

SAÚDE ORAL



REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 120 • MAIO/JUNHO 2018 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)



A GRANDEZA
É UMA CONQUISTA

SISTEMA DE IMPLANTES GRAND MORSE® NEODENT®

Helix®

Versatilidade
incomparável.



Todos os tipos de osso

Drive®

Alta estabilidade
primária em
situações ósseas
desafiantes.



Osso tipo III e IV

Titamax®

Flexibilidade no
posicionamento vertical.



Osso tipo I e II

GRANDES BENEFÍCIOS

GRANDE FIABILIDADE

Interface estável e desenho resistente
para sucesso a longo prazo.



GRANDE ESTABILIDADE

Desenhado para tratamentos imediatos
e previsíveis para todos os tipos de
osso.



ESTÉTICA PERFEITA

Estética natural imediata.



GRANDE SIMPLICIDADE

Interface protético único para maior
facilidade de uso.



Sistema de Implante Dentário Tapered Screw-Vent[®]



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™



Com mais de uma década de experiência e com uma elevada taxa de sobrevivência cumulativa,¹ o design de sistema aberto Tapered Screw-Vent oferece recursos para os tratamentos de implantologia modernos:

- Um design cónico para casos em que exista osso suficiente para uma colocação imediata^{1,2}
- A carga imediata é indicada quando existe uma boa estabilidade primária^{1,2}
- A topografia de superfície MTX[®] obtém elevados níveis de contacto osso-implante e apresenta propriedades osteocondutoras³
- A Tecnologia Platform Plus[™] patenteada pela Zimmer é uma conexão com pilares com fricção, sendo que foi comprovado que esta tecnologia protege a crista óssea contra forças oclusais concentradas.

¹Ormianer Z, Palti A. The use of tapered implants in the maxillae of periodontally susceptible patients: 10-Year Outcomes. Int J Oral Maxillofac Implants 2012; 27: 442-448.

²El Chaar E, Bettach R. Immediate placement and provisionalization of implant-supported, single-tooth restorations: a retrospective study. Int J Periodontics Restorative Dent 2011; 31(4).

³Todisco M, Trisi P. Histomorphometric evaluation of six dental implant surfaces after early loading in augmented human sinuses. J. Oral Implantol 2006; 32 (4): 153-166

Para obter mais informações, contacte o seu representante de vendas local.

www.zimmerbiometdental.com

SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 120 • MAIO/JUNHO 2018 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)

A ENTREVISTA COM PAULO MALO, O MÉDICO DENTISTA QUE MUDOU A HISTÓRIA DA MEDICINA DENTÁRIA A NÍVEL MUNDIAL

REPORTAGEM NA LX CLINIC -
ORAL CRE CENTER

DOSSIER:
MEDICINA DENTÁRIA E ESTÉTICA FACIAL

ANÁLISE COMPARATIVA
ENTRE TRÊS MARCAS DE IMPLANTES



Ficha técnica

SAÚDE ORAL ^{SO}

Diretor: Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)

Colaboraram nesta edição:

Carmen Silva, Cláudia Pinto e Manuela Vasconcelos

Fotografia: David Oitavem, Rodrigo Cabrita thinkstockphotos.com.pt

Business Unit Manager Events & Magazines:

Sílvia Prestes (sprestes@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



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: Sílvia Prestes

Pré-impressão, impressão

e acabamento: Jorge Fernandes, Lda,

Artes Gráficas

Tratamento de base de dados

e envelopagem: Mailtec Comunicação SA

Publicação bimestral

Tiragem deste número: 6.500 exemplares

Depósito Legal: 125087/98

ICS 121656/98

Vendas por assinaturas (6 números):

Portugal Continental, Açores e Madeira:

52,20e (IVA incluído, 6%)

Revista fundada em 1998 por A. Esteves

Os artigos de opinião apenas veiculam as posições dos seus autores



A DISRUPÇÃO NA MEDICINA DENTÁRIA

Quando pensa em inovações disruptivas o que lhe vem à cabeça? O automóvel? O telemóvel? O micro-ondas? Paulo Malo queria resolver o problema dos desdentados totais. O problema dos avós, que não conseguiam ter qualidade de vida porque as próteses os magoavam, impulsionou-o a procurar uma solução. Esbarrou com o que ele chama ‘falso knowledge’ e com verdades feitas. ‘É assim porque é assim, não há nada a fazer’. Mas isto é o pior que lhe podem responder. “Quando me dizem que não se pode fazer, mas não há provas, isso cai imediatamente no saco das mentiras”. E o All-on-4, baseado em seis mentiras e uma das maiores inovações na história da medicina dentária a nível mundial, tornou-se uma daquelas inovações disruptivas. Nesta edição entrevistámos Paulo Malo que revelou como foi possível chegar ao conceito que hoje em dia é aplicado por todas as empresas na medicina dentária.

O dossier foca atenções na união entre a medicina dentária e a estética facial. Andam lado a lado e exigem a intervenção de uma equipa cada vez mais abrangente e multidisciplinar, com a nova geração de médicos dentistas a inovar nos tratamentos estéticos. Entrevistámos vários médicos dentistas que se dedicam a estas áreas e que nos revelam o que está a ser feito.

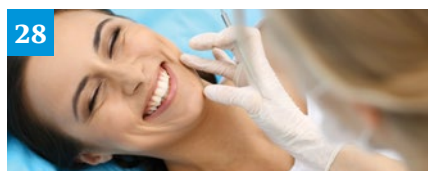
Destaque ainda para uma análise comparativa *in vivo* do potencial de osseointegração entre três marcas de implantes líderes o mercado europeu. E por último, mas não menos importante, partilhamos o que estamos a preparar para a edição deste ano do Dentalbizz e dos Prémios Saúde Oral 2018, agendados para o próximo dia 27 de junho no Lagoas Park Hotel.

Boas leituras.

Sónia Ramalho



8
ATUALIDADE
"O 7º IORC SERÁ RECORDADO DE FORMA ESPECIAL"



28
DOSSIER
MEDICINA DENTÁRIA E ESTÉTICA FACIAL



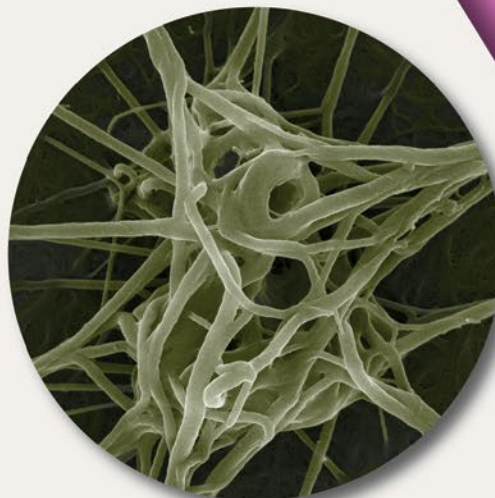
38
ESTUDO
ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE TRÊS MARCAS DE IMPLANTES

endoret® (prgf®)

Endogenous Regenerative Technology

O valor de ser o primeiro

A tecnologia de plasma rico em fatores de crescimento mais versátil, segura, previsível e reproduzível. Com aval dado por mais de 200 publicações indexadas em revistas especializadas, com 20 anos de investigação em regeneração tecidual.



INOVAÇÃO PARA SI

SOLUÇÕES PARA OS SEUS PACIENTES

RÁPIDO · SIMPLES · AUTÓLOGO · REPRODUZÍVEL



1. Melhora a cicatrização do tecido mole.
2. Melhora o pós-operatório do paciente diminuindo a dor e a inflamação.
3. Aumento da previsibilidade na regeneração óssea.



KIT
KMU15



KIT
KMU16



CADA DÍA MAIS PERTO

Do Laboratório i+D a sua clínica

IMPLANTOLOGIA PREVISÍVEL

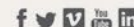
Descreve-se o uso de Endoret® (PRGF®), tecnologia ã usada em todos os procedimentos cirúrgicos.

Para informações/inscrições por favor consulte o seu assessor clínico ou bti.portugal@bticomercial.com

SEXTA-FEIRA, 6 DE JULHO 2018 · ALGARVE
HOSPITAL PARTICULAR DO ALGARVE - ALVOR

BTI APP

Versão iPhone / smartphone
Versão iPad / Tablets
(Área exclusiva clientes)



BTI Biotechnology Institute Portugal
Tel.: +00 351 22 1201373
bti.portugal@bticomercial.com
www.bti-biotechnologyinstitute.pt

CLÍNICA DENTÁRIA SÓNIA COSTA ASSINALA 19 ANOS COM NOVA IMAGEM “O SEGREDO É TRABALHAR COM PAIXÃO E CONSEGUIR CONTAGIAR”

A celebrar 19 anos de presença no mercado, a Clínica Dentária Sónia Costa apresentou recentemente uma nova imagem que reflete a evolução e o investimento que tem feito nos últimos anos. Sónia Costa revelou à SAÚDE ORAL que o sucesso da clínica é pautado por uma equipa onde “cada médico exerce uma área específica” com “paixão” à mistura.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Clínica Sónia Costa



A Clínica Dentária Sónia Costa assinala este ano o seu 19º aniversário. Qual o balanço que fazem destes anos de atividade?

O balanço é muito positivo. Iniciámos este projeto em 1999 com um gabinete e uma assistente e hoje já somos uma equipa com duas rececionistas, 19 médicos, seis assistentes com seis gabinetes de medicina dentária, um de ginecologia e outro gabinete médico para pediatria e restantes especialidades, logo não poderia estar mais satisfeita.

Apostaram num evento de lançamento da nova imagem da clínica. O que serviu de inspiração à nova imagem? Ou seja, o que mudou?

No decorrer destes anos tivemos algumas alegrias, muitas emoções fortes e também algumas frustrações. Foram elas que nos fizeram crescer, que nos trouxeram maturidade, equilíbrio e vontade de ir sempre atrás do que é melhor para o nosso paciente. Hoje sentimos que ainda não está tudo feito, há uma vontade constante de mudança. Esta nova imagem foi apresentada para ser aplicada a partir de 2019, mas foi amor à primeira vista, uma atração, uma química que fez com que não pudéssemos esperar pelos 20 anos como seria esperado. Uma vez que somos e sempre fomos uma clínica que foge à regra em tantas coisas, resolvemos fazê-lo como marco dos 19 anos de existência.

Do que mais se orgulha ao longo destes 19 anos de atividade?

O que mais me orgulha é, sem dúvida, o

facto de todo o nosso percurso ter sido feito de forma sustentada, com os melhores parceiros, que sempre acreditaram em mim, em todo o projeto e que hoje também acreditam e confiam em toda a equipa.

A clínica tem-se destacado pela implementação de alguns avanços tecnológicos. Do que se trata o Sorriso Doador?

A tecnologia e o digital já há muito que deixaram de ser o futuro e passaram a ser o presente. A medicina dentária tem evoluído, tal como as restantes áreas da medicina, de forma 'galopante'. Como em qualquer área da saúde todos os trabalhos devem ser o mais conservadores e, se possível, o mais previsíveis. O Sorriso Doador é exemplo disso, já que torna possível a previsibilidade do que fazemos na clínica. Antes de tomar uma decisão, o paciente consegue ver, sentir e envolver-se emocionalmente com todo trabalho que nos propomos a fazer. O conceito do Sorriso Doador consiste num *scanner* intraoral de sorrisos (dentes de pessoas que consideramos bonitos e perfeitos) que, após ser trabalhado pelo profissional através do software Digital Smile Design, é validado pelo paciente que necessita de reabilitar o seu sorriso, para que ele o vivencie e diga se se identifica ou não com a nossa proposta.

O melhor de todo este processo é quando fazemos isto dentro da mesma família. Isto é, imaginemos que precisamos de reabilitar uma mãe que sempre teve como prioridade os seus filhos, optou por ficar 'para trás' e quando finalmente a vida lhe permite cuidar dela, nós pegamos no sorriso da filha e adaptamos à boca da mãe. O resultado é maravilhoso, chega a ser mesmo emocionante! É para proporcionar momentos como este que, na nossa clínica, apostamos em equipamentos que ajudam a criar e a melhorar tudo, garantindo a envolvimento total entre o clínico e o paciente.

É difícil exercer medicina dentária no interior do país? Nomeadamente ter bons profissionais para trabalhar consigo?

Hoje em dia é difícil exercer medicina



"No decorrer destes anos tivemos algumas alegrias, muitas emoções fortes e também algumas frustrações. Foram elas que nos fizeram crescer, que nos trouxeram maturidade, equilíbrio e vontade de ir sempre atrás do que é melhor para o nosso paciente".

dentária em qualquer parte do país. Infelizmente, o nosso mercado de trabalho encontra-se saturado, pois neste momento temos um número de médicos dentistas muito elevado para as necessidades da população. No entanto, acredito que quando prestamos um serviço que é pautado por competência, honestidade e com muita paixão pelo que fazemos isso pode tornar o nosso sucesso um pouco mais fácil. O nosso consultório já há muito

tempo que se encontra na vanguarda de muitas técnicas e práticas clínicas porque trabalhamos por especialidades, onde cada médico exerce uma área específica. A ideia do médico dentista que 'faz tudo' já há alguns anos que foi posta de parte e, por isso, criámos uma equipa multidisciplinar. Fizemos investimentos em equipamentos como microscópio operatório, laser, *scanner* intraoral, entre outros, que permite a qualquer profissional bem formado gostar, tirar prazer e acrescentar valor ao seu trabalho. Eu acredito que não vale a pena investir em formação quando não temos oportunidade de praticar ou não temos os meios necessários para pôr em prática o nosso conhecimento. Por isso tornar-se menos difícil exercer medicina dentária quando este trabalho é pautado pela qualidade e paixão no que fazemos. Se todos os profissionais tiverem as condições de trabalho de excelência é nesse patamar que eles vão querer estar.

Qual o segredo para manter um bom ambiente entre a equipa?

O segredo é trabalhar com paixão e conseguir contagiar. É chorar com os nossos quando eles estão menos bem e estar sentado na cadeira da frente a apoiar e aplaudir quando um dos nossos brilha. É apoiarmo-nos uns aos outros e vivenciar as vitórias e as derrotas de cada um. É criar momentos onde todos tiramos o casaco, deixamos de ser doutores, assistentes e passamos a ser a Sónia, a Margarida, o António...

A aposta na tecnologia de ponta é importante para o sucesso da clínica?

A aposta tecnológica é importante porque permite a bons profissionais poderem ter meios para aplicar tudo o que estudam e aprendem, permitindo, assim, fazer trabalhos menos invasivos, mais conservadores, mais indolores, previsíveis e o melhor, envolvendo os pacientes em todo o trabalho. Se eu acho que esta envolvimento por parte do paciente e o seu conforto é importante para o sucesso? Sim acho que, talvez não em tudo, mas grande parte das vezes, associado a profissionais de excelência, faz toda a diferença. 🌟

IMPLANTOLOGY AND ORAL REHABILITATION CONGRESS

“O 7º IORC SERÁ RECORDADO DE FORMA ESPECIAL”

A sétima edição do IORC reuniu todas as condições para vir a ser recordada e falada nos próximos tempos. O evento contou com a presença de profissionais como Dennis Tarnow, Stephen Chu e João Caramês apresentou um novo sistema de classificação para reabilitação *full-arch* do paciente edêntulo maxilar e mandibular.

Texto: Carmen Silva Fotos: Rodrigo Cabrita

A sétima edição do *Implantology and Oral Rehabilitation Congress* (IORC) decorreu em Lisboa, nos dias 13 e 14 de abril. João Caramês, presidente da comissão científica, explicou que “as edições prévias do IORC criaram uma significativa adesão entre médicos dentistas, higienistas orais, técnicos de prótese e assistentes dentários. Não apenas pelos programas científicos apresentados ou pela excelência clínica dos oradores, mas igualmente pela partilha de uma visão multidisciplinar integradora de todos os membros da equipa clínica de Reabilitação Oral”.

Segundo João Caramês, as expectativas geradas em torno do 7º. IORC eram à

partida “bastante elevadas”. Enquanto fundador e presidente da comissão científica do congresso acreditava “ser difícil superar a adesão registada no 6º. IORC. Contudo, faz parte do ADN da ‘nossa equipa’ aceitarmos desafios e realizarmos sempre mais e melhor”.

O evento deste ano foi, assim, o reflexo deste “sentido de constante aperfeiçoamento e organização”, tendo acolhido pela primeira vez em Portugal uma edição do *Dennis Tarnow Alumni & Friends Internacional Symposium*, que “muito nos honrou”. Por isso, no geral, “creio termos alcançado um êxito equivalente. Quiçá, por ter juntado dois dos clínicos

que mais influenciaram a Implantologia nos últimos 20 anos, o Dr. Dennis Tarnow e o Prof. Daniel Buser, o 7º IORC será recordado de forma especial”. O 8º IORC já tem data marcada. Será realizado em abril de 2020 e a sua comissão organizadora será presidida por André Chen e por Maria Carlos Real Dias.

Clonar as células do paciente

Dennis Tarnow foi um dos oradores convidados deste IORC. À SAÚDE ORAL, o professor de periodontologia e diretor do *Implant Education na Columbia School of Dental*



Denis Tarnow



Dennis Tarnow



João Caramês



Medicine, explicou, no relativo àquilo que ainda não se sabe sobre a abordagem do alvéolo pós-extraccional, que a questão é “como fazer um trabalho sofisticado quando parte do osso ou do tecido mole falta”. Isto porque quando “o *socket* alveolar está lá, hoje em dia conseguimos colocar implantes com grande conforto porque conseguimos reconstruir o tecido e fazê-lo parecer normal”. No entanto, se não houver tecido mole ou osso, Dennis Tarnow aconselha, quando é exequível, “a deixar tudo curar durante alguns meses e só depois começarmos a construir”.

Mas isto nem sempre é possível. Por isso, se em questão estiver, por exemplo, um paciente com uma linha de sorriso baixa, “podemos conseguir fazer mais do que um procedimento ao mesmo tempo, como colocar o implante e reconstruir o osso que falta”. Contudo, o especialista voltou a ressaltar que “se faltar osso e tecido mole, aí esperamos”. No fundo, “ainda estamos a aprender a melhor maneira de fazer estes tratamentos, e até de uma maneira mais *user friendly*”.

Quanto ao futuro nesta área, Dennis Tarnow acredita que este passa pela

NOVO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO PARA REABILITAÇÃO *FULL-ARCH*

Durante a sua apresentação, João Caramês introduziu um novo sistema de classificação para reabilitação *full-arch* do paciente edêntulo maxilar e mandibular. “Em fase de publicação, o sistema de classificação que apresentei no 7º IORC partiu da análise de uma vasta casuística de pacientes edêntulos sujeitos a reabilitação *full-arch* ao longo dos últimos cinco anos e pretende ser um instrumento útil que auxilie o clínico na difícil tarefa de tomar boas e mais adequadas decisões em prol dos pacientes”, referiu o médico dentista.

Partindo das características do paciente e das suas preferências e expectativas, “os esquemas apresentados procuram ser indicativos das várias possibilidades de reabilitação considerando uma diferente disposição dos implantes na reabilitação *full-arch* fixa ou removível”, explicou João Caramês, salvaguardando que “como costumo afirmar não existem dois pacientes iguais por mais parecidos que possam ser”. Neste sentido, “devemos assumir o princípio de adaptar a técnica ao paciente e não o paciente à técnica”. Existindo já vários sistemas de classificação propostos, este é “pioneiro por intersecar três fatores chave: uma análise retrospectiva contemplando uma extensa base de pacientes reabilitados representativa da população, fatores do paciente e uma justificação *evidence-based* para cada esquema proposto”. Por outro lado, como especificou o médico dentista, “alerta igualmente o clínico para a noção de que a reabilitação *full-arch* apresenta diferentes níveis de dificuldade, assumindo uma representação piramidal”.



investigação em células estaminais, no sentido de permitir “aos pacientes desenvolver o seu próprio osso e talvez até dentes”. Uma das possibilidades de se conseguir passa por “clonar células dos pacientes”.

Digital versus convencional

Tal como Dennis Tarnow, também Stephen Chu, professor associado e diretor da *Esthetic Education na Columbia University College of Dental Medicine*, é um ‘repetente’ do IORC. À nossa revista falou sobre as limitações da tecnologia digital. “O scanner ainda tem uma curva de aprendizagem”, afirmou, explicando que “temos de passar pelo processo de aprendizagem e, por isso, pode ser necessário levar algum tempo para scanear”. No entanto, Stephen Chu salientou que, “e também com base na opinião de outros *opinion leaders*, o scanner da arcada completa não é exato e não é só a precisão do scanner, é a precisão do *output*, que é o modelo”. O especialista defendeu que “precisamos, igualmente, de tecnologia de alto nível para imprimir o modelo”.

Quanto à possibilidade de o digital poder vir a substituir os protocolos convencionais, Stephen Chu acredita que é uma hipótese caso o digital “se torne mais *user friendly*”. O professor referiu um estudo onde foi demonstrado que “não



Gil Alcoforado



Stephen Chu

há diferença nos resultados, ou seja, se usarmos os protocolos convencionais *versus* o digital não há diferença no resultado da restauração final”. Mas se o digital tornar tudo “mais fácil e confortável para o paciente, assim como mais rápido e eficiente porque não?”.

