

# SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 118 • JANEIRO/FEVEREIRO 2018 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)

## ESTETICAMENTE SIMPLES



**Implantes**CM  
Cone Morse

Exclusively distributed by

 **INSTRADENT**  
A Straumann Group Brand

*instradent.pt*  
Tel.: 210 134 400  
Email: *info.pt@instradent.com*

Siga-nos em:  
**Neodent Portugal**



 **NEODENT**<sup>®</sup>  
A STRAUMANN GROUP BRAND

# Carteira de xenoenxertos CopiOs®

 **ZIMMER BIOMET**  
Your progress. Our promise.®

Soluções de tratamento regenerativas



Partículas de xenoenxerto CopiOs



Membrana de pericárdio CopiOs



Membrana CopiOs Extend

Os produtos da família de xenoenxertos CopiOs fornecem diversas soluções reabsorvíveis para a regeneração óssea guiada. As partículas de xenoenxerto CopiOs correspondem a um enxerto ósseo osteocondutor não sedimentado que resultam na rápida remodelação em tecido ósseo vital.<sup>1</sup> As membranas de pericárdio CopiOs e as membranas de barreira CopiOs Extend oferecem diferentes características e tempos de reabsorção, proporcionando mais opções de utilização numa variedade de procedimentos.

Para obter mais informações, contacte-nos através do número 800 827 836.

[www.zimmerbiometdental.com](http://www.zimmerbiometdental.com)

<sup>1</sup> Tudor C, Srour S, Thorwarth M, Stockmann P, Neukam FW, Nkenke E, Schlegel KA, Felszeghy E. Bone regeneration in osseous defects - application of particulated human and bovine materials. Oral Surg Oral Med O (2008) 105:430-436.

# SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 118 • JANEIRO/FEVEREIRO 2018 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)



**António Ginjeira**  
**A ENDODONTIA É "UMA ESPECIALIDADE**  
**QUE TEM SIDO MUITO PRETERIDA"**



**Caso Clínico:**  
**REABILITAÇÃO**  
**DA ESTÉTICA GENGIVAL**

**Digital Smile Design**  
**UM VERDADEIRO**  
**'MIND CHANGER'**

**26º Congresso OMD**  
**OS MELHORES MOMENTOS DE UM**  
**EVENTO CADA VEZ MAIS COMPLETO**



## Ficha técnica

SAÚDE ORAL <sup>SO</sup>

**Diretor:** Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)

**Colaboraram nesta edição:**

Ana Albernaz 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



## 2018: O ANO DA MUDANÇA?

Novos projetos, novos cursos em novas áreas e movimentações em grandes empresas. 2018 arrancou a todo o gás e são várias as novidades no setor. Já sabemos que as mudanças nunca são pacíficas e fazem tremer quem prefere manter uma certa rotina. Mas sejamos realistas: as mudanças não só são necessárias, como muitas das vezes benéficas para a saúde das empresas. Nesta edição publicamos uma entrevista com o novo presidente da Sociedade Portuguesa de Endodontologia, fomos conhecer o novo projeto de Filipe Aguilar e revelamos qual o evento internacional que escolheu como palco a cidade de Lisboa.

Como não podia deixar de ser publicamos uma reportagem com os melhores momentos do 26º Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas, que reuniu os profissionais do setor na Altice Arena para um evento que está cada vez mais

completo. Destaque ainda para o dossier que aborda a crescente importância do *Digital Smile Design* no planeamento do sorriso. As novas tecnologias vieram para ficar e são cada vez mais os médicos dentistas que tiram partido de novas ferramentas tecnológicas para oferecerem aos pacientes o que muitos procuram: o sorriso perfeito. Mas será que é possível? E quais os riscos associados? Para descobrir naquela que é a primeira edição do ano. E que tal aproveitar o início do ano para fazer uma reflexão e responder à pergunta: sou um chefe ou sou um líder? Será que há diferenças ou é tudo a mesma coisa? Para responder a esta e outras questões nada como ler o artigo de opinião da pág. 60.

Boas leituras e um excelente ano novo!

Sónia Ramalho



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

**NPC:** 504 700 669

**Órgãos sociais:** IFE 100%

**Country Manager:** Raquel Rebelo

**Diretora Comercial:** Sónia Albuquerque

**Pré-impressão, impressão**

**e acabamento:** Jorge Fernandes, Lda,  
Artes Gráficas

**Tratamento de base de dados**

**e envelopagem:** Mailtec Comunicação SA

**Publicação bimestral**

**Tiragem deste número:** 6.500 exemplares

**Depósito Legal:** 125087/98

ICS 121656/98

**Vendas por assinaturas (6 números):**

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

Revista fundada em 1998 por A. Esteves

Os artigos de opinião apenas veiculam as posições dos seus autores



**CLÍNICA  
FOMOS VISITAR O NOVO  
PROJETO DE JOANA PINHEIRO  
E FILIPE AGUILAR**



**CONGRESSO OMD  
OS MELHORES MOMENTOS  
DE UM EVENTO CADA  
VEZ MAIS COMPLETO**



**DOSSIER  
DIGITAL SMILE DESIGN -  
UM VERDADEIRO  
'MIND CHANGER'**



# Sensodyne Repair & Protect

Os benefícios da tecnologia NovaMin® e fluoreto de sódio numa única formulação

## Com uma escovagem 2 vezes ao dia:

- Cria uma camada reparadora<sup>†</sup> ainda mais dura do tipo hidroxiapatite sobre a dentina exposta<sup>\*1-7</sup>
- Oferece proteção contínua aos seus pacientes com hipersensibilidade dentinária\*\*
  - O alívio da Sensibilidade começa desde a primeira<sup>8</sup> semana, continuando a fazer a diferença na vida dos pacientes ao longo de 6 meses, com uma utilização diária<sup>9</sup>



**Recomende Sensodyne Repair & Protect para ajudar os seus pacientes a viver uma vida mais livre dos impactos provocados pela hipersensibilidade dentinária\*\*.**

Dispositivo médico. Em caso de suspeita de acontecimento adverso contactar o Departamento de Farmacovigilância da GlaxoSmithKline. Telf.: +351 21 412 95 00, †Forma uma camada protectora sobre a área sensível do dente. Escovar duas vezes ao dia para uma proteção contínua. \*vs. Fórmula anteriormente comercializada. \*\* Com uma escovagem duas vezes ao dia. **Referências:** 1. Greenspan DC *et al.* J Clin Dent 2010; 21: 61-65. 2. La Torre G and Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21(3): 72-76. 3. Earl JS *et al.* J Clin Dent 2011; 22(3): 62-67. 4. Parkinson CR *et al.* J Clin Dent 2011; 22(3): 74-81. 5. GSK Data on File, ML498. 6. GSK Data on File, ML584. 7. GSK Data on File, ML589. 8. GSK Data on File, RH01422. 9. GSK Data on File, RH01897. CHPT/CHSENO/0004/16a-Jan 16

# BTI DAY

## “CADA OSSO É UM CASO E NÃO HÁ FÓRMULAS ÚNICAS”

Durante o BTI Day, Eduardo Anitua defendeu que "para reconstituir o maxilar superior tem de se usar seis implantes, nunca quatro". O coordenador científico da BTI declarou que “cada osso é um caso e não há fórmulas únicas”.

Texto: Ana Albernaz Fotos: David Oitavem



O BTI Day, o *main event* da BTI no qual o coordenador científico da empresa, Eduardo Anitua, e a sua equipa apresentam as linhas de investigação atuais e lançam as últimas novidades aconteceu em Portugal, mais concretamente em Lisboa, no dia 2 de dezembro.

Eduardo Anitua começou por salientar que o "tipo de osso é importante na escolha do implante e na seleção da dimensão a aplicar", sendo que “os novos implantes BTI permitem ser implantados em ossos mais estreitos”. O coordenador questionou a plateia sobre “se necessitamos de todo este titânio, dando como exemplo o implante de 3,5mm”. No seu entender, “trocá-lo para um de 1,5mm só traz vantagens porque as tensões diminuem drasticamente”.

Sem medo de polémicas, Eduardo Anitua defendeu que "para reconstituir o maxilar superior tem de se usar seis implantes, nunca quatro. É inquestionável!". Deste modo, afirmou que se “o All-on-4 como marca é excelente, como biomecânica é um desastre! Cada osso é um caso e não há fórmulas únicas”.

O orador indicou ainda que “não é verdade que se tenham sempre perdas



Eduardo Anitua defendeu que para reconstruir o maxilar superior "tem de se usar seis implantes, nunca quatro"





Salvador Gregori

ósseas” e demonstrou com casos práticos que até ganhou osso com uso de biomaterial não absorvível.

### Superfície livre de impurezas

Aintzane Torre, da BTI, abordou durante a sua intervenção a técnica split, explicando posteriormente à SAÚDE ORAL que “é bem conhecida dos cirurgiões orais, porém nem sempre se associa esta técnica aos implantes transacionais. Estes implantes fabricam-se com características distintas dos implantes destinados a restaurações dentárias, já que o seu objetivo é a manutenção de um espaço entre as corticais que se irão regenerar com osso do próprio paciente”.

Por seu turno, Salvador Gregori, também da BTI, pretendeu consciencializar os participantes para a “importância do desenvolvimento de uma superfície de implante livre de impurezas orgânicas e inorgânicas”, de modo a evitar “reabsorção óssea na cortical e ao nível médio e perda do implante a longo prazo”. Neste sentido, explicou também à SAÚDE ORAL que a “superfície UnicCa® da BTI é a primeira superfície na Europa a receber o certificado de pureza pela Fundação CleanImplant”, o que para o orador demonstra que “os nossos processos são adequados para obter os resultados

### BTI DAY NO PORTO EM 2019

O formato do BTI Day foi criado para que o público, de acordo com Ana Galvão, “pudesse aceder a um nível de informação privilegiado, já que todos os palestrantes são peças determinantes da estrutura da BTI, conhecem profundamente estes desenvolvimentos e lidam diariamente com as dificuldades que existem do ponto de vista do utilizador e do mercado. Já que pela BTI passam centenas de profissionais do sector a cada ano, manifestando as suas inquietudes e dificuldades e na busca de soluções, nas quais trabalhamos diariamente de forma translacional”. Esta partilha, como aponta a responsável da BTI Portugal, sendo feita desta forma é “uma oportunidade única de os profissionais poderem trocar ideias e de conhecerem em primeira mão as linhas de investigação em que a BTI está a apostar em cada momento”.

Este evento percorre cada vez mais cidades pelo mundo fora e “Portugal vai certamente manter-se na rota, acompanhando o crescimento gradual e sólido que se vai verificando por parte da BTI, que tem já presença em mais de 25 países”, revelou Ana Galvão, acrescentando que a próxima edição já está programada para se realizar no Porto no início de 2019.

Quanto à edição deste ano, os temas abordados foram “todos de suma importância e atualidade”, apontou a responsável. “Atualizações no tratamento do maxilar atrofico, novos algoritmos para carga imediata, patologia do sono, era digital /CAD-CAM são assuntos amplamente debatidos”, mas que para a responsável “ainda há muito para contar”.

No entanto, a palestra sobre estética, “na qual se lançou uma nova formulação do PRGF Endoret, que consiste num Gel 100% autólogo que pode substituir o ácido hialurónico no preenchimento de rugas foi um dos momentos altos do dia”.

### Tratar de forma individualizada

Ao longo dos anos, a BTI tem procurado “disponibilizar sempre soluções diferenciadas e em consonância com a evolução do sector e especialmente com as necessidades dos pacientes, que são cada vez mais informados e exigentes”. Desta maneira, a empresa tem procurado contribuir para que “cada vez mais os nossos clientes possam tratar os seus pacientes de forma individualizada, adaptando a ele o nosso catálogo e não o inverso”. Ainda de acordo com Ana Galvão, a BTI tem o sistema de implantes “mais versátil do mercado e investe 100% do seu lucro na investigação, o que é um inequívoco sinal de compromisso com a continuidade da marca e da sua qualidade. Prova disso foi também o termos recebido o 1º certificado Clean Implant do mercado, provando que a superfície UnicCa (r) de todos os implantes BTI, para além de superhidrofílica, procoagulante, adesiva e ativadora de plaquetas, osteogénica e antibacteriana, é também... limpa, na mais ampla aceção da palavra”.

clínicos que os pacientes dos nossos clientes merecem”.

Além disso, ainda de acordo com Salvador Gregori, “a superfície UnicCa® é uma modificação química com íons Ca2+, que permite libertá-los quando o implante é inserido no substrato ósseo, de modo a que tenham lugar duas funções-chave na integração dos implantes: por um lado a libertação de fatores de crescimento e, por outro lado, a neoformação de osso”.

### Evitar a peri-implantite

Quanto aos desafios na área da implantologia, para Aintzane Torre passa por “ter implantes com muito pouco ou nenhuma peri-implantite”. Já para Salvador Gregori, o desafio mais importante ao nível da implantologia é conseguir encurtar o tempo de integração do implante no osso”, evitando “processos como o da colonização bacteriana e peri-implantite, que levaria ao fracasso do implante”. ●

# NOITE SPE “AS TRINCAS NÃO TÊM QUALQUER CONEXÃO COM O PREPARO DENTÁRIO”

As trincas ou fissuras “não têm qualquer conexão com o preparo dentário e agora, após utilizarmos o modelo de cadáver para estudá-las, estamos a chegar à conclusão de que talvez não existam na boca”. Quem o diz é Gustavo de Deus. O especialista em endodontia marcou presença na primeira ‘Noite SPE’, organizada pela Sociedade Portuguesa de Endodontologia.

Texto: Carmen Silva Fotos: David Oitavem

O primeiro evento no âmbito da iniciativa ‘Noite SPE’, da responsabilidade da Sociedade Portuguesa de Endodontologia (SPE), realizou-se no dia 20 de janeiro, na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL), e teve ‘casa cheia’. António Ginjeira, eleito recentemente presidente da SPE, prometeu que esta é apenas a primeira de várias iniciativas que a sociedade tem na calha. “O nosso objetivo era testar a vitalidade e a capacidade de mobilização da SPE, proporcionando uma noite de formação com um bom orador - Gustavo de Deus - que é uma pessoa com um pensamento muito lógico, o que é muito bom, sobretudo para os colegas mais novos”, explicou António Ginjeira, à SAÚDE ORAL, acrescentando que “tivemos presentes colegas novos, muitos alunos de pós-graduação e muitos colegas especialistas que vieram de norte a sul do país”.

No total, o evento contou com mais de 70 pessoas. “Nunca esperei ter tanta afluência num sábado à noite”, confidenciou o responsável que, por tudo isto, garantiu estar “muito satisfeito com o resultado” e, em consequência, o balanço que faz do evento é “extremamente positivo”.

## Estudo dos *cracks* radiculares

O tema da primeira ‘Noite SPE’ foi ‘Estudo dos *cracks* radiculares: uma oportunidade de aprendizagem científica’. De acordo

com o presidente da SPE, esta é uma temática “de certa forma controversa, que tem gerado nos últimos anos artigos a defender diferentes pontos de vista”. E, por isso, acaba por ser “um tema bastante atual”.

Quanto ao orador convidado, “Gustavo de Deus é uma pessoa que tem uma série de fatores positivos”, especificou António Ginjeira, apontando em primeiro lugar o facto de “falar em português” e, em

segundo, o de ser “um investigador de topo ao nível mundial e gostar muito do nosso país”. Aliás, não é a primeira vez que o especialista em endodontia vem a Portugal, uma vez que já tinha marcado presença na FMDUL, em 2013.

## Um tema controverso

Gustavo de Deus veio a Portugal falar sobre trincas (*fissuras/cracks*) radiculares. A finalidade era “tentar elucidar os



presentes, ou seja, trazer um olhar mais claro sobre esta questão científica importante que temos na endodontia desde 2009”. Assim sendo, desde esse ano que “o nosso grupo tem vindo a investigar esta questão das trincas e conseguimos resultados inéditos através da utilização de um método inovador”.

As trincas são uma problemática “muito controversa”, especialmente “porque temos uma imaturidade científica”. Dito de forma mais detalhada:

“como área da biomédica temos uma grande imaturidade científica e esta reflete-se em questões como a das trincas”, especificou Gustavo de Deus.

#### “Investigação mais profunda e séria”

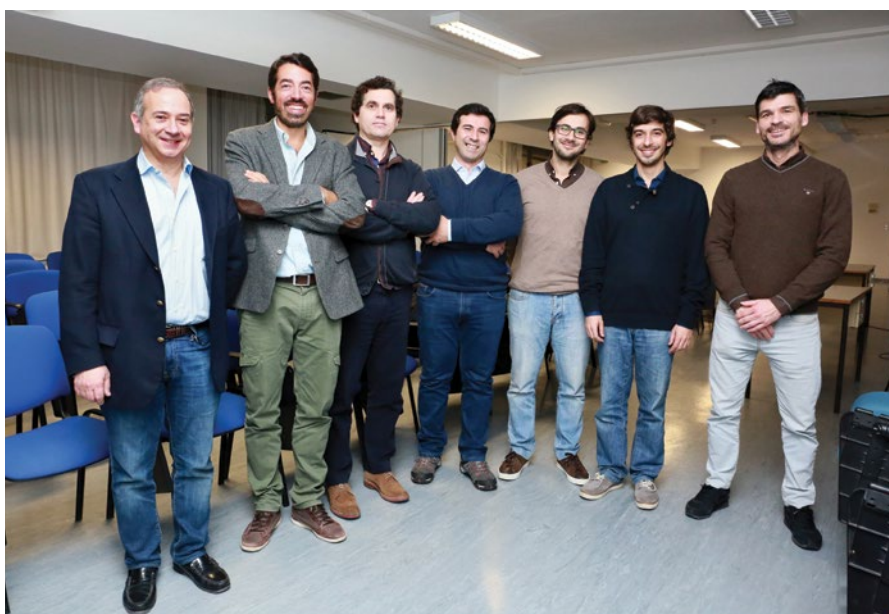
As trincas ou fissuras radiculares começaram a ser estudadas porque “traziam alguma preocupação a um mercado rico, como é o dos instrumentos endodónticos, pois a partir do momento em que dizemos que um instrumento

pode estar a causar um problema, este segmento fica ameaçado”.

Porém, o especialista veio a concluir que “as trincas não têm qualquer conexão com o preparo dentário e agora, após utilizarmos o modelo de cadáver para estudá-las, estamos a chegar à conclusão que talvez não existam na boca e sejam um fenómeno que só aconteça em dentes extraídos”. Outra das conclusões foi que “o método de corte não é capaz de gerar informação confiável sobre a qualidade de um tecido delicado, como é o caso do tecido dentinário”.

Daí que, da perspectiva do especialista, muita da controvérsia que se gerou em torno das trincas é derivada do método utilizado, visto que “usava-se um método em que se tinha de destruir o dente para o analisar”, sendo que “quando destruimos o dente durante o processo, acabamos por incorporar essas trincas”. Neste sentido, para tentar estudar um tecido frágil como é a dentina “temos de utilizar um método não destrutivo”.

Quanto ao futuro, Gustavo de Deus acredita que “é necessário focar-nos numa pesquisa de maior complexidade porque a questão das trincas também ganhou popularidade por ser um tópico relativamente fácil de pesquisar e barato, daí que grupos com poucos recursos para investigar tivessem optado por esta temática, por se usar métodos mais baratos”. Mas “infelizmente isso não providencia as respostas que precisamos para o nosso problema clínico, que é um problema de fraturas. Uma questão tão importante como as fraturas precisa de uma investigação mais profunda e séria”.



António Ginjeira, presidente da SPE, com os restantes elementos da Sociedade



Gonçalo de Deus abordou o tema das fissuras/cracks radiculares



# SOCIETY OF COSMETIC DENTISTRY ESCD FAZ CONGRESSO EM LISBOA EM 2018

A edição de 2018 do Congresso Anual da *European Society of Cosmetic Dentistry* (ESCD), subordinada ao tema 'Soul of Esthetics', vai decorrer em Lisboa. Florin Lazarescu, presidente da ESCD, destaca o papel da tecnologia no desenvolvimento da dentisteria estética.

Texto: Carmen Silva

**Para quem não conhece, o que nos pode dizer sobre a *European Society of Cosmetic Dentistry* (ESCD)?**

Foi fundada há 15 anos, tendo o nosso primeiro evento decorrido em Barcelona. A partir daí já passaram por cidades como Copenhaga, Berlim, Paris, Londres, Zagreb, entre outras. A nossa sociedade tem duas categorias de membros, os normais e os certificados, e a maioria são médicos dentistas, mas também temos uma secção para técnicos dentários. Neste sentido, em cada evento, além de palestras dedicadas aos médicos dentistas, desenvolvemos cursos orientados para os técnicos dentários.

**E o que nos pode adiantar em relação à edição de 2018 do vosso congresso?**

Os nossos congressos são caracterizados por ter grandes grupos de profissionais que vêm de todas as partes do mundo. Este ano, por exemplo, tivemos participantes de 37 países. Para o ano irá realizar-se o nosso 15º Congresso, no final de setembro, entre 20 e 22 de setembro, em Lisboa. Além da componente científica (e já temos uma lista de oradores confirmados), também somos conhecidos por organizar eventos sociais muito interessantes. Mais uma vez virão pessoas de 37 países e é sempre interessante a troca de experiências e poder fazer-se novas amizades. O responsável pela organização do congresso é o Dr. Paulo Monteiro.

**E quais as expectativas em relação ao 15º Congresso?**

Este ano tivemos cerca de 400 participantes. Todas as edições queremos que este número aumente e, por isso, para o ano esperamos chegar aos 500.

