

SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 121 • JULHO/AGOSTO 2018 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)

GRAND MORSE®

A Neodent festeja 12 anos em Portugal, com o seu fundador no maior lançamento da sua história!

O sistema Grand Morse é o resultado de mais de 20 anos de conhecimento em implantes dentários e experiências partilhadas entre vários médicos implantologistas de todo o mundo.

Para participar contacte um dos nossos gestores de clientes!

20 Outubro 2018
LISBOA
Geninho Thomé

SAVE
THE
DATE

Assistente do evento
Tel. +351 915 006 964
E-mail: maria.jooo.falcao@straumann.com

Siga-nos em
Neodent Portugal



 **NEODENT®**
A Straumann Group Brand

Implantes T3[®]



- Superfície Híbrida Contemporânea com uma topografia multi-superfície.
- Platform Switching integrada para uma perda óssea crestal de apenas 0,37 mm.*¹
- Conexão Certain[®] SureSeal[™] desenhada para reduzir as micro-infiltrações graças às rigorosas exigências de tolerância e maximização das forças de pré-carga.

¹ Östman PO¹, Wennerberg A, Albrektsson T. Immediate Occlusal Loading Of NanoTite[™] PREVAIL[®] Implants: A Prospective 1-Year Clinical And Radiographic Study. Clin Implant Dent Relat Res. 2010 Mar;12(1):39-47. n = 102.

[†] O Dr. Östman tem uma relação contratual com a BIOMET 3i LLC como resultado das suas palestras, trabalhos de consultoria e outros serviços profissionais..

* Perda óssea de 0,37 mm não é típica em todos os casos.

Para mais informações sobre implantes T3,
contacte o Delegado da Zimmer Biomet Dental.

Atenção ao cliente: 800 827 836.

www.zimmerbiometdental.com

Todas as marcas comerciais são propriedade da Zimmer Biomet ou suas afiliadas, salvo indicação em contrário. Todas as referências à Zimmer Biomet aqui contidas referem-se à divisão dental da Zimmer Biomet. Devido aos requisitos regulamentares, a divisão dental da Zimmer Biomet continuará a fabricar produtos sob a marca Zimmer Dental Inc. e Biomet 3i LLC, respetivamente, até decisão em contrário. O implante T3 é fabricado e distribuído pela Biomet 3i, LLC. Nem todos os produtos estão disponíveis ou registados em todos os países/regiões. Contacte o seu Delegado da Zimmer Biomet Dental quanto à disponibilidade dos produtos, bem como para obter informações adicionais. ADEMEA05OPT REV B 09/16 ©2016 Zimmer Biomet. Reservados todos los derechos.



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

SAÚDE ORAL

REVISTA PROFISSIONAL DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA • BIMESTRAL • N.º 121 • JULHO/AGOSTO 2018 • 8,70EUR. (IVA INCLuíDO)



**ENTREVISTA COM LEONOR SOUSA,
VENCEDORA DO PRÉMIO CARREIRA
NOS PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2018**



20 ANOS
A INFORMAR O SETOR
DA MEDICINA DENTÁRIA

**TODOS OS VENCEDORES
DOS PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2018**



**DOSSIER: O QUE FAZER
EM CASO DE EMERGÊNCIA?**



**OS MELHORES MOMENTOS
DO DENTALBIZZ**

Ficha técnica

SAÚDE ORAL ^{SO}

Diretor: Sónia Ramalho (sramalho@ife.pt)

Colaboraram nesta edição:

Ana Albernaz, 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



CLUBE DO BOLINHA

Antes de 1974 poucas eram as mulheres a fazer o curso de Medicina. Quando entrou para o curso, este era dominado por homens. Quando fez a especialidade de Estomatologia, a área era dominada por homens. Quase como um 'Clube do Bolinha', onde menina não entra. Naquela altura não havia quotas para garantir uma igualdade entre homens e mulheres nas faculdades, como hoje em dia. E pela primeira vez na história dos Prémios Saúde Oral, uma mulher conquistou o Prémio Carreira. Estivemos à conversa com Leonor Sousa, que nos contou o seu percurso numa área onde as mulheres começam cada vez mais a marcar o seu lugar. A edição deste ano do Dentalbizz também terminou com um debate no feminino, entre duas mulheres de duas gerações distintas. Cátia Íris Gonçalves e Helena Rebelo analisaram o estado da

Periodontologia e da medicina dentária em Portugal, numa conversa que terminou com chave de ouro mais uma edição do evento de gestão para médicos dentistas organizado pela Saúde Oral. Nesta edição recordamos os melhores momentos de um evento que terminou, como já vem sendo hábito, com a entrega dos Prémios Saúde Oral. Confira a lista dos vencedores nas várias áreas. Já o dossier desta edição é dedicado às emergências médicas no consultório. O que fazer em caso de emergência? Quais as medidas a tomar? E quais as emergências mais frequentes? Estivemos à conversa com vários médicos dentistas que revelam o que fazem no dia-a-dia para prevenir estas situações limite. Boas leituras.