Prevenir a peri-implantite

A SAÚDE ORAL falou ainda, à margem do evento, com Gil Alcoforado, médico

dentista especialista em periodontologia, sobre a sua palestra ‘*Peri-implantitis: the future nightmare in implant dentistry*’. O objetivo era “mostrar aos colegas a importância que os problemas que a peri-implantite podem trazer e que o melhor tratamento é a prevenção”. Como tal, o médico dentista apresentou um protocolo de prevenção da peri-implantite que “começa logo na primeira consulta e que tem de ser acompanhado ao longo do tempo e do tratamento para conseguirmos que os implantes estejam mais tempo na boca dos nossos pacientes sem problemas”.

Porém, em todo este ‘processo’, o paciente desempenha um papel crucial, sendo “necessário informá-lo sobre os fatores de risco, caso eles existam; e as limitações que a reabilitação possa eventualmente vir a ter logo desde o início, antes de colocarmos os implantes”. É, igualmente, relevante “ter a certeza de que estão suficientemente motivados para fazer uma manutenção obrigatória para a vida, de determinados procedimentos, em casa pelo menos duas vezes por dia”.

Quanto ao planeamento da colocação dos implantes, este tem de ser “o mais preciso possível e mais tarde tem de haver a produção de uma reabilitação protética que seja de facto higienizável, a todos os níveis, para que o doente possa de facto manter nas melhores condições a sua reabilitação e os seus implantes”. ●



Há coisas que não podem esperar

Com a **NACEX** isto não acontece. Porque garantimos a máxima segurança, fiabilidade e pontualidade de entrega nos seus envios.



- Antes das **9:00 h**
- Antes das **10:30 h**
- Antes das **12 h**

Especialistas em entregas:

- **Hospitalares**
- **Serviços técnicos**
- **Sector da saúde**

A satisfação dos nossos Clientes,
é a nossa **prioridade.**

NACEX 800 200 077
www.nacex.pt

SONO'18

“PARA ATUAR NO SONO TEMOS DE SABER DE SONO E NÃO DE APARELHOS INTRAORAIS”

No que toca às patologias do sono é fundamental o médico dentista “saber diagnosticar corretamente o doente, dado que existem quase 90 doenças do sono, algumas das quais graves”. Durante o *workshop* ‘Medicina Oral do Sono’, no âmbito do Evento SONO'18, falou-se de aparelhos intraorais e da necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Texto: Carmen Silva

O Evento SONO'18, que integrou o 2º Encontro Latino-Americano e o 1º Congresso Português de Cronobiologia e Medicina do Sono, organizado pela Associação Portuguesa de Cronobiologia e Medicina do Sono (APCMS) e pelo Grupo Latino-Americano de Cronobiologia e Medicina do Sono, decorreu nos dias 16 (Dia Mundial do Sono) e 17 de março, em Lisboa.

Durante o *workshop* (pré-congresso) ‘Medicina Oral do Sono’, Lilian Giannasi, coordenadora de capacitação avançada em odontologia do sono, explicou que os aparelhos intraorais contribuem para “a redução ou eliminação de alguns casos de apneia do sono”. Na verdade, de acordo com a oradora, graças a estes aparelhos “podemos prevenir algumas doenças e ajudar no controlo de outras”. À margem do evento, a oradora explicou à SAÚDE ORAL que “todos os pacientes com apneia leve ou qualquer outra que não aceitaram ou não querem utilizar o CPAP como primeira terapia” podem recorrer a estes aparelhos.

Aparelhos intraorais

Existem vários tipos de aparelhos intraorais, mas os melhores, de acordo com Lilian Giannasi, são os aparelhos tituláveis, ou seja, “aqueles em que conseguimos que a mandíbula seja colocada para a frente aos poucos”. Acarretam alguns efeitos secundários, que “às vezes são temporários, como a dor”. Mas noutras situações “podem levar à ocorrência de alterações dentárias ao longo do tempo”. Isto porque estamos a falar de aparelhos que “terão de ser usados ao longo da vida porque a apneia é uma

doença crónica, não tem cura”. Porém, tem-se tentado descobrir “alternativas para minimizar os efeitos secundários”.

Durante a sua apresentação, Lilian Giannasi expôs ainda o que se está a passar em Inglaterra, onde já existem aparelhos intraorais que o paciente pode adquirir sem necessidade de recorrer à orientação de um profissional. “A Indústria quer que o paciente tenha diretamente acesso ao aparelho sem passar pelo médico dentista”. No entanto “temos de focar no profissional”, alertou a coordenadora, justificando que “o paciente não sabe identificar qual a patologia que tem e o uso do aparelho sem orientação poderá prejudicá-lo”.



Abordagem multidisciplinar

O sono requer uma abordagem multidisciplinar e por isso Jan Socher marcou presença neste *workshop* para falar do papel do médico otorrinolaringologista nas doenças do sono. À SAÚDE ORAL, o especialista especificou que o otorrinolaringologista participa “não só no diagnóstico, mas também na indicação de tratamento”.

Jan Socher reforçou que “hoje temos preferência para fazer uma abordagem multidisciplinar, por isso nas equipas são integrados não só médicos otorrinolaringologistas, mas também médicos dentistas especializados na área do sono, fisioterapeutas, entre outros profissionais”. Uma realidade que faz com que o paciente “se sinta mais seguro, pois percebe que tem vários profissionais especializados na área do sono a dar-lhe assistência”. Desta abordagem multidisciplinar resultam, igualmente, “melhores resultados”.

A medicina de sono tem sofrido avanços substanciais nos últimos anos e perspetiva-se que continue a evoluir favoravelmente. O orador acredita que irão surgir “novas tecnologias relacionadas com os equipamentos de pressão aérea positiva, bem como certas opções de electroestimulação neuromuscular no tratamento da apneia”. Porém, Jan Socher ressalva que “ainda está tudo em fase de estudo”.

Saber de sono

Na perspetiva de Miguel Meira e Cruz, presidente do SONO'18, o evento teve

TERAPIA DA FALA E MEDICINA DENTÁRIA

A terapia da fala pode ajudar no tratamento de pessoas com apneia obstrutiva do sono e roncopatia, “nomeadamente através da terapia miofuncional orofacial que se baseia, nos adultos, na realização de exercícios orofaríngeos. Há já bastante evidência científica que nos demonstra que estes exercícios são eficazes”, explicou Ricardo Santos, terapeuta da fala, acrescentando que na parte pediátrica “requer-se uma abordagem mais centrada na questão do desenvolvimento do sistema estomatognático para uma harmonização do crescimento, e dos próprios terços da face, evitando que haja alterações craniofaciais ou dentárias que possam propiciar o aparecimento da apneia do sono”. Hoje em dia, de acordo com Ricardo Santos, sabe-se que na infância há muitos sinais que estão “subdiagnosticados ou são subvalorizados, nomeadamente a hiperatividade, roncopatia, problemas cognitivos e *deficit* de atenção que podem mascarar as questões das alterações do sono”. Neste ponto, o terapeuta da fala, enquanto profissional de saúde, “tem um papel importante na referenciação”. Há uma relação entre a terapia da fala e a medicina dentária que Ricardo Santos considera até ser “muito estreita”. Neste contexto, o terapeuta da fala explicou que “a relação entre cavidade oral componente muscular, estrutural e dentária é de grande complexidade, com a componente funcional a ter um papel determinante nesse mesmo desenvolvimento”.

“uma relevância capital”, dado que “reuniu alguns dos maiores especialistas mundiais do sono em diversas áreas”. À

“UM MUNDO ENORME PARA OS MÉDICOS DENTISTAS”

A SAÚDE ORAL encontrou Eduard Estivill, médico pediatra, neurofisiólogo e autor do livro ‘O Método Estivill’, durante o Evento SONO’18. O médico pediatra adiantou-nos que “ultimamente temos descoberto que muitos dos problemas em crianças e em adultos que vêm à consulta queixando-se do ronco se devem a um mau funcionamento da sua estrutura orofacial”. De acordo com o especialista, crianças com “uma micrognatia e uma retrognatia sem o saber, por exemplo, respiram mal e abrem a boca enquanto dormem. Estas crianças, e até os adultos, vêm às consultas porque sofrem de insónias”. Nestas situações, aquilo que se faz é “uma prova de sono e depois colocamos um dispositivo de avançamento mandibular”. A partir daqui, os pacientes dizem que “descansam melhor, os sonos são mais reparadores e, evidentemente, nas crianças a condição orofacial é melhorada”. Para o neurofisiólogo, cada vez haverá mais pessoas a beneficiar dos tratamentos no âmbito das patologias do sono, sendo que “os médicos do sono têm mais experiência, mas creio que é um mundo enorme para os médicos dentistas, nomeadamente ortodontistas que trabalhem neste campo”.

SAÚDE ORAL, o responsável sublinhou, em relação ao *workshop* mencionado, que “contemplou os aspetos fundamentais que os médicos dentistas devem estar a par quanto à Medicina do Sono para poderem atuar adequadamente, nomeadamente suspeitar, referenciar ou mesmo tratar”.

Para Miguel Meira e Cruz, “para atuar no sono temos de saber de sono e não de aparelhos intraorais”. Para o



Miguel Meira e Cruz

médico dentista, o fundamental é “saber diagnosticar corretamente o doente, dado que existem quase 90 doenças do sono, algumas das quais graves”. Ou seja, “o espectro de doenças nas quais o médico dentista tem intervenção, como a apneia do sono, por exemplo, é potencialmente grave.

Daí que Miguel Meira e Cruz defenda que é preciso ter, em primeiro lugar, “conhecimento sobre sono e então depois, no espectro da medicina dentária, prática relacionada com os aparelhos intraorais e com a abordagem oral quer na apneia do sono, quer na interação entre a dor e o sono quer no bruxismo do sono, que são as áreas onde mais atuam os médicos dentistas”.

Miguel Meira e Cruz revelou ainda que vai lançar, com Marco Cardoso Machado e Lilian Giannasi, o livro ‘A Medicina Oral no Sono’, “o primeiro tratado mundial de medicina sono, cobrindo todos os aspetos da medicina oral, não exclusivamente dentários. É uma bíblia da medicina oral para o sono”.

A obra foi pré-lançada durante o SONO’18, estando o seu lançamento previsto para os últimos meses deste ano. 🌐

LX CLINIC – ORAL CARE CENTER

“TEMOS UMA CLÍNICA DE PONTA”

A LX Clinic existe há cinco anos, mas o ‘núcleo duro’ da equipa já trabalha em conjunto há muito mais do que meia década. Apesar de relativamente recente, o projeto já é um sucesso muito devido ao seu mentor, António Amorim, acreditar na importância de se estabelecer uma relação com o paciente. “Por vezes, as clínicas começam a ser como uma fábrica, mas os doentes privilegiam muito o contacto com o médico”.

Texto: Carmen Silva Fotos: Rodrigo Cabrita

A LX Clinic – Oral Care Center nasceu há cinco anos e António Amorim, o seu diretor-clínico, tem pena de não ter ‘embarcado’ nesta aventura de abrir o próprio espaço mais cedo. É que, olhando para esta meia década, o balanço é “muito positivo. Devíamos ter feito isto há mais tempo”, reforça o médico dentista, justificando que “por vezes subestimamo-nos um pouco”.

Nesta clínica situada na zona das Amoreiras, em Lisboa, mais do que uma equipa encontrámos uma família que há anos trabalha em conjunto. Tudo começou quando a maior parte dos seus elementos trabalhava (já em equipa) numa outra organização, onde “durante muitos anos foi fantástico e contribuimos para o desenvolvimento da medicina dentária”. Entretanto, “por vários fatores, a filosofia de trabalho dessa entidade alterou-se e tornou-se impraticável para nós”. Como António Amorim e a sua equipa já não se identificavam com a filosofia de trabalho vigente “reunimos, resolvemos sair e abrir este espaço”. E a partir daí “foi dar a continuidade àquilo que já fazíamos”.

Uma particularidade curiosa respeitante à equipa da LX Clinic é que o diretor-clínico e professor convidado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa na área da dentisteria operatória trabalha com ex-alunos, pois ao longo dos anos foi “recrutando os melhores”.

Em relação a trabalhar com aqueles que foram seus pupilos, o médico dentista salienta que “há a vantagem de nos conhecermos muito bem”, assim como

“todas aquelas inerentes à sabedoria de cada um” e existe igualmente “um grande respeito entre todos”. Quanto às desvantagens, António Amorim faz uma analogia com o casamento: “enquanto existir paixão, as coisas funcionam muito bem. Quando a paixão desaparece ou cada um vai para o seu lado, ou as pessoas disfarçam”.

Estabelecer relações

A LX Clinic abriu “mesmo na altura da crise”, mas o facto de “já termos muitos anos de experiência e nome na praça” contribuiu para o sucesso do projeto. Por outras palavras, “os meus pacientes



António Amorim, diretor-clínico da LX Clinic – Oral Care Center

vieram comigo”. E o responsável admite mesmo que “se não tivessem vindo no início tinha sido um fracasso”. No entanto, nos últimos anos o número de clientes tem vindo a crescer. Algo que António Amorim acredita que o facto de “sermos bilingues em várias línguas, de

“UM EXCESSO DE MÉDICOS DENTISTAS”

Sendo a dentisteria estética e a prostodontia fixa os seus campos de eleição, António Amorim revela que enveredou por estas áreas graças a “um professor da cadeira de dentisteria que, quando acabei o curso, me convidou para ser assistente. Devo grande parte da minha formação a este senhor”. Olhando para a altura em que se licenciou, e comparando com os tempos atuais, considera que é “um privilegiado porque tive a sorte de ter excelentes professores, muitos deles estrangeiros. No meu curso éramos 16 ou 18. Hoje em cada aula temos mais de 80 alunos”. E o problema decorrente deste número é que “há alunos que durante um ano clínico fazem só dois ou três tratamentos”. Assim sendo, acredita que “existe um excesso de médicos dentistas”, sendo que a “‘sorte’ destes profissionais é terem começado a ser exportados”.



“AS PESSOAS COMEÇARAM POR QUERER TUDO FANTÁSTICO E IGUAL”

“Isto da medicina dentária estar sempre a evoluir é um pouco uma falácia”. Neste sentido, António Amorim acredita que houve um grande *boom* nos últimos anos, “mas a evolução agora é pequenina e é ao nível de materiais novos”, nomeadamente os de “utilização corrente que se vão modificando, como adesivos e compósitos; talvez seja esta a parte onde haja mais efervescência atualmente”. Esteticamente falando, “tanto na parte de retalhos como de tecidos moles há um constante aperfeiçoamento”. Neste ponto houve também uma mudança de paradigma, já que “as pessoas começaram por querer tudo fantástico e igual e agora, dentro do fantástico, querem o diferente, ou seja, querem ter os dentes naturais, mas ótimos. E tudo mais ou menos condicionado à forma da sua cara”, conclui.

termos aqui perto o Liceu Francês e esta ser uma zona de embaixadas, ou seja, estarmos numa área *premium* de Lisboa, ajudou”.

Mas o mais importante nesta captação e, no fundo, fidelização dos pacientes é a preocupação em estabelecer uma relação com eles. “Sempre trabalhamos muito perto do doente e privilegiamos muito isso”, reforça o médico dentista, explicando que “por vezes as clínicas começam a ser como uma fábrica. Mas os doentes privilegiam muito o contacto com o médico e é importante a empatia, sobretudo porque passam aqui muitas horas”. Na verdade, para o diretor-clínico, esta relação que se estabelece com o paciente “é o elo que faz funcionar” o projeto. E em todos estes anos de trabalho, “tirando aqueles que, entretanto, faleceram ou que se mudaram geograficamente, o meu núcleo de pacientes mantém-se o mesmo”.

Investir na formação

A clínica é constituída por várias valências, como cirurgia oral, dentisteria, endodontia, implantologia, oclusão, odontopediatria, ortodontia, periodontologia, prostodontia, sedação consciente – controlo da dor e da ansiedade, higiene oral e um laboratório. “Estamos muito vocacionados para a parte da reabilitação estética, mas temos ainda outras áreas relevantes, como a odontopediatria e a ortodontia”.

Tudo isto sempre apoiado por tecnologia de última geração e, por isso, o médico dentista considera que “temos




uma clínica de ponta”. Mas além do investimento na tecnologia, a LX Clinic prima igualmente pelo investimento na formação da equipa, sendo esta “uma das nossas grandes apostas”. António Amorim especifica que “investimos muito dinheiro em formação, tanto ‘lá fora’ como ‘cá dentro’. E temos excelentes ligações com colegas estrangeiros, principalmente em França e em Itália”.

Crescer com “os pés na terra”

Feliz e orgulhoso com o rumo que a LX Clinic tomou, em termos de projetos futuros António Amorim pretende “manter a clínica e não temos grandes pretensões de crescimento”. O importante “é crescer devagarinho sempre com os pés na terra. Temos investido muito em material e em equipamento e esse vai continuar a ser o nosso objetivo para os próximos anos”; bem como “melhorarmos constantemente o espaço e apostarmos na formação da nossa equipa, nomeadamente dos nossos assistentes, administrativos e das rececionistas”.

E qual a meta: “dentro daquilo que temos tentarmos melhorar e fazer o mínimo de erros possíveis”. Aliás, para António Amorim, este é um dos grandes desafios do dia-a-dia de um médico dentista: “ter a coragem e a humildade de tentar melhorar porque fazemos imensas asneiras e quem disser o contrário está a mentir. Mas aprendemos muito com os nossos erros”. Daí o diretor-clínico acreditar que, a partir do erro, o profissional de medicina dentária deva tentar “melhorar e saber refazer aquilo que não fez bem sem penalizar o paciente”. 🌟





PAULO MALO,
FUNDADOR E PRESIDENTE
DA MALO CLINIC
WORLDWIDE
“MARCAMOS
DEFINITIVAMENTE
A HISTÓRIA
DA MEDICINA
DENTÁRIA
A NÍVEL MUNDIAL”

A invenção do All-on-4 - que mudou a história da medicina dentária - é de sua autoria. Bem como os implantes com carga imediata e o CAD CAM. E a lista continua. São várias as inovações disruptivas que Paulo Malo trouxe à medicina dentária e que lhe valeram dois meses de suspensão da prática clínica, muitas críticas e invejas. Na celebração dos 20 anos do All-on-4 descobrimos que Paulo Malo procurou resolver o problema dos desdentados totais por culpa dos avós e que prepara uma nova inovação disruptiva a lançar nos próximos dois anos.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Rodrigo Cabrita

Este ano participou no evento da Nobel Biocare para comemorar os 20 anos do All-on-4. Como vê esta celebração?

Estes 20 anos pareceram cinco porque passaram muito rápido. O All-on-4 é uma inovação muito semelhante ao laser na Oftalmologia, ou seja, há um benefício para a população e para os profissionais no sentido de resolver problemas. Para a população é um benefício enorme porque não só os preços baixaram quase para metade, como as taxas de sucesso aumentaram drasticamente para perto dos 98% e há uma diminuição do custo físico, ou seja, a maior parte dos casos que hoje fazemos numa hora antes tínhamos de fazer transplante de osso da crista ilíaca, do crânio, e isso implicava custos mais elevados.

A inovação do All-on-4 é um marco na história da medicina dentária como poucos existem. Um deles foi feito há 40/50 anos quando o Professor Brånemark desenvolveu o titânio e a peça cilíndrica, o que fez um grande impacto na vida das pessoas e dos médicos dentistas. Saímos de taxas de sucesso de 40% para 80%. Outro marco foi a implementação dos implantes com a chamada carga imediata, que foi feito por nós. O primeiro estudo publicado em 2006 de carga imediata e pequenas pontes, bem como todo o protocolo da carga imediata, foi feito por nós e vendido à Nobel Biocare. Foi um marco importante e hoje em dia as pessoas nem sabem quem o fez, mas fomos nós que fizemos o primeiro artigo, o primeiro estudo, o protocolo. Não é uma patente porque é uma técnica cirúrgica, mas é nossa.

A carga imediata foi o que procedeu o estudo do All-on-4, que foi o terceiro marco. Houve ainda um quarto marco na história da medicina dentária novamente do Professor Brånemark, com o zigoma, em meados de 1995, e em 1998 o marco foi nosso outra vez: pela primeira vez fizemos um implante com características específicas para conseguir fazer carga imediata com alto sucesso, que entretanto foi copiado por todas as empresas, e tem três características específicas: o facto de a ponta do implante ser cônica para permitir colocá-lo numa osteotomia pequena, para poder dilatar a osteotomia; o facto de ser

um implante reto, sem nenhuma aba na cabeça; de ser um implante com espiras até acima e que é *bone level*, para ser colocado ao nível do osso.

Tudo isto deu muita polémica porque são quatro características que nunca foram aceites como boas, antes pelo contrário. O facto de ser um implante bicudo, com uma ponta, faz com que se consiga fazer uma osteotomia de 2mm e colocar um implante de 4. Isto faz muita pressão sobre o osso, então as pessoas tinham medo que fizesse necrose óssea, mas veio a provar-se que não fazia. O implante sempre paralelo permite colocar um implante mais baixo, o que também deu muita polémica. A quarta polémica era que o implante ficava ao nível do osso. Quem levantou mais essa polémica foi outra grande empresa, a Straumann, que hoje em dia fez um implante igualzinho, até se chama *bone level implant*.