**Quais os principais temas que estarão em destaque no evento a realizar-se em Lisboa?**

Vai ser, essencialmente, sobre dentisteria estética, implantes e tecidos moles. Também teremos uma secção destinada a ortodontistas e, neste sentido, vamos ter dois ou três oradores nesta área, assim como a técnicos dentários.

**Da sua perspetiva, como tem evoluído a dentisteria cosmética?**

Penso que a tecnologia tem tido um papel muito importante na dentisteria estética. Falamos, por exemplo, de impressões digitais e da tecnologia CAD-CAM, que está a tornar-se cada vez mais estética e não apenas funcional. Por outro lado, a tecnologia também nos está a ajudar a melhorar a comunicação com o laboratório de próteses dentárias, não apenas em termos de rapidez, mas também ao nível da estética. No próximo ano vamos ter, precisamente, um debate no congresso sobre o analógico versus a tecnologia digital. E vamos ter ainda um estúdio de TV para transmitir, em direto, entrevistas aos oradores durante os intervalos. Deste modo tentamos combinar a ciência com as novas tecnologias na maneira como organizamos o evento, com o objetivo de o tornar ainda mais atrativo para os participantes.

**Quais as principais diferenças entre a dentisteria estética europeia e a americana?**

Penso que é a diferença de perceção do que é a estética entre a Europa e a América. Quando nesta se pensa em estética, são os dentes muito brancos e visíveis e o sorriso muito glamoroso. Já na Europa pode dizer-se que, em contrapartida, os dentes serem naturais e não visíveis é que é estético. Daí que uma das maiores diferenças é realmente ao nível da perceção do que é

estético. Mas atualmente, muito do que é promovido nos meios de comunicação social é-nos pedido pelos pacientes.

**E em termos futuro, o que podemos esperar ao nível da dentisteria?**

Eu diria que a dentisteria digital vai estar cada vez mais presente no nosso dia-a-dia. As impressões digitais, como já disse, fazem cada vez mais parte do nosso quotidiano e a tecnologia CAD-CAM, que é cada vez mais utilizada, será cada vez mais acessível. 📍

## LISTA DE PALESTRANTES CONFIRMADOS

- Mauro Fradeani - Itália
- Ivo Krejci - Suíça
- Nitzan Bichacho - Israel
- Mirela Feraru - Israel
- Marius Steigmann - Alemanha
- Jordi Manauta - Itália
- Louis Hardan - Líbano
- Javier Tapia - Espanha
- Maciej Zarow - Polónia
- Roberto Rossi - Itália
- Gianfranco Politano - Itália
- Gaetano Paolone - Itália
- Juan Arias - Espanha
- Jon Gurrea - Espanha
- Miguel Stanley - Portugal
- Raquel Zita - Portugal
- Nuno Sousa Dias - Portugal
- Ines Barbosa - Portugal
- Joao Fonseca - Portugal
- João Malta Barbosa - Portugal
- João Rua - Portugal
- Pablo Santoro - Argentina
- Sascha Hein - Alemanha
- Giuseppe Romeo - Itália
- Pedro Brito - Portugal
- Simone Maffei - Itália

# I AM CARING

## NEUTRON

**Tecnologia exclusiva que controla as vibrações ultrassónicas para uma perfeita preservação dos dentes.**

- Dureza específica do aço, mais próxima do esmalte.
- Regulação automática da potência e vibrações perfeitamente controladas com o sistema "Cruise Control®".
- Aumento da percepção tátil para o utilizador.



## MAIS DE 80 PONTAS PARA TRATAMENTOS MÚLTIPLOS



Profilaxia



Periodontia



Tratamento de implantes



Endodontia



Cirurgia endodôntica



Odontologia conservadora e restauradora

# CLÍNICA PURE, MEDICINA DENTÁRIA E ENDODONTIA AVANÇADA 400m<sup>2</sup> A ESTREAR

Sempre foi fascinado por microscópios e chegou a trabalhar em 10 clínicas em simultâneo. Dedicou-se em exclusividade à Endodontia e desde finais de 2017 que tem um projeto novo, em parceria com Joana Pinheiro – a Clínica Pure, Medicina Dentária e Endodontia Avançada. Falámos com Filipe Aguilar, que também está à frente da EndoAcademy.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: David Oitavem

O branco impera na recém-inaugurada Clínica Pure – Medicina Dentária e Endodontia Avançada. O branco e o espaço amplo, já que ao todo estamos a falar de 400m<sup>2</sup>, que incluem uma sala de formação. Inaugurada em Dezembro de 2017 junta no mesmo espaço dois médicos dentistas: Joana Pinheiro e Filipe Aguilar, com quem conversámos sobre o novo projeto. “Antes tinha uma clínica só minha, até que a Joana Pinheiro, com quem já tinha trabalhado numa outra clínica, me convidou para

dividir este espaço. Ao todo são quase 400m<sup>2</sup>, que é o quádruplo da minha antiga clínica, que só tinha dois gabinetes. O espaço era limitado e tinha vontade de encontrar um sítio maior”.

#### Fascínio pela microscopia

Fazendo um flashback na carreira de Filipe Aguilar, tudo começou com o desejo de entrar para o curso de Medicina para seguir as pegadas do pai e do avô, ambos oftalmologistas. “Acabei por

entrar em Medicina Dentária e comecei a gostar, tanto que depois já nem ponderei mudar de curso”. Quando terminou a faculdade “fiquei a dar aulas de Histologia, que envolvia muito o trabalho com microscópios. Sempre gostei muito do trabalho de laboratório e no ensino secundário estive mesmo ligado a um grupo de microscopia”. Ficou associado à Histologia durante oito anos, até 2007, até que surgiu a possibilidade de ficar como monitor de Endodontia, a par do trabalho



em várias clínicas.

“Abri o meu pequeno consultório em 2002, sem carteira de clientes, e basicamente trabalhava em outros consultórios para conseguir pagar o meu, onde trabalhava quase em exclusividade em Endodontia, com pacientes referenciados. Cheguei ao ponto de, em 2011, trabalhar em 10 clínicas, sendo que já tinha oito ou nove anos com o meu consultório”. Foi nesta altura que começou a centrar atenções no seu próprio projeto e em 2013 “fiquei sem colaborações, acabei com tudo e fiquei com o meu consultório, que já era na Av. 5 de Outubro, um espaço só meu onde fiquei até 2017, quando me mudei para aqui”.

### Sala de formação

A par do trabalho na clínica, Filipe Aguiar e Miguel Albuquerque Matos formaram a Endoacademy, um projeto que tem vindo a crescer nos últimos anos. “A perspetiva de ter uma sala de formação na nova clínica foi uma das coisas que mais me atraiu porque no meu antigo consultório não tinha muito espaço”, revela Filipe Aguiar. “Estou ligado à Endoacademy e como tal queria ter uma sala de formação. Sempre dei cursos de Endodontia como convidado, até que senti vontade de ter o meu próprio projeto. Foi assim que em Julho de 2012 nasceu a Endoacademy”.

Em Setembro de 2012 arrancaram com o primeiro curso, um em Lisboa e outro no Porto. “Foi uma loucura montar o curso em dois meses, com agosto pelo meio. Mas foi esse contra relógio que foi espetacular”. Optaram pela promoção dos cursos via Facebook, uma estratégia que se revelou completamente acertada. “Os cursos de endodontia viviam num marasmo, havia um monopólio estabelecido e quando assim é há pouca dinâmica. Tornámos o curso mais informal, sem fato e gravata, sem a

figura do senhor doutor. Os nossos cursos são totalmente informais e tentamos que as pessoas cheguem ao fim de uma aula teórica e tenham à vontade para colocar a dúvida mais idiota que possa surgir. Não tem de haver vergonha. Ainda há muito o medo de colocar a dúvida e não tem de ser assim”.

### Uma montra no consultório

Um dos requisitos que Filipe Aguiar fez questão de ter na nova clínica foi a instalação de uma montra de vidro, entre o seu consultório e a sala de formação, e que permite aos alunos verem o paciente na cadeira. “Planeei a estrutura da clínica para ter esta dinâmica e a parede de vidro. Sabia muito bem o que queria e onde colocar as coisas”.

Neste momento, a Endoacademy tem quatro cursos modulares, no Porto e em Lisboa, mas como cada vez mais pessoas estão a apostar no imediato e não têm tempo para fazer o curso em três meses, surgiu a possibilidade de abrir cursos intensivos, de cinco dias. “São cursos que decorrem de sexta a terça-feira para quem quer aprender e não quer estar à espera”. Para 2018 a ideia passa por abrir turmas avançadas “para as pessoas que já fizeram cursos connosco e queriam dar continuidade ao curso modular. Uma Endodontia moderna. São três dias de um curso mais focado para tratamentos de elevado grau de dificuldade, remoção de limas de instrumentos fraturados, tratamento de canais calcificados”.

No novo consultório, Filipe Aguiar tem dois microscópios, um dos quais foi o seu primeiro grande investimento, em 2002. “Na altura entrei no mestrado e comprei-o. Muito pouca gente tinha microscópio em Portugal e na altura distingui-me por isso pois permite fazer tratamentos que de outra forma não eram possível. Hoje em dia já

comprei outro, mas ainda uso o primeiro. Foi um bom investimento e é algo do qual não abdicó”.

O mais recente investimento que fez para aumentar a qualidade de trabalho foi um CBCT, “uma tomografia 3D e que me permite ver o dente tridimensionalmente. Não é uma máquina que se invista e que consigamos retirar rentabilidade imediata, porque são equipamentos caros. Mas a longo prazo a melhoria do trabalho, a possibilidade de mostrar imagens mais atrativas aos nossos referenciadores e aos pacientes faz compensar o investimento. Não me arrependo porque foi um upgrade muito grande na minha forma de trabalhar”.

Planos para 2018? Por estranho que possa parecer, conseguir controlar o crescimento dos projetos. “O meu medo é que comece a ter dois projetos que antigamente eram pequenos e que de repente ganhem vida própria, que os tentáculos comecem a saltar fora do frasco e fujam ao meu controlo. Passo muito tempo na clínica e quando vim para cá fazia questão de poucas coisas: uma sala de formação, a parede de vidro e um chuveiro. Por vezes passamos mais tempo na clínica que na própria casa e queria ter possibilidade de tomar um banho. Quero o mesmo conforto que tenho em casa”.

## ENDOACADEMY 2018

**Curso Modular**  
(3 módulos de dois dias)

**Curso Intensivo**  
(4 dias e meio)

**Curso Avançado Expert.Endo**  
(3 dias)

<https://www.facebook.com/EndoAcademy/>



# ANTÓNIO GINJEIRA, PRESIDENTE DA SPE **A ENDODONTIA “É UMA ESPECIALIDADE QUE TEM SIDO MUITO PRETERIDA”**

António Ginjeira, professor associado com agregação da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) é o novo presidente da Sociedade Portuguesa de Endodontologia (SPE). À SAÚDE ORAL afirmou que se lançou nesta missão porque “havia uma necessidade de renovação e de introduzir novos conceitos e novas maneiras de trabalhar”. A Endodontia precisa de “uma maior visibilidade”, já que “é uma especialidade que tem sido muito preterida”.

Texto: Carmen Silva Fotos: David Oitavem



### Porque decidiu enveredar pela Endodontia?

Para responder a essa pergunta teria de contar a história da minha vida. Mas, de uma maneira resumida, sempre foi uma área de que gostei muito e o professor da minha faculdade era o meu médico dentista quando era estudante. Entretanto, acabei por ser o aluno que fez mais tratamentos durante a licenciatura e passado um ano ou dois, esse professor veio perguntar-me se não queria colaborar na disciplina. Foi assim que acabei por entrar como assistente, em 1987, e nunca mais parei. Ter enveredado pela Endodontia foi, no fundo, uma sucessão de acasos, facilitados pelo facto de gostar da disciplina.

### E porque decidiu concorrer à direção da Sociedade Portuguesa de Endodontologia?

Estou ligado à SPE desde 1988, tendo assumido uma série de funções. Já tinha sido presidente em duas ocasiões, fui secretário durante vários anos e ainda vice-presidente da região Sul. Agora achei que havia uma necessidade de renovação e de introduzir novos conceitos e novas maneiras de trabalhar e então reuni um grupo de colegas que estava bastante motivado para trabalhar nesse sentido. Concorremos, ganhámos a eleição para a direção e temos estado a desenvolver trabalho de acordo com o previsto.

### Então ao longo destes anos manteve-se sempre ligado, de alguma maneira, à SPE...

Sim, mantive-me sempre ligado à Sociedade. Fui o representante de Portugal na Sociedade Europeia de Endodontologia e agora sou novamente e faço parte de um dos seus comités. Sou também representante do nosso país na Federação Internacional de Endodontia e, em 2013, fui presidente do congresso europeu, que foi em Lisboa. Tenho estado sempre ligado à atividade da SPE e à sua projeção em termos internacionais.

### Falou na necessidade de renovar e de introduzir novos conceitos e novas formas de trabalhar. Na prática

**"Eu e o Pedro Cruz introduzimos o microscópio em Portugal em 1995 e, daí para cá, notou-se um crescendo na utilização das novas tecnologias e de novas técnicas, o que se traduz num melhor resultado dos tratamentos e num melhor prognóstico, assim como numa melhor previsibilidade".**

#### estamos a falar exatamente de quê?

A nossa ideia é promover uma maior divulgação da Endodontia, ou seja, dar-lhe uma maior visibilidade porque achamos que é uma especialidade que tem sido muito preterida em relação às outras. E acreditamos que lhe deve ser dado o destaque que merece. Um endodontista é um especialista em salvar dentes e não em 'despachar' dentes e colocar outras coisas. Por isso temos uma perspetiva muito conservadora, nomeadamente em termos biológicos. E achamos que isto deve ser transmitido para fora e não só entre nós.

#### E por que motivo acredita que a endodontia tem sido uma especialidade preterida?

Em parte porque há pouca divulgação das várias potencialidades da disciplina. Presentemente utilizamos técnicas atuais e é isso que temos de expor mais. Demonstrar que com as novas tecnologias e as novas técnicas que estão ao nosso dispor conseguimos resultados muito melhores do que aqueles que se conseguia há 30 anos. Eu e o Pedro Cruz introduzimos o microscópio em

Portugal em 1995 e, daí para cá, notou-se um crescendo na utilização das novas tecnologias e de novas técnicas, o que se traduz num melhor resultado dos tratamentos e num melhor prognóstico, assim como numa melhor previsibilidade. É preciso transmitir isso para o exterior e é nisso que temos de apostar. A nossa ideia é dar mais visibilidade à Endodontia, criando mais eventos virados para 'fora' e não só para 'dentro'.

#### Recentemente aconteceu a primeira 'Noite SPE'. Têm já outros eventos em vista?

A 'Noite SPE' que aconteceu a 20 de janeiro foi a primeira. Sempre fizemos alguns encontros de endodontia, mas eram realmente muito virados para dentro. Agora vamos tentar chamar pessoas de outras áreas para as nossas iniciativas, daí que o nosso objetivo é fazer mais encontros anualmente, distribuídos por diversos pontos do país e eventualmente fazer um congresso anual da SPE.

#### E quais vão ser os vossos desafios?

Além do referido, vamos ainda tentar trazer para Portugal alguns congressos internacionais e é nisso que tenho estado a trabalhar com mais afinco. Há alguns congressos que creio que será benéfico trazer, não apenas para o país em si, mas para a Endodontia e para a Medicina Dentária em geral. Por outro lado também queremos tentar dar a conhecer ao público o tipo de tratamentos que fazemos e que tornam possível preservar os dentes.

#### E como está o estado da arte da Endodontia em Portugal?

Penso que não está mal. Temos neste momento na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL), que iniciámos em 2010, uma pós-graduação a tempo integral e em 2016 iniciámos uma pós-graduação em língua inglesa para os estudantes internacionais. E creio que isto tem acontecido noutras faculdades, ou seja, têm sido criadas pós-graduações nesta área e isto eleva o nível geral da





Endodontia em Portugal. Por outro lado também tem crescido a utilização de novas tecnologias e de novas técnicas. Daí que temos melhorado muito e neste momento estamos com um bom nível geral no que toca à Endodontia.

**E há investigação nesta área?**

Sim, há alguma investigação na área da Endodontia. Estamos limitados pelas possibilidades do país e nos últimos tempos a Fundação para a Ciência e Tecnologia não tem sido muito generosa no seu suporte à investigação. Mas de qualquer maneira temos conseguido fazê-la em parceria com outras universidades. Quase todas elas vão fazendo alguma investigação. Não é de ponta, porque essa é muito cara, mas é uma investigação mais aplicada. Temos mesmo tido vários artigos publicados em revistas de renome internacional e com fator de impacto importante. E, além disso, temos oradores nacionais a falar em fóruns internacionais.

**Olhando para trás, para os últimos anos, o que na sua opinião veio revolucionar a prática da Endodontia?**

Desde os meus tempos de estudante, e terminei o curso em 1985, creio que os aspetos mais marcantes foram a introdução das técnicas microcirúrgicas, a par com a introdução dos instrumentos em níquel-titânio e da instrumentação mecanizada.

**E quanto ao futuro, o que podemos esperar?**

Haverá desenvolvimentos ao nível da tecnologia, mas também na biologia vão surgir novidades, nomeadamente a utilização de células estaminais e técnicas regenerativas. Há muitos centros de investigação que estão a trabalhar nisto, por isso será uma questão de tempo até serem aplicadas. Aliás, em Portugal também se está a trabalhar nestas áreas, sendo que já estive em júris

de algumas teses de doutoramento que focavam estes aspetos.

**Olhando ainda para o presente e para o futuro a médio/longo prazo, como vê a questão do excesso de número de médicos dentistas em Portugal?**

É um problema grave pois temos, de facto, um número excessivo destes profissionais em Portugal. E é um problema que já existe há muitos anos e para o qual se alertou as entidades. Creio que a emigração não é solução e uma das saídas pode ser a especialização das pessoas em diversas áreas, pois isso permite-lhes trabalhar em equipa e, portanto, melhorar o seu desempenho, as suas capacidades e a sua empregabilidade. Julgo que, por isso, vai haver cada vez mais interesse dos médicos dentistas em especializarem-se nas áreas que mais lhes agradam. E no futuro, mais ou menos próximo, vejo a Endodontia e as outras especialidades a ganharem mais profissionais à conta disto. 🌟

# 26º CONGRESSO OMD OS MELHORES MOMENTOS DE UM EVENTO CADA VEZ MAIS COMPLETO

Uma das temáticas inovadoras apresentadas durante o 26º Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas abordou as emergências médicas e urgências loco-regionais na consulta dentária, sendo que qualquer uma destas situações pode ser “provavelmente evitada se tivermos uma boa história clínica do doente (e atualizada)”. Dois dias intensos, onde foram ainda abordados temas variados nas múltiplas áreas da Medicina Dentária.

Texto: Carmen Silva com Sónia Ramalho Fotos: David Oitavem

Mais uma vez, o Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas não desiludiu, especialmente no que diz respeito ao nível da qualidade do programa científico, que contou com oradores nacionais e internacionais. Durante o evento, que decorreu de 16 a 18 de novembro no Altice Arena, em Lisboa, foram abordadas temáticas variadas nas múltiplas áreas de intervenção da medicina dentária. Foram, igualmente, ministrados um curso de cirurgia ortognática, três *hands-on* e um curso para assistentes dentários.

Já no âmbito dos temas socioprofissionais destacaram-se as sessões dedicadas à responsabilidade social em medicina dentária, o fórum do Conselho Deontológico e de Disciplina sobre dano corporal para a medicina dentária e o habitual encontro da Associação Dentária Lusófona. O 26º Congresso da OMD decorreu em paralelo com a Expo-Dentária, a maior edição de sempre e que contou com a presença de 111 empresas, nacionais e internacionais.

## Ministro da Economia inaugura Expo-Dentária

Coube ao ministro da Economia, Manuel Caldeira Cabral, a inauguração da Expo-Dentária, a maior feira de saúde oral da Península Ibérica. Orlando Monteiro da Silva, bastonário da OMD, destacou a presença de Manuel Caldeira Cabral na inauguração daquela que é a “grande montra de equipamentos, dispositivos e

novas tecnologias que é a Expo-Dentária”.

Durante o seu discurso na cerimónia oficial de abertura do Congresso da OMD, Orlando Monteiro da Silva centrou a sua atenção na apresentação em três pilares de atuação da OMD – Formação de recursos humanos, Empregabilidade e Acessibilidade da população aos cuidados de saúde oral – e como tal divulgou a todos os presentes alguns dos números do 3º Barómetro da saúde oral 2017 – que visou analisar qual a perceção dos portugueses em termos de cuidados de saúde oral. Dos resultados alcançados podemos concluir que os portugueses aparentam ter bons hábitos de higiene oral, nomeadamente

no que diz respeito à escovagem de dentes. Apesar disso regista-se uma falta de dentes naturais e não existem rotinas de visitas ao médico dentista. Só 32,4% dos portugueses têm a dentição completa, o que significa que 68% da população portuguesa tem falta de dentes naturais, sendo que 6,2% têm todos os dentes em falta. Nos portugueses com falta de dentes naturais apenas 42,6% têm dentes de substituição. Nos hábitos de visita ao médico dentista, 27% dos portugueses nunca o fazem ou só fazem em urgência. Apesar disso, os portugueses estão a ir mais ao dentista, nos últimos 12 meses registou-se um aumento de 5,4 pontos percentuais, contudo a fatia dos



A cerimónia oficial da inauguração da Expo-Dentária, que contou com a presença do ministro da Economia, Manuel Caldeira Cabral

que não vão ao dentista há mais de um ano ainda é de 41,3%.

Entre as razões que levam os portugueses a procurar o médico dentista, 41,6% refere a dor de dentes. Mais de metade dos portugueses marca consulta para check-up pelo menos uma vez por ano.