Sónia Ramalho

20



**DENTALBIZZ 2018
OS MELHORES MOMENTOS DO
ÚNICO EVENTO DE GESTÃO
EM MEDICINA DENTÁRIA**

26



**PRÉMIOS SAÚDE ORAL
CONFIRA OS VENCEDORES
DESTE ANO DOS PRÉMIOS
SAÚDE ORAL 2018**

30



**DOSSIER
O QUE FAZER
EM CASO
DE EMERGÊNCIA?**

NOVO



AJUDE OS SEUS PACIENTES A PARAR E PREVENIR O SANGRAMENTO GENGIVAL

parodontax COMPLETE
PROTECTION

**8 BENEFÍCIOS ESPECIALMENTE DESENVOLVIDOS PARA
DENTES MAIS FORTES & GENGIVAS MAIS SAUDÁVEIS**

4X

mais remoção
de placa bacteriana***

48%

de redução do
sangramento gengival***



*Data on file, GSK, Report: 16-068689-01 2017. parodontax CPT DE Ipsos IQ*CPT- Full Report Canada & Germany May 2017. In: Innoquest I. (ed). Consumer Study. **comparado com uma pasta regular e limpeza profissional, com 2 escovagens diárias durante 24 semanas. Reference: 1. Data on file, GSK, RH02434, January 2015. 2. Data on file, GSK, Report: 16-068689-01 2017. parodontax CPT DE Ipsos IQ*CPT- Full Report Canada & Germany May 2017. In: Innoquest I. (ed). Consumer Study. 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/CHPDX/0030/18 Jun 2018

GENIOVA, O NOVO SISTEMA DE ALINHAMENTO DENTÁRIO “ESTÉTICA E RAPIDEZ SURGEM AGORA ALIADAS NUM SÓ APARELHO”

A Ortodontia é uma área que tem vindo a ser desenvolvida nos últimos anos, fruto da cada vez maior preocupação dos clientes com a vertente estética. Combinando a resistência dos aparelhos ortodônticos fixos com a flexibilidade dos alinhadores removíveis e transparentes surge uma nova técnica que promete revolucionar esta área.

Texto: Ana Albernaz Fotos: David Oitavem

Geniova é a mais recente inovação, um novo sistema de alinhamento dentário cujo objetivo é resolver vários problemas ortodônticos e odontológicos em pacientes que exigem uma solução estética no menor tempo possível, combinado *brackets* com férula invisível num só aparelho. Conforme explicou Ana Simões, pioneira na utilização desta técnica em Portugal, este é “um tratamento inovador que resultou de um trabalho conjunto entre especialistas em 3D e

ortodontistas. O aparelho é composto por uma placa de termoformagem específica com suportes virtuais projetados através da tecnologia 3D e arcos de níquel-titânio, um arco redondo de 0,14 "ou 0,16" que pode ser estético ou metálico. A sua espessura e os materiais de que é feito aumentam a sua flexibilidade, o que se traduz mais movimento dentário e menos tempo de tratamento”, o que permite aperfeiçoar o sorriso de forma mais célere.

Até porque, como revela a médica dentista, a primeira preocupação dos pacientes quando entram no consultório é questionar: “isto é mesmo transparente e quanto tempo vai demorar?” Depois há também aquelas pessoas que, já tendo usado aparelho, tiveram recidiva e “se recusam a usar novamente *brackets*, e procuram esta solução como alternativa”.

Movimentos mais rápidos

Contudo, no mercado já existiam outras



soluções de “aparelhos invisíveis”, pelo que é necessário especificar em que reside a diferença desta técnica. “Oferece total liberdade de uso. O paciente pode escolher quando e onde usá-lo, dependendo de sua rotina diária e sempre sob a supervisão do seu médico dentista, durante 16 horas diárias”, esclarece Ana Simões, que conta que são as mulheres que procuram mais este tipo

de tratamento que é direcionado para “qualquer pessoa com mais de 18 anos, estando diretamente relacionado com a responsabilização do paciente para a utilização correta do aparelho”.

Em comparação com a ortodontia fixa, “este sistema tem a capacidade de exercer força sobre os dentes com mais eficiência, conseguindo assim movimentos mais rápidos”, o que faz

com que a duração aproximada de um tratamento com Geniova seja de 6 a 12 meses, “dependendo dos casos”, ressalva a médica dentista. “Existe a versão heavy – 9 a 12 meses -, medium – 6, 7 meses - e light – cerca de 4 meses -, e consoante as mesmas os preços variam, mas não há diferenças gritantes em relação à Ortodontia convencional, exceção para o heavy em que o preço é mais elevado, mas que garante resultados em casos mais complexos em menor tempo do que o convencional”, assegura Ana Simões, que refere ainda o caso do “Preo, que permite movimentar o dente em um ou dois meses, quando é necessário para a colocação de uma faceta, num dente que está muito palatinalizado ou lingualizado, com resultados espetaculares”.