E em 1998 tivemos outro marco: o CAD CAM. O primeiro também foi feito por nós, depois foi vendido à Nobel Biocare e a primeira barra CAD CAM foi feita por nós, tal como o implante de zigoma reto, outro marco importante que permite tecnicamente colocar os implantes na face oclusal dos dentes e não no palato, que era o problema que tínhamos com os implantes do Professor Brånemark em alguns casos. A técnica dos zigomáticos



é excelente, mas em alguns casos não permite colocar o implante nos sítios corretos e tínhamos de fazer transplante de osso. Modificámos a técnica e ao fazer isso tivemos de modificar os produtos. Então nasceu o implante zigomático de zero graus, um passo muito importante. E tudo correndo bem, dentro de um a dois anos vamos dar um passo gigantesco.

Mais um passo?

Sim, estamos a prever dar um passo gigantesco em termos de reconstrução oral. Mas recapitulando: no espaço de 50/60 anos de reconstrução oral marcámos definitivamente a história da medicina dentária a nível mundial. Em 1993, na altura do All-on-4, tinha acabado de sair da faculdade. Era um médico dentista muito jovem.

Como é que, estando há tão pouco tempo na medicina dentária, conseguiu ver mais além e colocar em marcha esta inovação?

Estas coisas não acontecem quando uma pessoa cai e bate com a cabeça no chuveiro. Acontecem porque existe uma capacidade de conhecimento acumulado que vem de outras áreas: tinha estudado Biologia Marinha, tinha passado pela Física, pela Medicina e quando entrei em Medicina Dentária já tinha este conhecimento acumulado, nomeadamente de biomecânica, biologia e medicina.

Engenheiro agrónomo ou médico veterinário

Porque escolheu Medicina Dentária?

Não sei, foi um erro. Nunca na minha vida me passou pela cabeça ser dentista. Se alguém me dissesse que iria ser dentista diria: 'estás louco'!

O que queria ser?

A minha primeira opção era Engenharia de Minas ou Engenharia Agrária porque sou de Angola. O meu pai tinha minas de cobre e também tínhamos grandes explorações agropecuárias. Logo a lógica seria Engenharia de Minas ou engenheiro agrónomo ou médico veterinário. Entretanto houve 1975 e perdemos tudo,



87ª Edição

20-21-22 Setembro 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

logo essa lógica deixou de existir. Não estando a família bem estruturada nessa área, se fosse fazer alguma dessas áreas teria de ir para um mercado de trabalho extremamente complexo e difícil de se conseguir emprego. Como também gostava muito de Medicina, a minha ideia era fazer Neurocirurgia, pelo *challenge*, porque ainda hoje em dia alguém que tem um acidente e fratura a coluna deixa de andar para o resto da vida. Isso tem de acabar. Temos

de ter a capacidade de curar a medula óssea. Desde miúdo que isto me fez muita confusão. Tive um episódio aos 15 anos, na altura jogava rugby e um colega ficou paraplégico num jogo e isso fez-me muita confusão. Como é que um colega, com quem estava sempre a brincar, começou a andar de cadeira de rodas porque ninguém consegue resolver o facto de ter tido uma fratura da coluna lombar. Isso marcou-me e decidi fazer medicina para fazer

Neurocirurgia.

Entretanto fui para Coimbra fazer Medicina e fiquei em casa do meu tio, um médico dentista conhecido. Os meus pais não estavam em Portugal e os meus tios substituíram os meus pais, o que acabou por ser uma grande influência. Aquelas conversas – ‘porque não vens para medicina dentária, trabalhavas comigo, fazíamos uma boa equipa’ – surtiram efeito e quando passei para o 5º ano de Medicina resolvi mudar. Na altura jogava na Seleção Portuguesa de Rugby e tínhamos ido jogar contra a Itália, em Itália. No regresso, já no avião, tomei a decisão de mudar de Medicina para Medicina Dentária. Foi um desvio do meu percurso natural.

Esse *click* deu-se por alguma razão?

Estar quatro anos a falar com os meus tios teve a sua influência, mas não foi um *click*, foi uma decisão e já andava a pensar seriamente nisso.

E gostou do curso?

No início, para ser franco, não gostei muito. Achei muito *booring*, pouco desafiador.

Vejo pelas suas palavras que o motor que o leva a agir passa por ajudar os outros.

Sim, não sou o dentista normal. Se tivesse de ser um dentista generalista, ou seja, tratar cáries e desvitalizar já tinha desistido da profissão. Na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa aceitavam alunos de Medicina. O curso tinha seis anos, mas os três primeiros podiam ser feitos na Medicina e depois transitava-se. Ou seja, dos meus cinco anos de Medicina deram-me equivalência e só fiz três.

Quando saiu do curso tinha o background da medicina. Como começou a desenvolver a técnica do All-on-4?

Licenciei-me em 1989 e fui fazer um curso de implantes na Bélgica. Era uma área interessante, pouco se falava em Portugal e havia uma ou duas pessoas a fazer implantes, mas de maneira insípida. Lembro-me de, na Faculdade,



ter contacto com a área no departamento de Prostandontia, de ver os implantes. Os resultados não eram excelentes e nunca vi os implantes como uma solução, mas era algo interessante.

Na Universidade Livre de Bruxelas vi coisas interessantes, casos de desdentados totais com transplante de osso e isso fez-me ver os implantes de outra maneira. Sinceramente nunca pensei num implante unitário para resolver o problema de uma falta de dente. A minha perspectiva eram pessoas que sofriam com o facto de terem uma dentadura ou placa completa, ou seja, inválidos. Não ter dentes é ser inválido. E isso fez-me confusão, aliás porque a minha avó era assim. Passava mal porque a magoava e estava sempre com a prótese na mão. Comia sem prótese, e o meu avô também. A de cima ainda a aguentava, mas a debaixo não porque magoava. E isso fez-me confusão porque não tínhamos

solução por não haver osso.

Na Bélgica foi onde pensei que havia algo interessante a fazer: como é que podemos colocar as pessoas a comer? Vi coisas que, se conseguíssemos adaptar e melhorar, seria interessante. Então comecei a fazer transplantes de osso da crista ilíaca e do crânio, simultaneamente com um cirurgião plástico. Só fazia o transplante de osso e os meus colegas faziam os implantes. Depois comecei a fazer as duas coisas, mas foi assim que começámos. Entretanto fomos fazendo casos cada vez mais difíceis, nomeadamente de pessoas mais velhas e começámos a ver que os transplantes de osso tinham um problema: quanto mais velha fosse a pessoa, e com mais problemas de osteoporose, mais falhas existiam ao ponto de chegarmos a recusar fazer transplante de osso porque a taxa de sucesso era inferior a 50%. Foi aí que se começou a desenvolver a

necessidade de fazer algo sem transplante de osso e nasceu o All-on-4. É um processo de muitos anos de pensamento.

Sacos de mentiras

Como surgiu a ideia do All-on-4, lembra-se?

Sim, na verdade essas coisas são sempre muito simples. A ideia do All-on-4 surge na tentativa de resolver um problema. As soluções aparecem quando existe um *challenge*. Existe um problema e temos duas soluções: uma é dizer que não se pode fazer nada, que é assim a vida, e a outra é dizer que temos de fazer qualquer coisa. Existem dois tipos de pessoas: as que aceitam o que existe e as que não aceitam. Na parte da dentária, as pessoas ficavam sem dentes e andavam com próteses e havia pessoas que diziam que era assim, que não havia osso e que não havia nada a fazer. E há pessoas



CURSO DE IMPLANTOLOGIA PARA M.D.G.



APRENDA AO SEU RITMO

Sem ter de desmarcar consultas ou ficar longe da família



REDE DE MENTORES

Uma rede de mentores sempre perto de si



DATA DE INÍCIO FLEXÍVEL

Data de início em qualquer altura, escolhida pelo aluno



CURSO VANGUARDISTA

Com um conteúdo teórico e prático completo, válido e didático



PRÁTICA CLÍNICA

8 dias de prática com pacientes e cirurgias reais feitas pelo aluno



DIPLOMA DE IMPLANTOLOGIA

Com possibilidade de Diploma em Implantologia pela Universidade RCS de Edinburgo



DR. ERNESTO TOCANTINS
Especialidade em Cirurgia Oral
LX Clinic-Lisboa



DR. JOSÉ CAMELO FERREIRA
Especialidade em Cirurgia Oral
Clínica de Pêra-Algarve



DR. PEDRO SANTOS SILVA
Especialidade em Cirurgia Oral
Clínica S.Tiago-Rio Meão



que não aceitam e quando é assim temos de procurar soluções.

Estamos a falar de inovações disruptivas, aquelas que menos de 5% da população consegue perceber. E quais são as inovações disruptivas? É o telemóvel, o micro-ondas, o carro de combustível fóssil na altura dos cavalos. Na Medicina Dentária é a mesma coisa: temos a prótese total e temos 99.9% da população dentária do mundo a tentar melhorar a prótese total. E 0.1% a tentar fazer algo disruptivo. Na altura, a outra maneira passava pelos implantes, mas infelizmente sem osso suficiente passava pelo transplante de osso. Isto era o quadro que tínhamos. O único problema verdadeiro na Medicina Dentária são as pessoas sem dentes. Temos o problema das pessoas que não têm osso, na incapacidade de colocar implantes e os outros casos estéticos de falta de um ou dois dentes. Não estou interessado nesse campo porque temos muitos colegas a fazer trabalhos excelentes. No outro campo não temos capacidade técnica, não temos produtos, ainda hoje não temos capacidade técnica para resolver problemas. Foi aí que me dediquei.

Infelizmente, uma grande parte da população que não tem dentes há muito tempo não podemos fazer transplante de osso e só nos resta ver o que se pode fazer com implantes sem transplante de osso. As perguntas que se colocam são: quantos dentes são necessários? É verdade que precisamos de 14 dentes? Porque se necessitarmos só de seis dentes já conseguimos fazer tudo, porque geralmente as pessoas têm algum osso na parte da frente da boca, mas não da parte de trás. A primeira decisão foi pensar: quantos dentes são necessários? Depois de fazer um estudo do ponto de vista de mastigação e estética reparei que 10 dentes era o mínimo, 12 era o ideal, 14 não era necessário. A partir daí começámos a trabalhar para 10 dentes. E vimos que, para conseguir colocar 10 ou 12 dentes numa pessoa, a maior parte destes casos tínhamos osso de canino a canino, ou seja, não tínhamos osso para fazer os pré molares e molares. E a pergunta óbvia é: se colocarmos implantes de canino a canino quantos dentes conseguimos colocar em

suspensão atrás? Em chamado cantilever? Estas perguntas vão colidir com o falso *knowledge*: a pior coisa que temos - além das características do ser humano que é o egoísmo, o ego, o narcisismo - é acreditar que o que sabemos é a verdade. O pior inimigo da inovação é o *knowledge* que sabemos que é verdade. Ou seja, se disser que isto é verdade, mas afinal não passa de uma mentira lixou a sua vida toda no futuro em termos de inovação. E a mesma coisa aconteceu na medicina dentária. Quando disse: se pusermos implantes de canino a canino e pendurarmos dois dentes de cada lado? Caiu o 'Carmo e a Trindade'. Diziam que não podia fazer aquilo, era uma coisa louca, até porque as cargas são muito fortes e isso não se podia fazer. E a minha pergunta foi: onde é que está o estudo em que fizeram isso e não deu resultado? Até porque o Professor Brånemark já tinha feito isto na mandíbula e tinha resultado, porque as falhas foram fraturas, não foram perdas do implante.

Quando me dizem que não se pode fazer, mas não há provas isso cai imediatamente, na minha maneira de ser, no saco das mentiras. Então temos de fazer o teste para saber se, na verdade, implantes à frente se conseguem colocar dentes suspensos. O primeiro teste foi numa mandíbula de plástico. Coloquei os seis implantes, uma estrutura em cima e fiz força com uma máquina própria e vimos que, na verdade, não havia hipótese de a estrutura partir porque é forte. O que podia haver era força demasiada no implante e partir, ou o osso não suportar aquela força. Quando se faz cantilever a força é multiplicada pela alavanca. O segundo teste foi medir as forças que tínhamos nessa estrutura. Então começámos a medir a força e aí juntei-me a uma pessoa na Suécia e começámos a medir a força nas estruturas. Reparámos que não eram necessários seis implantes e foi aí que se deu o salto. Porque os implantes que sofriam a carga eram só os de fora, os últimos. Os do meio não tinham carga nenhuma. A pergunta foi: então porque as pessoas colocam tantos implantes? É estupidez completa! Resolvemos colocar só quatro implantes, os únicos que fazem força, a partir de quatro

já não fazem força. E quando se fez quatro e medimos era igual a colocar seis. Este foi o primeiro grande passo. É mentira que temos de fazer seis implantes, no sentido de que a força dos cantilevers não afeta os implantes. Essa grande mentira abre logo uma porta enorme de possibilidades. Mas um braço de alavanca faz muita força. Então como podemos diminuir o braço da alavanca? Inclinando o implante. Se o inclinarmos, o que acontece é que se temos um implante reto com três dentes suspensos, se o inclinarmos ficamos só com um dente suspenso. Então porque não inclinamos? Foi outra coisa que não se podia fazer: inclinar implantes porque toda a gente aprendeu que a força do dente tem de ser ao longo do implante. Só que isso é uma mentira tão estúpida que nem sei porque as pessoas acreditam. Não se consegue fazer implantes na boca em que a força é feita diretamente no implante. O dente está sempre de lado ao implante e é daquelas coisas que qualquer pessoa que faça implantes, se olhar bem para o que fez vê imediatamente que não é verdade aquilo que se diz. É mentira dizer que não se pode inclinar os implantes. Foi outra porta que se abriu.

E depois existe ainda outra porta: o tamanho do implante tinha de ser maior ou pelo menos igual ao tamanho da prótese. É mentira. É mais ou menos válida nos dentes naturais, mas é uma mentira nos implantes. Outra porta que se abriu. Começámos do ponto de vista teórico a desenhar uma estrutura e começámos a ver que o que se dizia era tudo mentira. E a última de todas foi o facto de não se poder fazer carga imediata porque até já haviam estudos de carga imediata. E eu já vinha da situação do implante imediato de '90, sabia que era mentira que tínhamos de esperar quatro a seis meses para o implante cicatrizar. Desde que conseguíssemos colocar o implante bem fixo no osso, a chamada carga primária, que fomos nós que introduzimos este nome, carga primária e carga secundária. Estas mentiras impediam qualquer pessoa que esteja bloqueada por estas falsas verdades, este falso *knowledge*, não tenha a capacidade de perguntar o porquê. O falso *knowledge* tem uma perna muito curta:

**"Quando me dizem
que não se pode
fazer, mas não há
provas isso cai
imediatamente -
na minha maneira
de ser - no saco
das mentiras"**



proibidas: fazer cantilevers, colocar 4 implantes para 12 dentes, inclinar os implantes, colocar implantes mais curtos que a própria estrutura e fazer função imediata. E mais: proibido fazer os dentes em plástico porque naquela altura outra mentira é que se pensava que as estruturas tinham de ser rígidas. Ainda hoje há dentistas que pensam que as estruturas não podem ser flexíveis, o que é mentira. A dificuldade de lançar o All-on-4 é porque na verdade é baseado em seis mentiras.

Como conseguiu provar que o que dizia era verdade?

Com os estudos científicos, mas a comunidade dentária mundial não é muito científica, é emocional. É 99% emocional e 1% científica. Os dentistas não leem, não estudam, são praticantes e esta é a grande dificuldade. Quando falamos com

cientistas, físicos ou matemáticos dizemos – ‘está aqui a prova’ - e toda a gente vê que passa a ser assim. Na dentária não. Fazemos uma coisa, provamos, mas 99% continua a dizer que é mentira.

Porquê?

Porque é uma comunidade que a educação da Medicina Dentária não é científica, passa por protocolos que as indústrias dão. O dentista é uma pessoa que foi treinada para resolver problemas que estão no livro, não foi treinado para ser um cientista e tem dificuldade em perceber coisas que saíram do seu protocolo. As faculdades têm essa característica, de não incentivar o questionar. Dão protocolos. A dificuldade do lançamento do All-on-4 foi porque se fosse uma técnica com seis fatores, três deles aceites e três não aceites era mais fácil. O facto de ser uma técnica cujos seis

fatores característicos eram algo que não se podia fazer faz com que pareça uma mentira completa. Perdi a licença médica em Portugal durante dois meses por falsas alegações e isto está errado. Não podemos ter o juiz e a acusação na mesma pessoa. Na OMD há um erro de ilegalidade, o juiz e o acusador são a mesma pessoa e faz processos como o meu de uma coisa que hoje em dia é vista como uma das mais importantes na medicina dentária no mundo. Tem de haver a capacidade dos dentistas recorrerem aos tribunais fora da OMD. É uma falha gravíssima e paguei por isso.

Depois algumas pessoas começaram a fazer a técnica no estrangeiro e começaram a ganhar credibilidade. É sempre assim. Portugal é um país pequeno e é preciso ser reconhecido lá fora para ser reconhecido cá dentro. Mas é do ser humano. Está descrito



I AM EXCLUSIVE

PSPiX²

O seu scanner
pessoal de placas
de fósforo:
Preciso, atrativo e de
dimensão reduzida

Um tamanho para
qualquer caso
clínico e paciente.

Ecrã tátil:
Fácil e intuitivo.

Compartilhado por até 10
postos de trabalho.

- ▶ Desenho compacto e de fácil acesso: o scanner de placas de fósforo mais pequeno do mercado.
- ▶ Grande qualidade de imagem e placas muito flexíveis.
- ▶ Conceito exclusivo de "Clic & Scan": faça a sua seleção no intuitivo ecrã tátil, introduza a sua placa de fósforo e deixe que o PSPiX² faça o resto...



que existe um processo de aceitação de uma nova teoria: a primeira coisa que a matilha faz é ignorar a inovação, tentar que não seja visível. O segundo passo é lutar contra a inovação, dizer que é tudo mentira. Passei por isto, nos congressos diziam que a técnica era mentira, que não podia funcionar, e eu com 300 casos para demonstrar. É de loucos. O terceiro passo é dizer que não foi aquela pessoa que inventou, o 4º passo é a aceitação e o 5º é reconhecer a pessoa como o inventor.

Já chegou ao 5º passo?

Sim, já lá cheguei. Aliás, estou entre o 4º e o 5º (risos). Ao fim de 20 anos. Hoje em dia se perguntar quem inventou o All-on-4 vão dizer que fui eu, mas ainda há pessoas que dizem que não. Mas a carga imediata unitária ninguém sabe. Se perguntar quem inventou o implante zigomático de zero graus ninguém sabe, quem fez o Procera dizem que foi a Nobel Biocare, porque a maior parte dos produtos que desenhei e as técnicas que desenvolvemos foram vendidas à Nobel Biocare. Isso tem um impacto muito grande. As patentes são minhas, mas em conjunto com a empresa.

E como chegámos a este edifício e clínicas espalhadas pelo mundo?

Durante dez anos sofremos um bocado porque não conseguíamos que uma empresa de implantes adotasse e divulgasse a técnica. Se nenhuma empresa adota a técnica, esta nunca vai ser conhecida. Era essencial que uma grande empresa pegasse e desenvolvesse a técnica, batemos à porta de todos até que a Nobel Biocare comprou a ideia. Durante dez anos batemos à porta da Nobel Biocare e tudo mudou quando a empresa colocou como presidente uma mulher que vinha da área da cardiologia, ou seja, não percebia nada de dentes. Era uma pessoa de fora, que não tinha sido influenciada pelos dentistas. E quando chegou sabia que era a minha grande hipótese, tinha de falar com ela no primeiro dia que se sentasse no escritório, antes mesmo que falasse com outro dentista e que este dissesse que era tudo mentira. Na altura já era um dos grandes clientes mundiais da Nobel Biocare, pedi uma

audiência/reunião porque já tinha algum *background* de prestígio, dava palestras e ela aceitou falar comigo e expliquei a história. Aceitou o projeto e acabaram por lançá-lo. Hoje em dia é um projeto mundial, todas as empresas de material dentário aceitaram o projeto, mudaram-lhe o nome e fizeram igual. A única empresa que me enviou email a agradecer e a avisar que ia adotar projeto com um novo nome, mas que ficava escrito que fui eu que fiz, foi a Straumann. Todas as outras, nenhuma teve a honestidade e a ética de enviar email a dizer que iam lançar um produto que eu tinha criado.

Antes de a Nobel Biocare comprar a patente já aplicava o conceito na prática diária?

Sim, mas era um problema porque quando abrimos nos EUA não pude aplicar na prática diária por causa dos possíveis processos. Fizemos uma empresa com um nome diferente, líder nos EUA em All-on-4.

Em Portugal como resolveu o processo de ficar sem licença durante dois meses?

Comecei a tratar da minha emigração para os Estados Unidos porque foi dito que, se continuasse a exercer, retiravam a licença em definitivo.

E foi para os EUA?

Não. Passaram os dois meses, falei com o bastonário que disse que compreendia a situação, mas que se ultrapassava. Arranjei emprego nos EUA até a ganhar mais, mas passaram os dois meses e continuei cá. Aliás, nos dois meses trabalhei sempre porque a clínica já tinha alguma dimensão e era impossível saberem se estava a trabalhar.

Como lidou durante o seu percurso com as invejas?

Não ligo a isso. Não é um problema português, é um problema no mundo inteiro - a inveja, o ego - mas em Portugal nota-se mais porque é um país pequeno. É um problema do ser humano. Não ligo a essas coisas nem sei quem disse o quê. Sinceramente esqueço, não tenho a

mínima ideia, não quero saber, não estou interessado em saber porque isso vai tirar-me alguma atenção daquilo que é importante na minha vida. Não é o que as outras pessoas pensam de mim. Isso vale zero.