No geral, os portugueses estão satisfeitos com o seu médico dentista e quando assim não é a razão pelo descontentamento é o preço e resultado dos tratamentos. A recomendação de familiares ou amigos é fundamental para escolha do médico dentista e quanto à fidelização a maioria dos portugueses mantém-se fiel ao seu médico dentista, sendo que 48% nunca mudou e apenas 26,5% considera essa hipótese em caso de necessidade. A maioria dos portugueses valoriza mais o profissional do que as instalações da clínica e a confiança é o atributo mais valorizado.

Orlando Monteiro da Silva também homenageou Francisco George, ex-diretor geral da Saúde, pelo empenho e dedicação à Direção-Geral da Saúde, com destaque no início da cerimónia oficial de abertura para a homenagem ao médico dentista João Carvalho, falecido este ano e que deixou a medicina dentária mais pobre.

### Um mau dia

Como se salientava na mensagem de boas vindas das comissões científica

## HENRY SCHEIN APRESENTA NOVIDADES DO PRÓXIMO ANO NA EXPO-DENTÁRIA

A Henry Schein Portugal marcou presença no Congresso da OMD com um stand na Expo-Dentária. Na edição deste ano, a empresa apresentou todas as novidades que irá introduzir no mercado ao longo de 2018, com destaque para a Henry Schein ConnectDigital. “Uma inovação criada para ajudar os profissionais a entrar ou expandir-se confortavelmente no mundo da odontologia digital, não apenas observando a tecnologia individual e os produtos disponíveis atualmente no mercado, mas descobrindo como estas soluções se podem integrar melhor na clínica ou no laboratório e vendo como podem melhorar a atenção que dão aos pacientes”.

A Henry Schein Portugal aproveitou o evento para anunciar que a Infomed, empresa de *software* de saúde do grupo Henry Schein, vai lançar o seu software de clínicas na língua portuguesa. De acordo com Santiago Solá, Diretor da Infomed, “hoje em dia é uma ferramenta-chave para a gestão ótima da clínica e também do paciente.” Segundo Juan M. Molina, Diretor Geral da Henry Schein Espanha e Portugal, “é com prazer e satisfação podemos apresentar todas estas novidades este ano, neste evento tão importante para o setor como é a Expo-Dentária, e deste modo ajudar os profissionais de clínicas e laboratórios a desenvolverem os seus projetos com êxito para oferecerem ao paciente uma atenção de qualidade, ponto central absoluto de todo o processo”.

e organizadora, uma das “temáticas inovadoras” em discussão no congresso foram as urgências clínicas. O tema ‘Um mau dia no Consultório - Como prevenir e resolver as emergências médicas e urgências loco-regionais na consulta dentária’ foi da responsabilidade de António Mano Azul, professor associado de Medicina e Cirurgia Oral do Instituto Europeu de Oncologia, e de Filipe Freitas,

vice-presidente da Academia Portuguesa de Medicina Oral (APMO).

Filipe Freitas explicou à SAÚDE ORAL que “nesta conferência procurámos abordar as principais situações de emergência médica e de urgência loco-regional que podem surgir numa consulta dentária”, ou seja, “estamos a falar, por exemplo, de alterações sistémicas que colocam em risco a vida dos doentes (como o choque anafilático), de complicações cirúrgicas (como a hemorragia excessiva) ou de problemas que podem envolver os profissionais da equipa de saúde oral (como os acidentes com material microbiologicamente contaminado)”.

Deste modo, para António Mano Azul, um mau dia no consultório é aquele em que, “sem esperarmos, acontece uma situação de urgência com um dos nossos doentes ou até com um membro do *staff* e que leva a uma alteração completa das nossas rotinas. Este mau dia pode agravar-se se a situação for de modo a colocar em risco a vida de alguém”. Ainda à SAÚDE ORAL, o palestrante indicou que “todos nós já tivemos diversas vezes a situação mais frequente descrita em todo o mundo, que são as síncope vasovagais (o doente que perde a consciência ou fica perto



Orlando Monteiro da Silva durante a cerimónia de abertura do 26º Congresso

## COROAS METALO-CERÂMICAS - “AINDA O ‘GOLD STANDARD’”

Luís Redinha, *Fellow do International Team for Implantology (ITI)*, abordou o tema ‘Prótese fixa convencional de recobrimento total’. Tendo em conta que a prótese fixa como pilar fundamental na reabilitação oral é uma técnica relativamente recente, cujos avanços significativos têm início nos anos 60 do século passado e que se mantêm em constante evolução, tanto nos materiais como nas técnicas utilizadas. “Esta evolução é muitas vezes fruto de condicionantes, de certa forma, alheias aos aspetos técnicos propriamente ditos, sendo por vezes ditadas por critérios de ‘moda’ ou pressão social, sejam estas de pendor estético cultural ou de ‘saúde’ (*metal-free dentistry*, por exemplo)”, referiu o orador.

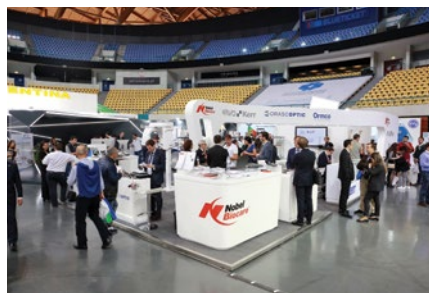
No entanto, para Luís Redinha, “o médico dentista tem por obrigação deontológica conhecer a fundo as características, indicações, contraindicações, taxas de sucesso e de sobrevivência de todas as opções restauradoras existentes, de forma a poder proporcionar ao paciente a informação suficiente para a decisão final sobre o tipo de tratamento a efetuar, no âmbito das boas práticas do consentimento informado”. Deste modo, como explicou à SAÚDE ORAL, a sua apresentação “foi ao encontro do desafio lançado pelo Dr. João Desport para que pudéssemos, de forma sustentada, debater o ‘estado da arte’ no que concerne às opções reabilitadoras disponíveis na nossa prática clínica”.

Assim sendo, por exemplo, as coroas metalo-cerâmicas “desde que realizadas em metal precioso ou semi-precioso, são ainda o ‘gold standard’ contra o qual todos os novos sistemas cerâmicos são aferidos em termos de taxas de sucesso de longo prazo”, sublinhou Luís Redinha, acrescentando que “as opções totalmente cerâmicas têm tido um desenvolvimento extraordinário na última década, mas em algumas situações de reabilitação apresentam ainda limitações que podem condicionar o sucesso imediato e de longo prazo”. Não obstante, o médico dentista acredita que “seja provável que com o aperfeiçoamento dos materiais cerâmicos monolíticos essa diferença se esbata”. Sintetizando, “é mandatório que os médicos dentistas tenham o conhecimento técnico suficiente para poder diagnosticar as características mecânicas e estéticas de cada dente a restaurar, saibam avaliar as indicações e contraindicações de cada sistema cerâmico assim como os protocolos a utilizar para a sua execução e conheçam as taxas de sucesso de cada opção possível, pois só assim podemos maximizar as nossas restaurações do ponto de vista funcional e estético”.

disso depois de uma anestesia local ou de um tratamento, geralmente, cirúrgico), ou crises hipertensivas, ou falando de situações dentárias, por exemplo uma parestesia facial temporária (mas que preocupa o doente) por injeção de



anestésico na zona da parótida, numa anestesia troncular”. Qualquer uma destas situações, de acordo com o médico estomatologista, pode ser “provavelmente evitada se tivermos uma boa história clínica do doente (e atualizada) que nos



mostre que, por exemplo, para a crise vasovagal é um doente ansioso e que refere que desmaia quando vai tirar sangue”.

Num doente destes “se fizermos a anestesia (e até por vezes todo o tratamento) em posição de Trendelenburg (cabeça mais baixa do que as pernas), o desmaio nunca ocorre”.

Já uma crise hipertensiva evita-se, de acordo com o médico estomatologista, “medindo a pressão arterial a um doente que é hipertenso antes dos tratamentos”. E uma anestesia do facial “evita-se fazendo a anestesia troncular cuidadosamente em direção oposta à da parótida ou fazendo anestesia infiltrativa em vez de anestesia loco-regional”.

Em termos de emergência médica, “a paragem cardiorrespiratória é claramente a mais dramática porque se não se iniciar o processo de RCP imediatamente seguido do suporte avançado de vida o doente morre (e se for uma criança morre muito depressa privada de oxigénio)”, alerta o médico estomatologista. Já no relativo às urgências loco-regionais, estas são “geralmente mais controláveis e com mais tempo para se resolverem sem entrar em stress generalizado no consultório”. No entanto, “uma hemorragia arterial a partir do pavimento da boca (sublingual) na sequência de uma cirurgia com descolamento desta zona para, por exemplo, colocação de implantes mandibulares (coisa que se faz diariamente em centenas de consultórios) é uma situação que exige alguma destreza e experiência cirúrgica para laquear os vasos sangrantes, pois se isso não for feito com alguma rapidez o doente pode perder até 400 cc de sangue em cada 30 minutos (é o que mostram alguns estudos publicados) ou pode ficar com um hematoma da região que leva ao bloqueio das vias aéreas e à necessidade de uma traqueostomia de urgência”.

### Lei obsoleta

Filipe Freitas acredita que, de um modo geral, os médicos dentistas portugueses estão preparados para lidar com estas eventualidades. “Ao que julgo saber, estes temas são abordados na generalidade das Faculdades de Medicina Dentária



86ª Edição

22-23-24 Março 2018

# Pós-graduação

Em Ortodontia Funcional, Aparelhos Fixos e Auto-ligáveis

**TÉCNICA CERVERA**

Soluções Ortodontia: do tratamento clássico ao 3D individualizado



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)

do nosso país. Além disso, instituições como a OMD ou a Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD) têm apostado em formações sobre suporte básico e avançado de vida”. Desta maneira, o médico dentista crê que os profissionais de medicina dentária “terão a formação necessária”. Por outro lado, receia que “a maioria dos colegas não tem ao seu dispor o material e equipamento adequados para resolver situações de emergência médica. O melhor exemplo será talvez o desfibrilhador automático externo (DAE), inexistente na esmagadora maioria dos consultórios e clínicas dentárias, e que pode ser fundamental para reverter uma paragem cardiopulmonar”.

A respeito da utilização deste equipamento, António Mano Azul alertou que “a lei é obsoleta porque exige que a utilização dos DAE seja supervisionada por um médico e não um qualquer, deve ser um intensivista ou um cardiologista. Ora a ideia destes aparelhos e da sua colocação em centros comerciais, à porta dos supermercados, em ruas movimentadas, em eventos de multidão, etc... é precisamente serem usados por pessoas normais. A embalagem de vários destes equipamentos tem a menção: é tão fácil como 1,2,3 e os 3 bonecos de como usar o aparelho. Depois disso é o aparelho que decide se o doente/a vítima precisa ou não de ser desfibrilhado”.

### **Retalho avançado múltiplo coronário**

De um mau dia no consultório à periodontologia, hoje em dia podem ser usadas várias técnicas cirúrgicas que produzem bons resultados, tanto no recobrimento radicular como na melhoria estética. Contudo, para Massimo de Sanctis, chefe do departamento de Periodontologia Higiene Bucal e Odontologia Preventiva da Universidade Vita-Salute San Raffaele, Milão, “obviamente que uma técnica ideal deve poder resolver cirurgicamente o problema de todo um quadrante ou de um arco inteiro, num único tempo cirúrgico”.

Assim sendo, segundo o médico dentista, o retalho avançado múltiplo coronário “tem provado a sua eficácia, produzindo resultados estáveis no tratamento de múltiplas recessões gengivais que afetam

## **OMD ENTREGA DIPLOMAS DE ESPECIALIDADE A 250 MÉDICOS DENTISTAS**

A Ordem dos Médicos Dentistas entregou, durante o 26º Congresso, um total de 250 títulos de especialidade a médicos dentistas nas áreas de Ortodontia, Cirurgia Oral, Periodontologia e Odontopediatria. De acordo com a OMD, “os diplomas de ortodontia foram atribuídos ao abrigo do processo anual de candidatura”. Orlando Monteiro da Silva, bastonário da OMD, sublinhou durante a cerimónia que “a experiência de outras realidades do mundo, onde há especialidades credivelmente implementadas, é de melhoria da qualidade de prestação de serviços, da formação contínua, da qualificação dos profissionais, do aumento generalizado da procura de cuidados de medicina dentária e da literacia da população, que a todos, profissionais e público em geral beneficia”. Em Portugal, a OMD é a entidade responsável pela atribuição do título de médico dentista e de médico dentista especialista, uma missão que, de acordo com a OMD, não afeta “as competências do médico dentista definidas fundamentalmente no seu Estatuto e Diretivas da União Europeia”. Além disso, a OMD refere que as especialidades por si criadas “não constituem assim profissões ou subprofissões, nem têm atos próprios exclusivos”. “Aos médicos dentistas a quem a Ordem atribui o título de especialista em determinada área é reconhecida publicamente a formação e capacidade específica em termos profissionais na respetiva área de especialidade bem como o uso do respetivo título”.



os dentes na zona estética”, sendo que “estes resultados bem-sucedidos na cobertura radicular podem ser alcançados independentemente do número de recessões tratadas simultaneamente durante a intervenção cirúrgica”. No entanto, alertou que com o retalho avançado múltiplo coronário “para obter resultados previsíveis, necessita de uma quantidade mínima de tecido queratinizado”. Durante a apresentação de Massimo de Sanctis foi ainda discutido

o uso seletivo de enxerto de tecido conjuntivo para superar esse problema, aumentando a previsibilidade e o resultado estético.

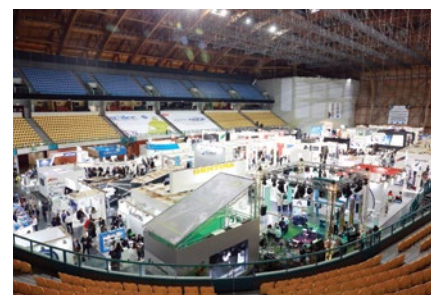
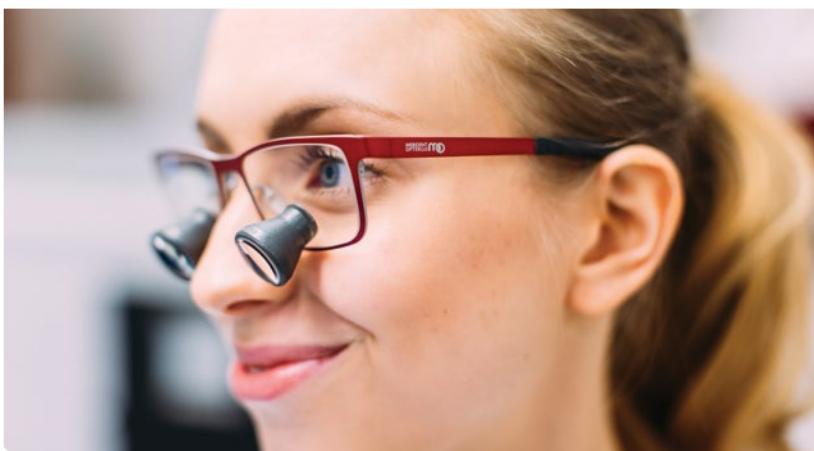
### **Implantes imediato**

No campo da implantologia, Matteo Chiapasco, professor e chefe da Unidade de Cirurgia Oral - Departamento de Ciências Biomédicas, Cirúrgicas e Dentárias, da Universidade de Milão, falou sobre “Técnicas regenerativas construtivas

## MEDSUPPORT E PONTO MÉDICO UNEM-SE PARA COMERCIALIZAR LUPAS ERGONÔMICAS MERIDENTOPTERGO

Durante o 26º Congresso OMD, a Ponto Médico apresentou no stand MedSUPPORT/Ponto Médico as lupas ergonômicas MeridentOptergo disponíveis para teste e encomenda.

A novidade foi possível graças à junção com a Ponto Médico para comercializarem aquela que é uma das tendências na medicina dentária. Estas soluções de magnificação têm como objetivo aumentar a acuidade visual do médico dentista e corrigir a sua postura de trabalho. No caso das lupas da marca MeridentOptergo, as soluções são personalizadas, sendo produzidas de acordo com a anatomia do médico e com a distância de trabalho pretendida. Algo que salta à vista é a leveza de qualquer uma das soluções devido à utilização de titânio e magnésio, sendo das lupas mais leves do mercado, o que permite não fletir o pescoço e evitar assim tensão muscular na zona cervical.



carga, são muito importantes para manter uma estética adequada no equilíbrio entre o *pink and white aesthetic score*”.

A colocação de implantes imediatos deve ser, todavia, evitada “em alvéolos tipo 2, 3 e 4; pacientes comprometidos periodontalmente; histórico de processos apicais ativos e que comprometam paredes alveolares, biótipos gengivais finos; situações em que comprometem a melhor posição 3D do implante; falta estabilidade primária”. Nessas situações, de acordo com Dárcio Fonseca, será melhor “optar por implantes não imediatos (*early ou delayed implants*) de acordo com a situação em causa, associados a técnicas RTG e ROG”.

Embora as restrições à colocação imediata de implantes sejam cada vez menores e a evidência científica a valide como uma alternativa a considerar, foram várias as soluções que surgiram para minimizar as dificuldades da sua execução, aumentando a sua previsibilidade, nomeadamente “implantes com uma macrogeometria adequada para pós exo, meios mais adequados de medição da estabilidade primária e secundária (ISQ), cirurgia guiada”. O médico dentista destacou ainda duas técnicas relativamente novas “que estão a revolucionar o paradigma de tratamento dos implantes imediatos: alvéolos tipo 1- *Socket Shield* e alvéolos tipo 2 e 3- *IDR (immediate alveolar restoration)*”.

dos defeitos ósseos em pacientes com implantes’. Neste sentido, indicou que a “diminuição do volume ósseo das cristas alveolares desdentadas pode interferir no resultado final, estético e funcional, da reabilitação implanto-suportada”.

Ao longo dos anos foram propostas soluções diferentes para aumentar o osso e os tecidos moles circundantes, permitindo um tratamento adequado com implantes e respetiva reabilitação protética. Durante a sua palestra, o médico dentista apresentou protocolos racionais em procedimentos avançados de reconstrução com implantes, destacando as vantagens e as desvantagens de cada técnica tais como: regeneração óssea guiada, enxertos ósseos e procedimentos de aumento de tecidos moles.

Ainda na área da implantologia, Dárcio Fonseca, *Fellow in Implant Dentistry* pela Universidade de Miami, apresentou o

tema ‘Implantes Imediatos’. À SAÚDE ORAL explicou quando se deve colocar um implante após uma extração: “sempre que se queira preservar a arquitetura gengival na zona estética, quando temos um alvéolo do tipo 1, quando não temos processos apicais ativos e não haja fenestração vestibular, quando os pacientes periodontais estão controlados ou em pacientes sem doença periodontal; biótipo gengival grosso; estabilidade primária e ISQ adequado”.

O médico dentista adiantou ainda que “sabemos que a associação de implantes imediatos na perfeita posição 3D, enxertos tecidulares e ósseos do gap entre o osso e o implante apesar de não prevenirem por completo a reabsorção da parede vestibular, se associados a provisórios imediatos ou a algum tipo de provisório personalizado, mesmo sem função de

# EXPODENTAL A MAIS RECENTE TECNOLOGIA PARA A SAÚDE BUCAL E DENTÁRIA EM MADRID

A Expodental regista um novo recorde de superfície de exposição, ocupando 21.470 m<sup>2</sup>, nos pavilhões 3, 5 e 7 da Feria de Madrid, o que representa um aumento de 10,9%. Uma edição chave para o profissional que quer estar na vanguarda da transformação tecnológica, que está a decorrer no setor dentário e que mudará a forma de trabalho nos próximos anos.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Expodental

A par do desenvolvimento tecnológico que favorece a inovação e o avanço da indústria dentária, a próxima edição da Expodental, Salão Internacional de Equipamentos, Produtos e Serviços Dentários, celebrará uma das suas edições mais completas, na qual apresentará a mais recente tecnologia e equipamento dentário, próteses, implantes e ortodontia, bem como serviços e soluções de um setor em constante evolução e que aposta fortemente num futuro digital.

Uma edição estratégica que terá como protagonista a transformação tecnológica que está a ocorrer no setor dentário, o que a torna um certame obrigatório para todos os profissionais do universo da saúde bucal e dentária, que precisam de estar atualizados e conhecer as novas técnicas e materiais que vão mudar a forma de trabalho dos próximos anos.

A Feira, organizada pela IFEMA em colaboração com a Federação Espanhola de Empresas de Tecnologia Sanitária, FENIN, irá decorrer nos pavilhões 3, 5 e 7 do recinto de exposições, Feria de Madrid (de quinta a sábado), volta a bater recordes de ocupação, com uma superfície de 21.470 m<sup>2</sup>, o que supõe um aumento de 10,9% em relação à edição anterior, e uma maior oferta de produtos e tecnologias para um melhor desenvolvimento da atividade profissional com os mais recentes instrumentos, técnicas, tratamentos, programas de gestão, mobiliário clínico, etc.