Resultado final em 3D

Além disso, no início do tratamento paciente pode visualizar o resultado final. O médico dentista começa por elaborar os moldes do paciente e digitalizá-los no laboratório. “Uma vez digitalizados, os nossos ortodontistas projetam uma configuração virtual, na qual podem ser observados os movimentos que os dentes irão fazer ao longo do processo de alinhamento”, explica a médica dentista, que ressalva: “Isto não é a pedra filosofal, não faz todos os movimentos!”. Compatível com implantes ou coroas, o sistema Geniova é hipoalergénico e adapta-se à anatomia dentária de forma personalizada, sendo também indicado para “ortodontia pré-protética, ou seja, para a posterior colocação de facetas ou restauração estética de seus dentes”. Permite igualmente fazer movimentos “de expansão. Veio trazer a possibilidade de conjugação dos dois sistemas e ter intrusões, exclusões e rotações, de forma mais rápida, pela utilização da *bracket* 3D, sem a necessidade de outros auxiliares”, enumera Ana Simões, que ressalva que no sucesso é fundamental o apoio que a empresa dá ao clínico, “com adaptação caso a caso e não avança se não tiver a garantia entre 95 a 100% de que vai resultar”.



Ana Simões a explicar como é composto o aparelho



Outra das vantagens passa pelo facto de o paciente poder remover o aparelho em alturas em que tenha necessidade de o fazer, como é o caso de uma reunião ou um evento mais formal. “No entanto, para que o processo seja eficaz,

o paciente deve utilizá-lo entre 16h e 18h por dia, com intervalos de descanso de até 2h em média. Uma diferença muito significativa se compararmos com as 24 horas de uma ortodontia tradicional fixa”, destaca a médica

dentista, que evidencia ainda a elevada taxa de aplicabilidade deste sistema: “resolve o apinhamento em ambos os arcos. Embora, os ortodontistas avaliem sempre os casos recebidos e decidem se o paciente é ou não adequado a realizar o tratamento”. Após o término do tratamento, é necessário utilizar sistemas de contenção, “como em qualquer ortodontia, sendo selecionado o melhor dispositivo de retenção de acordo com o caso do paciente”.

Formação específica

A ser implementada em Portugal há cerca de seis meses, para a realização desta técnica é necessário os médicos dentistas realizarem uma formação específica para obterem uma certificação. Daí que, até ao momento, ainda não haja muitos clínicos a realizar esta técnica – cerca de 20, “número que espero que duplique já no próximo curso” - e haja regiões do país onde ainda não é possível realizar o tratamento. O objetivo passar por ter “um determinado número de clínicos a fazer esta técnica per capita”, refere Ana Simões, que defende que a empresa pretende lançar “com consistência, com médicos que acreditem na técnica e desenvolvam o sistema, e estejam sempre à procura de mais-valias para a técnica”.

Já em relação à necessidade de investimento em equipamento, Ana Simões explica que não é necessário “nada de novo além do equipamento convencional já existente no consultório”. O único investimento poderá passar pela aquisição de um scanner intraoral, “que ajuda a que o sucesso da técnica seja ainda maior, com a captação de imagens no consultório”. No futuro, esta técnica permitirá ainda conseguir fazer “mais e melhor. Com a entrada da Straumann na empresa, houve uma aposta ainda maior na investigação e estão a ser desenvolvidas duas novas áreas, nomeadamente o permitir ‘trabalhar por dentro’. Contudo, como já mencionei, a empresa só lança algo quando tem uma taxa de efetividade superior a 90%”, frisa a médica dentista. 🌟



your Digital Marketing Manager

Marko, prazer em conhecê-lo.

O gestor de Marketing Digital que aumenta a rentabilidade da sua clínica dentária por propor serviços e tratamentos na sala de espera de um modo eficaz e direcionado.

O Marko é o assistente de marketing sempre disponível e eficiente.

Contacte-nos:

Tel +351 215999378

info@orisline.com



www.orisline.pt

ATUALIZAÇÃO EM GLÂNDULAS SALIVARES “O QUE É COMUM, É COMUM, E O QUE É RARO, É RARO”

No próximo dia 20 de outubro, a Casa de Saúde da Boavista recebe o evento Atualização em Glândulas Salivares, que junta a teoria com uma componente prática numa área ainda pouco conhecida. Falámos com Tiago Fonseca, responsável pelo evento, que sublinha que “embora as patologias das glândulas salivares possam ser relativamente pouco frequentes em comparação com outras patologias da cabeça e pescoço, a realidade é que acabam por ser transversais a diversas especialidades”.