Consegue chegar a esse ponto de ignorar?

Consgo. A técnica para ignorar as pessoas é não ler nada sobre si e quando vierem contar nem chegar a ouvir. Não sou cusco socialmente, não leio revistas cor-de-rosa, leio notícias, mas estou desligado do mundo social, com as suas vantagens e desvantagens. Não sei o nome de um artista de cinema, nunca fui ver um filme, não vou ao cinema há dez anos, nunca fui a concertos a não ser em miúdo, nunca fui ao teatro, não sei quem é quem.



Quais são os seus hobbies?

Agricultura, pecuária, dentária e gestão.

E como é o seu dia-a-dia?

Nas primeiras horas do dia estou a ver emails, a pensar, ou se estou na herdade começo a trabalhar. O sol nasce às 06h30 e às 06h00 estou a tomar banho, às 06h20 a beber o café e às 06h30 estou em cima do trator. Faço tudo na herdade e neste momento estou a semear. Passo 10h por dia em cima do trator. Neste momento tenho de terminar tudo até domingo porque na 2ª feira vai chover.

Faz desporto?

Não, fiz rugby e basquetebol profissional, atletismo e hoje em dia o meu desporto é andar a pé na herdade. Vou ao ginásio sempre que possível.

Construiu este império pelo mundo. Era uma prioridade ou foi acontecendo?

Foi acontecendo. Não estou muito interessado em saber o tamanho, os números passam-me ao lado. Tenho pessoas que controlam isso. Quer dizer, sei o tamanho que temos, mas não estou focado nisso. Estou focado em coisas que me dão gozo: desenvolver produtos novos. Tenho uma lista de coisas que não conseguimos fazer e estou focado nisso. E estou preocupado com três coisas: temos alguns problemas em medicina dentária que não conseguimos resolver. Estou preocupado porque tenho até domingo de semear o sorgo todo e a terceira coisa com a qual estou preocupado é que o meu filho e a minha filha percebam que é mais importante ao fim-de-semana ir para a herdade e trabalhar do que estar

no café e ir aos concertos e fumar e beber gin tónico. Espero conseguir alcançar o dia em que os meus filhos digam que preferem ir para a herdade do que até às 03h00 na discoteca a beber caipirinhas. Se conseguir fazer isto tive sucesso na minha vida!

Em relação à saúde financeira do projeto liga a essas notícias ou também passam ao lado?

Oiça: a Malo Clinic foi fundada há 25 anos e durante esse período todos os anos dizem que temos um problema. O nosso grupo é característico em duas coisas: inovação e agressivo na expansão. Somos a única empresa dentária que é uma empresa internacional. Mais: somos das poucas empresas médicas internacionais. Grandes hospitais, mesmo os americanos, não conseguiram internacionalizar. Somos a única empresa no mundo na área dentária e médica presente em quase 20 países, com mais de 200 clínicas. Esta agressividade e a inovação gera atenção, invejas, qualquer coisa que acontece é notícia. Há 25 anos que tenho este grupo e há 25 anos que todos os anos temos um problema, mas nunca um problema que ponha em causa a minha existência. Todos os anos há notícias que vamos fechar e depois é fomentado por alguns. Todos temos inveja, é uma característica do ser humano e até faz falta. Agora a inveja tem limites e a partir de um determinado limite passa a ser patológico. Bloqueia. A inveja passa por pensar que se é melhor que o outro.

A constante procura pela inovação está sempre presente em si? Está sempre a procurar inovar? É um eterno insatisfeito?

Sim, evidentemente. Para se inovar temos de ter algumas características e a número um é não estar satisfeito com o que existe. Depois tem de haver a capacidade de ter uma ideia para melhorar. Depois ter a capacidade e energia de fazer. E depois a capacidade de convencer empresas do processo. O processo da inovação não é dizer 'tenho uma ideia'. Isso não é nada. Idiotas há muitos. O problema é ter uma ideia e levar o projeto para a frente. 🍷



MEDICINA DENTÁRIA E ESTÉTICA FACIAL A SAÚDE IMPORTA, MAS A BELEZA TAMBÉM

Andam lado a lado e exigem a intervenção de uma equipa cada vez mais abrangente e multidisciplinar. A Medicina Dentária, aliada aos serviços de estética, tem um duplo benefício: melhora a saúde e a autoestima dos clientes. Atentas a esta nova tendência, as clínicas dentárias têm profissionais de várias especialidades de forma a cuidar dos pacientes como um todo e contribuem para que Portugal já esteja numa posição de destaque relativamente a serviços prestados noutros países.

Texto: Cláudia Pinto



Ter um sorriso saudável e bonito. Duas preocupações atuais das pessoas que procuram a ajuda dos dentistas numa dupla vertente. Andará a Medicina Dentária de mãos dadas com a estética? E que papel representa esta última vertente na saúde oral? “As técnicas inovadoras que têm vindo a surgir permitem-nos criar sorrisos à medida dos pacientes. Esta área está em constante desenvolvimento e isso reflete-se na qualidade e evolução dos serviços praticados pelos profissionais. As pessoas são cada vez mais seduzidas através da imagem que vem nas redes sociais e em outros meios de comunicação e ambicionam ter um sorriso, como se diz, de Hollywood”, refere Hugo Madeira, médico dentista e CEO da Clínica Hugo Madeira - Estética e Implantologia Avançada.

Nesta clínica existem vários serviços direcionados para clientes que pretendam preservar a harmonia estética da face. “Não prestamos apenas cuidados na área de saúde oral. Oferecemos um vasto leque de serviços prestados por outros médicos, como cirurgias maxilo-faciais, preenchimento com botox, bichectomia, rejuvenescimento gengival, entre outros”, explica o médico dentista. Na área de Medicina Dentária, os tratamentos de estética que mais praticam são a aplicação de facetas dentárias e as reabilitações totais em cerâmica.

Na MD Clínica realizam-se “vários tipos de tratamento com toxina botulínica, preenchimentos com ácido hialurónico (nos lábios, nas maçãs do rosto, nas rugas em torno dos lábios, etc.), colocam-se fios tensores, fazem-se cirurgias de remoção da bola de bichat (bichectomia) para afilar o rosto, *mesolifting* com *dermaroll* (para remover cicatrizes, pequenas rugas e *peelings*, entre outros). Agora, como novidades, vamos começar a realizar tratamentos com dois tipos de laser. Felizmente todos têm sido um sucesso em termos de resultados”, explica a diretora clínica, Alexandra Marques. A médica dentista tem vindo a assistir a uma maior exigência dos pacientes atuais, que procuram atualmente o lado mais estético da Medicina Dentária.

“Temos muitos pacientes que, depois de terminar uma reabilitação oral, querem preencher os lábios, apagar as rugas da face, aumentar os malaras. Muitas vezes, o tratamento dos dentes é apenas o primeiro passo ou o ‘clique’ para melhorar tudo o resto depois”, afirma.

Os pacientes não só são mais exigentes, como mais informados no que respeita ao resultado final. “É importante que a avaliação da estética dentária seja sempre feita num plano mais geral, isto é, tendo em conta o seu enquadramento em relação aos lábios e à face do paciente, dado que essa perspetiva contribui para uma maior e mais conseguida harmonia estética final. Consequentemente é muito importante que a prática clínica dedicada à estética dentária trabalhe em estreita colaboração com a cirurgia plástica para que se possa estar à altura das



“A oferta em Portugal na área da estética está no top mundial. Penso que a nova geração de médicos dentistas está seguramente no caminho certo dos tratamentos estéticos”

João Mouzinho

expetativas e exigências estéticas dos pacientes”, defende João Borges, médico dentista e diretor clínico da João Borges Aesthetic Dentistry. Apesar da equipa desta clínica dentária estar inteiramente orientada para a reabilitação oral e para a estética dentária, o foco é multidisciplinar. “Para complementar as exigências estéticas dos nossos pacientes, nomeadamente as exigências de reharmonização facial, trabalhamos em colaboração com dois cirurgiões plásticos que prestam esse tipo de serviço. Eu diria que, neste momento, a aplicação de ácido hialurónico para preenchimento labial é o tratamento que mais frequentemente vemos necessidade em prescrever”, acrescenta.

Para Paulo Malo, presidente da Malo Clinic, não há dúvidas que o lado estético intervém positivamente na vertente funcional. “Continuamos a ter uma grande procura na área dos *peelings*, preenchimento de rugas com ácido hialurónico e toxina botulínica”, refere. E há uma explicação para esta realidade: “O conceito de sucesso pessoal e profissional tem vindo a mudar, e atualmente está muito associado a pessoas bonitas, com boa forma física e com um sorriso cativante”, explica o médico dentista. Para que as necessidades e as expetativas dos pacientes sejam realistas e tidas em consideração é necessário traçar planos de tratamento com equipas multidisciplinares. “A avaliação da estética facial e dentária é fundamental e tem um papel importante no planeamento do tratamento dentário, uma vez que não podemos limitar-nos a observar só os dentes. Temos que ter em conta os tecidos moles dos pacientes e ter a noção que a maioria procura obter um sorriso que transmita saúde e beleza”, avança o médico dentista.

O culto da beleza e do corpo está cada vez mais presente na vida dos pacientes que frequentam a Molar Clinic. “Num passado recente, os tratamentos em Medicina Dentária permitiam resolver problemas funcionais, biológicos e mecânicos, e só por fim a vertente estética. Penso que, hoje, esta pirâmide inverteu-se e os pacientes procuram cada vez



“Com a evolução digital e a introdução constante de técnicas e práticas inovadoras, cada vez mais, a Medicina Dentária é trabalhada digitalmente tornando o processo de tratamento mais simples e mais rápido tanto para nós, médicos dentistas, como para os pacientes”
 Hugo Madeira

mais a estética, e só depois, a função e a biologia. Cabe-nos adequar os nossos tratamentos estéticos às restantes vertentes da Medicina Dentária. Mais de 50% dos pacientes que nos procuram fazem-no por uma questão de estética, por isso a procura por um sorriso bonito e perfeito está cada vez mais em voga”, explica João Mouzinho, responsável do Departamento de Implantologia e Reabilitação Oral da Molar Clinic.

Os serviços prestados por esta clínica no segmento de estética passam sobretudo pela colocação de facetas tipo “lentes de contacto”. No entanto, o que tem tido maior sucesso é uma espécie de “test drive do sorriso” que João Mouzinho explica ao pormenor: “através dos nossos scanners intra-orais e faciais, conseguimos produzir um *mock up* (maquete) numa impressora 3D, que a pessoa consegue pôr e tirar em três segundos, e que lhe permite testar antes de fazer qualquer tratamento na nossa clínica”. O poder de decisão é muito mais facilitado porque o paciente consegue ver o resultado

final, tendo ainda a hipótese de alterar a forma, o tamanho, a cor e a posição dos seus dentes num projeto. “Tudo isto é baseado no *Digital Smile Design* (DSD) mas fizemos algumas alterações que pareciam interessantes para o nosso tipo de mercado e que batizámos como ‘4D Planning’”, explica o médico dentista.

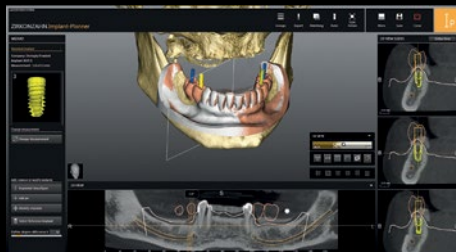
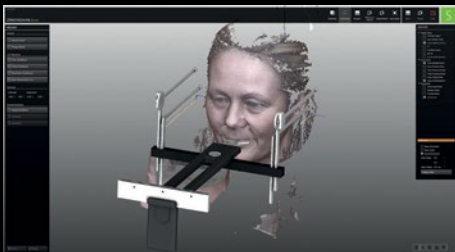
Portugal equiparado à Europa

Como está o nosso país comparativamente a outros países europeus na área de estética facial? Já temos as técnicas mais modernas disponíveis no nosso país? A evolução nacional tem acompanhado as tendências e as preocupações dos pacientes com a aparência, defendem os especialistas que falaram com a Saúde Oral. “Ao compararmos a Europa com a América Latina observamos que, devido à cultura, à obsessão por um corpo bonito e à preocupação com a aparência como um todo, a América apresenta uma oferta mais vasta na área da estética. Os procedimentos clínicos estão a melhorar de forma exaustiva a nível digital e



Zirkonzahn®

PARA OS NOSSOS PACIENTES,
SÓ O MELHOR!



7.^a Edição

Dental Bizz

ENCONTRO ANUAL DE GESTÃO PARA
PROFISSIONAIS DE MEDICINA DENTÁRIA

27 de Junho 2018

Lagoas Park Hotel

Think
Different.
Challenge Yourself



saiba mais

www.saudeoral.pt/dentalbizz/

GOLD SPONSOR

 MedSUPPORT
engenharia e apoio à decisão

 Nobel
Biocare®

 SmileTube.tv®

SILVER SPONSOR

 Imaginasoft
HEALTHCARE SOLUTIONS

 tactis

 UTRADE
Unidade de Transferência de Dados

Programa

09h30 - Receção dos Assistentes

10h00 - Sessão de abertura

PAINEL I

THINK TOGETHER – CHALLENGE YOURSELF COMUNICAÇÃO: A CHAVE DA TRANSFORMAÇÃO

10h20 - DREAM TEAM: TÉCNICAS PARA CONSTRUIR (E MOTIVAR) UMA EQUIPA DE SONHO

A visão de um gestor de recursos humanos sobre como construir uma equipa de sonho.

RICARDO MACHADO, DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS - ALTRAN

10h40 - STORYTELLING – CASOS DE SUCESSO

11h00 - CASO PRÁTICO – SABE OUVIR OS SEUS COLABORADORES?

11h15 - Networking café

PAINEL II

THINK SMART – CHALLENGE YOURSELF COMO INOVAR NOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM

11h45 - De generalista a implantologista? Press enter

JOSÉ CAMELO FERREIRA, ESPECIALISTA EM CIRURGIA ORAL E HEAD LEADER SMILETUBE TV

12h00 - COMO PREPARAR A SUA CLÍNICA PARA CUMPRIR A LEI

- O que é o RGPD e como afeta as clínicas dentárias
- Já implementou o RGPD? Saiba quais os próximos desafios
- Ainda vou a tempo de implementar o RGPD?

MARIA JOAO RIBEIRO DA CUNHA, ADVOGADA, CONSULTORA SÉNIOR E FORMADORA CERTIFICADA

12h30 - ASK ME ANYTHING

Sessão de perguntas e respostas com especialista na lei da proteção de dados

12h45 - Almoço

14h30 - LICENCIAMENTO DE CLÍNICAS DENTÁRIAS – MANUTENÇÃO É A PALAVRA DE ORDEM?

- Como manter o licenciamento para funcionamento válido?
- Como assegurar a vigilância e monitorização sobre as obrigações legais?
- A sua equipa está preparada para receber uma fiscalização a qualquer momento?

SÓNIA SANTOS, CEO MEDSUPPORT

15h20 - A IMPORTANCIA DO MARKETING SENSORIAL

VÍTOR BRÁS, MÉDICO DENTISTA E DIRETOR DA CLÍNICA MORGADO DA PÓVOA, MESTRE EM NEUROMARKETING PELO IPAM-LISBOA

15h45 - Pausa

PAINEL III

THINK DIGITAL – CHALLENGE YOURSELF LÍDERES DIGITAIS – REINVENTAR A GESTÃO DA CLÍNICA

15h50 - COMO A TECNOLOGIA ESTÁ A MUDAR O WORKFLOW NA CLÍNICA DENTÁRIA

ROOKIE MEETS GIANT: FACE-TO-FACE

16h30 - Round 1 – Talk!

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

O que as novas gerações podem aprender com os erros do passado? Os mais experientes estão dispostos a partilhar conhecimentos e a assumir erros? O que cada geração pode aprender entre si?

17h00 - Cocktail de boas-vindas Prémios Saúde Oral

17h30 - Cerimónia de entrega dos Prémios Saúde Oral

ORGANIZAÇÃO



SAÚDE ORAL



“Os pacientes veem-nos como profissionais muito capazes e com uma visão que mais nenhuma especialidade tem para realizar estes tratamentos. Quem melhor que o médico dentista para saber como dar suporte ao lábio e como melhorar a estética do sorriso e da face?”

Alexandra Marques

tecnológico permitindo oferecer aos pacientes, tratamentos que sejam mais eficazes e menos invasivos”, defende Hugo Madeira.

Já Alexandra Marques considera que o país está na direção certa, mas ainda tem “um longo caminho a percorrer”. Apesar das diferenças, no passado, entre Portugal e outros países, como o Brasil, os tratamentos hoje são “do mais inovador que se faz pelo mundo fora”, garante João Mouzinho que tem visitado muitas clínicas noutros países. “A oferta em Portugal na área da estética está no top mundial. Penso que a nova geração de



“A avaliação da estética facial e dentária é fundamental e tem um papel importante no planeamento do tratamento dentário, uma vez que não podemos limitar-nos a observar só os dentes. Temos que ter em conta os tecidos moles dos pacientes e ter a noção que a maioria procura obter um sorriso que transmita saúde e beleza”,

Paulo Malo

médicos dentistas está seguramente no caminho certo dos tratamentos estéticos”, sublinha.

Também o médico dentista João Borges considera que Portugal tem seguido o exemplo brasileiro, “que é sempre um guia nesta área”, defendendo que Portugal se encontra num momento “de grande evolução, a par com o que se passa com outros países europeus”.

Ainda assim, e apesar da evolução do

país no que toca à prestação de serviços com cada vez maior qualidade, Paulo Malo considera essencial que o paciente esteja atento e não procure profissionais que não estejam habituados a realizar certos procedimentos. “Muitas vezes isto acontece por procurarem tratamentos baratos. No entanto, a nossa realidade económica ainda não permite que toda a população tenha os tratamentos que deseja”, adianta.

A área de estética deixou de ser um tabu e para isso tem contribuído a presença de médicos dentistas nos meios de comunicação social, considera o médico dentista da Molar Clinic. “Os pacientes perderam o medo de alterar e melhorar a sua componente estética. A qualidade dos médicos dentistas em Portugal veio ajudar a que os tratamentos estéticos tivessem também um peso muito grande na biologia, função e mecânica da saúde oral. Penso que, no futuro, iremos assistir a grandes mudanças por parte da indústria porque o mercado assim o obriga”, defende João Mouzinho.

Que futuro?

O médico dentista acabou por dar o mote para que os especialistas indicassem as suas previsões para o futuro da Medicina Dentária ligada à Estética. E o que se antecipa está diretamente relacionado com tecnologia e meios digitais. “No futuro penso que poderemos ver os dentes digitalmente em vídeo na nossa face, através da realidade aumentada, e com a cirurgia orientada, conseguiremos desgastar os dentes com a ajuda de máquinas que vão ajudar a minimizar o erro da mão do operador. No caso dos implantes, isto permitirá que o computador nos ajude na posição dos nossos implantes em tempo real durante a cirurgia”, refere.

“Com a evolução digital e a introdução constante de técnicas e práticas inovadoras, cada vez mais a Medicina Dentária é trabalhada digitalmente tornando o processo de tratamento mais simples e mais rápido tanto para nós, médicos dentistas, como para os pacientes. Na nossa clínica, todos os moldes são feitos a nível digital, com uma impressora

3D, e a partir desses modelos conseguimos realizar um DSD que permite ao paciente antever o resultado final”, revela Hugo Madeira. O médico dentista e a sua equipa avaliam como necessidade básica o alargamento dos serviços para dar uma maior capacidade de resposta aos pacientes que tencionem procurar várias alternativas num só espaço.

Com a perspetiva de prestar melhores serviços, os médicos dentistas procuram também apostar na formação além do campo da dentisteria. “Existe uma preocupação por parte do médico dentista em estender os seus procedimentos intra-orais para extra-orais proporcionando um tratamento completo a nível estético facial ao paciente”, acrescenta.

Alexandra Marques considera que a aposta em áreas complementares é um sucesso. “Lanço o desafio aos colegas para que possam ter, nas suas clínicas, a oferta deste tipo de tratamentos, com um

retorno que será seguramente garantido em pouco tempo”, diz. E fundamenta: “Os pacientes veem-nos como profissionais muito capazes e com uma visão que mais nenhuma especialidade tem para realizar estes tratamentos. Quem melhor que o médico dentista para saber como dar suporte ao lábio e como melhorar a estética do sorriso e da face? Penso que, no futuro, teremos cada vez mais clínicas de Medicina Dentária a realizar estes procedimentos de harmonização facial. Não é à toa que, no ano passado já houve uma conferência sobre estes tratamentos no congresso da Ordem dos Médicos Dentistas”. A MD Clínica realiza dois cursos de estética facial anualmente e o próximo acontece a 26 e 27 de outubro deste ano. “Estão sempre lotados”, garante a diretora clínica.

A acompanhar a maior esperança média de vida da população, as necessidades e as expectativas em relação à própria

beleza e à estética também aumentam. Por esse motivo, João Borges antecipa que se verificará “um aumento natural da procura por este tipo de abordagem multidisciplinar”.