Nesta mesma linha de objetivos, aumentou também o capítulo internacional, com a participação de 77 empresas de 11 países, que representam 16% mais do que em 2016, e um aumento de 14,9% na superfície de exposição. Por outro lado, entre as novidades

há a destacar o design realizado pela arquiteta, Romina Barbieri, nas áreas de descanso dos pavilhões da Expodental, para mostrar, com um formato de exposição, uma proposta de materiais arquitetónicos específicos para clínicas dentárias e laboratórios. Trata-se de um

suporte de informação que completa a oferta da Feira, com soluções distintas de pavimentos, revestimentos de paredes, iluminação técnica, rótulos, ou mobiliário decorativo, aparelhos, tanto para clínicas novas como para clínicas que vão efetuar renovações e remodelações. ●



## SETORES ENVOLVIDOS

- Equipamento e mobiliário clínico
- Equipamento e mobiliário de próteses
- Consumo e instrumental de clínica
- Consumo e instrumental de próteses
- Implantologia
- Ortodontia
- Serviços e informática
- Formação

**Quando:** 15 a 17 de março de 2018

**Horário:** 10h00 às 20h00 /  
Último dia até às 18h00

## ESPAÇO DE EXPOSIÇÃO

**2016**  
Pavilhões 3, 5 e 7 – 17,782m<sup>2</sup>

**2018**  
Pavilhões 3, 5 e 7 – 21.470m<sup>2</sup>

# OrisDent evo

Aumenta a rentabilidade da sua Clínica Dentária.

OrisDent evo controla-lhe **todas as atividades da clínica e questões administrativas.**

**Analise os seus dados**, defina os objetivos e melhore os seus resultados, dia para dia.

**Aumente a satisfação e a confiança dos seus pacientes** ao longo do tempo.



## OrisEduco 3

Centenas de animações para explicar os tratamentos

## OrisCeph CE 1370

Software para análise cefalométrica

## OrisLab X3

Gestão do Laboratório de Prótese Dentária

**Contacte-nos e descubra as promoções que temos para si!**

Tel. 215999378  
info@orisline.com  
www.orisline.pt



# ***DIGITAL SMILE DESIGN*** **“UM VERDADEIRO** **‘MIND CHANGER’”**

Quem ‘adere’ ao *Digital Smile Design* não volta atrás. A medicina dentária incorpora cada vez mais uma vertente virtual e digital, sendo o DSD a primeira porta de acesso para esta nova tendência. Daí a importância de entender como desenhar sorrisos e de mostrar aos pacientes como pode mudar as suas vidas.

Texto: Cláudia Pinto



**O DSD é “um verdadeiro ‘mind changer’ na maneira de planear e comunicar na Medicina Dentária”. João Mouzinho acredita de tal modo nesta filosofia que desenhou toda a sua clínica “à volta deste conceito de maneira a maximizar o potencial que podemos retirar do desenho digital do sorriso, fazendo parte do dia-a-dia da nossa equipa”.**

O *Digital Smile Design* (DSD) ou o Desenho Digital do Sorriso está a revolucionar a Medicina Dentária. Quem o diz é Miguel Stanley, diretor clínico da White Clinic, em Miraflores: “considero que o Christian Coachman é das pessoas mais inteligentes do mundo da medicina dentária, com uma ética de trabalho fora de série. Não apenas o produto que criou, mas a visão dele e aquilo que vem implementando desde o *Digital Smile Design* estão a revolucionar o mundo da medicina dentária porque estão a dar ferramentas aos médicos dentistas para, finalmente, compreenderem como é que podem solucionar problemas complexos com tecnologia digital”.

Daí o médico dentista, como presidente do comité de w da *Digital Dentistry Society*, concluir que “o mundo da medicina dentária tende para a vertente virtual e digital” e, neste sentido, o DSD é “a primeira porta de acesso para esta nova tendência: entender como desenhar sorrisos e mostrar aos pacientes como isto pode mudar a vida deles, pois sem este



### PASSO A PASSO

De acordo com João Mouzinho, os procedimentos principais baseiam-se em quatro momentos:

- 1) Entrevista
- 2) Design
- 3) Apresentação
- 4) Performance

**1) Entrevista** - criado o chamado clone digital, ou seja, a partir de fotografias, vídeos, TAC tipo CBCT, scanner 3D da boca com o scanner intraoral e exame clínico fica-se com ‘uma cópia do paciente’ mesmo depois de ele ter ido embora da clínica. Ou seja, mesmo quando o paciente não está presente podemos planear todo o caso. Isto após lhe termos feito uma entrevista onde podemos descobrir o que ele não gosta no seu sorriso e de que maneira gostaria de o melhorar.

**2) Design** - corresponde ao ‘desenho’ onde temos os ficheiros .jpg /.mov/.dcm e .stl e conseguimos desenhar todo o caso baseando o nosso planeamento do sorriso numa perspetiva facial muito mais correta. Podemos ter noção de como vai ser o resultado final mesmo antes de começar, assim como os custos de todo o caso. Ou seja, podemos desenhar o sorriso final do paciente.

**3) Apresentação** - criação um mock up produzido na nossa impressora 3D para que o paciente possa fazer o test drive guiado facilmente do seu sorriso, tal e qual como uma pessoa pode fazer o test drive de um carro de luxo antes mesmo de o comprar.

**4) Performance** - transformamos todo o nosso planeamento e desenho numa performance digital, quer seja através de cirurgia guiada por computador, facetas cerâmicas produzidas digitalmente, cirurgia gengival com guias cirúrgicas, etc.

conceito de arquitetura, a engenharia é difícil de ser alcançada”.

Para vários médicos dentistas, como João Mouzinho da Molar Clinic, no Porto, este conceito já faz parte do seu dia-dia e “já não é possível trabalhar sem ele”. Longe vão os tempos em que começava os seus casos sem ter um verdadeiro planeamento facialmente guiado, “o que

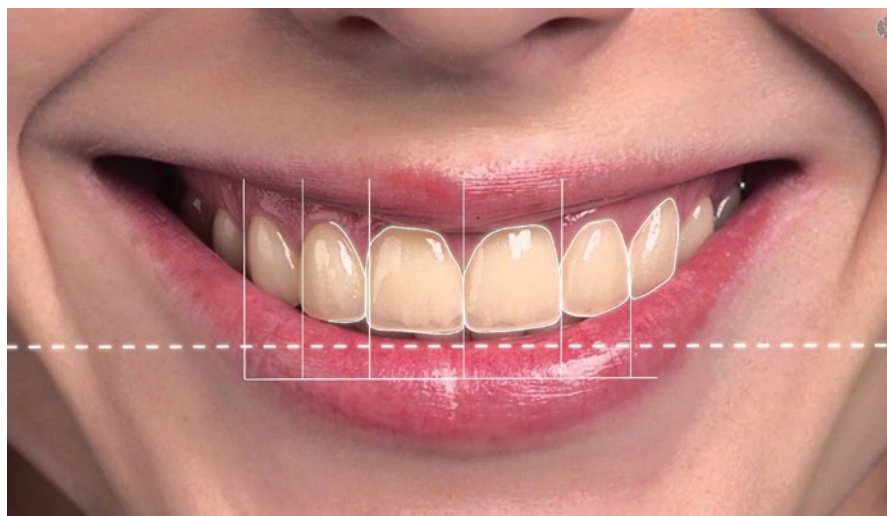
me obrigava muitas vezes a alterar os planos de tratamento a meio da minha *performance* clínica. Frequentemente alcançava um excelente resultado clínico, mas que não se enquadrava com a face do paciente”. Por isso, o médico dentista defende que este conceito permite “que os casos sejam muito mais bem planeados, uma vez que nos obriga a ter em conta



**Os procedimentos que o DSD implicam são, como indica Miguel Stanley, simples. Primeiro é necessário “ter um paciente que queira fazer um tratamento ‘full mouth’, ou seja, o Digital Smile Design só funciona para quem precisa e quer fazer um tratamento do seu sorriso completo e com uma forte componente estética, mínimo de 10 a 12 dentes”.**

uma série de parâmetros antes de iniciar o caso. E, assim que o terminamos, fazemos um controlo de qualidade para perceber se a performance clínica digital foi exatamente igual ao nosso planeamento, o que aumenta muito a percentagem de sucesso dos nossos tratamentos”.

O DSD é, desta forma, “um verdadeiro ‘mind changer’ na maneira de planear e comunicar na Medicina Dentária”. João Mouzinho acredita de tal modo nesta filosofia que desenhou toda a sua clínica “à volta deste conceito de



o planeamento em computador

maneira a maximizar o potencial que podemos retirar do desenho digital do sorriso, fazendo parte do dia-a-dia da nossa equipa”.

Porém, Miguel Stanley e João Mouzinho não são casos isolados. Também Miguel Lima já abraçou o DSD, mais precisamente há quatro anos quando comprou um CAD/CAM, nomeadamente um sistema CEREC. “Daí até começar a usar o *software smile designer pro* foi um passo que se desenvolveu com naturalidade”, conta o médico dentista da clínica S. Gonçalo, em Ponta Delgada, revelando que “foi-me apresentado pela primeira vez por um amigo norte-americano, Eddie Corrales”.

#### Uma filosofia de trabalho

Mas o que é, afinal, o Desenho Digital do Sorriso? Como dizia o próprio Christian Coachman, criador do conceito, numa entrevista à SAÚDE ORAL, o DSD “é uma filosofia de trabalho que envolve uma série de novos protocolos, sendo que estes implicam muita tecnologia, nomeadamente vários software que foram desenvolvidos para ajudar o médico dentista em quatro fatores básicos”. O primeiro, segundo o entrevistado, diz respeito ao facto de os médicos dentistas “poderem tornar-se melhores *designers* de sorrisos através de um protocolo de integração dento-facial e de análise desse sorriso integrado com a fase” e, o segundo,

ao facto de poderem “planear melhor os casos de forma interdisciplinar, precisamente através de um protocolo de comunicação interdisciplinar”. Já o terceiro fator é no âmbito de auxiliar o médico dentista “a criar uma estratégia de comunicação com o paciente, nomeadamente para o motivar e educar, assim como para agregar valor ao seu produto, e logicamente aumentar o grau de aceitação dos planos de tratamento através desta abordagem, à qual chamamos de odontologia digital”. E, por fim, o quarto é relativo, como apontava Christian Coachman, a “transformar o projeto, assim que é criado, num tratamento previsível através de protocolos digitais, ou seja, através da utilização de *software* que geram previsibilidade e eficiência no tratamento do paciente”.

#### Criar sorrisos reais

Miguel Lima lida com estes fatores no seu dia-a-dia, sendo que no seu caso utiliza o *smile designer pro* “com o intuito de me ajudar a desenhar coroas na CEREC e, hoje em dia, não me vejo a fazer trabalhos anteriores já sem esse tipo de ferramenta, pois a principal mudança que senti na minha prática clínica foi tornar os meus trabalhos muito mais previsíveis”.

Não obstante, hoje em dia os clínicos dispõem de vários equipamentos que os ajudam a tornar mais simples o desenho digital do sorriso, nomeadamente



## A excelência do conceito **Bioblock**<sup>®</sup>

A superfície UnicCa<sup>®</sup> dos implantes da BTI e a precisão na mecanização de todos os aditamentos protésicos com um tratamento Ti Golden<sup>®</sup> favorecem a adaptação biológica do osso e do tecido mole



### EXCELENTE HERMETISMO E SELAGEM BIOLÓGICA

A estrutura resultante atuará como um único elemento embora seja mais flexível e mais resistente a cargas dinâmicas.



TRANSEPITELIAIS UNIT<sup>®</sup> E MULTI IM<sup>®</sup>





**A grande vantagem do DSD reside “na planificação e na comunicação entre o médico e o paciente”, como reitera Miguel Lima. Contudo, não é um conceito isento de desvantagens e, neste sentido, o médico dentista aponta que o principal inconveniente “depende de nós próprios, já que temos de ser realistas e não prometer algo impossível”.**

“câmaras fotográficas DSLR, câmara de vídeo, estúdio de fotografia e vídeo com iluminação apropriada, TAC tipo CBCT, *scanner* intraoral 3D, impressora 3D e *software* de planeamento digital em 2D e 3D”, como elucida João Mouzinho. Mas o facto de não terem estes equipamentos não é impeditivo de adotarem este conceito na sua prática diária. “Quando começámos em 2012 apenas tínhamos à

disposição um *smartphone* e uma aplicação para Ipad e já nessa altura conseguíamos fazer todo o tipo de desenho digital do sorriso”, confidencia o médico dentista.

O certo é que os procedimentos que o DSD implicam são, como indica Miguel Stanley, simples. Primeiro é necessário “ter um paciente que queira fazer um tratamento ‘full mouth’, ou seja, o *Digital Smile Design* só funciona para quem precisa e quer fazer um tratamento do seu sorriso completo e com uma forte componente estética, mínimo de 10 a 12 dentes”. Por esta razão, segundo o médico dentista, “é importante que o paciente entenda os custos que este tipo de tratamento aporta”. Seguidamente é preciso ter um *scanner* intraoral: “embora

também possa ser feito com impressões convencionais, o *scanner* é notoriamente mais vantajoso”, uma vez que oferece um maior conforto ao médico dentista, pela comodidade do procedimento, e ao próprio paciente, já que os sabores do material de impressão não estão presentes e as sensações de vômito são eliminadas. Contudo, a questão do tempo merece, igualmente, destaque, dado que o indivíduo passa menos tempo na cadeira e o clínico elimina o tempo perdido na preparação do material. Também a infeção cruzada é evitada desde que o profissional tome todas as precauções necessárias.

Após a utilização do *scanner* intraoral, Miguel Stanley utiliza “um *smartphone*



para realizar alguns vídeos, câmaras específicas para tirar fotografias e um computador com o software adequado e uma conta aberta do *Digital Smile Design*. Passado poucos dias vem, por correio, a goteira já com o novo sorriso e o modelo 3D do futuro sorriso. Depois basta injetar resina bisacrílica na goteira, retirar os excessos, tirar novas fotografias e vídeos de acordo com alguns parâmetros específicos e mostrar ao paciente”.

O diretor clínico da White Clinic sintetiza que o DSD faz toda a diferença na sua prática diária, pois “permite, de uma forma rápida e simples, criar sorrisos reais que o paciente pode ver na boca, através de fotografias e vídeos, e que têm um impacto significativamente

diferente ao do *mock-up* nos modelos de estudo. Para uma clínica como a nossa, que se dedica a contruir sorrisos de acordo com a filosofia *nohalfsmiles*®, esta técnica vem auxiliar os nossos pacientes a compreender a visão que nós queremos”.

#### Prós e contras

A grande vantagem do DSD reside “na planificação e na comunicação entre o médico e o paciente”, como reitera Miguel Lima. Contudo, não é um conceito isento de desvantagens e, neste sentido, o médico dentista aponta que o principal inconveniente “depende de nós próprios, já que temos de ser realistas e não prometer algo impossível”.

## ODONTOLOGIA EMOCIONAL

No DSD, o paciente assume um papel central, sobretudo porque “consegue visualizar em grande qualidade em formato real o antes e o depois. Quem segue o protocolo completo, como eu, e trabalha com o laboratório em Madrid, em que eles enviam as goteiras para fazerem o *Digital Smile Design* na boca, o paciente fica com fotos e vídeos reais do antes e depois, e isto ajuda-o a compreender a importância do tratamento e a aceitar os custos inerentes ao procedimento”, ressalva Miguel Stanley.

Ora, o paciente ao ter este papel decisivo na construção do seu sorriso faz com que comecemos a entrar no campo da odontologia emocional. “A odontologia emocional, na verdade, gera um impacto fantástico no paciente. Temos casos no mundo inteiro e a reposta é muito positiva. Simplesmente porque através destes protocolos conseguimos que o paciente se torne num coautor do design do seu sorriso. Através da comunicação visual que se gera, ganhamos muito mais confiança, dado que o paciente se sente mais tranquilo porque vê e, em consequência, entende por que motivo o médico dentista está a oferecer aquela solução e com isso sente-se mais confortável em aceitar o plano”, sublinha Christian Coachman.

João Mouzinho destaca, no campo dos benefícios, quando o conceito é utilizado em todas as suas vertentes, “a facilidade de diagnóstico dos casos clínicos através de uma avaliação estética e estrutural intra e extraoral e o facto de melhorar a comunicação entre todos os membros da equipa, assim como melhorar a

**A MIS Implants Ltd anunciou hoje a abertura da MIS Portugal. Pedro Gonçalves passa a assumir o cargo de Business Director em Portugal e Paulo Vieira será o Product Manager. “Iniciamos este novo ciclo na companhia de colaboradores com elevado profissionalismo, dedicação e simpatia, que garantem que a satisfação do cliente vem sempre em primeiro lugar”, pode ler-se numa nota da MIS.**

**Esta decisão vem no seguimento do encerramento em Portugal da empresa que distribuía os produtos MIS.**

**“A partir de hoje, a única empresa autorizada a comercializar os produtos MIS em todo o território nacional é a sucursal MIS Portugal, que fica com a responsabilidade de todos os produtos vendidos pela empresa SDS”, explica Idan Kleifeld, CEO da MIS Implants Technologies LTD.**

**Mais informações através dos contactos  
917 586 662/ 919 138 667.**

**MIS Portugal, Lagoas Park, Edifício 7 - 1º Andar (Escritório 119),  
Porto Salvo, Oeiras, 2740-244, Portugal**

**mis**<sup>®</sup>  
MAKE IT SIMPLE



performance do clínico porque o obriga a planear todos os casos com muito rigor e a cumprir o protocolo que desenhou através de um processo com tecnologia digital”. À semelhança de Miguel Lima, João Mouzinho indica o “aumento da efetividade da comunicação”, mas também “a aceitação dos orçamentos por parte dos pacientes”

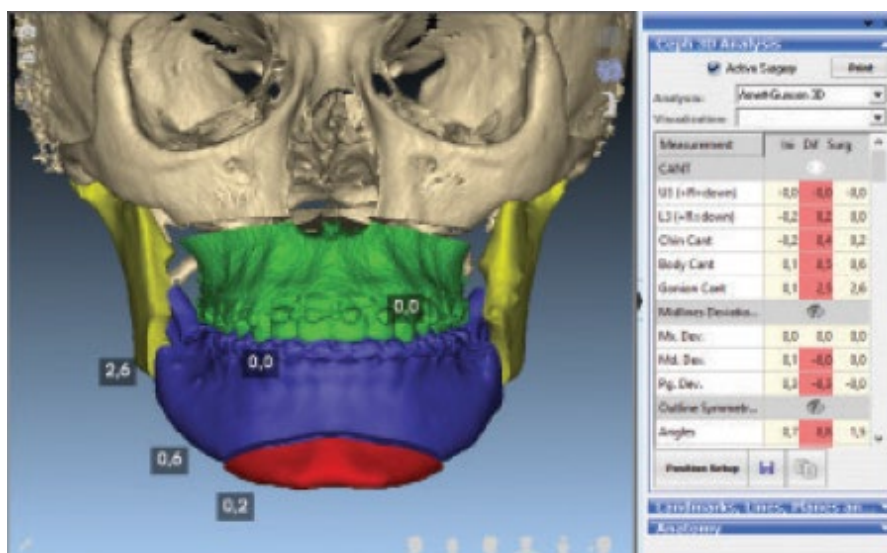
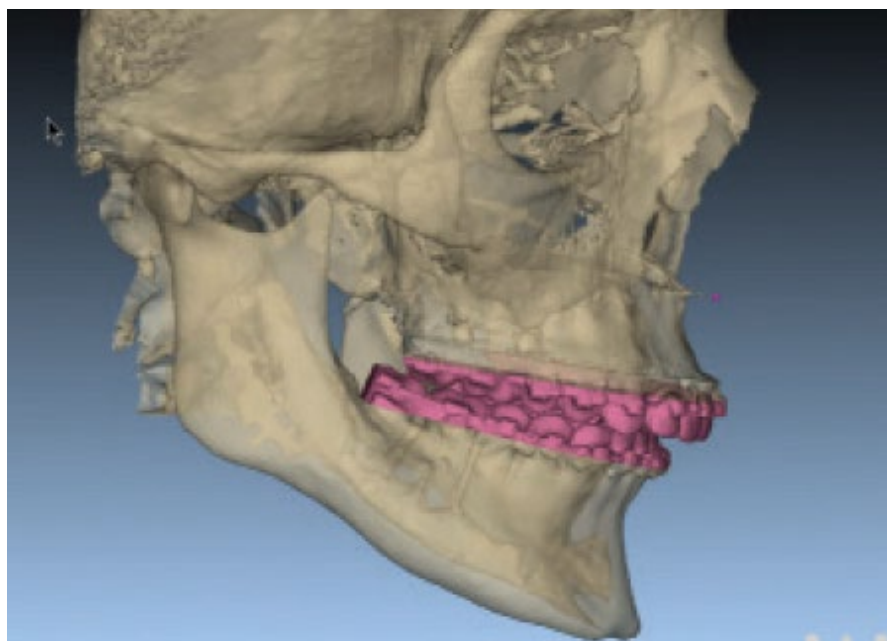
Para o médico dentista, o maior inconveniente da técnica é “ter de gastar mais tempo no desenho digital do sorriso e no planeamento, mas que, ao mesmo tempo, me faz ganhar tempo na abordagem clínica porque não há desvios ao planeamento inicial nem alterações de planos a meio dos tratamentos”.

Ainda no campo dos inconvenientes, Miguel Stanley aponta “o custo, o tempo e a curva de aprendizagem necessários para colocar esta técnica em prática. Obviamente que há inúmeros profissionais que tentam pôr em prática sem qualquer apoio, mas não há nada como delegar a responsabilidade a quem realmente entende sobre este assunto e que neste caso é ao grupo DSD”.

### Facilitador da comunicação

O *Digital Smile Design* é recomendado “para qualquer tipo de casos que exija um projeto de sorriso, assim como uma relação interdisciplinar”, declara Christian Coachman, acrescentando que é, igualmente, recomendado “para todos os casos em que se precise de redesenhar o sorriso do paciente”. O DSD é um facilitador da comunicação, nomeadamente entre os vários profissionais envolvidos, como já referido. “O desenho digital do sorriso, aliado ao meu protocolo com modelos de estudo, leva à discussão de todos os casos clínicos estéticos entre todos os envolvidos no processo de reabilitação. Todos juntos analisamos e detetamos possíveis limitações do caso clínico e planeamos como contornar essas mesmas limitações, sempre que possível e de uma forma previsível”, explica Miguel Lima.