Texto: Sónia Ramalho

“O evento concentra, num dia de formação, dez palestras e um curso sobre uma área ainda pouco explorada em Portugal, mas com potencial para expansão: a sialoendoscopia”. É desta forma que Tiago Fonseca, médico estomatologista, resume o evento Atualização em Glândulas Salivares, que vem no seguimento da Conferência em Glândulas Salivares, realizada no início de 2016. “A conferência conseguiu reunir várias especialidades. A partir daí pensou-se fazer algo mais abrangente, que fosse uma mais-valia para todos os profissionais de saúde”. O objetivo passa por “rever a anatomo-fisiologia clínica, a semiologia e a imagiologia das glândulas salivares; sistematizar a patologia mais frequente e mais relevante das glândulas salivares e divulgar opções terapêuticas minimamente invasivas em glândulas salivares”.

Segundo Tiago Fonseca, é importante perceber que “as doenças das glândulas salivares não são raras e vulgarmente não são diagnosticadas em tempo devido; frequentemente não são tratadas do modo mais conveniente; podem corresponder a problemas de saúde de todo o organismo e podem ter consequências graves, a nível local ou de âmbito sistémico”. Um evento feito a pensar em “médicos de família e os médicos dentistas, mas também nos médicos das especialidades hospitalares: estomatologistas, otorrinolaringologistas, cirurgiões maxilo-faciais, pediatras, entre outros. O programa é abrangente não só do ponto de vista temático, mas na perspetiva do público-alvo. Cada um dos temas é actual – daí a designação “Atualização”.

Tiago Fonseca destaca a presença do Professor Pasquale Capaccio,

otorrinolaringologista no Ospedale Maggiore di Milano e professor associado da Universidade de Milão, “uma referência internacional em patologia salivar e autor de múltiplos artigos sobre esta temática”.

Porquê um evento na área das glândulas salivares?

Embora as patologias das glândulas salivares possam ser pouco frequentes comparadas com outras patologias da cabeça e pescoço, “a realidade é que são transversais a diversas especialidades por atingirem diversas áreas do conhecimento. Lá diz a máxima: ‘o que é comum, é comum, e o que é raro, é raro’. Por exemplo, a xerostomia (sensação de boca seca) e a disgeusia (alteração do sentido do gosto), entre os problemas médicos, e os mucocelos (“quistos” salivares) e os sialólitos (cálculos salivares), entre os casos cirúrgicos, são das situações mais frequentes”, explica Tiago Fonseca. “Há situações menos frequentes, como a Síndrome de Sjögren ou a Parotidite Juvenil Recorrente, entre os problemas médicos, ou as neoplasias benignas ou as neoplasias malignas, entre os casos cirúrgicos. Mas, em compensação, são também das situações mais graves, por elas próprias ou pela repercussão a nível de todo o organismo. Existe desinformação entre muitos dos profissionais de saúde, particularmente aqueles que são chamados à primeira linha de diagnóstico (como os médicos de família e os médicos dentistas) e muito mais na população em geral”. Este problema é importante, pois condiciona a percepção e/ou a referenciação. “O diagnóstico atempado é determinante no prognóstico da doença. Os médicos dentistas e os médicos de família desempenham um

papel fulcral na detecção dos sintomas e dos sinais, permitindo um encaminhamento rápido para centros de referência, onde os especialistas se encarregarão do melhor tratamento possível”.

INSCRIÇÕES INDEPENDENTES

Cada um dos componentes da ‘Atualização em Glândulas Salivares’ tem públicos-alvo distintos. Existe a possibilidade de inscrição em cada uma das vertentes: na Reunião, no Curso ou na Reunião e no Curso, isto para não condicionar quem procura apenas uma formação mais generalista dos que pretendem uma preparação mais específica.

Manhã: reunião com dez apresentações, quatro sobre conceitos basilares (anatomia, fisiologia, semiologia e imagiologia) e seis sobre patologias salivares (xerostomia e disgeusia, Síndrome de Sjögren, Parotidite Juvenil Recorrente e patologias litiásica e neoplásica).

Tarde: Curso sobre endoscopia salivar, ou sialoendoscopia, com a introdução teórica a esta técnica diagnóstica e terapêutica, a demonstração de equipamentos e materiais e a experimentação em modelos anatómicos e animais (usando a cabeça de porco e o rim de cordeiro). Tudo com explicação e acompanhamento passo-a-passo.

www.csaudeboavista.com/glandulas-salivares



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

CLÍNICA DR. PEDRO PAÚL TRADIÇÃO ALIADA À EVOLUÇÃO E INOVAÇÃO

Abraçar a evolução, garantir a inovação e respeitar a tradição. Estes são os valores que a Clínica Dr. Pedro Paúl, no Porto, “insiste” em perseguir. Miguel Pavão, diretor-clínico, explicou à Saúde Oral que atualmente regem-se por dois grandes vetores: a multidisciplinaridade, o diagnóstico precoce e a intervenção conservadora.

Texto: Susana Marvão Fotos: Ricardo Meireles

Sem tradição, a história das coisas, dos sítios, das pessoas, acaba por se perder. Ou, pelo menos, desvirtuar. Mas sem inovação, a continuidade não é garantida. Sobretudo quando a continuidade que se deseja é sustentada. Pois é exatamente isso que a Clínica Dr. Pedro Paúl tem vindo a prosseguir. E, claramente, perseguir. É que apesar de estarem há 13 anos nas atuais instalações, no edifício Capitólio, no Porto, a história já se contava em outras paragens. Na emblemática Rua de Santa Catarina, António Paúl, pai de Pedro Paúl, estomatologista e um dos percussores da introdução da implantologia em Portugal, já fazia carreira. Herdou-a também do seu pai, igualmente estomatologista e otorrinolaringologista.