Abordagem holística e de uma vasta equipa

Devolver a autoestima e a funcionalidade a cada paciente. Eis dois benefícios claros da ligação da Medicina Dentária à Estética. “Cada caso é um caso. Alguns pacientes são ideais para colocar facetas e outros para serem reabilitados através de implantes”, refere Hugo Madeira. Na sua clínica, uma equipa multidisciplinar intervém em serviços complementares. “Além dos médicos dentistas temos também um nutricionista, um fisioterapeuta especializado em oclusão e um profissional de Osteopatia. Todos estes profissionais têm, de alguma forma, um papel interveniente na estética facial do

md formação

CURSO DE INJECTÁVEIS ESTÉTICOS E TERAPÊUTICOS EM MEDICINA DENTÁRIA

26 + 27 OUTUBRO



APRENDA A MELHORAR A ESTÉTICA DO SORRISO DO SEU PACIENTE





“É de crucial importância a observação do paciente de uma forma mais holística, integrando as áreas de nutrição, fisioterapia e psicologia”
João Borges

paciente porque a alimentação e a postura são fatores que também afetam o nosso corpo”, explica.

Por vezes, os tratamentos dentários funcionam como um aviso para que os pacientes comecem a cuidar mais de si. “Se lermos as metas para a saúde no futuro, os autocuidados e os serviços aliados à estética serão os que terão maior sucesso”, salienta Alexandra Marques.

“A reabilitação oral e a estética dentária são áreas que procuram, de uma forma mais sistemática, o equilíbrio funcional e de saúde da dentição como um todo. Como tal é de crucial importância a observação do paciente de uma forma mais holística, integrando as áreas de nutrição, fisioterapia e psicologia”, acrescenta João Borges. A avaliação médica é fundamental em articulação com a vontade e a expectativa do paciente. “Uma paciente com necessidade de tratamento de um incisivo central pode requerer, por sua iniciativa



e vontade de melhoria estética facial, aos mesmos tratamentos que uma paciente desdentada total que, no final, pretenda melhorar o aspeto estético do seu lábio superior”, exemplifica o médico dentista.

Na Molar Clinic é feita uma consulta multidisciplinar onde todas as equipas ajudam no resultado final, sempre que se recebe um paciente para uma transformação estética do seu sorriso, “desde a reabilitação com implantes dentários, à reabilitação com facetas cerâmicas e às resinas compostas diretas que possam ajudar a mudar o sorriso. Por incrível que pareça, até na área da Odontopediatria já recebemos crianças porque os pais pretendem alterações estéticas nos dentes dos seus filhos (como a remoção de manchas brancas com técnicas de microabrasão e infiltração)”, afirma João Mouzinho.

O paciente quer, cada vez mais, ser tratado como um todo. Paulo Malo dá o

exemplo de tratamentos disponíveis na sua clínica, como a terapia da fala ou a terapia miofuncional que vai ajudar o paciente a adaptar-se à sua nova condição. “Esta área atua na correção do desequilíbrio muscular orofacial, na criação de novos padrões musculares na deglutição, na criação de padrões adequados para a articulação das palavras, ajuda na redução dos hábitos nocivos e contribui também para a estética do paciente”, explica Paulo Malo. Além desta terapia, a clínica Malo iniciou “tratamentos de modulação com LEDs, dirigidos às hiperpigmentações, acne e rejuvenescimento cutâneo. Na área dos *peelings* e para o preenchimento das rugas finas, temos um tratamento inovador associado a fatores de crescimento”. Nos planos de tratamento multidisciplinares, tendo em conta as necessidades e expectativas dos pacientes, o paciente passa pelas diversas fases da Medicina Dentária. O trabalho, esse, é de equipa. ●

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 CE₁₃₇₀

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



ANÁLISE COMPARATIVA IN VIVO DO POTENCIAL DE OSSEOINTEGRAÇÃO ENTRE TRÊS MARCÃS DE IMPLANTES LÍDERES NO MERCADO EUROPEU

JOÃO PIMENTA

Cirurgião-dentista – Clínica privada,
Porto/Portugal

JAIME SARDÁ ARAMBURÚ JÚNIOR

PhD e pesquisador do Biotecnos Research Center,
Santa Maria/Brasil

BERENICE ANINA DEDAVID

PhD e professora do Departamento de Engenharia
de Materiais – PUC/RS

SERGIO ALEXANDRE GEHRKE

PhD e diretor do Biotecnos Research Center,
Santa Maria/Brasil; Professor catedrático da
Universidade Católica San Antonio de Murcia
(Ucam)/Espanha

Endereço para correspondência

Prof. Sergio Alexandre Gehrke
(Department of Research, Biotecnos – Technology
and Science)
Calle Cuareim, 1483
11.100 – Montevideu – Uruguai
Tel.: +598 2901 5634
sergio.gehrke@hotmail.com

Resumo

Objetivos:

Avaliar in vivo (histomorfometricamente) o potencial de osseointegração de três marcas comerciais de implantes consideradas como de primeira linha no mercado mundial. Material e métodos: seis coelhos *New Zealand*, de mesmo peso e idade, receberam 24 implantes de diâmetros similares e comprimentos iguais, de três marcas com tratamentos de superfície variados: G1 (Nobel Biocare, Nobel Replace), G2 (MIS, V3) e G3 (Straumann, Bone Level). Os implantes foram colocados nas metáfises proximais e distais seguindo os protocolos de osteotomia. Após anestesia e sacrifício dos animais, os implantes foram retirados 45 dias depois para análise histomorfométrica. Ainda, um implante de cada marca foi submetido à análise por MEV (Philips XL30) com diferentes aumentos, sendo as imagens obtidas no modo BSEs. A porcentagem de contato osso-implante entre os grupos foi analisada pelo teste Anova ($\alpha=0,05$). Resultados: os três modelos de tratamento superficial produziram alta osteocondutividade e boa formação óssea, não havendo diferença entre os valores BIC ($p=0,94$). Conclusão: as três superfícies testadas apresentaram um grau de osseointegração muito similar.

Palavras-chave – Implante Dental; Macrogeometria; Microgeometria; Superfície; Osseointegração.

Introdução

Nas últimas décadas, o desenvolvimento de implantes osseointegráveis tem avançado de duas maneiras distintas: a primeira com variações no macrodesenho (forma do corpo e forma das espiras) e a segunda com variações do microdesenho, o qual corresponde aos diferentes tratamentos de superfície. Entretanto, apesar do evidente sucesso da técnica de reabilitação com implantes dentais e os avanços das pesquisas nessa área, todas essas informações não trouxeram um conceito de como deveria ser o desenho de um implante osseointegrável ideal.

Assim, diferentes formas e modelos de tratamento de superfícies foram desenvolvidos, buscando aumentar a adesão do osso ao implante, aumentando, dessa forma, o fenômeno da osseointegração, que é a conexão direta estrutural entre o osso vivo e ordenado e a superfície de um implante submetido à carga funcional¹.

Historicamente, as superfícies maquinadas (lisas) e as jateadas foram as pioneiras, dentre as quais podemos citar os jateamentos com sílica e o óxido de alumínio ou óxido de titânio²⁻¹⁰. Posteriormente, tratamentos ácidos provocando oxidações iônicas¹¹⁻¹⁵, recobrimento com plasmas *spray* de titânio e de hidroxiapatita foram propostos¹⁶⁻¹⁷, todos avaliados micrometricamente, sempre com o objetivo de potencializar e/ou acelerar o crescimento e o contato entre o osso e o implante. Todos esses tratamentos visam

criar rugosidades, dando uma tensão e energia superficiais, favoráveis à adesão de osteoblastos e consequente formação de grande quantidade de matriz extracelular depositada sobre a superfície, aumentando a área funcional do implante¹⁸⁻¹⁹.

Com a evolução dos microscópios eletrônicos de varredura (MEV) e força atômica, as superfícies passaram a ser avaliadas também em outras dimensões. Em análise por MEV, a observação de superfícies em grandes aumentos proporciona a medição de rugosidades nanométricas e a observação da interação da superfície dos implantes com osteoblastos em estudos que permitem avaliar a maior ou menor formação de matriz extracelular e consequente mineralização óssea *in vitro*.

O presente estudo apresenta resultados de avaliação *in vivo* comparando três marcas comerciais de implantes, com diferentes superfícies e macrodesenhos de implantes, tendo como objetivo secundário dar subsídios científicos dos níveis de osseointegração alcançados por esses materiais (implantes), considerados de primeira linha.

Material e Métodos

Foram utilizados para esse ensaio 27 implantes dentais, formando grupos (n=9 por grupo): Grupo 1 (G1), implantes da marca Nobel Biocare, modelo Nobel Replace, com dimensões de 3,5 mm por 8 mm de comprimento; Grupo 2 (G2), implantes da marca MIS, modelo V3, com dimensões de 3,9 mm por 8 mm de comprimento; Grupo 3 (G3), implantes da marca Straumann, modelo BoneLevel, com dimensões de 3,3 mm por 8 mm de comprimento. Um implante de cada marca foi submetido à análise em microscopia eletrônica de varredura (Philips XL30) com diferentes aumentos, sendo as imagens obtidas no modo BSEs (backscattered electrons). Na Figura 1 estão demonstradas a conformação e a superfície dos implantes de cada grupo.

Animais

Seis coelhos adultos *New Zealand* (*Oryctolagus cuniculus*) com aproximadamente 3,5 ± 0,5 Kg foram

utilizados neste estudo. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética animal da Faculdade de Itapiranga (Itapiranga, Santa Catarina, Brasil) (#004-09-2015). Antes da cirurgia, os animais foram induzidos por uma anestesia geral pela injeção intramuscular de Ketamina (35 mg/kg; Agener Pharmaceutica, Brasil). Depois, um relaxante muscular Rompum (5 mg/kg; Bayer, Brasil) e um tranquilizante Acepran (0,75 mg/kg, Univet, Brasil) foram injetados intramuscularmente. Adicionalmente, 1 ml de anestésico local (3% Prilocaine-Felipressine, Astra, México) foi injetado por via subcutânea no sítio cirúrgico para melhorar a analgesia e controlar o sangramento. Dois implantes foram inseridos na metáfise proximal de cada tíbia e outros dois na porção distal, totalizando quatro implantes por animal.

A fresagem para a instalação foi feita com brocas apropriadas, conforme as indicações de cada fabricante e os implantes foram instalados manualmente com a utilização da chave catraca, ao nível ósseo, de forma que a primeira rosca permanecesse totalmente subóssea. Após a cirurgia, os animais foram colocados em gaiolas individuais, com ciclos de 12 horas de luz, temperatura controlada (21°C) e dieta *ad libitum*, normalmente utilizada pelo laboratório.

No pós-operatório, foi utilizada uma dose única de Benzetacil 600.000 IU. Todos os animais foram eutanasiados com uma injeção intravenosa, *overdose* de Ketamina (2 ml) e Xilazina (1 ml). Os animais foram eutanasiados 45 dias após as implantações.

Ambas as tíbias foram removidas desde a região do joelho, com preservação da região implantada e o tecido ósseo circunjacente. Todos os 24 implantes foram removidos e submetidos para análise.

Análise histomorfométrica

As amostras foram processadas inicialmente com a fixação em solução de formol (10%, 48 horas), sendo lavadas em água corrente (12 horas) e desidratadas gradativamente por imersão em uma sequência de álcoois (60%, 70%, 80%, 99%; 24-56 horas). Após a desidratação, foram embebidas em resina Technovit 7200 VLC

(Kulzer & Co, Wehrheim, Alemanha). Então, as amostras foram seccionadas em uma cortadeira com disco diamantado, obtendo-se dois cortes de cada implante no sentido longitudinal e coradas com Fucsina-Hematoxilina, a fim de avaliar o osso neoformado sobre a superfície dos implantes. Foram obtidas imagens em microscópio de luz (Nikon E200, Tóquio, Japão), com pequenos (4 x) e médios (40 x) para a análise do contato osso/implante (BIC) e observação das características do tecido ósseo neoformado.

Para as análises estatísticas foram avaliadas as medidas lineares de BIC, obtidas através do programa Image J, versão 5,02, para Microsoft Windows, em imagens microscópicas, com aumento de 40 vezes. Foi considerado o percentual de contato direto entre o osso e o implante que estava totalmente inserido no tecido ósseo. Na Figura 2, é possível observar a execução dessas medidas.

Análise estatística

Os resultados foram analisados longitudinalmente entre os grupos usando-se o teste de análise de variância (Anova) para medidas repetidas. A comparação entre os três grupos foi realizada utilizando-se o teste U de Mann-Whitney. Essas análises estatísticas foram realizadas usando-se o software SigmaStat 3.5. (Systat Software Inc., Point Richmond, CA, EUA). O nível de significância foi definido em $D = 0.05$.

Resultados

Os procedimentos cirúrgicos não tiveram intercorrências, e todos os animais apresentaram uma cicatrização adequada durante a primeira semana, após o procedimento cirúrgico. As inspeções pós-cirúrgicas durante duas semanas pós-operatório indicaram a ausência de infecção ou inflamação. O teste clínico indicou que todos os implantes estavam integrados. Os valores médios ± desvio padrão da porcentagem medida em cada grupo foram: 58,1 ± 1,6% para o Grupo 1, 59 ± 2% para o Grupo 2 e, 58,7 ± 1,8% para o Grupo 3. Esses dados coletados são demonstrados no gráfico da Figura 3. O teste estatístico aplicado entre os

grupos (Anova) não apresentou diferença significativa entre eles ($p=0,9417$). Na comparação estatística grupo *versus* grupo também não houve diferença estatisticamente significativa, sendo esses valores apresentados na Tabela 1. Nas Figuras 4 a 6 são apresentadas imagens histológicas representativas de cada grupo.

Discussão

Estudos histológicos *in vivo* são cruciais para confirmar efeitos das distintas formas macro e microgeométricas apresentadas pelas diferentes marcas comerciais de implantes existentes no mercado. Assim, o presente estudo teve como propósito avaliar, através de um estudo histomorfométrico *in vivo*, três marcas comerciais de implantes, com diferentes superfícies e macrodesenhos de implantes, tendo como objetivo secundário dar subsídios científicos dos níveis de osseointegração alcançados por esses materiais (implantes), considerados de primeira linha. Os resultados obtidos demonstram que os valores de osseointegração apresentados após 45 dias de implantação em tíbias de coelhos foram muito similares entre os grupos testados.

Nas últimas décadas, uma grande quantidade de estudos *in vivo* examinou o efeito da superfície dos implantes de titânio na cicatrização e aposição do tecido ósseo²⁰⁻²¹. Inicialmente, tentou-se fazer modificações na morfologia e rugosidade da superfície do implante, visando não só acelerar a resposta do hospedeiro ao implante, mas também aumentar o nível de travamento mecânico entre o osso e a superfície do implante, melhorando assim, a estabilidade inicial e a subsequente dissipação de cargas durante as exigências funcionais do sistema²². Numerosos estudos, baseados em ensaios histológicos, demonstraram que a texturização superficial, criada por diferentes processos, leva a um maior contato entre o osso e o implante, em comparação com a superfície usinada^{6,23-25}, que é uma resposta desejável para melhorar a biomecânica geral do sistema.

Dentre os tipos de tratamento de

superfície mais utilizados atualmente, o jateamento da superfície dos implantes com agentes abrasivos são os mais utilizados pela indústria²⁻¹⁰. Esse processo utiliza micropartículas elaboradas a partir de diferentes materiais. Entretanto, eles podem alterar a composição da superfície e a biocompatibilidade do implante^{23,26}. Referente a essa variação dos meios de jateamento para a elaboração de superfícies SLA, autores avaliaram, *in vitro*, um SLA de superfície no qual o processo de jateamento da superfície foi feito usando partículas de TiO₂, e concluiu-se que representam uma opção adequada para o tratamento superficial de implantes dentários, com risco mínimo de contaminação pelos detritos residuais do procedimento de jateamento⁵. Em outro estudo recente, foi demonstrada uma excelente resposta biológica das superfícies tratadas com jato de areia com micropartículas de óxido de titânio, seguido de corrosão por ácido⁴. Ainda, alguns autores demonstraram que o desgaste abrasivo aumenta a rugosidade da superfície²³, bem como a reatividade da superfície metálica. A partir disso, novos processos, como a anodização da superfície, foram desenvolvidos para, supostamente, evitar essas possíveis alterações e melhorar os níveis de osseointegração¹¹⁻¹⁵, que é o modelo de superfície utilizado nas amostras do Grupo 1 do presente estudo. Entretanto, os resultados obtidos nas avaliações propostas não demonstraram diferenças significativas entre os três grupos.

No que diz respeito às superfícies SLA, diferentes estudos relataram que o ataque químico superficial reduz as concentrações de C, Ti e N, mas aumenta a quantidade de oxigênio, revelando uma superfície mais oxidada em comparação com as características da liga ou seu substrato²⁷. Assim, somente o jateamento ou combinado ao condicionamento ácido não só altera a textura da superfície, mas também a sua química e a molhabilidade, modificando a interação precoce entre os fluidos biológicos do hospedeiro e a superfície do implante²⁸. A aplicação de condicionamento ácido após o jateamento usando ambos os

meios de micropartículas testados na superfície promovem a redondeza das irregularidades criadas, tornando a topografia da superfície mais uniforme.

Os modelos animais são essenciais para fornecer informações fenomenológicas sobre a reação biológica aos implantes inseridos no osso²⁹. Tíbias de coelhos representam um modelo comumente utilizado em Ortopedia. Esse modelo animal, devido ao seu metabolismo bastante rápido e às características do tecido ósseo, relativamente semelhante ao osso humano, fornece condições ideais para a investigação da regeneração óssea e da osseointegração dos implantes²⁴. Além disso, a tíbia foi escolhida como o local do implante devido à simplicidade do acesso cirúrgico²⁹. No presente estudo, os autores quiseram avaliar o grau de osseointegração (BIC) e as características do osso formado ao redor da superfície dos implantes após seis semanas (45 dias). De fato, pesquisas anteriores mostraram que as características da superfície foram importantes para influenciar as porcentagens de contato osso-implante, e diferenças estatisticamente significativas foram observadas em diferentes superfícies do implante²⁹. Neste estudo, tanto a biocompatibilidade superficial como as propriedades osteocondutoras foram confirmadas pela análise histológica realizada, mostrando uma interação íntima entre o osso recém-formado e a superfície dos implantes de todos os grupos propostos. No entanto, o objetivo do presente estudo não foi estimar os valores dos parâmetros que poderiam ser transferidos diretamente para os pacientes, mas comparar três modelos com diferentes superfícies e desenho de implante, através da análise histomorfométrica. Os resultados confirmam que os três modelos de tratamento superficial produzem alta osteocondutividade e boa formação óssea.

O desenho de implante triangular utilizado no grupo 2 (implantes V3 – MIS) apresentou uma qualidade de tecido ósseo neoformado superior aos outros dois grupos nos quais o implante tem a forma circular convencional. Essa observação histológica muito provavelmente está

alineadent

CURSO
AVANÇADO DE
CERTIFICAÇÃO
ALINEADENT

DR. RICARDO LUCAS

INCLUI UM CASO GRATUITO POR PARTICIPANTE
QUE SERÁ DISCUTIDO NO CURSO

Lisboa

16 - 17 DE JUNHO · 2018

SÁBADO DAS 10H ÀS 20H,
DOMINGO DAS 10H ÀS 14H

INCLUI ALMOÇO DE SÁBADO E COFFEE
BREAK NOS DOIS DIAS DE CURSO

TRYP ORIENTE
Av. Dom João II, 1990-083
Lisboa, Portugal




MINISTRADO EM ESPANHOL - INSCRIÇÃO EM
www.cursos.alineadent.com

INSCRIÇÃO 1250€



relacionada à menor pressão exercida durante a instalação do implante sobre a cortical, ou seja, reduzindo o trauma sobre a porção cortical e, conseqüentemente, uma melhor resposta cicatricial³⁰.

Conclusão

Dentro das limitações do presente estudo, principalmente pela reduzida quantidade de amostras estudadas, pôde-se concluir que as três superfícies testadas apresentaram um grau de osseointegração similar. Entretanto, na porção cortical dos implantes, o modelo triangular apresentado nos implantes MIS mostrou melhor qualidade do tecido ósseo neoformado. 