O médico dentista confia mesmo que, para si, os casos mais desafiantes são aqueles que “envolvem prognatismos ou mordidas cruzadas, uma vez que



A planificação exige um domínio das ferramentas tecnológicas

com o *smile designer pro* desenhamos em 2D e torna-se fácil desenhar um sorriso bonito, mas irrealista, pois não temos a profundidade de 3D que um prognatismo exige. Daí seguir um protocolo com modelos e RX e vídeos para complementar essa mesma lacuna”.

### Muita previsibilidade

Previsibilidade é uma das palavras de ordem no respeitante ao Desenho Digital do Sorriso e, assim sendo, a utilização do protocolo completo do DSD, como salienta Christian Coachman, “gera

muita previsibilidade e encurta o tempo de tratamento porque consegue-se fazer vários procedimentos concomitantes ao mesmo tempo”. Através da tecnologia “gera-se muita precisão, o que dá origem a uma recuperação mais rápida, a menos dor e a mais conforto, tudo isto são vantagens que geram um impacto muito grande no paciente”, explica o médico dentista, concluindo que, “além disso há a parte do marketing, em si, porque o paciente vê os resultados da tecnologia, sente-se valorizado e acaba por valorizar ainda mais o trabalho do profissional”.



## **Serviço Público de Medicina Dentária em Dalarna, Suécia, procura Médicos Dentistas Generalistas**

Dalarna é uma das 21 regiões da Suécia, situada na zona central do país, com uma natureza espantosa, ar fresco e habitantes simpáticos.

O Serviço Público de Medicina Dentária em Dalarna compreende 26 Clínicas de Medicina Dentária Generalista, Clínica de Especialidades, Hospital com cuidados Dentários e o seu próprio Laboratório de Prótese Dentária.

A trabalhar como Médico Dentista Generalista connosco, poderá contar com um trabalho variado com todos os tipos de tratamentos para todas as idades.

### **O perfil do candidato**

- Certificado Europeu de Médico Dentista
- Experiência de 2 anos como Médico Dentista
- Comprovação/Recomendação de empregos prévios
- Capacidade de trabalhar em grupo, flexibilidade
- Orientado para a qualidade
- Boas capacidades de comunicação

### **A nossa oferta**

- Contrato sem termo com pelo menos 3 anos de permanência
- Curso de sueco
- Salário até 2 840 € durante a aprendizagem da língua
- Salário durante a aprendizagem da língua
- Acompanhamento profissional na nova Clínica
- Bom ambiente de trabalho, com excelentes níveis técnicos
- Possibilidade de formação contínua paga
- Pelo menos 25 dias de férias pagos por ano
- Salário entre 3 100 - 4 700 €

Estaremos em Lisboa nos dias **19 e 20 de Abril** para entrevistas e mais esclarecimentos. Ao efetuar a sua candidatura receberá mais informação acerca do local e horário da entrevista. Para os alunos/recém-licenciados: iremos também estar presentes nas vossas Faculdades para Sessões de Esclarecimento, durante os dias **16, 17 e 18 de Abril**. Para mais informações acerca do horário e local contactem a vossa Faculdade.

Para se candidatar, envie uma carta de apresentação pessoal e o seu CV em inglês juntamente com uma cópia da Cédula Profissional para [tammy.bene@ltdalarna.se](mailto:tammy.bene@ltdalarna.se) até dia **1 de Abril**.

Visite igualmente o nosso site, [www.ltdalarna.se](http://www.ltdalarna.se)

# COMENTÁRIO AO ARTIGO “*Caries prevalence and treatment needs in the young people in Portugal: the third national study*” publicado na *Community Dental Health* (2017;34:107-111) e subscrito por R. Calado, C.S. Ferreira, P. Nogueira and P. Melo

## CÉSAR MEXIA DE ALMEIDA

•Professor Catedrático de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da FMDUL, aposentado, “Chief Dental Officer” 2004

Este artigo atraiu o meu interesse pela natureza e importância do tema e porque adquiri alguma experiência nesta área de investigação. Participei, nomeadamente, numa equipa inicialmente orientada pelo Prof. Manuel Clarimundo Emílio, em estudos epidemiológicos concretizados sucessivamente no âmbito da então Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa (ESMDL), dando sequência a propostas da OMS efectuadas em finais dos anos 70 à Direcção Geral da Saúde (DGS) a qual, assim como a OMS, prestaram total apoio ao desenvolvimento do projecto inicial e dos que se seguiram.

Consequentemente, sobre este artigo quero apresentar alguns comentários com a finalidade de gerar reflexões que conduzam, eventualmente, a consequências positivas para a nossa Saúde Oral.

Os Autores (A.) do artigo que comento consideram que apresentam o terceiro estudo nacional na área da prevalência da cárie e suas necessidades de tratamento nos jovens portugueses. Não fazem qualquer referência a estudos efectuados anteriormente, nomeadamente aos

Inquéritos Nacionais Exploradores (INEs) sobre os quais apresento algumas notas breves. A designação de “inquéritos exploradores” resultou da tradução do termo da OMS, “pathfinder survey”.

Os INEs foram iniciados no âmbito da ESMDL, como já foi referido, por proposta da OMS à DGS concretizada pelo Secretário Regional Europeu para a Saúde Oral, Ingolf Möller. Aliás o processamento dos dados do 1º inquérito, em 1984, foi efectuado na OMS em Genebra e os seus resultados comentados por Ingolf Möller e Thomas Marthaler numa publicação interna da OMS<sup>1</sup>. Todos respeitaram as normas que são apresentadas nos manuais da OMS para os estudos epidemiológicos e deve ser assinalado que a última edição destes manuais saiu em 2013<sup>2</sup> o que evidencia que as suas propostas continuam a ter validade.

Assinala-se que além de Ingolf Möller colaboraram, direta ou indiretamente, nos três estudos exploradores efectuados em 1983-84, 1989-90 e 1998-99, personalidades como David Barmes, Sardo Infirri, Thomas Marthaler e Poul Erik Petersen. Este último procedeu à análise multivariada de regressão aos dados obtidos no inquérito de 1998-1999 como veremos.

Que os A. citados tenham decidido seguir uma diferente metodologia é uma opção perfeitamente defensável que poderá até ter constituído um

progresso assinalável na nossa capacidade diagnóstica da cárie. Mas que não refiram a existência de estudos anteriores, na mesma área, qualquer que seja a metodologia seguida, talvez mereça algum tipo de análise mais profunda por parte dos estudiosos da epidemiologia oral portuguesa.

Os estudos anteriores a que me refiro foram sucessivamente o 1º Inquérito Nacional Explorador (1º INE) efectuado em 1983-84 no qual foram efectuadas 1891 observações em clusters de 50 jovens e adultos de 6, 12, 15 e 35-44 anos seleccionados em diferentes localidades do Norte a Sul do país<sup>3,4,5</sup>. Ingolf Möller efectuou a calibragem dos 2 observadores e colaborou na selecção dos diferentes locais onde vieram a ser observados os indivíduos que constituíram a amostra e em parceria com Thomas Marthaler comentou os resultados obtidos<sup>1</sup>. Refira-se que nos 3 sucessivos inquéritos exploradores nacionais as observações dos clusters de 50 indivíduos (aproximadamente 50% de cada sexo) foram efectuadas sempre nos mesmos locais (com excepções inevitáveis - algumas escolas primárias foram sucessivamente desaparecendo e foram substituídas). Adultos só foram observados neste 1º INE. No 2º INE foram observadas 2.123 crianças de 6, 12 e 15 anos e a análise de dados correspondente constitui a tese de doutoramento do



próprio apresentada à Faculdade de Medicina da UL, na área da saúde pública e epidemiologia, tese esta que veio a merecer o prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública de 1997 com consequente publicação nos Arquivos do Instituto Nacional de Saúde<sup>6</sup>. No 3º INE, efectuado em 1998-99 foram observadas 1.599 crianças de 6 e 12 anos<sup>7</sup>, nos mesmos locais das observações dos dois inquéritos anteriores, como tem sido referido. Com base nos dados deste inquérito Poul Erik Petersen efectuou uma muito importante análise multivariada de regressão cujos dados integraram naturalmente a publicação efectuada também na Community Dental Health, em 2003<sup>8</sup>, sobre os dados deste inquérito e também da evolução entretanto verificada em Portugal desde 1983. Entre outros aspetos relevantes, nesta análise de regressão verificou-se que os jovens de 12 anos com selantes de fissuras não apresentaram um CPO significativamente mais baixo que os que não tinham tido a aplicação de selantes.

Mas há alguns outros aspectos que desejo rapidamente aflorar.

1. Em primeiro lugar uma interrogação: porque que é que a linha de separação para a equivalência (“*cut-off point*”) entre os critérios de diagnóstico do ICDAS II e os critérios da OMS terá sido colocado em C5 quando os próprios autores que estudaram esta equivalência, e são eles próprios citados no artigo que estamos analisando, propõem que o “*cut-off point*” se situe no nível C3º.

2. Constatou-se que os níveis de fluorose moderada duplicaram em percentagem mas apesar disso, e apesar de não haver há décadas, na minha opinião, qualquer fundamento para a administração de comprimidos de fluoreto para a prevenção da cárie, continua, neste artigo, a preconizar-se a sua administração ainda que “só” (*only*) “a jovens em risco de cárie”, algo que não seria fácil de delimitar, sendo até mais fácil dizer que nesta perspectiva a maioria dos jovens de níveis desfavorecidos deveriam tomar comprimidos de fluoreto visto que estão em alto risco;

3. Nada é dito sobre se os jovens que frequentam escolas privadas foram incluídos ou não na amostra;

4. Não foi efectuada nenhuma análise comparativa de aspectos muito importantes para as decisões de intervenção na saúde pública como, p. ex., a prevalência e gravidade da cárie nos jovens com e sem selantes de fissuras;

5. É afirmado que a evolução positiva verificada deve ser atribuída ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral mas, evidentemente, como os estudos anteriores foram ignorados, não se reconhece que essa mesma evolução positiva já era claramente observável nos estudos exploradores, como é muito evidente nas Fig 1 e 2 de Almeida e col. (8)

6. Na minha opinião é pouco claro se a seleção de cada indivíduo da amostra foi efectuada de forma aleatória (*randomly selected*) como se afirma nas primeiras linhas da metodologia, ou por aglomerados (*stratified cluster sample*) como se afirma mais à frente.

Finalmente refere-se a dado momento, que a hipótese provável de não serem atingidos em 2020 os objectivos da OMS para o nível de isentos de cárie nos 6 anos poderá ter resultado da “ausência de hábitos de escovagem dos dentes na maioria dos jardins-de-infância”. Esta é uma afirmação que pessoalmente considero surpreendente, e muito importante, porque vem em contracorrente das normas da DGS geralmente difundidas desde os finais da década de 80, as quais sempre acentuaram, sobretudo, a importância dos selantes e da administração de comprimidos de fluoreto distribuídos pelas escolas. Aliás nas próprias conclusões do artigo em análise, estranhamente, aquela importantíssima afirmação não é retomada.

Depois desta análise crítica penso que se torna evidente a razão para a proposta que venho fazendo há bastante tempo: que o coordenador da promoção da saúde oral da DGS seja um estomatologista, médico dentista ou higienista, o que nunca aconteceu por mais estranho que pareça, com formação pós-graduada em saúde oral preventiva e comunitária,

com experiência de campo seleccionado em concurso público aberto, por um júri competente e independente após publicação de um caderno de encargos adequadamente elaborado tendo em vista as necessidades da saúde pública nacional. ●

#### BIBLIOGRAFIA

1. Möller I, Marthaler TM. *Oral health in Portugal*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, POR/ORH 001, 2716H, 1985
2. WHO, *Oral Health Surveys. Basic Methods, 5th edition*, 2013
3. Almeida CM, Emílio MC, Möller I, Marthaler T. 1º Inquérito Nacional Explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral (1ª parte). *Rev Port Estomatologia Cir Maxilofac* 1990;31:137-149
4. Almeida CM, Emílio MC, Möller I, Marthaler T. 1º Inquérito Nacional Explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral (2ª parte). *Rev Port Estomatologia Cir Maxilofac* 1990;31:215-230
5. Almeida CM, Emílio MC, Möller I, Marthaler T. 1º Inquérito Nacional Explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral (3ª parte). *Rev Port Estomatologia Cir Maxilofac* 1991;32:9-22
6. Almeida C. *As doenças da cavidade oral nos jovens portugueses: estudo epidemiológico* (tese de doutoramento). Arquivos do Instituto Nacional de Saúde 1997;23:5-178)
7. Almeida CM, Sónia J, Toscano A. *Patologia dentária nos jovens do continente português em 1999. Prevalências, gravidade, tendências e associações significativas*. Edição do Centro de Estudos Epidemiológicos da Disciplina de Medicina Dentária Preventiva da FMDUL, ISBN 972-9071-32-2, 2002
8. Almeida CM, Petersen PE, André SJ, Toscano A. *Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal*. *Community Dental Health* 2003;20:211-216
9. Iranzo-Cortés, JE, Montiel-Company, JM e Almerich-Silla JM. *Caries diagnosis agreement between WHO and ICDAS II criteria in epidemiological surveys*. *Community Dental Health* 2013; 30:108-111

# NOVAS CONTRATAÇÕES COMO MANUEL NEVES SUPEROU AS MUDANÇAS DE 2017 E O QUE PREPARA PARA 2018

São várias as novas contratações na Clínica Manuel Neves. A SAÚDE ORAL falou com o médico dentista, que explica o porquê da contratação de Hugo Sousa Dias, Jorge André Cardoso e Paulo Campos.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Ricardo Meireles

Hugo Sousa Dias, na área da Endodontia, e Jorge André Cardoso, na área da Reabilitação Oral, começaram a colaborar na Clínica Manuel Neves, uma clínica “com créditos firmados ao longo de 36 anos”. “Há três meses que estão a colaborar na minha clínica a tempo parcial, pois já trabalham noutros locais, nomeadamente na formação, e o Dr. Jorge André Cardoso tem clínica própria com muito sucesso em Espinho, pelo que para já a colaboração é de poucas horas”, revela à SAÚDE ORAL Manuel Neves.

O médico dentista justifica as contratações como uma forma de ter a trabalhar consigo profissionais “de qualidade excepcional, que nos podem ajudar a melhorar as nossas competências em determinadas áreas, fazendo com que a clínica continue a estar na vanguarda da Medicina Dentária. Não basta ter as melhores tecnologias, que as temos, é fundamental o profissional de exceção para fazer a diferença”.

“O Dr. Hugo Sousa Dias é um ótimo endodontista e formador nesta área, vou incentivá-lo a fazer formação no Centro de Estudos que existe associado à clínica. O Dr. Jorge André Cardoso, também conhecido como um formador na área da gestão de clínicas, está a ajudar-me a reestruturar a dinâmica da clínica no que diz respeito a protocolos rigorosos no atendimento clínico dos pacientes. Além disso é um dos melhores profissionais que conheço nas grandes reabilitações orais, que felizmente procuram a minha clínica”.

Além dos dois profissionais, também Paulo Campos está a colaborar na Clínica Manuel Neves um dia por semana “em exclusivo na periodontologia, pois



também tem clínica própria em Lousada. É um profissional com créditos firmados que tem encantado toda a nossa equipa com as suas técnicas cirúrgicas baseadas no conceito “Go micro”. Faz também formação baseado nestas técnicas cirúrgicas”.

## A importância das qualidades humanas

Manuel Neves sublinha uma característica comum a estes três médicos dentistas: “são excelentes profissionais, mas também excelentes seres humanos, excelentes colegas que rapidamente se integraram e que os pacientes adoram. Depois de tantos anos de trabalho aprendi a valorizar as qualidades humanas como essenciais a um bom desempenho profissional e de trabalho em equipa”.

Fazendo um balanço do ano que passou, “2017 foi um ano de pequenas mexidas a nível de colaboradores, quer na clínica,

## E 2018?

Para 2018 os planos são “estudar muito, aprender cada vez mais, organizarmo-nos bem, baseados em novos protocolos de trabalho muito rigorosos. E usarmos toda a tecnologia de ponta que já temos ao serviço dos pacientes, quer na clínica, quer no nosso laboratório Inovesmile”. Olhando para os investimentos feitos é fácil perceber que “a nossa entrega vai ser em definitivo à era do digital. Vamos criar protocolos, sobretudo na área das grandes reabilitações, ortodontia, cirurgia regenerativa e de implantologia e, até para meu espanto, ultimamente na endodontia utilizam os equipamentos digitais facilitando o trabalho de médicos e técnicos e beneficiando a qualidade dos tratamentos feitos aos nossos pacientes”.

quer no laboratório, com algumas saídas, mas com mais entradas, que como disse penso que vão estabilizar e fortalecer muito o grupo. Foi um ano de muito investimento em equipamentos de ponta, com os quais temos de empenhar-nos em aprender e trabalhar. Foi um ano de mudança, cansativo, mas que estou certo vai trazer frutos muito positivos, pois estamos a entrar em 2018 com gente nova cheia de conhecimentos, cheia de energia, tendo ao dispor tecnologia de ponta para tratar melhor os nossos pacientes”.

# REABILITAÇÃO DA ESTÉTICA GENGIVAL

HUGO MADEIRA

DIANA DE MACEDO

•Clínica de Implantologia Avançada

## Resumo

Uma reabilitação bem-sucedida inclui tanto a duplicação dos dentes naturais, em relação à sua textura, cor e forma, como a mimetização da harmonia e do contorno dos tecidos moles que os rodeiam. A restauração gengival, de forma a restabelecer a arquitetura de tecidos duros e moles, através de prótese possibilita a redução da necessidade de procedimentos cirúrgicos. Esta substituição realizada através de gengiva protética é uma abordagem simples e não invasiva, que permite a substituição de grande volume tecidual. O contorno gengival pode, no entanto, ser conseguido através de próteses sem gengiva protética, possibilitando o contorno gengival correto e a modelação dos tecidos moles, de forma a criar um perfil de emergência o mais natural possível.

Nestes casos clínicos são descritas duas abordagens para a reabilitação da estética gengival, quando existe necessidade de reabilitação através de gengiva artificial para reposição de todo o volume tecidual perdido ou, por outro lado, em que ocorre modelação dos tecidos moles através de prótese com pônticos ovais, sem gengiva protética.

Palavras-chave: estética gengival, modelação gengival, prótese gengival, tecidos moles, prótese fixa.

## Introdução

Apesar de todos os avanços na área de periodontologia e prostodontia, alguns casos não permitem a restauração da dentição presente devido às condições inerentes. Segundo *Kinsel e Lamb (2001)*, as principais causas associadas à perda dentária incluem lesões de cáries extensas, falha do tratamento endodôntico, número insuficiente de dentes de suporte para reabilitação com prótese fixa, doença periodontal ou várias reabilitações prévias

malsucedidas (*Kinsel e Lamb, 2001*). Antigamente, próteses convencionais removíveis eram a única opção de tratamento. No entanto, com o aparecimento de implantes dentários osteointegrados existe atualmente a opção de reabilitação com prótese fixa sobre implantes (*Kinsel e Lamb, 2001*). Mimetizar a coloração, contorno e forma exatos dos dentes naturais poderá não ser possível caso um perfil gengival e um suporte das estruturas ósseas adjacentes corretos não estiverem presentes (*Kinsel e Lamb, 2001*). A necessidade de construir uma reabilitação que substitua o tecido gengival é uma das componentes de estudo em prostodontia, sendo a interface entre a prótese e os tecidos moles uma componente importante para o sucesso, em reabilitações anteriores (*LeSage, 2006; Alani e Corson, 2011; Vinnakota e cols, 2012; Sadaqah e Tair, 2012; Patil e cols, 2011*). A preocupação, quer do paciente quer do clínico, relacionada com a importância do tecido gengival e com a estética do sorriso, resultou no desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e protéticas que permitam a manutenção das características estéticas dos mesmos (*LaVacca e cols, 2005; Isiksal e cols, 2006; Alani e cols, 2011*).

Esta componente gengival, perdida em casos de procedimentos cirúrgicos gengivais, trauma, reabsorção da crista óssea ou extrações dentárias traumáticas, pode ser conseguida através de várias alternativas que incluem procedimentos regenerativos e cirúrgicos, substituição protética ou modelação da mesma (*Barzily e Tambyln, 2003; Vinnakota e cols, 2012; Sadaqah e Tair, 2012; Patil e cols, 2011; Alani e cols, 2011; Sinha e cols, 2014; Ranjan e cols, 2015*). A primeira fase de reabilitação de defeitos gengivais passa pela sua correção cirúrgica. No entanto, estes procedimentos são

invasivos, irreversíveis, sensíveis e mais dispendiosos (Coachman e cols; Hannon e cols, 1994; Patil e cols, 2011). Quando estes métodos são imprevisíveis ou impossíveis de realizar, a substituição ou modelação gengival através de próteses é considerada (Vinnakota e cols, 2012; Barzilay e Tamblyn, 2003; Hannon e cols, 1994; Patil e cols, 2011).

