quer ir de A a B, as companhias *low-cost* obtêm mais “pontos” de satisfação dos utilizadores porque

fazem o mesmo por menos<sup>3</sup>. No mercado da Medicina Dentária não raras vezes o paciente quer *Premium* pagando *Low-cost*. Mas não é por ter preço mais baixo que se aumenta a satisfação do paciente<sup>4</sup>.

Ensinam-nos que Darwin constatou que “sobrevive o mais forte”, na verdade falta uma importante palavra: Adaptação. Sobrevive o mais forte e mais adaptado. No que toca a preço, uma clínica menos moderna que não disponha de equipamentos e materiais topo de gama não poderá cobrar o mesmo que outra que os tenha, terá que cobrar consoante o valor que apresente. Estas duas clínicas podem até apresentar os mesmos rácios de satisfação dos utilizadores, se a razoabilidade do preço for semelhante. Ou seja: se o preço corresponder ao valor<sup>5</sup>.

Contudo não basta investir numa clínica com os melhores materiais e os *gadgets* mais recentes se não se preocupar com a satisfação do paciente, afinal de contas se o nosso Cristiano Ronaldo fosse antipático será que seria considerado um jogador tão bom como o é? A satisfação do paciente é algo afectivo, ao passo que a qualidade do serviço percebida é um processo cognitivo (e por isso mais complexo). Deve-se ter como objectivo a satisfação do paciente, tentando oferecer a máxima qualidade de acordo com o preço cobrado, sendo que a qualidade afecta mais a satisfação do que a conveniência ou preço.<sup>4</sup>

No dia-a-dia deparamo-nos com variadas publicidades e diferentes estratégias de *pricing* (não paga na primeira consulta, mas as seguintes serão ligeiramente mais caras para equilibrar, coloca aparelho ortodôntico por um valor mínimo, mas terá que fazer manutenções até às suas

bodas de ouro, etc). Mas na Medicina Dentária, que é por muitos tida (ainda) como um luxo dentro da Medicina e não uma necessidade, um preço mais elevado é associado a uma maior qualidade de serviço<sup>6</sup>.

Este artigo parece ser uma justificação do óbvio, mas para quem tem clínica não raras vezes se depara com o dilema da definição da sua estratégia de *pricing* consoante a população utente e a concorrência circundante, e tenta por vezes adoptar estratégias de preço empregues por redes de clínicas maiores afectando negativamente a percepção de qualidade do seu negócio. ●

1. Mosadeghrad, A. M. Healthcare service quality: towards a broad definition. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 26, 203–219 (2013).
2. Gravelle, H., Scott, A., Sivey, P. & Yong, J. Competition, Prices and Quality in the Market for Physician Consultations. *J. Ind. Econ.* 64, 135–169 (2016).
3. Baker, D. M. A. Service Quality and Customer Satisfaction in the Airline Industry: A Comparison between Legacy Airlines and Low-Cost Airlines. *Am. J. Tour. Res. Vol 2 No 1 2013DO - 1011634216837861403317*
4. Pantouvakis, A. & Bouranta, N. Quality and price ? impact on patient satisfaction. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 27, 684–696 (2014).
5. Han, H. & Hyun, S. S. Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tour. Manag.* 46, 20–29 (2015).
6. Whitney, C. W., Milgrom, P., Conrad, D., Fiset, L. & O'Hara, D. The relationship between price of services, quality of care, and patient time costs for general dental practice. *Health Serv. Res.* 31, 773–790 (1997).

# NOITES DA SPEMD



Bial

Pierre Fabre  
ORAL CARE

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



Jorge André Cardoso



João Cerejeira

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

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



Luís Monteiro



Jorge Polónia

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

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



Hélder Oliveira

## CURSOS HANDS ON

FORMAÇÃO  
**SPEMD**  
SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA



Miguel Matos

Irrigação em Endodontia - Ultrassónica Vs Sónica  
26 de setembro - Porto



Morfologia e Escultura de Dentes Anteriores em Resina Composta



23 e 24 de outubro - Lisboa



Joana Garcez



José Gavião

Diagnóstico e instrumentação

26 de outubro - Coimbra



Reconstrução com Poste de Fibra de Vidro em Feixe, Pontes e Coroas Provisórias.



28 de outubro - Porto



Cristiano Alves



Carlos López

Canais curvos e anatomias complicadas

23 de novembro - Lisboa



Mais informações e inscrições online em <http://www.speemd.pt>

Sede Nacional da SPEMD . Lisboa . Rua Prof. Fernando da Fonseca, 10A . Escritório 7 . 1600-618 Lisboa

**NSK**

Visite nosso stand  
PAVILHÃO 5

**fdi**  **MADRID 2017**  
**World Dental Congress**

29 Ago - 1 Set

CREATE IT.

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

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

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