NOTA: Artigo original publicado na *Implant News*

NOTA DE ESCLARECIMENTO:

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou royalties, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

BIBLIOGRAFIA

1. Brånemark PI. Osseointegration and its experimental background. *J Prosth Dent* 1983;50(3):399-410.
2. Wennerberg A, Albrektsson T, Johansson C, Andersson B. Experimental study of turned and grit-blasted screw-shaped implants with special emphasis on effects of blasting material and surface topography. *Biomaterials* 1996;17(1):15-22.
3. Smukler-Monkler S, Testori T, Bernard JP. Etched implants: a comparative surface analysis of four implant systems. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater* 2004;15;69(1):46-57.
4. Gehrke SA, Taschieri S, Del Fabbro M, Coelho PG. Positive biomechanical effects of titanium oxide for sandblasting implant surface as an alternative to aluminium oxide. *J Oral Implantol* 2015;41(5):515-22.
5. Gehrke SA, Zizzari VL, Iaculli F, Mortellaro C, Tetè S, Piattelli A. Relationship between the surface energy and the histologic results of different titanium surfaces. *J Craniofacial Surg* 2014;25(3):863-7.
6. Ivanoff CJ, Hallgren C, Widmark G, Sennerby L, Wennerberg A. Histologic evaluation of the bone integration of TiO₂ blasted and turned titanium microimplants in humans. *Clin Oral Implants Res* 2001;12(2):128-34.
7. Toni A, Lewis CG, Sudanese A, Stea S, Calista F, Savarino L, Pizzoferrato A, Giunti A. Bone demineralization induced by cementless alumina-coated femoral stems. *J Arthroplasty* 1994;9(4):435-44.
8. Gotfredsen K, Nimb L, Hjørting-Hansen E, Jensen JS, Holmén A. Histomorphometric and removal torque analysis for TiO₂-blasted titanium implants. An experimental study on dogs. *Clin Oral Implants Res* 1992;3(2):77-84.
9. Kohal RJ, Weng D, Bächle M, Strub JR. Loaded custom-made zirconia and titanium implants show similar osseointegration: an animal experiment. *J Periodontol* 2004;75(9):1262-8.
10. Sennerby L, Dasmah A, Larsson B, Iverhed M. Bone tissue responses to surface-modified zirconia implants: a histomorphometric and removal torque study in the rabbit. *Clin Implant Dent Relat Res* 2005;7(suppl. 1):S13-20.
11. Sul Y-T, Johansson CB, Roser K, Albrektsson T. Qualitative and quantitative observations of bone tissue reactions to anodised implants. *Biomaterials* 2002;23(8):1809-17.
12. Rocci A, Rocci M, Rocci C, Scoccia A, Gargari M, Martignoni M et al. Immediate loading of Branemark system TiUnite and machined-surface implants in the posterior mandible, part II: a randomized open-ended 9-year follow-up clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2013;28(3):891-5.
13. Zechner W, Tangl S, Furst G, Tepper G, Thams U, Mailath G, Watzek G. Osseous healing characteristics of three different implant types: a histologic and histomorphometric study in mini-pigs. *Clin Oral Implants Res* 2003;14(2):150-7.
14. Sul Y-T, Byon E, Wennerberg A. Surface characteristics of electrochemically oxidized implants and acid-etched implants: surface chemistry, morphology, pore configurations, oxide thickness, crystal structure, and roughness. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2008;23(4):631-40.
15. Guida L, Oliva A, Basile MA, Giordano M, Nastri L, Annunziata M. Human gingival fibroblast functions are stimulated by oxidized nano-structured titanium surfaces. *J Dentistry* 2013;41(10):900-7.
16. Galli S, Jimbo R, Andersson M, Bryington M, Albrektsson T. Surface characterization and clinical review of two commercially available implants. *Implant Dent* 2013;22(5):507-18.
17. Rupp F, Liang L, Geis-Gerstorf J, Scheideler L, Hüttig F. Surface characteristics of dental implants: a review. *Dent Mater* 2017;10. pii: S0109-5641(17)30744-3.
18. Schwartz Z, Lohmann C, Oefinger J, Bonewald L, Dean D, Boyan B. Implant surface characteristics modulate differentiation behavior of cells in the osteoblastic lineage. *Adv Dent Res* 1999;13(1):38-48. Albrektsson T, Wennerberg A. Oral implant surfaces: part 1 - Review focusing on topographic and chemical properties of different surfaces and In vivo responses to them. *Int J Prosthodont* 2004;17(5):536-43.
19. Misch CE. Density of bone: effect on treatment plans, surgical approach, healing, and progressive bone loading. *Int J Oral Implantol* 1990;6(2):23-31.
20. Hsu SH, Liu BS, Lin WH, Chiang HC, Huang SC, Cheng SS. Characterization and biocompatibility of a titanium dental

implant with a laser irradiated and dual-acid etched surface. *Biomed Mater Eng* 2007;17(1):53-68.

21. Textor M, Sittig C, Frauchiger V, Tosatti S, Brunette DM. Properties and biological significance of natural oxide films on titanium and its alloys. In: Brunette DM, Tengvall P, Textor M, Thomsen P, editors. *Titanium in Medicine*. Berlin: Springer, 2001. p.171-230.
22. Wennerberg A, Albrektsson T, Andersson B, Krol JJ. A histomorphometric and removal torque study of screw-shaped titanium implants with three different surface topographies. *Clin Oral Implants Res* 1995;6(1):24-30.
23. Novaes AB, Souza SL, Barros RR, Pereira KK, Iezzi G, Piattelli A. Influence of implant surfaces on osseointegration. *Braz Dent J* 2010;21(6):471-81.
24. Wennerberg A, Albrektsson T. Effects of titanium surface topography on bone integration: a systematic review. *Clin Oral Impl Res* 2009;20(4):172-84.
25. Gehrke SA, Ramírez-Fernández MP, Granero Marín JM, Barbosa Salles M, Del Fabbro M, Calvo Guirado JL. A comparative evaluation between aluminium and titanium dioxide microparticles for blasting the surface titanium dental implants: an experimental study in rabbits. *Clin Oral Implants Res* 2016 Sep 24 (doi: 10.1111/clr.12973).
26. Hall J, Lausmaa J. Properties of a new porous oxide surface on titanium implants. *Applied Osseointegration Research* 2000;1(1):5-8.
27. Coelho PG, Lemons JE. Physico/chemical characterization and in vivo evaluation of nanothickness bioceramic depositions on alumina-blasted/acid-etched Ti-6Al-4V implant surfaces. *J Biomed Mater Res A* 2009;90(2):351-61.
28. Piattelli A, Manzon L, Scarano A, Paolantonio M, Piattelli M. Histologic and morphologic analysis of the bone response to machined and sandblasted titanium implants: an experimental study in rabbit. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998;13(6):805-10.
29. Gehrke SA. Evaluation of the cortical bone reaction around of implants using a single-use final drill: a histologic study. *J Craniofac Surg* 2015;26(5):1482-6.

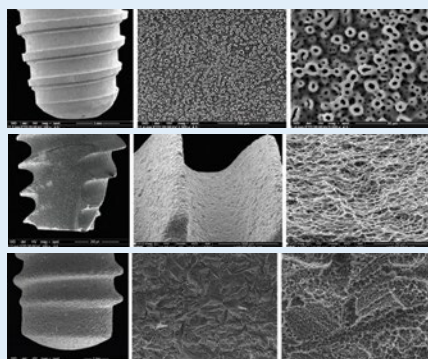


Figura 1: Imagens dos implantes e da superfície de cada modelo utilizado neste estudo. A. Grupo 1. B. Grupo 2. C. Grupo 3.

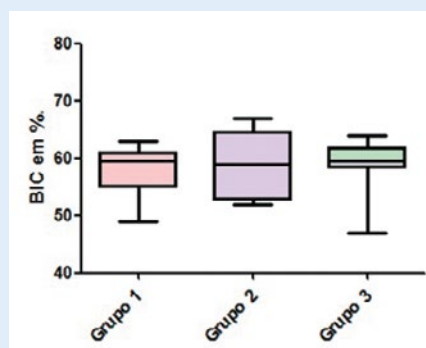


Figura 3: Box plots comparando as medidas de BIC de cada grupo proposto



Figura 5: Imagens histológicas representativas de amostras do Grupo 2.

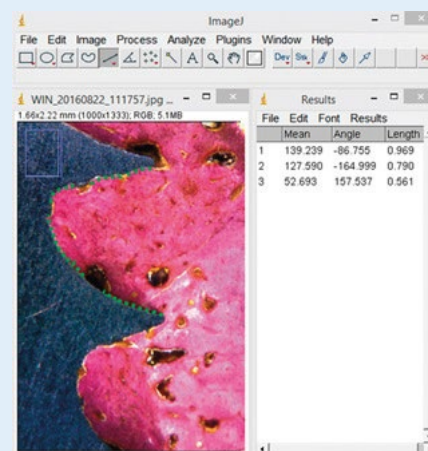


Figura 2: Imagem demonstrando a execução das medidas de BIC (linha pontilhada em verde) utilizando o programa Image J. Imagem de uma amostra do Grupo 2.

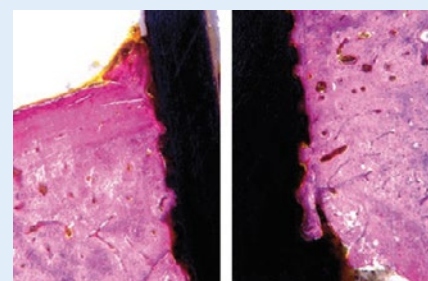


Figura 4: Imagens histológicas representativas de amostras do Grupo 1.

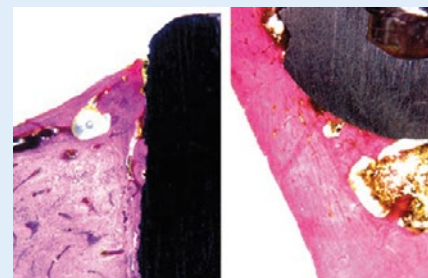


Figura 6: Imagens histológicas representativas de amostras do Grupo 3.

NOBEL BIOCARE COMEMORA 20 ANOS DE ALL-ON-4 “NÃO PARÁMOS DE INOVAR”

A Cidade do Futebol, em Oeiras, recebeu no passado dia 18 de maio o evento anual da Nobel Biocare, que este ano centrou atenções na comemoração dos 20 anos do All-on-4. O evento marcou ainda o regresso de Paulo Malo às conferências.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Nobel Biocare

Para António Moutinho, general manager da Nobel Biocare, “para nós era muito importante celebrar este dia pela comemoração do trabalho fantástico que Paulo Malo e toda a sua equipa, bem como a comunidade dentária, têm feito nos últimos 20 anos para proporcionar novos sorrisos de forma imediata. E que no fundo é aquilo que mais distingue a Nobel Biocare: a capacidade de fazer bem os protocolos cirúrgicos que permitam carga imediata e sem a parte mais demorada que outros protocolos possam obrigar”.

Na opinião de António Moutinho “era importante lembrar isso, mas relembrar que não parámos de inovar. A nova geração de inovação e de produtos, a digitalização do fluxo de informação entre o médico dentista, o doente, o laboratório, a própria indústria para produção está otimizada. Cada vez está mais moderna e há uma necessidade premente da classe se atualizar, de inovar, de adotar e de adaptar o que já tem adotando novas ferramentas para que possa dar mais e melhores respostas aos seus pacientes. Porque se não o fizerem vão ficar obsoletos muito rapidamente”. É que, na opinião de António Moutinho, quem parar de inovar “vai perceber que vai ficar para trás e em alguns negócios recuperar sai mais caro, se é que é possível. Queremos alertar os nossos clientes que confiar na Nobel Biocare é o primeiro passo para estar sempre na crista da onda do que são as soluções digitais, a captação de imagem. Isto é o futuro. A utilização da inteligência



António Moutinho, general manager Nobel Biocare

artificial para o processamento de imagens radiológicas é hoje em dia uma realidade e já está mais do que provado que a inteligência artificial, aplicada ao planeamento cirúrgico, permite prever os resultados dos tratamentos. Antigamente mostravam-se as fotos do antes e depois de outras pessoas, mas hoje em dia isso já é possível de forma mais rápida, com mais qualidade e sucesso comercial, mostrar o antes e depois do próprio paciente. E quem fizer mais tratamentos comercialmente avança mais rapidamente”.

O futuro passa pela digitalização e pela mudança das técnicas cirúrgicas

Havia alguma expectativa para a




Paulo Malo durante a sua palestra

palestra de Paulo Malo, a primeira que o médico dentista iria dar após vários anos afastado dos palcos. O médico dentista sublinhou as várias



inovações pelas quais é responsável, como o All-on-4, e o protocolo cirúrgico All-on-4, a Malo Clinic Bridge, entre muitas outras. Para Paulo Malo, um dos grandes problemas passa pela manutenção do implante: “algo do qual que ninguém fala” e que as duas grandes alterações no futuro vão passar pelos processos de digitalização e pela mudança das técnicas cirúrgicas

“que vão levar a que dentistas menos qualificados consigam fazer o trabalho de dentistas mais qualificados”. No final da palestra, Paulo Malo foi surpreendido pela presença em sala de Bárbara Alves Segurado, uma paciente que tinha ficado sem maxilares devido a um problema oncológico. “Não tinha dentes, não conseguia sentir a comida e estive assim durante nove anos. Todos

os médicos achavam que o meu caso era impossível. Mas realmente este homem faz milagres”. O evento de dois dias contou ainda com as presenças de Alexandra Marques, Luís Tovim, João Carlos Ramos, José Dias da Silva, Armando Lopes, entre outros. 

O QUE É O DTX?

A Nobel Biocare aproveitou o seu evento anual para divulgar o DTX. “É um conceito em que há um ecossistema onde tudo funciona. A analogia que fiz com os produtos da Apple, Samsung ou Windows, em que quando queremos conectar os aparelhos nada funciona, passa por isto”, explica António Moutinho. “Reconheço que existem muitas marcas a tratar e a fabricar, mas individualmente quando se juntam não funciona tão bem como seria de esperar. A primeira marca que está a funcionar de raiz e a construir todos os itens necessários para o *digital work flow*, para que os aparelhos conectem uns com os outros, é a plataforma da Nobel Biocare”. Neste caso, com o CBCT da CAVO, o scanner LS3 e em breve o scanner intraoral que permite a captação otimizada dessas imagens intraorais, a parte da produção passa a estar otimizada para que o técnico de laboratório possa, com o mesmo *software*, receber as mesmas imagens e tratar. Tudo isto quando tiver montado, o médico dentista vai sentir que a informação é fluida, não tem erros. As coisas acontecem em tempo real e isso é a grande magia do DTX. Não abordamos só um dos problemas do fluxo digital, abordamos todos, desde a captação de imagem até à prótese definitiva. Para nós o DTX é o futuro”.

XVIII CONGRESSO APHO “NÃO TENDO ORDEM É MUITO DIFÍCIL DEFENDER OS INTERESSES DOS HIGIENISTAS ORAIS”

Os médicos dentistas estão a ser introduzidos nos centros de saúde e, por isso, “temos de ver a melhor forma de articular o seu trabalho com o dos higienistas orais, que já trabalham no Serviço Nacional de Saúde há muitos anos”. Esta preocupação levou a que no XVIII Congresso da Associação Portuguesa de Higienistas Oraís se debatesse a importância da educação interprofissional e da prática colaborativa.

Texto: Carmen Silva

O XVIII Congresso da Associação Portuguesa de Higienistas Oraís (APHO) decorreu nos dias 6 e 7 de abril, em Lisboa. À margem do evento Patrícia Gouveia, presidente da comissão organizadora, falou com a SAÚDE ORAL destacando, entre os vários momentos do programa, uma mesa redonda sobre a importância da educação interprofissional e prática colaborativa porque é um “tema atual”, uma vez que os médicos dentistas “estão a ser introduzidos nos centros de saúde e temos de ver a melhor forma de articular o seu trabalho com o dos higienistas orais, que já trabalham no Serviço Nacional de Saúde (SNS) há muitos anos”. Na verdade, de acordo com a responsável, desde que a saúde oral foi introduzida no SNS que os higienistas orais foram “os profissionais que começaram a implementá-la, em diferentes circunstâncias”. Por um lado temos aqueles higienistas orais “que fazem trabalho comunitário (por exemplo vão às escolas) e que aplicam selantes nos centros de saúde e, por outro lado temos aqueles que não conseguem ir às escolas, mas fazem estas aplicações”. Tudo isto, como reforçou Patrícia Gouveia, “ao nível do cheque-dentista”. A presidente da comissão organizadora concluiu que “trabalhamos quase há 20 anos no SNS e a partir do momento em que os médicos dentistas são inseridos é importante ver como se vai processar” a dinâmica entre estes dois profissionais de saúde.

Também Fátima Duarte, presidente da APHO, salvaguardou que cada profissão “tem os seus conteúdos funcionais. Se as entidades competentes souberem colocar

as pessoas nos patamares próprios as coisas vão funcionar bem, dado que as duas profissões são necessárias”.

Seguros: clarificar a informação

Outro dos temas debatidos durante o evento, além da questão da importância da educação interprofissional e prática colaborativa, foi o desafio dos sistemas de pagamento em medicina dentária, nomeadamente no que toca aos seguros e planos de saúde. “Há muitos higienistas orais a trabalhar com seguros e há muitos sistemas de seguros”, referiu Patrícia Gouveia, acrescentando que “muitos deles, ao nível da destarização ou da consulta de saúde oral não reconhecem o higienista oral como um profissional”. Neste cenário ainda é comum “as consultas de higiene oral serem feitas a título gratuito”. Porém, para a presidente da comissão organizadora, estamos a falar de atos clínicos, logo “é importante regulá-los para que não estejamos a trabalhar de graça”.

Gabriel Pereira, um dos oradores que abordou este tema, salientou à SAÚDE ORAL a importância da comunicação na e da equipa multidisciplinar. “Esta comunicação implica haver um discurso comum entre todos os elementos para que depois não haja passagem de informações diferentes para o paciente”. Isto significa, por exemplo, que “não podemos ter um médico dentista ou um higienista oral a falar de uma coisa e depois a assistente de outra”. Neste contexto, o higienista oral “tem obrigação de saber, enquanto profissional, não só os direitos dos utentes, mas os seus próprios direitos e obrigações

e muitas vezes esquece-se de ambos”, revelou Gabriel Pereira, que urge por “uma maior clarificação”, por parte das entidades prestadoras de seguros e de planos de saúde, sobretudo no respeitante “à informação que deve ser dada às clínicas porque muitas vezes há uma certa ‘pressa’ em se fechar logo um contrato”. No entanto, o higienista oral salvaguardou que “há atividades clínicas que devem reger-se por uma ótica de ética”.

E o grande problema está realmente na informação circulante, sendo que “aquela que muitas vezes é passada é que um plano de saúde é um seguro, quando isto não é verdade”, elucidou Gabriel Pereira. Daí o higienista oral defender que “é necessário que as várias organizações, como as seguradoras, as Ordens e as associações - e aqui é que acho que há uma grande falha por parte da Saúde” - se juntem para ‘conversar’.

“Andámos há muito tempo a olhar para o ‘eu’ em vez de olhar para o ‘nós’”, apontou ainda o orador, explicando que, neste sentido, “as associações e as Ordens têm de olhar para os seus associados e lutar pelos direitos deles”. Mas, por outro lado, “falamos em equipas e queremos que as pessoas trabalhem em equipas multidisciplinares, só que as Ordens e as associações não se reúnem de forma a lutar e a chegar a um ponto comum, no sentido de juntas irem ao encontro destas entidades prestadoras de seguros ou de rede” com o intuito de clarificar a informação veiculada. Da perspetiva de Gabriel Pereira, este unir de esforços seria mais produtivo e “útil, mas ainda não acontece”. ●

Ajude o seu paciente a manter a higiene da prótese dentária

A higiene protética varia com o comportamento e rotina de limpeza dos seus pacientes



A deficiente higiene das próteses dentárias pode comprometer a saúde oral¹⁻³



Estomatite protética resultante da limpeza inadequada das próteses dentárias ou da sua utilização durante a noite⁴

O sistema de limpeza 4 em 1 de Corega

Monopersulfato de potássio

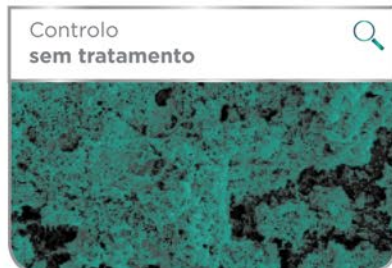
Percarbonato de sódio

TAED

SLS

Quatro ingredientes ativos que atuam em conjunto para uma limpeza profunda⁵

As pastilhas de limpeza Corega removem **significativamente mais bactérias** quando usadas diariamente e com escovagem^{8†}



Ampliado 1000x



- ✓ Proporciona um efeito antimicrobiano eficaz - elimina 99.9% das bactérias e fungos* - incluindo os associados com⁶:
 - Irritação da boca e gengivas⁶ • Maus odores⁷ • Estomatite protética⁶
- ✓ Minimiza a abrasão⁹ e reduz a colonização bacteriana¹⁰
- ✓ Elimina bactérias em superfícies de difícil acesso da prótese - onde a proliferação é facilitada^{11,12†}

Recomende os produtos de limpeza Corega para ajudar os seus pacientes a manter a higiene das próteses dentárias

*em testes laboratoriais. †Comparando em in vitro com uma escovagem diária e tratamento com um produto de limpeza uma vez por semana (biofilmes de mono espécies bacterianas in vitro. Referências: 1. Takamiya A et al. Gerodontology 2011; 28: 91-96. 2. Zlatarić D et al. J Periodontol 2002; 73:137-144. 3. Davenport J et al. British Dental Journal 2000; 189: 646-657. 4. Petersen P & Yamamoto T. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 81-91. 5. NPJ Memo, GSK, November, 2016. 6. MD#012-2395, Ignar, 2012. 7. UCLA report, Lux et al. 2012a. 8. Data on file, GSK. 9. Data on file, GSK, Memo: P Fernandez, Abrasivity Support Letter May 2007. 10. Charman KM, et al. Lett Appl Microbiol 2009; 48: 472-477. 11. Glass RT, et al. J Prosthet Dent 2010; 103(6): 247-252. 12. Data on file, GSK. Lux R, 2012. Em caso de suspeita de acontecimento adverso contactar o Departamento de Farmacovigilância da GlaxoSmithKline: telf. +351 21 412 95 00. As marcas registadas são propriedade de ou licenciadas ao grupo de empresas GSK. © 2018 grupo de empresas GSK ou suas licenciadas. CHPT/CHPLD/0018/18 maio 2018.