### 1. Reabilitação através de gengiva protética

A substituição do tecido gengival através de uma reabilitação protética tem vindo a ser utilizada quando outros métodos, como procedimentos cirúrgicos ou regenerativos, são considerados imprevisíveis ou impossíveis (Barzilay e Tamblyn, 2003). Nestes casos existem várias formas e métodos de reabilitação, fixas ou removíveis, sendo que os materiais utilizados incluem resinas acrílicas auto ou termopolimerizáveis de cor rosa, cerâmica e resinas compostas, bem como materiais de silicone (Yalamanchili e cols, 2013; Barzilay e Tamblyn, 2003; Vinnakota e cols, 2012; Patil e cols, 2011; Moldi e cols, 2014). Segundo Coachman e Calamita, em restaurações fixas parciais, o material de eleição para a estética dentária e substituição gengival é frequentemente a cerâmica. Porém, a cerâmica apresenta algumas desvantagens relacionadas com a escolha de cor, o número de queimas necessário e a contração durante a mesma, comprometendo o resultado final. Desta forma surgiu a técnica híbrida que permite uma restauração gengival mais estética e previsível e que se baseia numa estrutura cerâmica que apresenta um recobrimento de resina composta que cria o contorno rosa final (Coachman e Calamita).

De forma a restabelecer uma proporção dentária e um perfil gengival naturais, a reabilitação com gengiva artificial pode reduzir a necessidade de procedimentos cirúrgicos com técnicas muito minuciosas e precisas (Behrend, 1981; Garcia e Verrett, 2004; Sadaqah e Tair, 2012). A reabilitação com gengiva protética é um método utilizado quando grande volume de

tecidos moles foi perdido, ou seja, quando o método cirúrgico se torna imprevisível (Coachman e Calamita; Patil e cols, 2011; Kumar e Sowmya, 2011). As vantagens inerentes a esta reabilitação incluem a fácil higienização, um contorno ideal com materiais protéticos e não perturba outros dentes presentes (Kumar e Sowmya, 2011).

### 2. Reabilitação de defeitos gengivais localizados ou generalizados

Em recessões localizadas, a etiologia deve ser primeiramente identificada, visto que existe a necessidade de atingir e manter a saúde do tecido gengival. (Tammaro e cols, 2000; Donovan, 2009; Alani e cols, 2011). Recentemente têm vindo a ser utilizados materiais adesivos com coloração semelhante aos tecidos moles. Zalkind e Hochman (1997) descreveram pela primeira vez o uso de resinas compostas com coloração gengival em defeitos cervicais (Alani e cols, 2011). De forma a proporcionar uma estética gengival ideal, com materiais adesivos, é possível criar um sulco em toda a margem da restauração, coincidindo com a anterior margem gengival livre. Também a utilização de facetas gengivais de cerâmica tem sido descrita (Capa, 2007; Alani e cols, 2011).

Por outro lado, quando é feita a colocação de implantes poderá existir um compromisso a nível estético causado pela perda de tecidos peri-implantares. Desta forma, a formação de um perfil de emergência ideal pode ser difícil de conseguir e poderá também ser corrigido através de restaurações com uma porção cervical com coloração gengival (Kamalakis e cols, 2007; Alani e cols, 2011). Em casos onde existe perda de tecidos generalizada consequente à presença de doença periodontal ou quando existem variações significativas nos contornos gengivais, a utilização de uma prótese gengival pode ser uma hipótese, em pacientes com uma linha de sorriso alta (Barzilay e Tamblyn, 2003; Alani e cols, 2011).

Na reabilitação com prótese fixa para substituição de múltiplos dentes, a harmonia gengival entre

os espaços edêntulos e os implantes ou os pilares dentários poderá ser difícil de atingir. Em casos de próteses implanto-suportadas e perfil dos tecidos moles incorreto, na zona anterior, a reabilitação pode resultar em eixos dentários invertidos, proporções dentárias incorretas, linha de sorriso invertida ou dentes retangulares com áreas de contato longas (Coachman e cols, 2009; Alani e cols, 2011; Heydecke e cols, 2005). As abordagens cirúrgicas para o volume insuficiente de tecido incluem distração óssea e/ou a aplicação de enxertos ósseos ou enxertos de tecido conjuntivo de forma a aumentar o volume de tecidos moles (Triplett e cols, 2000; Alani e cols, 2011). No entanto, estes procedimentos provocam uma morbidade significativa e nem sempre permitem uma topografia ideal para a colocação de implantes ou uma emergência correta em zonas estéticas dos pânticos (Palmer e cols, 2003; Alani e cols, 2011; Coachman e cols).

Em defeitos verticais presentes em espaços edêntulos, materiais com coloração semelhante ao tecido gengival poderão ser usados em próteses fixas provisórias, para que seja possível uma dimensão correta do pântico, tanto a nível vertical como horizontal. Nos casos em que foram realizados procedimentos cirúrgicos para melhorar a condição dos tecidos moles, também pode ser necessária a utilização de cerâmica com coloração gengival para otimizar a estética da restauração final (Palmer e cols, 2003; Alani e cols, 2011). A redução da morbidade, tempo e custo nos casos em que a restauração inclui cerâmica gengival, em alternativa à aplicação de enxerto ósseo, é considerada vantajosa quando estes foram submetidos à reabilitação de implantes na zona estética (Coachman e cols, 2009; Alani e cols, 2011). Na colocação de vários implantes, a utilização de cerâmica de coloração gengival, pode permitir a aparência de papilas dentárias, otimizando a estética da restauração (Alani e cols, 2011).

Assim sendo, em recessões singulares em que não é indicada cirurgia para

recobrimento radicular, os materiais adesivos, diretos ou indiretos, podem ser considerados. Nos casos em que existem defeitos múltiplos, presentes em pacientes com doença periodontal estabilizada, a utilização de gengiva artificial proporciona um resultado previsível e relativamente fácil. E, em casos onde são necessárias restaurações fixas em zonas estéticas, a utilização de cerâmica com coloração gengival poderá recriar as proporções naturais dentárias (Heydecke e cols, 2005; *Alani* e cols, 2011).

No Caso 1, tendo em conta o plano de tratamento realizado procedeu-se à cirurgia para colocação de implantes e elevação do seio maxilar em ambos os quadrantes superiores. Em casos de reabilitação protética através de implantes é recomendada a utilização de moldeira aberta para impressão da arcada, de forma a atingir uma reprodução precisa da posição dos implantes e dos tecidos moles.

### Reabilitação protética do Caso 1

De forma a obter uma guia e avaliar a retenção e resultados da reabilitação final realizou-se um modelo de enceramento diagnóstico e posteriormente foi feita a sua duplicação para construção da reabilitação protética. O material utilizado para a componente gengival provisória foi resina acrílica termopolimerizável e para a componente dentária foram dentes artificiais de polimetilmetacrilato. A reabilitação provisória é fundamental para que a cicatrização e modelação dos tecidos moles ocorra, sendo que nesta fase a necessidade de correções deverá ser comunicada ao médico dentista. Nos casos provisórios são frequentemente utilizados dentes acrílicos tendo em conta que este tipo de material permite uma pressão inferior sobre tecidos moles e duros e, desta forma, não acelera a reabsorção óssea. Neste período foi avaliada a precisão da posição dos implantes, a interface entre o tecido gengival natural e protético, a fonética e a capacidade para higienização. Numa

fase posterior foi realizada a impressão final para reabilitação definitiva e, após as provas e os ajustes necessários, a reabilitação fixa total sobre implantes, foi colocada. Tal como referido existem materiais com capacidade de mimetizar o tecido gengival, tais como resinas acrílicas, cerâmica e resina composta. Neste caso foi utilizada cerâmica para a reabilitação dentária e gengival.

### Reabilitação através de procedimentos cirúrgicos e modelação gengival

O contorno original dos tecidos moles pode ser mimetizado, em alternativa, através de um tratamento cirúrgico bem-sucedido (*Oates* e cols, 2003; *Rocuzzo* e cols, 2002; *Vinnakota* e cols, 2012; *Barzilay* e *Tamblyn*, 2003; *Patil* e cols, 2011; *Ranjan* e cols, 2015). Este método de tratamento inclui procedimentos minor para reconstruir papilas e procedimentos para aplicação de enxertos que podem envolver tanto a manipulação de tecidos moles como o aumento da disponibilidade óssea de forma a suportar os tecidos moles subjacentes (*Barzilay* e *Tamblyn*, 2003; *Patil* e cols, 2011; *Mule* e cols, 2011; *Shah*, 2012; *Ranjan* e cols, 2015).

Em casos em que é necessária reconstrução de pequenas perdas de volume tecidual, uma estética satisfatória e um contorno anatómico correto dos tecidos, a opção cirúrgica deve ser considerada, permitindo uma reabilitação sem necessidade de substituição gengival (*Barzilay* e *Tamblyn*, 200; *Patil* e cols, 2011).

Por outro lado, a colocação e carga imediata de implantes após extração dentária é uma opção que permite a modelação dos tecidos moles e, consequentemente, um contorno e uma anatomia gengivais corretos a nível estético. Desta forma, a colocação imediata de uma reabilitação fixa provisória sobre implantes oferece várias vantagens, como o aumento da função mastigatória, controlo e distribuição estável das cargas, fator sócio-psicológico e a oportunidade de desenvolver um contorno gengival estético, bem como

a formação de papilas interdentárias (*Kinsel* e *Lamb*, 2001; *Kumar* e *Sowmya*, 2011).

No Caso 2 foi realizada a cirurgia para colocação de implantes e elevação do seio maxilar no 1º quadrante, com aplicação de membrana reabsorvível de colagénio (Membrana FlexTM®, *Straumann*) e enxerto ósseo (XenoGraft®, *Straumann*) que permitiu a formação óssea e o aumento do volume tecidual. Tal como no caso anterior foi utilizada a técnica de impressão através de moldeira aberta.

### Reabilitação protética do Caso 2

A reabilitação fixa total sobre implantes, sem necessidade de gengiva artificial, foi colocada de forma imediata, tendo sido previamente realizada uma prova com enceramento diagnóstico, posteriormente corrigido com as alterações necessárias e duplicado para a construção de uma prótese em resina acrílica monocromática. É fundamental ter em conta que a formação de papilas interdentárias poderá ocorrer entre pânticos ovais, visto que estes facilitam o contorno dos tecidos moles, sendo descrito por *Kinsel* e *Lamb* (2001) que esta pode ocorrer de forma previsível mesmo que a distância das áreas de contato seja superior a 5mm. Este tipo de reabilitação é provisório, pelo que, após um período de 6 meses a 1 ano, tanto os implantes como os tecidos peri-implantares serão avaliados para colocação da reabilitação definitiva.

No Caso 3 foram recuperados os parâmetros estéticos e funcionais através da reabilitação definitiva sobre implantes, em cerâmica, tendo sido aplicada gengiva protética no 2º quadrante de forma a corrigir a ausência de papila interdentária. Por outro lado, no 1º quadrante foi utilizada uma reabilitação sem substituição gengival visto que os tecidos moles se encontravam modelados à mesma.

### Seguimento e resultados

Em todos os casos analisados foram atingidos os critérios funcionais e estéticos recorrendo à utilização de pânticos ovais, com adaptação

e modelação dos tecidos moles, ou à aplicação de gengiva protética na reabilitação. Desta forma foi possível recuperar uma integração ideal entre os tecidos naturais e a prótese e entre a estética branca e rosa.

### Discussão

Os defeitos gengivais podem ser tratados através de uma abordagem cirúrgica ou protética, sendo difícil preservar e reproduzir a estética mucogengival ideal (Moldi e cols. 2014). Num tratamento cirúrgico bem-sucedido, o resultado final poderá mimetizar o contorno gengival original (Barzilay e Tamblyn, 2003). No entanto, as desvantagens do procedimento cirúrgico de forma a construir próteses sem gengiva protética, que permitem a modelação dos tecidos moles, incluem a necessidade de aumento do volume ósseo, tempo de cicatrização, desconforto, imprevisibilidade nos casos em que existe grande perda do volume tecidual e capacidade financeira (Barzilay e Tamblyn, 2003; Vinnakota e cols, 2012; Mekayarajjnanoth e cols, 2002; Hannon e cols, 1994; Moldi e cols, 2014).

Nestes casos, a substituição gengival através de prótese é uma alternativa mais previsível sendo que as suas vantagens se relacionam com a satisfação estética, reabilitação da função sem que sejam necessários procedimentos cirúrgicos e é possível, desta forma, mostrar ao paciente o resultado antes do tratamento ser finalizado (Vinnakota e cols, 2012). Caso seja esta a opção determinada é aceitável visualizar gengiva protética, sendo imperativo que a junção entre prótese e tecidos moles não seja visível durante o sorriso máximo (Bidra e cols, 2010; Bidra e cols, 2012). Associado ao aparecimento de implantes osteointegrados bem-sucedidos existiu um aumento de pacientes edêntulos à procura da melhoria da função mastigatória e da estética, através de reabilitação com prótese fixa (Ciani, 2001).

A presença de disponibilidade óssea para a reabilitação através da colocação de implantes nem sempre coincide com a arquitetura ideal dos tecidos moles

adjacentes, impedindo um resultado esteticamente satisfatório (Alani e Corson, 2011). Porém, este tipo de reabilitação possui várias vantagens como o conforto e autoestima do paciente e um custo-benefício superior. No entanto, a manutenção da higiene oral é mais difícil e a componente tecidual não poderá ser facilmente ajustada. A sua aplicação clínica é limitada a casos em que a higiene e o desejo estético são possíveis (Barzilay e Tamblyn, 2003; Vinnakota e cols, 2012).

Relativamente ao suporte labial é possível que este seja mantido através de próteses fixas implanto-suportadas sem necessidade de gengiva protética, de acordo com os resultados observados no estudo de Uhlendorf e cols (2017), sendo que a modificação da posição dos dentes anteriores no sentido véstibulo-palatino com valores iguais ou superiores a 2 mm dá uma aparência menos natural e de mais idade (Suzuki e cols, 2006). Caso seja necessário aumentar o suporte labial, de forma a atingir um resultado mais estético, a melhor opção será uma prótese com recurso a gengiva artificial (Lago e cols, 2017).

A estética de uma reabilitação não se baseia apenas numa componente associada aos tecidos dentários, mas também numa componente de coloração gengival que permite a reabilitação dos tecidos moles, sendo fundamental um plano de tratamento multidisciplinar (Yalamanchili e cols, 2013; Barzilay e Tamblyn, 2003; Coachman e cols; Kumar e Sowmya, 2011). ●

### BIBLIOGRAFIA

1. Alani A. e Corson M. (2011). Soft tissue manipulation for single implant restorations. *British Dental Journal*. 211(9): 411–416.
2. Alani A., Maglad A. e Nohl F. (2011). The prosthetic management of gingival aesthetics. *British Dental Journal*. 210(2): 63–69.
3. Barzilay I. e Tamblyn I. (2003). Gigival Prostheses – A Review. *J Can Dent Assoc*. 69(2): 74–78.
4. Ciani A. (2001). Implant

prostheses. *Odontostomatologia E Implantoprotesi*. 66(1): 17–18.

5. Coachman C., Calamita M.A. e Cabral G. Restauração protética dentogengival: uma alternativa à reconstrução tecidual. 17.
6. Heydecke G., Schnitzer S. e Türp J.C. (2005). The color of human gingiva and mucosa: Visual measurement and description of distribution. *Clinical Oral Investigations*. 9(4): 49–57.
7. Kinsel R. P. e Lamb R. E. (2001). Development of gingival esthetics in the terminal dentition patient prior to dental implant placement using a full-arch transitional fixed prosthesis: a case report. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. 16(4): 583–589.
8. Moldi A., Gala V., Patil V.A., Desai M.H., Giri G.R. e Rathod A.P. (2014). Flexible Gingival Veneer: A Quick Cosmetic Solution to Root Coverage – A Case Report. *The Internet Journal of Dental Science*. 13(1): 5–9.
9. Mekayarajjnanoth T., Kiat-amnuay S., Sooksuntisakoonchai N. e Salinas T.J. (2002). The functional and esthetic deficit replaced with an acrylic resin gingival veneer. *Quintessence Int*. 33: 91–4.
10. Patil S., Prabhu V. e Danane N.R. (2011). Gingival veneer: Mask the unesthetic. *J Indian Soc Periodontol*. 15(3): 284–7.
11. Hannon S.M., Colvin C.J. e Zurek D.J. (1994). Selective use of gingival -toned ceramics: Case reports. *Quintessence Int*. 25: 233–8.
12. Ranjan Naik N., Kumar Sahu S., Singh S., Dani A. e Kulkarni S. (2015). “Gingival Porcelain”: Successful Restoration of Lost Smile-Case Report. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences Ver. IV*, 14(3): 2279–861.
13. Shah A. (2012). Gingival veneer: Non – Invasive approach in the management of lost interdental papilla. *Int J Dent Case Reports*. 2(3): 54–8.
14. Mule S.A., Dange S.P., Khaikar A.N. e Vaidya S.P. (2011). Gingival prosthesis: An aesthetics solution for a periodontically compromised patient – A case report. *J Indian Dent Assoc*. 5(5): 652–3.
15. Kumar S.N. e Sowmya N. (2011). Tissue Replacement Gingival Prosthesis in the Treatment of Esthetic and Functional Deficit: Na Atypical Case Report. *International Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry*.

- 1(3): 174-176.
16. Yalamanchili P., Surapaneni H. e Reshmarani, A. (2013). Gingival prosthesis: A treatment modality for recession. *Journal of Orofacial Sciences*. 5(2): 128.
17. Sinha A., Madhavan S., Ravindra S. e Bhat S. (2014). Gingival Veneer: Non esthetics to esthetic smile. *IOSR Journal of Dental and Medical Science*. 13(11): 26-9.
18. Donovan T.E. (2009). Clinical management of root caries. *J Indiana Dent Assoc*. 88: 23-24.
19. Tammaro S., Wennström J.L. e Bergenholtz G. (2000). Root-dentin sensitivity following non-surgical periodontal treatment. *J Clin Periodontol*. 27: 690-697.
20. Zalkind M. e Hochman N. (1997). Alternative method of conservative esthetic treatment for gingival recession. *J Prosthet Dent*. 77: 561-563.
21. Capa N. (2007). An alternative treatment approach to gingival recession: gingiva-colored partial porcelain veneers: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 98: 82-84.
22. Kamalakidis S., Paniz G., Kang K.H. e Hirayama H. (2007). Nonsurgical management of soft tissue deficiencies for anterior single implant-supported restorations: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 97: 1-5.
23. Coachman C., Salama M., Garber D., Calamita M., Salama H. e Cabral G. (2009). Prosthetic gingival reconstruction in a fixed partial restoration. Part 1: introduction to artificial gingiva as an alternative therapy. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 29: 471-477.
24. Triplett R.G., Schow S.R. e Laskin D.M. (2000). Oral and maxillofacial surgery advances in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 15: 47-55.
25. Palmer R.M., Palmer P.J. e Newton J.T. (2003). Dealing with esthetic demands in the anterior maxilla. *Periodontol 2000*. 33: 105-118.
26. Sadaqah N.R. e Tair J.A.A. (2012). Prosthetic reconstruction using gingiva-colored ceramic agent in fixed partial restoration in a 24-year old patient. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. 4: 37-41.
27. Gracia L.T. e Verrett R.G. (2004). Metal-ceramic restorations – custom characterization with pink porcelain. *Compend Contin Educ Dent*. 25: 242,244,246.
28. Behrend D.A. (1981). The design of multiple pontics. *J Prosthet Dent*. 46: 634-638.
29. Patil S., Prabhu V. e Danane N.R. (2011). Gingival veneer: Mask the unesthetic. *J Indian Soc Periodontol*. 15(3): 284-287.
30. Isiksal E., Hazar S. e Akyalçin S. (2006). Smile esthetics: perception and comparison of treated and untreated smiles. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 129: 8-16.
31. LaVacca M.I., Tarnow D.P. e Cisneros G.J. (2005). Interdental papilla length and the perception of aesthetics. *Pract Proced Aesthet Dent*. 17: 405-412.
32. Suzuki A., Suzuki T. e Hayakawa I. (2006). Influence of Occlusal Vertical Dimension and Labiolingual Position of Artificial Anterior Teeth in Complete Dentures on the Facial Appearance. *Prosthodontic Research & Practice*. 5(1): 44-51.
33. Bidra A.S. e Agar J.R. (2010). A classification system of patients for esthetic fixed implant-supported prostheses in the edentulous maxilla. *Compend Contin Educ Dent*. 31:366-79.
34. Bidra A.S., Agar J.R. e Parel S.M. (2012). Management of patients with excessive gingival display for maxillary complete arch fixed implant-supported prostheses. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 108(5): 324-331.
35. Lago L., Rilo B., Fernández-Formoso N. e DaSilva L. (2017). Implant Rehabilitation Planning Protocol for the Edentulous Patient According to Denture Space, Lip Support, and Smile Line. *Journal of Prosthodontics*. 26(6): 545-548.
36. Uhlendorf Y., de Mattias Sartori I., Melo A. e Uhlendorf J. (2017). Changes in Lip Profile of Edentulous Patients After Placement of Maxillary Implant-Supported Fixed Prosthesis: Is a Wax Try-in a Reliable Diagnostic Tool?. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. 32(3): 593-597.
37. Oates T., Robinson M. e Gunsolley J. (2003). Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A systematic review. *Ann Periodontol*. 8:303-20.
38. Rocuzzo M., Bunino M., Needleman I. e Sanz M. (2002). Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: A systematic review. *J Clin Periodontol*. 29:178-94.
39. Coachman C. e Calamita M. The reconstruction of pink and white esthetics. *International Dentistry SA*. 12(3): 2-5.



**Figura 1:** Caso 1 inicial. É possível observar a ausência de dentes superiores, sendo que a paciente apresentava prótese total superior removível.



**Figuras 2.1 e 2.2:** Caso 1 – Prótese total implanto-suportada com gengiva artificial para mimetização dos tecidos moles.