E mesmo quando a história insiste em baralhar as cronologias – o Dr. Pedro Paúl faleceu o ano passado, aos 57 anos – há que ser contada. Miguel Pavão, fundador da Mundo a Sorrir, uma associação sem fins lucrativos que conta já com mais de 10 anos de atividade, integra o projeto da Clínica Dr. Pedro Paúl desde o início. Hoje assume a sua direção-clínica e explicou à Saúde Oral que esta faceta de respeitar a tradição assume particular relevância neste projeto. “O melhor reconhecimento que temos é o dos nossos pacientes e aqui temos pessoas com 55 anos de casa. O que quer dizer que, quando olho para a ficha clínica desses pacientes, vejo a história da medicina dentária lá escrita. Desde os primeiros implantes ainda não osteointegráveis até ao conceito que hoje defendemos, que é ter uma base



de prevenção e conservação. Ou seja, uma medicina dentária minimamente invasiva e altamente preventiva”.

Dinâmica de conceito

Aliás, desde que a clínica abriu o seu próprio conceito já se alterou, acompanhando a evolução da medicina dentária. “Atualmente temos dois grandes vetores: a multidisciplinaridade e o diagnóstico precoce e intervenção conservadora. Ou seja, o tal conceito de minimamente invasivo”, explicou Miguel Pavão.

O corpo clínico é composto por 11

médicos dentistas e um estomatologista. “É algo que igualmente nos diferencia, termos estomatologia e medicina dentária. Não devíamos andar de ‘costas voltadas’, mas antes encontrar sinergias e áreas de conhecimento. Sabemos que a estomatologia tem uma vertente mais hospitalar, mais de patologia oral, de medicina oral. O que se adapta perfeitamente na nossa lógica de intervenção que é baseada em três princípios: saúde, função e estética”.

Nesse aspeto, o clínico enfatiza o facto da parte da “saúde” é “fundamental para nós”. Para garantir a tal vertente de

prevenção, a clínica dá particularmente atenção ao seu departamento de periodontologia, do qual faz parte a Dr.ª Inês Faria, que recentemente conquistou o Prémio Saúde Oral “Figura do Ano na área da Periodontologia”, a Dr.ª Ariana Silva, higienista oral, e o professor Gil Alcoforado, que colabora com a clínica na área das cirurgias avançadas. “Nenhuma clínica aguentaria se não inovasse e não tivesse princípios de atuação”, acautelou o médico dentista. Na clínica Dr. Pedro Paúl, Miguel Pavão garante que esses princípios são a competência, o rigor e a seriedade profissional. “O saber médico é algo que as nossas batatas devem continuar a representar em termos do que é o conceito da medicina dentária”.

Entrada de novos profissionais

Entretanto, o mercado mudou. E o que se pretende com estas mudanças, diz Miguel Pavão, é que a sociedade fique mais satisfeita e com mais acesso à saúde oral. “Mas o que estamos a assistir é que esta democratização não está a corresponder a um princípio fundamental: a garantia da qualidade dos procedimentos”. E isso, diz o médico dentista, pende essencialmente para dois fatores: uma deterioração do nível de formação e uma deterioração na assistência dos cuidados médico-dentários, nomeadamente pela lógica das clínicas, forçadas pelo facto do mercado estar agreste, aceitarem tudo”. E o tudo é basicamente desde material que não garante as condições ideais às competências dos médicos dentistas, que acabam por sair defraudadas. “Se os preços baixam muito é óbvio que o investimento em formação não vai ser o mesmo, a valorização do trabalho e o tempo de consulta não vão ser os mesmos. Não podem ser”, lamenta.

Assim, e em jeito de resumo, o profissional admite que se, por um lado, é benéfico haver um maior número de colegas médicos dentistas, por outro lado é prejudicial que esse número seja desproporcionado para a demanda do mercado. “Acaba por ser um processo de seleção natural, feito pelos próprios clientes”.