Check-ups dentários na infância começam muito tarde, alerta estudo global

por DTI

Manter uma boca saudável é um cuidado crucial, tanto para garantir que esta funciona da forma adequada como para assegurar uma boa saúde e bem-estar geral. Antes do Dia Mundial da Saúde Oral, assinalado anualmente a 20 de março e que visa sensibilizar a nível mundial para a importância da prevenção e controlo da patologia oral, a FDI (World Dental Federation) questionou pais por todo o mundo sobre os cuidados que tinham com a saúde oral dos seus filhos à medida que crescem. As respostas obtidas indicam que existe margem para evolução. O estudo, realizado online em dez países com um total de 11 552 participantes adultos, revelou que apenas 13% dos pais com crianças de idade igual e inferior a 18 anos tinham levado o seu filho ao dentista antes do primeiro aniversário — a altura recomendada para a primeira consul-

ta. A maioria dos pais tinha levado o seu filho ao dentista quando este tinha entre um e três anos (24% dos inquiridos) ou entre os quatro e os seis anos (22%). Um número alarmante de participantes — 20% — nunca tinham levado o seu filho ao dentista para um check-up dentário. “É preocupante constatar que a maioria das crianças não fazem o check-up dentário na altura recomendada,” afirmou Dr Kathryn Kell, presidente da FDI. “Os bons hábitos de saúde oral começam cedo. Os pais devem consultar o médico dentista após a erupção do primeiro dente da criança, como medida preventiva para reduzir o risco de aparecimento precoce de cáries na infância. A doença oral tem um impacto em cada aspecto da vida da pessoa e está associada a vários problemas de saúde. No dia Mundial da Saúde Oral queremos que as pessoas estabeleçam um elo entre a sua saúde oral e a saúde geral, e que

percebam o impacto que uma tem na outra. Saber como proteger a saúde da sua boca e do corpo em todas as idades contribui para uma melhor qualidade de vida.” Metade dos pais que tinham levado os seus filhos ao dentista apontaram como motivo a realização de um check-up dentário regular. Contudo, enquanto esta era a principal resposta no Reino Unido (82% dos inquiridos), na Suécia (77%), na Argentina (65%), em França (63%), nos EUA (63%), na Austrália (56% e na China (34%), a justificação mais comum para a ida ao dentista no Egipto, Filipinas ou Marrocos foi dor ou desconforto na boa da criança (56, 43 e 38%, respetivamente). Mais de 43% dos pais afirmou assegurar-se pessoalmente de que o seu filho lava os dentes antes de deitar para evitar a patologia oral — uma mensagem-chave promovida pela FDI. A pesquisa descobriu ainda que 40% dos pais supervisionava duas vezes por dia

a escovagem dentária dos seus filhos, e 38% dos inquiridos afirmou limitar a ingestão de alimentos e bebidas açucaradas na dieta dos seus filhos, para prevenir as doenças orais. Apenas 26% afirmou ter escovado os dentes do seu filho desde o erupção do primeiro dente e só 8% referiu encorajar o seu filho a usar um protector bucal durante a prática desportiva. O FDI recomenda o cumprimento de bons cuidados orais, evitar factores de risco como uma dieta pouco saudável — especialmente se for rica em açúcares — e a realizar check-ups dentários regulares para proteger a saúde oral e geral em qualquer idade. Os pais devem começar a lavar os dentes da criança ao deitar após a erupção do primeiro dente, vigiar a escovagem efetuada duas vezes por dia com um dentífrico com baixo teor de flúor na sua composição e agendar check-ups dentários regulares, no mínimo, a partir do primeiro aniversário. **DTI**

“O ecossistema oral torna-se mais hostil à medida que envelhecemos”

Professor Hien Ngo tem uma vasta experiência em clínica privada e ensino. Nos últimos 30 anos tem sido um ativo orador internacional nas áreas de Cariologia, Dentisteria Restauradora e minimamente invasiva. Atualmente, a sua investigação incide sobre a gestão clínica de cáries, especialmente em pacientes idosos e medicamente comprometidos e as interações entre ionómero de vidro e o ecossistema oral. A Dental Tribune teve a oportunidade de falar com este especialista antes da sua apresentação no IDEM 2018 em Singapura sobre o conceito de “Saúde oral vitalícia” e a grande alteração demográfica nos países da ASEAN (Associação das Nações do Sudeste Asiático).

por DTI

A expressão “Saúde oral vitalícia” foi usada pela FDI (World Dental Federation) numa das suas declarações de políticas a implementar. O que significa?

Anteriormente, o edentulismo era aceite como uma norma entre indivíduos mais velhos. Contudo, com os avanços recentes na Medicina Dentária Preventiva e Restauradora o FDI defende que “o objetivo de chegar a uma idade avançada com a dentição completa é atingível, se as medidas preventivas e cuidados de saúde oral forem acessíveis ao longo da vida.” O termo-chave aqui é “ao longo da vida” porque a criação de uma boa saúde oral na infância é determinante para a saúde oral numa fase mais tardia. Saúde Oral Vitalícia foi o título da

política adoptada na Assembleia Geral da FDI em Agosto de 2017. Identificou quatro pilares que apoiam a saúde oral ao longo da vida, como a promoção da saúde oral, avaliação de risco, prevenção de doenças e o diagnóstico e intervenção precoces em todas as fases da vida. Estes quatro pilares irão formar a estrutura base para debater os casos clínicos durante o simpósio Silver Wave na IDEM. Existe um fenómeno global de envelhecimento da população numa escala sem precedentes.

Qual é a situação da região sudeste da Ásia?

O envelhecimento é universal e não há excepção nos países da ASEAN. Espera-se que a percentagem de população com idade superior a 60 irá mais do que duplicar nos próximos 30 anos. Em

2050, duas em cada dez pessoas nesta região terão mais de 60 anos. Contudo, o ritmo de mudança é muito mais acelerado em Singapura do que os países vizinhos. Estima-se em 2050, quatro em cada dez habitantes de Singapura terão 60 anos, enquanto este rácio será de dois e cada dez na Indonésia e de aproximadamente três em cada dez na Tailândia ou no Vietname.

Quais são as consequências desta alteração demográfica para os profissionais de saúde oral?

Para quem trabalha no sector privado isso significará que uma parte maior da sua clientela será composta por indivíduos mais velhos, na sua maioria dentados. Como pertencem à geração do Baby Boom e nasceram entre 1946 e 1964, cresceram num período em que se

deu a subida dos padrões de vida, devido à evolução económica, por isso a suas expectativas são diferentes daquelas que tinham as gerações anteriores. O Australian Institute of Health and Welfare propôs uma classificação alargada para este grupo: indivíduos ativos e capazes, indivíduos com actividade e capacidades limitadas, e indivíduos com actividade e capacidades muito limitadas. Nos últimos dois grupos pode precisar de modificar a sua prática clínica para permitir acessibilidade. Em alternativa existe a opção de referenciar estes pacientes para especialistas ou instituições públicas especializadas neste domínio.

Para os médicos dentistas, a abordagem clínica aos pacientes mais velhos é mais complexa, uma vez que os danos na sua den-



tição são cumulativos e a sua expressão em fases mais avançadas da vida é mais grave. O ecossistema oral torna-se mais hostil com a idade. Cáries radiculares, um problema raro nos indivíduos mais novos, são comuns em pacientes idosos.

Quando estas situações surgem em pacientes com doenças graves ou do foro mental, a referência para um especialista em Medicina Dentária Geriátrica pode ser necessária. A Odontogeriatría

é agora uma especialidade de Medicina Dentária reconhecida, contudo os especialistas nesta área ainda são escassos nos países da ASEAN. A aposta de organismos internacionais como o FDI e a OMS no conceito de Saúde Oral Vitalícia irá encorajar debates saudáveis e desenvolvimento de políticas para garantir que as medidas preventivas e de cuidados de saúde oral são acessíveis.

O que está a acontecer

nesta área durante a conferência IDEM em Singapura?

A Singapura reconheceu a importância desta grande alteração demográfica e fez grandes investimentos para garantir que os cuidados de saúde oral chegam à população ao longo da vida. Com o Simpósio Silver Wave na IDEM de 2018, dedicou-se um dia inteiro à gestão da população e pacientes mais velhos. Seis oradores e médicos internacionais reuniram-se para deba-

ter os tópicos de gestão de saúde oral face ao envelhecimento da população e nos indivíduos mais velhos. O dia começou com o debate sobre as mudanças que foram introduzidas nas instituições de saúde pública e no ensino, abordando depois as questões clínicas. O dia foi clinicamente orientado e os debates focados no paciente. O Simpósio incluiu ainda material informativo de apoio – The Silver Wave booklet, brochura distribuída na IDEM. [DT](#)



- recebimento regular de e-news na caixa de entrada
- conteúdo personalizado de acordo com a especialidade e região
- lançamentos recentes da indústria
- edições especiais de eventos
- entrevistas exclusivas com líderes de opinião
- informação de produto
- casos clínicos
- oferta de vagas de emprego

Inscriva-se no jornal digital mais apurado da Odontologia

www.dental-tribune.com

dti] Dental
Tribune
International

Erosão e hipersensibilidade dentária: Dentífricos não asseguram protecção total, revela estudo

por DTI

Nos últimos anos, o número de dentífricos lançados no mercado que alegam ajudar a resolver um ou outro problema – com particular incidência na hipersensibilidade e a erosão dentária – é cada vez maior. No entanto, um novo estudo vem demonstrar que em nove dentífricos analisados nenhum consegue mitigar a perda de esmalte, um factor-chave na erosão dentária e na hipersensibilidade na dentina. Realizado na Universidade de Berna, na Suíça, com a participação de um investigador apoiado por uma bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), este estudo analisou oito dentífricos com indicação de propriedades anti-erosivas ou dessensibilizantes e um dentífrico de controlo, todos eles disponíveis em farmácias no Brasil e na Europa. “A investigação mostrou que é necessário existir exposição da dentina e dos

túbulos dentinários para ocorrer hipersensibilidade, e a erosão é uma das causas da exposição da polpa dentária. Por este motivo, analisámos no nosso estudo pastas de dentes que alegam ter uma ação anti-erosiva ou dessensibilizante”, afirmou o autor principal do estudo Dr Samira Helena João Souza, doutorando no Departamento de Dentística da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Brasil. Para simular o efeito no esmalte dentário que a escovagem diária (uma vez por dia) com exposição a uma solução ácida durante cinco dias consecutivos, o estudo usou dentes pré-molares doados para investigação científica, saliva artificial e uma máquina de escovagem automática. A análise física consistiu na pesagem das partículas abrasivas presentes nos dentífricos, medição do seu tamanho e no teste da facilidade com que o dentífrico misturado com a saliva artificial se espalhava na superfície

do dente. De acordo com os resultados, todas as pastas dentífricas analisadas provocaram perda progressiva da superfície dentária no período de cinco dias. “Nenhuma delas revelou ser melhor do que as restantes. A indicação depende de cada caso. O teste demonstrou que algumas pastas dentífricas provocavam menos perda da superfície dentária do que outras, mas todas elas se assemelhavam à pasta dentífrica de controlo neste ponto. Estatisticamente eram todas similares, embora tenham sido detectadas diferenças em termos numéricos”, afirmou a co-autora do artigo e orientadora de doutoramento de João Souza, Dr Ana Cecília Corrêa Aranha. Os autores do estudo sublinharam que estes dentífricos cumprem uma função mas que deveriam ser usados como complemento e não como tratamento completo. Segundo João-Souza, são necessários pelo menos três factores para uma abordagem completa:

tratamento prescrito por um médico dentista, uso de uma pasta dentífrica adequada e alterações no estilo de vida. “A erosão dentária é um problema multifactorial. Está relacionado com a escovagem e, sobretudo, com a alimentação. Os alimentos e as bebidas são cada vez mais ácidos devido ao fabrico industrial”, afirmou. “Estamos agora a desenvolver outros estudos sobre a dentina com vista a equacionar outras possibilidades, uma vez que nenhum dos dentífricos estudados mostrou ser capaz de prevenir a erosão dentária ou a hipersensibilidade dentinária, o que é motivo para preocupação”, referiu Aranha. O estudo, intitulado *Chemical and physical factors of desensitizing and/or anti-erosive toothpastes associated with lower erosive tooth wear* foi publicado a 20 de dezembro de 2017 no *Scientific Reports journal*. [DTI](#)

Traduzido do inglês
por Manuela Vasconcelos

Registre-se
gratuitamente

- educação online em qualquer lugar e hora
- webinar ao vivo e interativo
- uma biblioteca digital com várias palestras arquivadas
- fórum de discussão focado em odontologia
- registre-se gratuitamente
- sem custos de viagem para obter os melhores cursos do Brasil em odontologia
- mantenha-se atualizado sem sair do consultório
- artigos científicos e casos clínicos são disponibilizados pelos melhores doutores da área de atuação
- créditos ADA CERP e certificado APCD

www.DTStudyClub.com.br

Dental Tribune Study Club em cooperação com a APCD

Faça parte da maior rede educacional odontológica do mundo!

ADA CERP® Continuing Education
Recognition Program

ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.





ASSOCIAÇÃO BQDC CHEGA A PORTUGAL

A Associação BQDC – antigo grupo Best Quality Centers - uma rede de clínicas de medicina dentária que conta com 41 clínicas especializadas e com larga experiência em medicina dentária e estomatologia em Espanha, já chegou a Portugal. Para o arranque no nosso país, a Associação selecionou 12 clínicas com um “percurso de sucesso”, que congregam um vasto número de profissionais e que partilham de princípios nucleares: “qualidade, ética, aposta na formação e inovação e oferta dos melhores tratamentos e cuidados de saúde oral”. Aveiro, Braga, Fátima, Figueira da Foz, Funchal, Porto, Coimbra, Lisboa, Póvoa de Varzim e Vila Real são as cidades Portuguesas onde se encontram as clínicas do Grupo BQDC, englobando profissionais de saúde oral distribuídos por múltiplas especialidades e subáreas da Medicina Dentária. “Todos os centros têm, como condição indispensável, a Certificação de Qualidade ‘BQDC Certified’, que conjuga uma série de requisitos legais, éticos, protocolos clínicos e critérios de qualidade que ajudam a satisfazer as necessidades dos pacientes com maior confiança e eficiência”, informa a Associação em comunicado. A melhoria da qualidade de vida dos pacientes, as novas tecnologias, a formação científico-clínica e inclusivamente a docência e a investigação assumem-se como áreas nucleares do grupo. “Tendo em conta a importância da prevenção para a saúde oral, os profissionais das clínicas BQDC estão empenhados em fazer chegar esta mensagem à população através de ações de divulgação abrangentes”. Para o grupo, estas iniciativas tornam-se ainda mais relevantes “após a divulgação do mais recente Barómetro da Saúde Oral, da Ordem dos Médicos Dentistas (2017), que demonstrou que apenas 32,4% da população portuguesa tem a dentição completa e que somente 42,6% das pessoas a quem faltam dentes naturais possuem reabilitações protéticas fixas ou removíveis”.



ACTEON LANÇA BOQUILHAS DESCARTÁVEIS PARA SERINGAS

A Acteon lançou novas boquilhas descartáveis para seringas da marca Riskontrol. De acordo com a empresa, tratam-se de

boquilhas “flexíveis, muito fáceis de dobrar e mantêm a curvatura desejada.” Além disso, a Axteon sublinha que esta é “a solução para proteger os pacientes de maneira eficaz, sem risco de contaminação direta ou cruzada e sem risco de ingestão.” Esta gama inclui cinco cores e aromas diferentes – branco/menta; laranja/tangerina; cinza/alcaçuz; verde/anis; e violeta/mirtilo.



STRAUMANN TEM PRIMEIRO TRIMESTRE POSITIVO IMPULSIONADO PELOS IMPLANTES

A Straumann terminou o primeiro trimestre do ano com uma receita de 275 milhões de euros, um crescimento orgânico de cerca de 15% face ao período homólogo. De acordo com os dados revelados pela companhia, por detrás deste crescimento está, sobretudo, a área de negócio dedicada aos implantes. No início deste ano, a Straumann anunciou a aquisição companhia portuguesa de distribuição de produtos para a medicina dentária SDS (Same Day Solutions). Num comunicado conjunto, as empresas revelavam 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 anunciaram que a equipa de 20 funcionários da SDS irá juntar-se ao Grupo Straumann.

ortoplus
GRUPO DENTAL

SCANNER INTRAORAL PLANMECA EMERALD ACEITE PELA ORTOPLUS

O scanner intraoral Planmeca Emerald foi aceite pelo Grupo Ortoplus, podendo agora ser utilizado para produzir os dispositivos de avanço mandibular da OrthoApnea e da Alineadent. De acordo com a empresa, isto significa que “depois de fazer o scan dos arcos superior e inferior, assim como da mordida do paciente, os utilizadores do Planmeca Emerald podem exportar de forma instantânea os scans para que possam ser produzidos”. Ville Salonen, *Manager for Planmeca’s Orthodontic Product Line and Business Development*, sublinha que “estamos muito satisfeitos com esta nova parceria que irá oferecer à Ortoplus uma enorme gama de soluções ortodónticas para os utilizadores do Planmeca Emerald. O objetivo é tornar o fluxo de trabalho ortodóntico o mais fluído possível”.

ESTÃO ABERTAS
AS CANDIDATURAS
ATÉ 8 DE JUNHO

9ª EDIÇÃO



PRÉMIOS SAÚDE ORAL

27 junho 2018

Lagoas Park Hotel

Os Prémios Saúde Oral estão de volta para mais uma edição que visa premiar o que de melhor se faz na **medicina dentária em Portugal**.

Este ano temos **duas novidades**:

- Simplificámos as categorias dos **Prémios Produto**
- Vamos inovar nos **critérios de votação**

Durante a edição deste ano do Dentalbizz serão os médicos dentistas, em sala, quem vão decidir os vencedores nas várias categorias através de uma **votação online, interativa e dinâmica!**

CATEGORIAS

Melhor Anestésico

Melhor Software Clínico

Melhor Unidade Dentária

Melhor Produto de Higiene Oral

Melhor Design Clínica Dentária

Melhor Projeto Inovação

Organização



SAÚDE ORAL

NACIONALIZAÇÃO DA MEDICINA-DENTÁRIA?



GUILHERME MAGALHÃES

- Médico dentista generalista
- N° OMD: 11186
- guilhermemagalhaes11186@gmail.com

Antes de desenvolver esta questão preciso de declarar o desconforto que me causa. Inclusive que possa causar ao leitor. Procuo contudo uma resposta racional e objetiva.

Institucionalizar a Medicina Dentária no Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem sido uma luta consagrada pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) em toda a sua existência - ainda nos anos da Associação Portuguesa dos Médicos Dentistas. Essa intenção parece ter dado frutos com a oficialização de projetos-piloto em vários Centros de Saúde pelo país e pela futura criação da carreira de médico dentista no SNS.

Embora o apoio dos profissionais não seja unânime existe uma efervescência

na maioria. Esta maioria procura apaziguar os efeitos derivados do excesso de vagas no curso de Medicina Dentária e falta de equidade no acesso aos cuidados de saúde oral em Portugal. A questão permanece: é realmente benéfico incluir a Medicina Dentária - estritamente primária ou parcialmente secundária - como componente público do SNS?

Existe claramente um excedente de médicos dentistas em Portugal. Não em relação à população total - como se costuma discutir - mas sim à população em condições financeiras e que procura aceder aos serviços das clínicas privadas. Segundo o barómetro da saúde oral de 2017, cerca de 41,3% dos portugueses não visitavam o médico dentista há mais de um ano. Em termos brutos isto significa que nesse ano corrente existia em média um médico dentista para cada 550 portugueses, praticamente o triplo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

Apesar do peso da Lei de Roemer parece-me seguro afirmar que a procura de cuidados de saúde não cresce à mesma proporção que o aumento da oferta. A percentagem de portugueses a visitar um médico dentista, uma vez por ano, duas vezes por ano ou várias

vezes por ano aumentou apenas muito subtilmente desde 2014 enquanto o crescimento médio por ano de ativos na OMD continua a rondar os 5%. Isto leva a que as clínicas não consigam manter as suas ambições como no passado, levando a uma menor procura de médicos dentistas e um deterioramento das condições de contratação. A Constituição portuguesa é também clara ao declarar que os cuidados de saúde devem ser tendencialmente gratuitos e concretizados num Serviço Nacional de Saúde, fazendo assim todo o sentido que a Medicina Dentária também o seja.

Mas como procura atualmente a OMD resolver o dilema do excesso de profissionais, da precariedade e da obrigação constitucional? Tenta resolver nacionalizando a saúde oral. Com essa nacionalização pode garantir uma procura geral de cuidados de saúde oral - dado a sua gratuidade e universalidade - uma explosão na procura que a oferta terá de compensar com uma contratação nacional de médicos dentistas para o sector público.

A Constituição não obriga à nacionalização da saúde oral. A estrutura privada existente em Portugal é mais do que suficiente para se desenvolver e incorporar uma procura geral. Isto

poderia passar - à imagem do que acontece noutros países europeus - pela criação de um seguro público de saúde oral. O seguro teria de participar o acesso a tratamentos elementares tanto primários, secundários e terciários mas sempre garantindo a sustentabilidade financeira. Segundo a OMD, todos os portugueses podem ser participados na totalidade - em 90% dos tratamentos realizados em clínicas privadas - por um valor anual de 280 milhões de euros.