**Figuras 3.1 e 3.2:** Caso 1 final. Reabilitação definitiva em cerâmica colocada sobre seis implantes superiores



**Figura 4:** Caso 2 inicial. É possível observar a condição dos dentes remanescentes e dos tecidos moles circundantes.



**Figuras 5.1 e 5.2:** Caso 2 – Colocação da reabilitação protética total implanto-suportada, sem gengiva artificial. É possível observar a modelação tecidual, com correta interface entre prótese e tecidos moles.



**Figuras 6.1, 6.2 e 6.3:** Caso 3 - Reabilitação fixa implanto-suportada, com recuperação da estética gengival através de pânticos ovais (6.2) e com gengiva protética (6.3).



**Figura 7:** Caso 2 final. Reabilitação superior sem gengiva artificial, com modelação dos tecidos e harmonia dos parâmetros estéticos



# HENRY SCHEIN®

## EXPO ENTAL

De 15 ao 17 de Março 2018

Pavilhão 7, Stands 7B07 e 7C01

Madrid **900 10 22 22**

Barcelona **900 10 44 44**

[www.henryschein.es](http://www.henryschein.es)



 HENRY SCHEIN®  
ConnectDental®

Trusted  
Digital  
Solutions

 Rely on Us

Síguenos en



 HENRY SCHEIN®  
Business Solutions

## Periodontite vs tensão arterial

por DTI

O tratamento de periodontite reduziu significativamente a tensão arterial num grupo de pacientes chineses com risco elevado para esta patologia, revela estudo preliminar. A investigação foi apresentada na American Heart Association's Scientific Sessions 2017, um encontro global de topo sobre os últimos avanços em ciência cardiovascular, destinado a inves-

tigadores e médicos. O estudo comparou o nível de pressão arterial após um tratamento da periodontite padrão ou intensivo num grupo de 107 homens e mulheres chineses com idade acima dos 18 anos, pré-hipertensos e com periodontite severa. O grupo foi dividido de forma aleatória, tendo metade recebido o tratamento de periodontite padrão e a outra metade do grupo recebido o tratamento intensivo. Um mês após

o tratamento, a pressão sanguínea sistólica diminuiu cerca de três pontos nos participantes submetidos ao tratamento intensivo, não tendo sido observada diferença significativa na pressão arterial diastólica. Três meses depois do tratamento, a pressão arterial sistólica apresentava-se inferior em cerca de oito pontos e a pressão diastólica em cerca de quatro pontos no mesmo grupo. Seis meses após o tratamen-

to a pressão sistólica era treze pontos inferior e a pressão diastólica apresentava uma descida de dez pontos nestes pacientes. “O atual estudo demonstra, pela primeira vez, que um tratamento periodontal intensivo permite, isoladamente, reduzir os níveis de pressão arterial, inibir a inflamação e melhorar a função endotelial”, afirmou o autor principal do estudo, Dr Jun Tao da Universidade de Guangzhou. [DTI](#)

## Dente de peixe papagaio pode criar nova era de biomateriais

por DTI

A evolução da ciência é constante. Contudo, existem diversas maravilhas na Natureza que a Humanidade ainda não conseguiu replicar. É o caso dos dentes de peixe pagagaio, dos mais fortes e resistentes à abrasão do mundo animal.

Uma equipa de cientistas estudou a sua estrutura e determinou agora as propriedades que tornam os dentes destes peixes suficientemente fortes para morder corais rochosos. “Os dentes de peixe pagagaio são muitos bons e versáteis na sua capacidade para morder substâncias du-

ras e, na natureza, existem poucos dentes tão duros e fortes”, afirmou o autor principal do estudo, Matthew Marcus da Lawrence Berkeley National Laboratory (California). Para se alimentar, o *Chlorurus microrhinos* (peixe papagaio azul) morde corais e assimila o material

orgânico que estes contêm. Para o conseguir, este peixe tem duas séries de dentes: uma para morder os corais e outra situada na faringe para moer e mastigar o material mordido. Com o objetivo de compreender o que torna os dentes deste peixe tão resistentes, os investigadores co-



meçaram por medir as suas propriedades mecânicas através de testes de nanoindentação. De seguida, procederam à análise química através de várias técnicas, incluindo a microscopia eletrónica de varrimento acoplada a espectroscopia de raios X dispersiva de energia e microsonda eletrónica (EPMA). Como relatado pelo site nanotechweb.org, os resultados demonstraram que não é o material que torna os dentes de peixe papa-

gaio especiais mas a disposição dos cristais dos dentes. Ao estudar a estrutura, a equipa de investigadores descobriu que os nanocristais enamelóides coorientam-se e agrupam-se, interligando-se como a trama de fios que compõe um tecido. As fibras diminuem gradualmente de 5  $\mu\text{m}$  atrás até 2  $\mu\text{m}$  na extremidade e, segundo Marcus, é esta redução em tamanho que torna a estrutura do dente tão rígida. “Os resultados mostram igualmente

que, na natureza, estruturas complexas evoluíram para permitir desempenhar funções específicas extraordinárias, como morder coral, usando materiais simples e pouco sofisticados”, explicou Marcus em declarações a nanotechweb.org. “Nos materiais produzidos pelo Homem verifica-se, regra geral, o oposto, ou seja, usamos materiais de alta tecnologia com uma estrutura muito básica”. De acordo com os investigadores, as técnicas

usadas neste estudo poderiam ser aplicada para estudar a estrutura óssea e dentária humana de forma mais aprofundada e contribuir para o desenvolvimento de novos materiais biomiméticos. O estudo, intitulado Parrotfish teeth: Stiff biominerals whose microstructure makes them tough and abrasion-resistant to bite stony corals, foi publicado online antes da edição em papel de 20 de outubro do ACS Nano journal. [DOI](#)

# Radiografias dentárias revelam deficiência em vitamina D

por DTI

Os dentes humanos contêm informação vital sobre a deficiência em vitamina D e uma equipa de antropólogos canadianos descobriu agora que este problema sério e muitas vezes impercetível pode ser detetado com uma simples radiografia dentária. Identificar os indivíduos que podem ter sofrido uma deficiência em vitamina D representa um passo significativo na compreensão dos fatores que podem ter comprometido a saúde das pessoas no passado. Investigadores da Universidade de McMaster, Prof. Megan Brickley, Lori D'Ortenzio e os seus colegas tinham descoberto anteriormente que os dentes mantêm um registo de deficiência grave em vitamina D. Este apresenta-se sob a forma de deformações microscópicas na dentina e pode ser extremamente valioso para perceber com precisão quando as pessoas, mesmo aquelas que viveram há séculos, estiveram desprovidas de luz do sol, necessária para a produção de vitamina D pelo organismo. O registo é preservado pelo esmalte que protege os dentes



da quebra, ao contrário do que acontece nos ossos que estão sujeitos à rutura. O problema que se verifica na pesquisa destas deformações é que requer o corte total do dente para observar no interior os padrões que compõem o registo de vitamina D durante a vida, e a disponibilidade de dentes post-mortem para investigação é limitada. Para evitar danificar exemplares preciosos, os investigadores procuraram outras formas de isolar os dentes para estudo. Com o recurso a radiografias para analisar as formas que se podem observar nos cornos pulpares, os investigadores descobriram um padrão consistente e identificável que pode revelar-se útil tanto no estudo arqueológico de dentes como para os pacientes atuais que podem

não se aperceber da falta de vitamina D. Numa pessoa saudável a polpa dentária assemelha-se a um arco com duas orelhas de gato no topo, mas numa pessoa com deficiência acentuada em vitamina D esta apresenta-se assimétrica e semelhante à silhueta de uma cadeira de encosto elevado, vista de perfil. Um estudo anterior de D'Ortenzio e Brickley's havia indicado um padrão e a análise de dentes históricos e atuais comprovou que as radiografias são indicadores fiáveis e consistentes de deficiência prévia. “Foi mesmo Eureka! Não era apenas o aspeto que apresentava diferenças. Estava realmente diferente”, recordou Brickley, que detém o título de investigador Canada Research Chair em Bioarqueologia Humana. “Penso que é realmente

importante. Era um trabalho que visava observar sobretudo os indivíduos do passado, mas que tem igualmente potencial para contribuir para os cuidados de saúde modernos.” Como as consequências da falta de vitamina D podem ser graves – especialmente para a saúde óssea – saber quem teve uma deficiência pode ajudar a identificar as pessoas em risco e prevenir danos mais sérios, defendem os investigadores. Se as radiografias dentárias regulares revelarem um problema, a realização de análises ao sangue pode confirmar se existe uma deficiência atual. Ter mais conhecimento sobre deficiências em vitamina D no momento em que ocorrem pode também ajudar a determinar o ponto de equilíbrio para, por um lado, proteger as pessoas dos danos provocados pelos raios UV e, por outro, garantir que estas têm a exposição solar suficiente para manter os níveis deste nutriente saudáveis. O estudo, intitulado *The rachitic tooth: The use of radiographs as a screening technique*, foi publicado online a 7 de novembro no *International Journal of Paleopathology*. [\[1\]](#)



Sign up  
**FREE**

- weekly e-news delivered to your inbox
- latest industry developments
- event specials
- exclusive interviews with key opinion leaders
- product information
- clinical cases
- job adverts

# Sign up to the finest e-read in dentistry

[www.dental-tribune.com](http://www.dental-tribune.com)

**dti** Dental  
Tribune  
International

# Estados Unidos: Lançado o primeiro serviço de encomendas de material dentário por reconhecimento vocal

por DTI

A aplicação da inteligência artificial em Medicina Dentária está prestes a dar o próximo passo. Awrel, fornecedor de soluções de software dentária para plataformas web, móveis e de voz lançou recentemente o seu portal Awrel Partner. Segundo a empresa, esta nova tecnologia permite às empresas de material dentário e aos laboratórios fornecerem aos seus clientes serviços inteligentes guiados por voz para encomenda de implantes, material e equipamento. A nova tecnologia permite, alegadamente, expandir as suas capacidades de processamento para além dos métodos atuais – papel, web e mobile – com interfaces que possibilitam uma nova geração de experiências de voz e conversação. Para além disso, as empresas serão capazes de personalizar os rótulos das suas ofertas, definir fluxos de trabalho e criar intercâmbios orais específicos para a empresa ou produ-

to. “É com satisfação que somos os primeiros fornecedores de software dentário a prestar um serviço de encomendas mãos-livres, por reconhecimento vocal” afirmou Dr Arnold Rosen, CEO e fundador da Awrel. “Com esta tecnologia, os prestadores de cuidados de saúde dentários verão a sua produtividade e qualidade aumentar enquanto os fornecedores e laboratórios poderão acelerar dos seus processos de venda”. O sistema foi concebido de modo a que a pessoa que faz o pedido

possa responder a instruções específicas sobre o produto emitidas por um assistente virtual (chatbot). Cada interação subsequente segue um fluxo de comunicação inteligente, baseado num protocolo definido. Uma vez concluído o pedido, este pode ser enviado para o fornecedor ou laboratório via mensagem ou o sistema pode ser personalizado para que o pedido dê entrada diretamente num sistema de encomendas eletrónico já existente. “Apercebemo-nos rapidamente que a

Medicina Dentária podia beneficiar desta nova geração de assistentes vocais. Trata-se de uma extensão lógica das nossas ofertas de serviço”, afirmou Rosen. “Como especialista em Prostodontia, as minhas mãos são o meu utensílio de trabalho. Prefiro usá-las para criar um sorriso fantástico do que para escrever pedidos de encomenda ao computador ou ao telemóvel. Com a tecnologia de voz, mas minhas mãos estão livres para trabalhar e posso concentrar toda a minha atenção no que é mais importante – o meu paciente.” As empresas que usem os recursos de voz da Awrel podem igualmente disponibilizar aos seus clientes uma ferramenta Awrel de escrita e colaboração para a partilha e armazenamento de mensagens, imagens, documentos e digitalizações em conformidade com a HIPAA (legislação para a privacidade das informações de saúde no EUA). **DTI**



Traduzido do inglês  
por Manuela Vasconcelos

# Buenos Aires Argentina

5-8 September 2018

A PASSION FOR MANY, A COMMITMENT FOR ALL



**30 March 2018**  
ABSTRACT SUBMISSION  
DEADLINE

**1 June 2018**  
EARLY-BIRD  
REGISTRATION DEADLINE

## BTI APOSTA EM BIOBLOCK® - TRANSEPITELIAIS UNIT®

Mediante o uso dos transepiteliais UNIT podem conseguir-se as vantagens do conceito BioBlock® também em restaurações unitárias: criação de uma interface implante-prótese com garantia de hermetismo, evitando a invasão bacteriana; uma boa união biológica entre o tecido mole e o componente protésico através da superfície Ti Golden®; diminuição da tensão no implante na hora de tomar as impressões e realizar provas de prótese; reversibilidade da prótese aparafusada com possibilidade de modificar a altura do transepitelial quando seja necessário. “BioBlock é a melhor decisão clínica para a prevenção da peri-implantite”, refere a empresa em comunicado.



## MALO CLINIC APOSTA NO DIGITAL

A Malo Clinic lançou um novo website com o objetivo de reforçar a sua estratégia no digital. Em comunicado a empresa explica que a nova plataforma “tem uma imagem mais atrativa e funcionalidades acrescidas que permitem uma navegação mais rápida e intuitiva”. “Alinhado com a estratégia da marca, o site reflete o conceito de comunicação ‘A arte de criar sorrisos’ que faz a analogia entre o mundo das artes e a medicina dentária reforçando a excelência da Malo Clinic na área da reabilitação oral”, explica ainda a empresa. O site está disponível em português e em inglês e permite marcar consultas online.



## STRAUMANN COMPRA A PORTUGUESA SDS

A Straumann anunciou no final de 2017 a aquisição da companhia portuguesa de distribuição de produtos para a medicina dentária SDS (Same Day Solutions). Num comunicado conjunto as empresas revelam que juntas irão “oferecer o extenso portfólio de produtos do Grupo para a implantologia dentária e produtos digitais/CAD-CAM, em Portugal”. O valor da aquisição da companhia nacional não foi anunciado, no entanto, as empresas revelam que a equipa de 20 funcionários da SDS irá juntar-se ao Grupo Straumann. A Straumann colabora com clínicas, institutos e universidades, investiga, desenvolve, fabrica e fornece implantes dentários, instrumentos, próteses CAD-CAM, biomateriais e soluções digitais para reabilitação oral. Atualmente, o Grupo detém a

Straumann, a Intradent, a Neodent, a Medentik, e a Etkon, assim como, outras empresas e parceiros, todos eles com uma cultura de excelência, inovação e qualidade na área da medicina dentária e estética. Com esta fusão, as partes administrativa, comercial, física e tecnológica da SDS e da Straumann passam a estar unidas e a operar em conjunto. De resto, as empresas revelam que o atual CEO da SDS, Nuno Costa Santos, passará a ser Country Manager, Diretor Geral da Straumann em Portugal, reportando de forma direta ao vice-presidente Executivo da Europa.



## REDE DE CLÍNICAS DA SONAE ABRE UNIDADE DEDICADA À MEDICINA DENTÁRIA

A rede de clínicas da Sonae criada em 2017 – Dr. Well’s - abriu a sua quarta unidade no centro comercial Continente Amadora. Esta é a primeira clínica da marca totalmente dedicada à medicina dentária, oferecendo serviços nas áreas de Implantologia, Cirurgia Oral e Periodontologia. A unidade está a cargo de Gonçalo Seguro Dias e conta com tecnologia 3D para a realização de diagnósticos. A formação técnica de todos os médicos dentistas, à semelhança do que tem acontecido nas restantes unidades da Dr. Well’s, é da responsabilidade de Miguel Stanley, consultor científico da rede de clínicas. Além da Dr. Well’s da Amadora, a Sonae já abriu também clínicas no centro comercial Colombo, GaiaShopping e Avenida de Roma (Lisboa), que para além de serviços de medicina dentária disponibilizam serviços de medicina estética.



## ACTEON TEM NOVA GAMA DE MICRO-ESPELHOS

Depois da aquisição da Prodont Holliger, a Acteon conta agora com uma gama de micro-espelhos desenhados para cirurgias com microscópio ou lupa. De acordo com a empresa, “este modelo de espelho de alta definição, patenteado e denominado ‘Pure Reflect’, caracteriza-se por uma imagem muito brilhante, resistente e para todas as necessidades”. “Dispomos de quatro modelos exclusivos de micro-espelhos: dois redondos de diâmetros de de Ø3 e Ø5 mm e dois rectangulares de 7x2 mm e 9x3 mm”, revela a Acteon.

# IMPLANTES QUE CRIAM NOVOS SORRISOS TODOS OS DIAS

A linha de implantes de Cone Morse combina uma série de benefícios para oferecer ao médico dentista uma gama completa de opções para proporcionar um tratamento com implantes de **excelência**.

## Elevada conservação do osso, criando um perfil de emergência natural e estético

Com os implantes Cone Morse consegue-se uma conservação da crista óssea previsível, quando os implantes são colocados a nível subcrestal. Os implantes CM colocados por debaixo da crista óssea mostram menos perda óssea que aqueles que são colocados a nível crestal, reduzindo a tensão causada no osso cortical crestal.

## Uma conexão protética única para maior simplicidade

Graças à sua conexão protética única, a linha de implantes Cone Morse oferece-lhe um conjunto de

características que marcam a diferença:

- O conceito de platform switching: a Neodent demonstrou a preservação do nível ósseo, com suporte dos tecidos periimplantários;
- Uma única conexão protética para todos os diâmetros de implante;
- A linha de implantes CM oferece uma ampla selecção de opções para reabilitação (pilar recto, angulado, aparafusado ou cimentado), assim como uma gama completa de pilares TiBase (base de titânio).



A linha Cone Morse de eficácia comprovada, oferece resultados excepcionais em termos de estabilidade

mecânica a longo prazo, graças a uma posição profunda da conexão Cone Morse, que oferece uma elevada resistência a longo prazo. Uma conexão cónica que permite os melhores resultados em termos de estabilidade do pilar e um selado cónico desenhado para impedir a migração bacteriana até ao interior do implante.

## DRIVE Elevada estabilidade primária

O implante Drive CM conta com um desenho inovador desenvolvido para obter uma maior estabilidade primária. O seu corpo cónico e o desenho das roscas tornam-no especialmente indicado para osso de tipo III e IV e alvéolos pós-extracção.



## ALVIM Uma solução para todas as suas necessidades

O implante Alvim CM oferece uma solução única que maximiza as opções de tratamento para todas as suas necessidades. O seu corpo cónico torna-o especialmente indicado para osso de tipo III e IV e para alvéolos pós-extracção.



## TITAMAX Flexibilidade na colocação corono-apical

O TITAMAX Cortical é um implante cilíndrico (paredes paralelas) de conicidade apical e autoroscante, indicado para osso de tipo I e II, graças ao desenho do seu ápice e das suas roscas cortantes.



O TITAMAX EX é um implante cilíndrico (paredes paralelas) com um desenho de rosca, concebido para uma elevada expansão óssea. Está indicado para osso de tipo III e IV, com o objectivo de conseguir bons níveis de estabilidade primária.



## Acqua: evolução no conceito de superfície

A linha de implantes Cone Morse também se encontra disponível com a superfície Acqua, uma superfície hidrófila com eficácia comprovada e com mais de 100.000 implantes vendidos em todo o mundo. Foi desenhada para facilitar o trabalho do médico dentista, oferecendo confiança e fiabilidade.

# DESENHO DIGITAL DO SORRISO



**RICARDO ALMEIDA**

•Médico dentista na MALO CLINIC

A abordagem do paciente em medicina dentária tem evoluído ao longo dos tempos e os protocolos de tratamento nas várias valências estão em constante mutação sempre apoiados pelas bases científicas. Procedimentos que, no passado, assentavam exclusivamente em métodos analógicos ou, mais propriamente, dependentes da mão humana e que têm vindo a pouco e pouco a ser complementados pelas técnicas digitais.

A evolução dos meios auxiliares de diagnóstico, tal como o TAC, e a possibilidade de conversão desses ficheiros de forma a serem manipulados digitalmente permite atualmente planear e guiar os procedimentos cirúrgicos de forma extremamente precisa. A perceção da importância da fotografia dentária no planeamento do sorriso foi determinante para este avanço, levando ao desenvolvimento de softwares que criaram ferramentas que permitem projetar e desenhar o sorriso de forma digital.

A Introdução de scanners intra-orais já no passado era uma realidade, mas

a constante evolução destes sistemas tornou-os bastante *user-friendly* nos dias de hoje. Como tal tornou-se possível, recorrendo ao uso destas técnicas, fazer simulações digitais da correção do sorriso podendo ser usadas como guias para os procedimentos clínicos. Ao nível laboratorial também a era digital há muito que tem vindo a ser desenvolvida através dos sistemas Cad/Cam. A introdução recente das impressoras 3D abre um novo leque de possibilidades no uso dos materiais dentários.

Como tal, o *workflow* ao nível clínico e laboratorial tem vindo a ser alterado, sendo hoje possível tratar os nossos pacientes de forma analógica, parte analógica/parte digital ou em alguns casos de forma totalmente digital ou virtual dependendo dos materiais usados. Mais objetivamente e a título de exemplo, quando avaliamos um paciente na clínica e temos de projetar o seu sorriso é possível recorrendo aos scanners intra-orais, fotografias, TAC e software fazer o diagnóstico, planear, corrigir e desenhar o sorriso de forma digital. Através da comunicação digital com o laboratório é possível produzir dispositivos que simulam em boca o tratamento final. No caso de procedimentos cirúrgicos podem ser confeccionadas guias cirúrgicas que aumentam a precisão e existem ainda softwares que permitem em tempo real visualizar em 3D a colocação de implantes bem como as estruturas adjacentes.