Miguel Pavão integra o projeto desde o início e atualmente assume a direção clínica



LEONOR SOUSA, VENCEDORA DO PRÉMIO CARREIRA NOS PRÉMIOS SAÚDE ORAL 2018

“NÃO FOI AMOR À PRIMEIRA VISTA”

Foi com estupefação que recebeu o telefonema a informar que era a vencedora do Prémio Carreira na edição deste ano dos Prémios Saúde Oral. Não estava à espera, acabou por confessar. Entregue o prémio e recomposta da surpresa, estivemos à conversa com a primeira mulher a conquistar o Prémio Carreira nos Prémios organizados pela Saúde Oral.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Rodrigo Cabrita

Quando recebeu o telefonema a informar que tinha conquistado o Prémio Carreira nos Prémios Saúde Oral recorda-se qual foi a sua reação?
Fiquei muito estupefacta. Pensei que iam pedir-me para avaliar algum currículo ou para ser júri de um exame, mas nunca para um prémio. Apesar de reformada, ainda me dou com muitas pessoas do meio e foi um segredo muito bem guardado. Nunca pensei receber um prémio destes. Estamos habituados a ver um Prémio Carreira nos Óscares (risos) para pessoas que tiveram trajetos de vida muito importantes. Não me sinto assim. Tinha 19 anos quando iniciei a prática de estomatologia, na altura por convite do Prof. Dr. Humberto Ferreira da Costa.

Na altura porque escolheu essa área?
Não escolhi! Estava a tirar o curso de Medicina e um dia entrei no consultório dele como doente, num estado lastimoso e com um medo terrível. A medicina dentária sempre apavorou as pessoas pela dor que provocava e pela maneira como era praticada. Nessa altura já me faltavam vários dentes porque nunca foram tratados e sempre foram retirados.

E foram as más experiências que originaram esse medo?

Quando entrei no consultório não conseguia sequer falar porque o ar que entrava provocava-me dor nos dentes da frente. Entrei como doente. Depois,

por empatia e porque achou graça ao facto de ser muito nova, um dia disse-me: ‘olha Leonorzinha (ele sempre me tratou assim) porque não vens trabalhar comigo?’ Respondi que estava a fazer o curso de Medicina e não podia. Era uma área que provocava dor e não queria nem pensar nisso. Ao que ele respondeu: ‘vens só ver-me trabalhar’. Foi assim que comecei a ser sua ajudante. O Dr. Humberto sempre foi uma pessoa muito ligada às faculdades americanas, ia muito a Boston, sempre foi muito avançado para o nosso meio em termos técnicos.

Porque escolheu o curso de Medicina, por tradição na família?

Não, foi mesmo por apetência pessoal. Gostava muito de ter feito pneumologia, onde ainda trabalhei alguns anos, ou dermatologia por ser uma especialidade complicada. Nem sempre temos os resultados que esperamos, mas quando não se pode curar dá-se alívio ao paciente.

Nessa altura não era muito normal as mulheres entrarem nas faculdades.

Pois não, até se dizia que todas as médicas tinham de ser feias e mal vestidas (risos). As mulheres mais bonitas iam para Letras. Mas foi mesmo por gosto. Tínhamos um grupo muito unido, tanto na parte masculina, como feminina e ainda conservo amizades desses tempos. Durante o curso nunca

senti nenhum sectarismo em relação a ser mulher. Senti mais na profissão do que no curso, especialmente depois da licenciatura e na escolha da especialidade.

Em que aspeto?

Entre na Estomatologia por gosto e comecei a ver a medicina dentária com outro carisma: conseguir pedir às pessoas que colaborassem no sentido de lhes aliviar a dor e fazê-lo com a maior suavidade que podia.

Começou a ver a profissão de outra maneira? Ou seja, se no início lhe fazia confusão o sofrimento...

Passei a controlar esse sofrimento e a tentar amenizá-lo para as pessoas se poderem deixar tratar. Foi assim que entrei e tomei gosto por aquilo que fazia.

Como conseguia acalmar as pessoas nas primeiras consultas?

É muito importante ouvir as pessoas, ter uma simpatia por elas, conversarmos, saber da sua vida – pelo menos até aquilo que nos permitirem - saber da sua família, do vizinho do lado, do cão. Porque tudo faz parte da pessoa. E se conseguirmos ter uma pequena conversa em que há um relaxamento, a pessoa colabora melhor. Mesmo numa criança, se apresentamos aparelhos que fazem barulhos isso não é bom. Comecei por ter música no meu gabinete e em algumas crianças em que era mais



"Entrei na Estomatologia por gosto e comecei a ver a medicina dentária com outro carisma: conseguir pedir às pessoas que colaborassem no sentido de lhes aliviar a dor e fazê-lo com a maior suavidade que podia".

complicado trabalhar usava aqueles aparelhos em que se colocavam as cassetes e ouviam música através dos auscultadores. Permitia um grande relaxamento nas crianças.

Como passou de ajudante do Dr. Humberto a ter os seus próprios pacientes?

Foi fácil. Ele queria que fizesse logo a especialidade quando me licenciéi, mas respondi que não podia ser. Tinha entrado em Medicina para fazer a carreira e fiz os graus todos até ser possível fazer os exames. Sou assistente graduada hospitalar. Acabei o curso já a trabalhar com ele e fiz aquilo que me era permitido, com a responsabilidade profissional que ele me deu. Mas depois fiz o serviço médico à periferia, que foi muito importante. Foi uma fase difícil, tinha uma bebé de cinco meses que ficou com os meus pais. O meu marido desdobrou-se entre os bancos e o seu trabalho, por não ter a mulher durante a semana, e eu estava na Sertã, onde fiquei um ano. Ia e vinha aos fins-de-semana. Depois fiz a carreira hospitalar, ao mesmo tempo que ia trabalhando com o Prof. Humberto. Sempre estive ao lado dele, até quando se iniciaram as conversações e o grupo fundador da Escola Superior de Medicina Dentária, que não se chamava Faculdade. Sempre estive agregada a esse grupo, composto por médicos estomatologistas.