A Medicina Dentária foi negligenciada no pós-1976 pelo Estado. O sector privado surgiu-se para preencher esse vácuo tão importante e esperamos hoje que o Estado comece a competir nesse mesmo sector que negligenciou? Porque tem um Estado debilitado financeiramente investir numa estrutura que já existe no país e em condições exemplares a nível mundial? Não será um caso de duplicação de custos para uma sociedade?

Vejamos agora o caso para a nacionalização da Medicina-Dentária. O Estado terá de investir em equipamentos e materiais específicos/dispêndiosos, assegurar um espaço ergonómico nas instalações assim como toda a logística necessária para as cadeiras dentárias. É necessário também estender a burocracia

para complementar a saúde oral nos sistemas de informação e processamento, abrir concursos e pagar salários aos novos trabalhadores públicos.

Tudo isto enquanto existe um sector privado a competir com os mesmos serviços. Vendo os seus cuidados primários serem descompensados para o sector público, a situação nos privados vai piorar em larga medida. A tendência será de completa especialização do sector privado na área reabilitadora - enquanto esta, caso exista incentivo, não seja nacionalizada. Não pode o Estado contribuir para assegurar a acessibilidade ao sector privado? Isto em vez de sacrificar a qualidade para garantir acessibilidade no sector público?

Escolher a incorporação no SNS da Medicina-Dentária como vertente pública e não privada pode conferir à OMD uma posição de distinção, um altar de legitimidade política que a permitirá influenciar a governabilidade dos cuidados de saúde conferidos pelo Estado - sejam primários ou não. As greves dos médicos dentistas podem vir a ser uma futura realidade.

Este processo de nacionalização não pode contudo ser levado de ânimo leve. É mais do que necessária uma integração mais responsável, mais realista e

compatível com as condições do país. É fundamental que sejam realizados estudos económicos e sociais profundos e estruturais para que se possa planear o caminho a ser traçado e que os seus resultados sejam divulgados em larga escala para a classe profissional. Estudos que demonstrem quais abordagens e sistemas são atualmente mais benéficos para a população portuguesa, e a que velocidade e ampliação estes devem ser implementados. Não podemos partir logo do princípio que a nacionalização é a solução desejável, mesmo que apenas nas competências primárias. Precisamos de uma discussão mais aberta, informada e clarificada, que não pense apenas no status da nossa profissão mas principalmente na sustentabilidade e responsabilidade para com o povo português.

Reconheço vivamente o mérito e o esforço que a OMD tem demonstrado para a incorporação dos cuidados primários como vertente pública do SNS. Mas dado o precedente histórico e económico que nos assombra, será ainda este o melhor caminho? Insistir no altruísmo do Estado para inserir a Medicina Dentária nas suas competências diretas? Talvez, já, não seja o melhor caminho. 🌟

20 ANOS DA OMD



RUI PAIVA

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

O direito à indignação e à expressão da minha opinião é algo de que não prescindir. Em democracia e num país livre, esses direitos são inalienáveis e constitucionalmente consagrados. Hoje é um dia em que exerço esses direitos de modo franco e direto como sempre procuro fazer. Vem esta breve introdução a propósito das comemorações dos 20 anos de existência da Ordem dos Médicos Dentistas, um acontecimento atual de fundamentação dúbia e interesse muito relativo. Desde logo coloca-se a questão da justificação de se comemorarem 20 anos. Qual o simbolismo associado aos 20 anos?! Geralmente atribui-se algum significado ao quarto de século, aos 25 anos...

Trata-se de organizar 13 sessões supostamente solenes pelo país fora, carecendo de inscrição prévia, sabendo-se apenas que “o ponto alto é a entrega de um diploma que celebra o reconhecimento do título de médico dentista” pois de acordo com informação divulgada pela organização “o programa será divulgado oportunamente”. Ora, à data em que escrevo este artigo, a primeira sessão já

se realizou no Porto, a segunda que se realizará em Vila Real tem as inscrições a fechar em menos de 24 horas e nada se sabe do tal programa. Haverá alguma dissertação por personalidades de relevo? Haverá alguma apresentação de projetos desta direção da OMD? Haverá algum debate acerca de temas fraturantes da Medicina Dentária nacional? Deverei inscrever-me apenas para receber um papel bonito com o meu nome? Mas qual a utilidade desse papel?! Ingenuamente sempre pensei que apenas às faculdades assistia a prerrogativa de atribuir diplomas atestando o grau profissional que permite exercer determinada profissão. Será que afinal aquele diploma bonito com selo de prata, que me foi passado pela Universidade do Porto há 28 anos e que orgulhosamente mandei encaixilhar é falso?! Terei andado estes anos todos a exercer sem um verdadeiro diploma que ateste a minha qualidade de médico dentista?!

Valeu-me então a distração dos inspetores da Entidade Reguladora da Saúde que não deram conta desse facto... As preocupações legalistas tão frequente e recorrentemente invocadas pela direção da OMD para justificar a sua inoperância em diversos assuntos relativos ao exercício da profissão foram postas de lado nesta ocasião para se montar estas dispendiosas operações de charme. O que justificará o custo astronómico de tal iniciativa? Quanto custará o aluguer de salas nobres em 13 cidades? Quanto custará o trabalho de tipografia, design e embalagem de milhares de diplomas? Quanto custará a deslocação, alojamento e certamente

frugal alimentação dos digníssimos membros da OMD que compõe o palco deste circo? Despender-se uma fortuna numa iniciativa inútil e estéril atribuindo um papel atestando um facto previamente reconhecido é irracional e apenas serve um objetivo: está iniciada a campanha eleitoral para as próximas eleições a cargos da OMD.

Estes “encontros com a Ordem” são uma iniciativa oportunista pelo seu *timing*. Não esqueçamos que no próximo ano deveriam realizar-se eleições para a OMD; o tempo condicional estando aqui a ser utilizado propositadamente pois até agora desconhece-se em absoluto qual o calendário unilateralmente determinado por esta direção da OMD. As últimas eleições realizaram-se em dezembro 2015 tendo sido reeleitos para um mandato de quatro anos, pelo que 2019 seria tempo de novas eleições. Relembro que o nosso colega Orlando Monteiro Silva é bastonário dos médicos dentistas desde 2001! E estas iniciativas de entregas de diplomas sem valor algum, que não seja a satisfação injustificável de egos pessoais, e a oferta de congressos a preços simbólicos fazem já parte dos planos de reeleição, não do colega Orlando, impedido estatutariamente de se recandidatar, mas de membros da atual direção.

A propósito do preço simbólico da inscrição no próximo congresso anual da OMD, estou curioso em apreciar a gestão logística da expectável avalanche de médicos dentistas inscritos... Melhor seria prever logo um sistema de senhas para atribuir um lugar sentado nas salas de conferência... 🌐

DENTALBIZZ E PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2018

No próximo dia 27 de junho, o Lagoas Park Hotel recebe mais uma edição do Dentalbizz, o evento de marketing e gestão para médicos dentistas e que este ano tem como mote *Think Different – Challenge Yourself*. Num mercado cada vez mais saturado, o que o médico dentista pode fazer para se destacar? Para se evidenciar da concorrência? Será que está tudo inventado? É o que vamos tentar descobrir. O desafio? Pensar fora da caixa. Quer seja com novos métodos de trabalho, novos meios de diagnóstico ou novos formatos de equipas. Difícil? Sem dúvida. Desafiador? Absolutamente! O objetivo: conquistar a excelência na medicina dentária! E por falar em excelência, no final do dia celebramos mais uma vez a excelência na medicina dentária com a entrega dos Prémios Saúde Oral 2018.

<https://www.saudeoral.pt/dentalbizz/>

PROF. BARATIERI EM PORTUGAL PARA ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE MEDICINA DENTÁRIA

Aveiro foi a cidade escolhida para receber, a 1 e 2 de junho, o Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Dentária para uma discussão sobre o que há de mais atual na odontologia mundial. Grandes nomes da medicina dentária do Brasil e de Portugal vão discutir os mais recentes avanços na Odontologia Restauradora, a Odontologia Estética ou os tratamentos multidisciplinares em Traumatologia Oral. O grande destaque vai para a presença

de Luiz Narciso Baratieri, uma referência mundial na área da dentisteria estética. Do Brasil vão ainda marcar presença Marco Antonio Masioli, Paulo Vinicius Soares, Isabela Pinheiro, Orivaldo Ramos e Rafael Decurcio. João Carlos Ramos, que preside a comissão organizadora, vai abordar os Tratamentos Multidisciplinares em Traumatologia Oral. Entre os oradores portugueses destaque ainda para as presenças de Duarte Marques (Reabilitação Oral: A Evolução Digital), Joana Garcez (Estratificação de Resinas Compostas em Dentes Anteriores) e João Pimenta (Reflexões sobre Estética e Implantologia: Do Quotidiano ao Excepcional).

<http://www.encontrolusobrasileiro.com/>

LISBOA ACOLHE CURSOS DE CERTIFICAÇÃO AVANÇADA DA ALINEADENT

Lisboa recebe nos próximos dias 16 e 17 de junho o novo curso de certificação avançada da Alineadent. Ministrado por Ricardo Lucas de Vega, o curso realiza-se pela primeira vez em Portugal. De acordo com a Alineadent, este curso divide-se em quatro módulos com toda a informação necessária para facilitar as clínicas dentárias na introdução a este sistema de ortodontia e inclui ainda sessões práticas que permitirão aos formandos ficar a conhecer casos práticos. A formação realiza-se no TRYP Lisboa Oriente Hotel. Os interessados devem contactar o email clara.garcia@ortoplus.es.

WWW.SAUDEORAL.PT

A REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

Conheça as novidades do setor na nossa [Newsletter Semanal](#)

GANHE ATÉ 20% DESCONTO NUMA FORMAÇÃO

FORMAÇÕES

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

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

SIM, DESEJO ASSINAR A SAÚDE ORAL

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

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

IDENTIFICAÇÃO

Empresa _____ Profissão/Cargo _____

Nome _____

Morada _____

Código Postal / Localidade _____ telefone _____

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

MODO DE PAGAMENTO

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

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

Assinatura _____

Linha de Assinaturas: (+351) 210 033 800

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

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se à gestão da sua assinatura e apresentação futura de novas propostas. Nos termos da lei, é garantido ao cliente o direito de acesso aos seus dados e respetiva atualização. Caso não pretenda outras propostas comerciais assinala aqui

SO 120

SAÚDE ORAL

O COMPORTAMENTO NÃO-VERBAL NA GESTÃO DAS EMOÇÕES



DILEN RATANJI

• Diretor-Geral DentBizz Consulting

Comportamento gera comportamento. O comportamento não-verbal de uma pessoa tem um poder impressionante no comportamento de outras pessoas. Ter uma melhor ou menor percepção do comportamento do seu paciente poderá ser uma arma para poder criar maior (ou menor) *engagement* com o mesmo. No nosso dia-a-dia apertamos as mãos, damos abraços ou palmadas nas costas. Mas há inúmeras formas de apertar as mãos, dar abraços ou palmadas nas costas. Nas nossas vidas pessoais e profissionais, se olharmos atentamente a forma como se aperta a mão teremos inúmeros indicadores para avaliar o comportamento das pessoas, desde o posicionamento dos pés (se estão a apontar para a outra pessoa), à intensidade do aperto, à proximidade entre as pessoas (se está a invadir ou não o espaço pessoal), à utilização da outra mão no processo do aperto, entre outros.

Aprender a comunicar com emoção nas clínicas dentárias é fundamental pois os médicos dentistas, assistentes, higienistas, recepcionistas e restantes membros da equipa lidam diariamente com as emoções... da própria equipa, mas fundamentalmente dos seus pacientes. O psicólogo Paul Ekman realizou inúmeros estudos nas tribos africanas, que não tinham qualquer contacto com a civilização, e identificou pelo menos sete emoções universais

através de expressões faciais. Isto significa que o nosso rosto é como uma “montra”, altamente expositiva e dos elementos corporais que mais observamos no dia-a-dia. É um verdadeiro “expositor de afectos” e sinais não-verbais, que expressam um infindável conjunto de emoções e que são transmitidos às pessoas que interagimos diariamente. As referidas sete emoções universais foram: raiva, alegria, tristeza, surpresa, desgosto, desprezo e medo. São universais uma vez que não dependem da nossa cultura, idade ou sexo.

Saber reconhecer essas expressões no nosso interlocutor pode ajudar-nos a compreender o que ele realmente está a sentir, mesmo que suas palavras nos digam o contrário. O caso típico dessa situação é quando estou a dizer “sim” (verbalmente) e a minha cabeça faz um ligeiro movimento de negação, isto é, a verdade estará no movimento corporal, que entra em conflito com a mentira que acabei de proferir verbalmente. Saber reconhecer o medo, raiva, desgosto, desprezo ou tristeza na cara do nosso paciente, através de micro expressões (aparecem e desaparecem no intervalo de 2 a 5 segundos) é a chave para interagir com ele de uma forma adequada, até porque teremos a capacidade de identificar as emoções que ficaram “escondidas”. Após a observação e consequente identificação das emoções do paciente já teremos a capacidade de gerir o nosso diálogo de forma mais apropriada e, sendo o caso, tranquilizá-lo e conformá-lo para situações mais delicadas, como por exemplo uma cirurgia inesperada.

Por conseguinte, temas como a fidelização, empatia, *engagement*, retenção, *customer care*, entre outros não devem ser menosprezados. Todos eles abordam a temática do relacionamento entre as pessoas, ou seja, abordam a

gestão das emoções. Por algum motivo fará sentido estarmos a sós com o paciente para lhe comunicar uma má notícia. Não termos diante de nós uma mesa fará toda a diferença, pois este elemento criará uma barreira na comunicação, o que não se afigura como uma boa opção neste caso em concreto, pois não temos a possibilidade de avaliar os comportamentos das mãos e dos pés. Manter o contacto presencial e próximo com o paciente é fundamental, especialmente nos casos em que vamos dar uma má notícia. Aqui coloca-se a questão: devo ou não tocar no paciente? Estamos naturalmente a falar num contexto não clínico. Há pacientes que se tornam agressivos quando recebem uma má notícia e, nesse caso, o toque não é recomendado, mas para os pacientes que ficam desconsolados, ter alguém ao seu lado que coloca a mão no seu ombro será muito reconfortante e, naturalmente, bem diferente do que ter alguém na cadeira a olhar friamente para ele.

Faça um teste interessante: numa reunião onde há pelo menos três pessoas sentadas em vários sofás ou cadeiras olhe para os seus pés e todas aquelas que estiverem focadas na conversa e no que o interlocutor estiver a dizer terão a ponta dos pés apontadas para essa pessoa. Se estiverem a discordar com o que está a ser dito, terão uma perna cruzada na direção oposta (ao do interlocutor) ou o corpo levemente inclinado na direção oposta. Cerca de 55% da nossa comunicação deriva da linguagem corporal, 7% é composta por palavras e 38% relaciona-se com o nosso tom de voz. A linguagem não-verbal é altamente complexa e não é uma ciência exacta, mas compreendê-la, pelo menos nos seus princípios básicos, poderá ser muito útil para a gestão das nossas emoções nas clínicas dentárias. 🍀

O autor escreve de acordo com a antiga ortografia



SAÚDE ORAL 

BRANDED CONTENT

QUAL É A SUA HISTÓRIA? NÓS CONTAMOS!

SABIA QUE O **BRANDED CONTENT** É
2X + MEMORÁVEL
QUE A PUBLICIDADE TRADICIONAL ?

Desperte paixões e envolva os seus
clientes com histórias únicas.

SAIBA MAIS:

www.saudeoral.pt/branded-content/

LUXURY PATIENT EXPERIENCE



VÍTOR BRÁS

- Médico Dentista
- Investigador de NeuroMarketing em Medicina Dentária

Há algo que serve de máxima na minha vida profissional: dar experiências e não consultas. Rapidamente nos apercebemos que, se nos pusermos na pele do paciente, assim que abrimos a porta da clínica mergulhamos numa experiência psicológica e cognitiva. Cabe então ao gestores/staff/donos da clínica fazer o que está ao seu alcance para tornar esse “mergulho” agradável, marcante e em algo a repetir. Isto serve para qualquer especialidade da Medicina e da Medicina Dentária, mas ganha especial relevo quando queremos uma maior aceitação de planos de tratamento de Estética Dentária.

A Estética Dentária é como a cereja no topo do bolo, quando já se estabeleceu um estado de saúde oral ideal e quer-se ir um passo mais além e proporcionar um sorriso esteticamente otimizado. Os pacientes que consomem estes serviços diferem dos restantes, a começar pela sua motivação e, se devidamente segmentados dos restantes utentes, será perceptível que na sua maioria apresentem estilos de vida e de consumo semelhantes. Com

isto surge na literatura científica um novo conceito: se no ramo dos serviços se fala em *customer experience* (CX), em saúde fala-se em *patient experience* (PX) e em medicina estética: *Luxury Patient Experience* (LPX)¹. Este último define-se como a percepção por parte do paciente de experiências gratificantes a nível emocional e psicológico, que o colocam num *mindset* contínuo de receptividade face às despesas desta sua “experiência” (no desenrolar do plano de tratamento), em que a clínica terá de proporcionar uma hospitalidade e cuidados pós-tratamento de luxo. Tudo isto deverá culminar na melhoria da qualidade de vida e bem-estar do paciente que almeja assumir o seu status perante a sociedade¹.

E qual não é o Médico Dentista que sonha com estes pacientes? Que faz formações atrás de formações para conseguir resolver cada vez mais casos destes? Além de ter de ser suficientemente capaz (para não dizer excelente e poder cair no exagero), terá de ser um ótimo comunicador. Estudos de marketing em saúde na área da Medicina Estética, na Colômbia, mostram a importância essencial que uma boa relação Médico-Paciente apresenta na lealdade e na recomendação (ou seja, publicidade “boca-a-boca”, literalmente no nosso caso)² dos pacientes a outros potenciais interessados.

E por falar em comunicação com o paciente, como angariar mais pacientes? O que procura quem quer tratamentos de estética dentária? Muitas (se não todas) as respostas para estas questões surgem da literatura científica de Marketing em

Cirurgia Plástica³. Os dados mostram que o top 3 do que é pesquisado pelos “consumidores” de Medicina Estética quando escolhem uma clínica ou profissional são, respectivamente e por ordem de relevância:

1. Testemunhos de outros utentes
2. Fotos de casos clínicos (antes e depois)
3. Reputação da Clínica e/ou Profissional

Destes três é de se notar que o preço não influencia assim tanto esta decisão, uma vez que este tipo de consumidor apresenta um poder de compra superior à média. Atualmente é cada vez mais essencial que o Médico Dentista e/ou proprietário de clínica dentária aprenda a segmentar o seu mercado por forma a “atingir” os pacientes da área clínica a que mais se dedica, que se faça munir de conceitos que já são aplicados nas consideradas *Clínicas Premium* e que, mais importante: (releia a primeira frase). ●

1. Klaus, P. *Luxury patient experience (LPX): review, conceptualization, and future research directions*. *Serv. Ind. J.* 38, 87–98 (2018).
2. Marcela Betancur, D., Montoya Castañeda, K. & Tavera-Mesías, J. F. *Correlational study of the factors that influence in the recommendation and loyalty of patients of aesthetic medicine Medellín Colombia, 2014*. *Cuad. Adm. Vol 33 No 58 2017* (2017). doi:10.25100/cdea.v33i58.4527
3. Wu, C. et al. *What Do Our Patients Truly Want? Conjoint Analysis of an Aesthetic Plastic Surgery Practice Using Internet Crowdsourcing*. *Aesthet. Surg. J.* 37, 105–118 (2017).

SEMINÁRIO

As Ferramentas do Futuro
para uma boa Saúde Oral!



PORTO

Fundação Cupertino Miranda
9 de junho



João Fonseca

Curso Hands - On de Dentisteria Estética
Mockupologia

9h30-13h e 14h30-19h - **COIMBRA** 11 e 12 de junho



Curso Hands - On de Dentisteria Estética

Facetas cerâmicas: do planeamento à preparação e adesão



2 e 3 de julho **PORTO** - 9:30 - 13h e 14:30 - 19h



Rui Falacho



Joana Garcez

Curso Hands - On de Dentisteria Estética
Reabilitação Estética Anterior com Resinas Compostas

9h30-13h e 14h30-19h - **LISBOA** 16 e 17 de julho



ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Se é sócio da SPEMD atualize os seus dados
na área reservada. Ajude-nos a chegar até si.



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

OFERTA
OFERTA
ESPECIAL

Surgic Pro⁺

Micromotor para Implantologia



- POTENTE
- SEGURO
- PRECISO

2.999 €*
6.953 €*

Surgic Pro

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003587**

Inclui Contra Ângulo SG20

REF. **C1010**

Sem Luz · Redução 20:1



3.999 €*
8.314 €*

Surgic Pro

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003586**

Inclui Contra Ângulo X-SG20L

REF. **C1003**

Com Luz · Redução 20:1



4.499 €*
8.691 €*

Surgic Pro⁺

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003585**

• Armazenamento de dados • USB

Inclui Contra Ângulo X-DSG20L

REF. **C1068**

Com Luz · Redução 20:1



DESMONTÁVEL

Inclui **2º** Micromotor do mesmo modelo



Micromotor **SG70M**

REF. **E1025**

Sem Luz · Com Cabo



Micromotor **SGL70M**

REF. **E1023**

Com Luz · Com Cabo



Micromotor **SGL70M**

REF. **E1023**

Com Luz · Com Cabo

NSK Dental Spain SA 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 31 de agosto de 2018