Com base no estudo digital, confirmação e aprovação por parte do paciente em boca através de dispositivos tal como mock-up, procedemos à

preparação clínica do caso. Os scanners intra-orais permitem a leitura digital da informação tridimensional da cavidade oral do paciente e transferência dessa informação para o laboratório. A partir daqui, dependendo dos materiais escolhidos, os softwares permitem desenhar, de forma virtual, os dispositivos protéticos enviando essa informação para os mais variados aparelhos de fresagem que usam o material escolhido produzindo a(s) peça(s) finais. Em casos como este todo o processo ocorreu de forma digital. Em outras situações, dependendo da complexidade, a escolha de materiais ou customização do caso após a leitura intra-oral e envio da informação para o laboratório pode ser vantajoso a confecção de modelos 3D recorrendo ao uso de impressoras de forma a materializar o procedimento, pois torna-se benéfico na produção de alguns materiais. Estes dispositivos protéticos podem ser, sempre que necessário, caracterizados ou personalizados no final da produção como forma de melhorar o resultado estético.

O domínio destas técnicas e procedimentos tornam-se imprescindíveis e, embora exista sempre espaço para os métodos analógicos, as técnicas digitais são ferramentas que permitem tratamentos com alta precisão e previsibilidade. O acesso a estas ferramentas pode implicar um investimento económico inicial por parte das clínicas ou laboratórios, mas após otimizado o *workflow* torna-se bastante rentável, pois os custos de materiais e de produção reduzem significativamente. 🌐



MAIS DO QUE FORMAÇÃO,  
UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM

LEARNING @ IFE

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

# O ESTADO DAS COISAS – 2018



## RUI PAIVA

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

*“Há tantos burros mandando em homens de inteligência, que, às vezes, fico pensando que a burrice é uma ciência.”*

António Aleixo, poeta algarvio

Estava eu nos primeiros dias deste ano a passar as minhas reflexões para o papel, ainda imbuído do espírito natalício de boa vontade e tolerância e de alegria algo artificial da inexorável passagem de mais um ano no nosso calendário, quando realizei que o tema deste primeiro artigo de opinião de 2018 não poderia ser senão algo em jeito de balanço. De facto há já três anos que foi publicado nesta mesma secção da Revista Saúde Oral (Fev 2015) um artigo de opinião por mim assinado e intitulado “o estado das coisas”.

Nesse artigo abordava essencialmente a situação socioprofissional dos médicos dentistas em Inglaterra, França e Espanha comparativamente com a nossa, em Portugal e a sua aparente interpretação por parte da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). No essencial, nestes três anos e no que respeita as condições de acesso à profissão por parte dos jovens

médicos dentistas e ao seu exercício por parte de todos, independentemente da sua idade e/ou experiência, nada mudou a não ser para pior.

Se é verdade que a OMD continua a desenvolver um meritório trabalho na área da formação contínua, em pouco mais se pode vangloriar esta equipa dirigente. O tempo escorre demasiado depressa para a sua capacidade de adaptação e mudança de paradigmas. Se não vejamos: o excesso de profissionais no ativo e em formação nas sete faculdades existentes em Portugal continua a ser um dos temas mais atuais da nossa realidade, sem que por parte da OMD exista uma real preocupação com o assunto traduzida por alguma espécie de ação estrategicamente desenvolvida ao longo do tempo; os *numerusus clausus* dessas faculdades continuam entregues ao livre arbítrio de interesses provavelmente inenarráveis.

Igualmente ausente está um objetivo definido, inequívoca e eficazmente, no que diz respeito ao modelo de assistência médico-dentária à população portuguesa; defendeu inicialmente a OMD um modelo assente no aproveitamento da rede de clínicas e consultórios instalados em todo o território nacional, para no ano passado alinhar com o projeto governamental de colocação de médicos dentistas a recibo verde nos centros de saúde, em condições de trabalho indignas, num projeto condenado, a meu ver, a falhar num futuro mais ou menos próximo, dadas as tremendas especificidades da prestação de cuidados de medicina dentária.

Também na temática da publicidade se continua a assistir a exemplos

mais ou menos degradantes e tristes, contribuindo de modo dificilmente reversível para a degradação da imagem do médico dentista; o silêncio do Conselho Deontológico e da Direção da OMD é perturbante perante constantes violações do código da publicidade, da Lei Geral da publicidade, de decretos-Lei do Ministério da Saúde e do Regulamento da ERS. Quanto à prática de atos de medicina dentária a preços abaixo de um valor designado como justo e digno, mas também legal, uma vez que praticar preços abaixo do seu custo é legalmente proibido pela autoridade da concorrência por se tratar de *dumping*, em nada se avançou nestes últimos anos. Continuo a considerar imprescindível uma tabela de custos por ato de medicina dentária a servir de base para a implementação de tabelas justas por parte de redes de clínicas dentárias, de seguradoras e outras entidades que estabeleçam convenções com médicos dentistas. Infelizmente não existe qualquer vontade expressa por parte da OMD em levar a cabo tão fundamental tarefa.

E por fim que dizer da inoperância da OMD quanto ao contributo que poderia, e deveria dar, no sentido do alívio de regras, obrigações, proibições e burocracias, muitas delas sem qualquer justificação técnico-científica e de taxas e taxinhas incontornáveis para o exercício da nossa profissão?

Gostaria de ter a esperança que este ano de 2018 viesse a ser melhor que os anteriores, mas receio que para nós, médicos dentistas deste país, a realidade seja outra... 🍌

### III CONGRESSO SPDOF COM SETE WORKSHOPS

Realiza-se nos dias 9 e 10 de março, na Fábrica de Santo Thyrsor, em Santo Tirso, o III Congresso da Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SPDOF). A edição deste ano contará com sete *workshops* pré-congresso. Sob o mote 'O estado da Arte em DTM e Dor Orofacial', o encontro contará com a presença de oradores como Luca Guarda-Nardini (Itália); Paulo Conti (Brasil); Júnia Serra-Negra (Brasil); Monge Gil (Espanha); Carmen Benito (Espanha); Enrique Posuelo (Espanha); Roy de la Touche (Espanha); Teresa Pinho (Portugal); e Jorge André Cardoso (Portugal).

Os workshops pré-congresso realizam-se no dia 8 de março. <https://www.spdof.pt/congresso-2018/>

### MALO CLINIC EDUCATION ABRE NOVAS AÇÕES DE FORMAÇÃO

A Malo Clinic Education já divulgou o programa das próximas ações de formação que irá abrir para profissionais de medicina dentária. Dedicados a médicos dentistas, técnicos de laboratório, higienistas orais e assistentes dentários, estes cursos focam-se “nos mais recentes desenvolvimentos de conceitos, tecnologias e produtos na Reabilitação Oral com implantes dentários”, revela a organização. Em março realizam-se os cursos 'ALL-ON-4® Surgical protocol clinical

course' e 'Introdução ao Sistema Reciproc (Reciproc;Reciproc Blue e R Pilot)'. O primeiro pretende abordar “um procedimento cirúrgico inovador para a reabilitação de maxilas edêntulas que se concentram inteiramente na paciente” e será ministrado por Paulo Malo. O segundo fará uma introdução à instrumentação recíprocante e a sua utilização em retratamentos não cirúrgicos. [education@maloclinics.com](mailto:education@maloclinics.com)

### ORTOCERVERA REALIZA FORMAÇÕES EM APNEIA DO SONO E ORTODONTIA

A Ortocervera abriu duas novas edições das ações formativas 'Pós Graduação em Ortodontia' e 'Aplicação Clínica do Avanço Mandibular para o tratamento da SAHS'.

A 'Pós Graduação em Ortodontia' será ministrada por Alberto Cervera e está estruturada em quatro áreas: Protocolos de diagnóstico e tratamento; Estudos de síndromes clínicas; Práticas em tipodontos com brackets de autoligado; Práticas clínicas tutorizadas. O curso de 'Aplicação Clínica do Avanço Mandibular para o tratamento da SAHS' estará a cargo de Mónica Simón Pardell e pretende ajudar os profissionais de medicina dentária nos tratamentos e terapêuticas adequadas para os transtornos respiratórios obstrutivos do sono. [cursos@ortoceosa.com](mailto:cursos@ortoceosa.com)

WWW.SAUDEORAL.PT



### A REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

Conheça as novidades do setor na nossa Newsletter Semanal

**GANHE ATÉ 20% DESCONTO NUMA FORMAÇÃO**

#### FORMAÇÕES

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

CONSULTE OS PROGRAMAS DETALHADOS E DATAS DISPONÍVEIS EM [WWW.IFE.PT](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)

SO 118

SAÚDE ORAL

#### IDENTIFICAÇÃO

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

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

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

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

#### MODO DE PAGAMENTO

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

# LIDERANÇA NAS CLÍNICAS DENTÁRIAS



**DILEN RATANJI**

• Diretor-Geral DentBizz Consulting

A discussão sobre as diferenças entre “chefe” e “líder” já estão mais que exploradas e debatidas, pelo que não irei versar sobre as mesmas. Gostaria de falar um pouco mais sobre o que é um líder e que características pessoais e profissionais lhe estão associadas. Quando tenho clientes (directores clínicos de clínicas de medicina dentária) que me questionam se os considero uma coisa ou outra, tendencialmente inclino-me para o “chefe”. Conheço alguns líderes de CMD, mas devo confessar que há uma maior proporção de chefes... Fui investigar um pouco mais sobre a diferença entre ambas as nomenclaturas e gostaria de partilhar o que fui descobrindo.

Sabia que um líder nunca diz...

...”Porque eu estou a mandar!”:

liderar é algo inato e natural e não deve representar pressão para quem acata as ordens. Pedir de forma educada e com um tom de voz suave é a melhor forma de conseguir que façam exatamente aquilo que pretende.

...”Não preciso de ajuda!”: bolas!

Toda a gente precisa de ajuda, seja muita ou pouca. Além de falsa, esta afirmação pode ter efeitos negativos no negócio da sua CMD, uma vez que um chefe que não sabe delegar nunca terá a capacidade de ser bem-sucedido. Partilhe as suas responsabilidades. Esse

**Por norma, um mau líder dá demasiadas tarefas a cada pessoa e quase que as pressiona a serem medíocres, em vez de lhes permitir que sejam excelentes naquilo em que são realmente bons. Ao invés estamos também perante uma liderança pouco efectiva quando não há descentralização de responsabilidades e delegação de tarefas. Um bom líder deve estar consciente das suas limitações e entender que as outras pessoas também as têm.**

será também um passo importante para gerar um clima de confiança no seio da sua equipa.

...”Não tenho tempo”: é das frases que os médicos dentistas, assistentes, higienistas ou recepcionistas menos gostam de ouvir do seu director clínico. Arranjar tempo para ajudar os colaboradores a resolver os problemas e as questões mais essenciais pode ser uma boa forma de promover a confiança. Não ouvir quem mais precisa de si é um acto de egoísmo.

...”A culpa não é minha.”: um verdadeiro líder assume e reconhece os seus erros, mesmo que estes não tenham sido cometidos por si, e partilha as conquistas com os seus colaboradores.

...”Quem é que pensa que é?”: ui, ui! Está o “caldo entornado”! De acordo com Lolly Daskal, esta é uma das frases mais proferidas por chefes, sobretudo quando a intenção é demonstrar que têm poder sobre o seu colaborador. Contudo, quando um chefe diz isto demonstra uma enorme falta de confiança nas suas capacidades de liderança e que pode estar a sentir-se ameaçado pelo seu colaborador.

A liderança é conceptualmente um tema muito abrangente e eu próprio, mesmo ainda não sendo um verdadeiro líder (enquanto empresário tenciono vir a sê-lo) tenho uma visão muito clara do que é ser líder. Se lidera uma empresa pequena, como é a sua CMD,

deve conhecer todos os problemas de todas as pessoas que trabalham na sua organização. Sim (praticamente) todas! Deve conhecer as suas competências, aquilo em que são bons e aquilo em que são maus. Os seus sonhos, as suas motivações e as suas expectativas. Cada um desses colaboradores deve fazer exatamente isso: aquilo em que é bom e que corresponde às suas expectativas. Se quer ser um bom líder, conheça cada um dos seus colaboradores e ajude-os a maximizar as suas competências e valências.

Por norma, um mau líder dá demasiadas tarefas a cada pessoa e quase que as pressiona a serem mediócras, em vez de lhes permitir que sejam excelentes naquilo em que são realmente bons. Ao invés estamos também perante uma liderança pouco efectiva quando não há descentralização de responsabilidades e delegação de tarefas. Um bom líder deve estar consciente das suas limitações e entender que as outras pessoas também as têm. Outra dificuldade (que tenho assistido em inúmeras CMD) é o facto de alguns chefes evitarem reunir pessoas que sabem mais do que ele, impedindo assim melhorar e ajudar a organização a ser melhor. Às vezes pode ser útil, mas por norma é um acto de menor inteligência...

Um problema transversal às PME do tecido empresarial em Portugal é a falta

de visão estratégica dos seus líderes. As CMD devem ter um líder inspirador e carismático, pois na realidade ninguém quer seguir a visão de uma pessoa de quem não se gosta... O que acho curioso (e, brejeiramente, algo engraçado) é que muitas vezes os maus líderes são carismáticos. São pessoas inteligentes e sabem cativar outras pessoas, o que faz com que muitas vezes seja difícil dizer-lhes que não, mesmo quando intimamente se sabe que estão errados na sua forma de pensar e/ou actuar.

Um bom líder não faz generalizações (não confunde uma situação pontual com algo generalizado ou com um determinado padrão), não “catastrofiza” (sabe relativizar as situações mais negativas, proporcionado um clima de menor stress à sua equipa) e é uma pessoa positiva.

Por último fica aqui o resultado de um estudo da Harvard Business Review (HBR) que, confesso, surpreendeu-me: os elogios e reforços positivos são importantes, mas serão mesmo os mais importantes? A maioria dos estudos analisados pela HBR parece indicar que não. O que o seu colaborador quer mesmo saber é quando não está satisfeito com o seu trabalho, já que esta é a única forma que lhe permitirá melhorar. Curioso, não? Não sei se será bem assim cá em Portugal... 🌐

O autor escreve de acordo com a antiga ortografia

# TENDÊNCIAS DE CONSUMO NA MEDICINA DENTÁRIA EM 2018



VÍTOR BRÁS

- Médico Dentista
- Investigador de NeuroMarketing em Medicina Dentária

Vivemos num admirável Mundo Novo, onde tudo muda a todo o momento. Hoje em dia, o médico dentista vê-se confrontado para novas realidades de consumo e marketing para os quais a universidade pouco ou nada o preparou. Mas o que se pode esperar dos consumidores de saúde em 2018?

A realidade em 2018 é que vivemos de cabeça virada para um *touchscreen*, isso faz com que tenhamos pensamentos predominantemente experienciais (em que estamos imersos na compra/produto/serviço) e isso aumenta a nossa preferência por produtos hedónicos em detrimento de outros mais utilitários<sup>1</sup>. Como se não bastasse, atualmente os consumidores atuam como manada, a ver por um estudo sobre consumo de têxteis em que se provou que a influência das redes sociais supera os próprios gostos pessoais<sup>2</sup> nas aquisições de roupa. Esta mesma selva que são as redes sociais torna as clínicas mais transparentes ao público atual, que tudo vê e tudo comenta. Isto pode ser bom, mas também pode ser destrutivo, como consta no blogue da *Trend Watching*, uma companhia especializada em tendências de consumo<sup>3</sup>.

A *American Marketing Association* preconiza algumas tendências na Saúde em 2018<sup>4</sup>:

**Caos das Seguradoras** – Os pacientes estão a ficar mais sensíveis ao preço e optam por seguros de saúde que os iludem e confundem, desviando pacientes para clínicas que operam melhor neste tipo de burocracias.



**Dr. Google** – A estatística mostra que é melhor surfar a tendência e utilizar isto como uma ferramenta educativa para o paciente, em vez de lutar contra este “Dr.”. Um estudo da *dotHealth Consumer Health Online* em 2017 revelou que 57% dos inquiridos procurava na Internet uma primeira opinião de saúde.

**Medicinas Alternativas** – Os pacientes estão cada vez mais a virar-se para terapias alternativas e receitas caseiras

**Compras de Saúde** – os pacientes perderam a confiança nos preços praticados e exigem transparência, por isso comparam preços e investigam alternativas. Esta tendência culminará na diminuição dos preços praticados em Saúde.

**Appificação** – Os *wearables* ganham cada vez mais utilizadores, que atualmente monitorizam vários parâmetros de saúde do seu quotidiano.

**Comer “Clean”** – Por culpa do *lobby* da indústria farmacêutica, os consumidores preferem agora produtos orgânicos e de comércio ou produção local.

**User Experience** – Os pacientes querem hoje um serviço personalizado, conveniente e rápido, por isso o melhor é não deixar ninguém muito tempo na sala de espera...

## Mas e no que à Medicina Dentária diz respeito?

O Google mostra que o que o público mais pesquisa são Implantes Dentários, seguidos da Ortodontia. A boa notícia é que o público pesquisa pouco sobre prótese dentária, mas o colega então diz-me: os idosos não vão à internet! Ao que eu respondo: a faixa etária que mais utiliza próteses dentárias agora vai ser substituída por aquela que agora procura por Implantes Dentários!

O interesse do público na Medicina Dentária, pelo volume de pesquisas no Google, parece superar o interesse por Seguros de Saúde. Mas isto pode levar a um engano, uma vez que não é preciso pesquisar por seguradoras dado que estas entram por todas as vias digitais e analógicas dos consumidores, do e-mail ao rádio.

Com tudo isto, e por tudo aquilo que a psicologia do consumo e tendências mostram, não acredito que 2018 traga grandes mudanças, mas sim um acentuar do que já se tem vindo a verificar: um público mais hedónico, seguidor das massas, impaciente e exigente.

Um ótimo 2018 para todos os colegas! 🍀

1. Díaz, A., Gómez, M. & Molina, A. A comparison of online and offline consumer behaviour: An empirical study on a cinema shopping context. *J. Retail. Consum. Serv.* 38, 44–50 (2017).
2. Sandra Maria Correia Loureiro, Inês Costa & Padma Panchapakesan. A passion for fashion: The impact of social influence, vanity and exhibitionism on consumer behaviour. *Int. J. Retail Distrib. Manag.* 45, 468–484 (2017).
3. 5 Trends for 2018. Available at: <http://trendwatching.com/quarterly/2017-11/5-trends-2018/>. (Accessed: 5th January 2018)
4. 9 Consumerism Trends That Will Dominate Health Care Marketing in 2018. Available at: <https://www.ama.org/publications/eNewsletters/MHSNewsletter/Pages/9-consumerism-trends-dominate-health-care-2018.aspx>. (Accessed: 5th January 2018)



# SPEMD

SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

## CURSOS HANDS-ON DE DENTISTERIA ESTÉTICA

Restaurações diretas e indiretas à base de cerâmica - do primeiro ao último passo



**COIMBRA** - 21 de abril  
**LISBOA** - 12 de maio  
**PORTO** - 27 de outubro

2018

**FORMADOR**

**Cristiano Alves**

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

**PREÇO**

Sócios SPEMD: 120€ • Não sócios SPEMD: 170€ (Inclui coffee breaks e almoço ligeiro de trabalho)

**LOTAÇÃO**

Lisboa: 10 . Coimbra: 8 . Porto: 12

**DURAÇÃO**

7 horas: 9h30-12h30 . 14h30-18h30

Apoio **VOCO**  
OS DENTALISTAS

**Componente teórica:** o porquê das restaurações diretas e indiretas à base de cerâmica com a nova tecnologia de Admira Fusion, Admira Fusion Flow, Admira Fusion x-tra e Admira Fusion x-base com particular ênfase nas vantagens dos mesmos. Apresentação de alguns casos clínicos onde serão abordadas as restaurações anteriores e posteriores e as técnicas de utilização/otimização dos produtos.

**Componente prática:** Realização de diferentes restaurações diretas e indiretas em anteriores e posteriores com recurso à família Admira Fusion e FinalTouch (pigmentação/ caracterização).



# XXXVIII 2018

Congresso anual 12 e 13 outubro

SPEMD

Implantologia e Reabilitação Oral  
Estética Dentária  
Dentisteria  
Patologia Oral  
Endodontia  
Ortodontia e Odontopediatria  
Investigação Científica  
Curso Assistentes Dentárias  
Cursos Hands On

LISBOA, Oeiras

Centro Congressos Lagoas Park



## COMEMORAÇÕES DE SANTA APOLÓNIA

AVELãs, 10 E 11 DE MARÇO 2018



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

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

# NSK

# Surgic Pro<sup>+</sup>

## Micromotor para Implantologia



- POTENTE
- SEGURO
- PRECISO

2.999 €\*  
6.129 €

### Surgic Pro

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003587**

3.999 €\*  
8.308 €

### Surgic Pro **LED**

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003586**

4.499 €\*  
8.876 €

### Surgic Pro<sup>+</sup> **LED**

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003585**

- Armazenamento de dados
- USB



## 3 Contra Ângulos do mesmo modelo



Contra Ângulo **SG20**

Sem Luz · Redução 20:1



Contra Ângulo **X-SG20L**

Com Luz · Redução 20:1



Contra Ângulo **X-DSG20L**

Com Luz · Redução 20:1

**DESMONTÁVEL**

### 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 · Sr. João Paulo Costa · tlm: 915 66 32 32 · e-mail: costa@nsk-spain.es  
Módena, 43 · El Soho-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid · Espanha · tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es

\* IVA não incluído · Ofertas válidas até 28 de fevereiro de 2018