Fiz as duas carreiras juntas, continuei sempre a trabalhar com ele no consultório e depois, perto da morte dele, ficaram os filhos e eu tinha os meus próprios doentes. Quando vim do serviço médico à periferia, no pós-25 de abril, escolhi Estomatologia porque era o que já fazia e passei a gostar. Não foi um amor à primeira vista.

Terminou o curso em 1974?

Sim. Quando se deu o 25 de abril tinha acabado de fazer um exame de Urologia e preparava-me para outro exame. Estava no Hospital de Santa Maria e os professores fizeram algo fantástico: como não podíamos fazer exames, porque a conturbação política

era grande, estivemos em serviços excecionais onde nos obrigaram a ser integrados em equipas. Trabalhei até à altura de finalizar o ano letivo. Em vez de fazer os exames tínhamos avaliação feita por esses professores, mas a trabalhar em enfermaria. Fomos integrados nos serviços de medicina e cirurgia. Tive mestres muito bons. Só saí de Santa Maria quando fui fazer a especialidade, fiquei com a vaga do Hospital Egas Moniz.

E como foram os primeiros anos na Escola Superior de Medicina Dentária?

Foram fantásticos. Fomos considerados das melhores escolas da Europa. Dei aulas de Radiologia, na altura chamava-



se assim e posteriormente passou a denominar-se Imagiologia, quando outras técnicas foram introduzidas.

Gostou do papel de professora?

Adorei. Na altura lecionava muitas horas e tinha de escolher alguns temas porque senão - desculpe o termo - acaba por ser uma 'seca'. Algumas aulas eram na câmara escura, com máquinas em nada semelhantes com as de hoje, então tive de arranjar estratégias. Discutia sobre política. Um dia disse-lhes: para a semana preciso que me façam um trabalho de casa. 'TPC?!?', responderam os alunos! Sim, um TPC! Todos têm de ver o telejornal. Na altura devo ter feito uma pergunta e ficaram todos sem saber responder.

Mas não veem o telejornal? Não leem um jornal? Não pode ser. Então TPC para a próxima semana é ver o telejornal para termos motivos de conversa. Tive o privilégio de a maior parte dos alunos ficar no pós final de aula obrigatório. E quando um professor, aliás eu era assistente convidada, é quase obrigado a expulsar os alunos da aula, isso é um privilégio. Tinha duas filhas da idade de muitos dos meus alunos, então tratava-os a todos por filhos. E eles imitavam-me. Tenho recordação de excelentes alunos, que me apercebi que iam ser excelentes profissionais. E são! Alguns foram galardoados este ano nos Prémios Saúde Oral, com muito orgulho para mim, mas tenho outros que são professores doutorados e são um orgulho. Ter alunos que nos respeitam e que se lembram de nós é um orgulho (pausa). Tive o privilégio de ter um aluno, que é hoje professor, e que me deu uma aula com uma radiografia periapical. Não fiz pergunta nenhuma, só pedi para me descrever aquela radiografia e ele deu-me uma aula. Achei que tinha de lhe dar 20 valores.

Foi o único 20 que deu?

Foi o único 20 que dei.

Como se deu a sua entrada no Instituto de Implantologia?

Tive de sair de onde estava, obrigatoriamente e por minha vontade. Já apreciava muito o trabalho do Professor João Caramês e já lhe enviava alguns doentes para fazerem implantes. Levava as minhas radiografias e ia ter com o Professor ao seu consultório, já na Columbano Bordalo Pinheiro, na altura no 5º andar, e ia falar com ele sobre aquele doente. Fazia questão disso, pois os doentes gostam que se saiba deles. Mesmo que se envie o caso a outro colega, os pacientes gostam de saber porquê, saber se está tudo bem. É um carinho que se faz a um paciente, que não gosta de se sentir abandonado. Consegui que pessoas com mais de 70 anos fizessem ortodôncia, para melhorar não só o aspeto estético, como a higiene. Para melhorar a saúde oral. Depois num dia fiquei sem local onde

trabalhar, por minha vontade. Chorei um pouco e às 17h00 refiz o meu plano e pensei: tens centenas de fichas que ainda não estão contigo, centenas de pessoas que estão a depender de ti, é uma vergonha não resolveres a tua vida. A pessoa com quem trabalhava e admirava era o Professor João Caramês e foi a ele que recorri para pedir ajuda.

Como correu a conversa?

Ele foi de uma gentileza extrema. Compreendeu e fez aquilo que eu precisava. Ajudou-me numa altura difícil da minha vida, não há palavras para lhe agradecer. Trabalhei no Instituto de Implantologia durante 15 anos até me reformar.

Como vê a evolução da medicina dentária?

A evolução da técnica é fora de série, principalmente no alívio do doente. Desde a ortodôncia - fiz o primeiro curso ministrado em Lisboa pelo Prof. Pereira da Cruz. Fazia os estudos ostodônticos a partir de uma radiografia para o Prof. Ferreira da Costa, e fazia-se uma previsão de crescimento da criança e o aparelho a usar. Quando o Prof. Pedro leitão regressou especializado passámos a ter a ortodôncia fixa e foi com ele que comecei a trabalhar. Sempre gostei muito de trabalhar com outras pessoas e de introduzir ao doente o conceito de que, para ser bem tratado, tinha de procurar as pessoas de topo. Hoje em dia, devido à alta especialização que temos, não se pode abranger tudo. Quem disser que sabe fazer tudo é uma asneira grave. Mas quando comecei tínhamos de saber fazer de tudo, assim aprendi porque assim se usava na altura. Quando comecei a ver uma ligeira especificação em algumas áreas fiz questão de escolher as pessoas para que os meus pacientes pudessem usufruir dessa especificação. Isso ia permitir uma melhor qualidade do tratamento final comparativamente ao que seria só feito por mim.

Reformou-se há quatro anos. Tem estado afastada do meio?

Nestes quatro anos fui autarca. Foi uma

experiência extraordinária. A pessoa que me ensinava política era o meu pai. Sabia muito. O meu avô já tinha estado muito interveniente na revolução de 1910. Já o meu pai não era um político intervencionista, mas era um homem que sabia muito. Era muito inteligente e eu não discutia política, aprendia com ele. Nunca na vida pensei estar ligada a um cargo político. Aceitei o convite do Dr. Daniel Gonçalves, que presidia a Junta de Freguesia de Avenidas Novas.

Quais as suas funções?

Fui para o executivo com os pelouros da Saúde e da Educação, mais tarde fui tesoureira. Fui sempre independente convidada por uma lista do PSD. Na altura o convite surgiu por amizade e pelo bom senso e honestidade. Gostei muito e fiz o melhor que pude. Deixei amigos. Deu-me uma outra visão do que se pode fazer e da altura em que se faz e o tempo que demora.

"Tenho recordação de excelentes alunos, que me apercebi que iam ser excelentes profissionais. E são! Alguns foram galardoados este ano nos Prémios Saúde Oral, com muito orgulho para mim, mas tenho outros que são professores doutorados e são um orgulho. Ter alunos que nos respeitam e que se lembram de nós é um orgulho"

Hoje em dia fala-se muito das dificuldades que os jovens enfrentam, nomeadamente com a falta de emprego. Como vê a medicina dentária hoje em dia?

Desde que entrei na Escola Superior de Medicina Dentária sempre pugnei pela orientação dos jovens que saíam da faculdade. Na altura o curso tinha 16 alunos. Depois duplicou e nessa altura já ficámos aflitos pela prática que podiam ter na faculdade. Hoje em dia, a faculdade teve remodelações, mas sempre achei que não fazia sentido os alunos saírem dos cursos e serem completamente autónomos. Deviam ser integrados nas unidades hospitalares. Hoje temos higienistas orais integrados no Serviço Nacional de Saúde, bem como médicos dentistas e era assim que já via o panorama, no início da faculdade. Tudo está a mudar. A saúde oral é tão importante como o resto do corpo, não se limita a ter dentes bonitos. ●





Obrigado!

A equipa da Montellano agradece a todos aqueles que sempre confiaram em nós e na excelência dos nossos equipamentos da marca anthos.

**MELHOR
UNIDADE DENTÁRIA**
2018



L9 . SUPERIOR PERFORMANCE.
LIMITLESS EXPERIENCE



www.montellano.pt
montellano@montellano.pt
808 300 240

Distribuidor Exclusivo em Portugal



DENTALBIZZ 2018

EVENTO REÚNE MAIS DE 100 DENTISTAS PARA ‘PENSAR DIFERENTE’

O desafio estava bem claro desde cedo: *Think Different, Challenge Yourself*. E foram mais de 100 os médicos dentistas que aceitaram o desafio e estiveram presentes na 7ª edição do Dentalbizz, o evento de marketing e gestão que decorreu no passado dia 27 de junho no Lagoas Park Hotel, em Lisboa.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Colorama



Bruno Seabra, em representação da SPEMD – Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária, começou por dar as boas-vindas a todos os presentes e reforçou a importância de um evento como o Dentalbizz para abordar as temáticas de gestão, uma área nem sempre fácil para médicos dentistas.

Bruno Seabra sublinhou a importância de investir em marketing e de como marcas como a Nike ou a Apple seguem o conceito *Think Different* para se diferenciarem da concorrência. “É importante perceber o que precisam os nossos pacientes e as pessoas que trabalham connosco”.

A sessão de conferências abriu com

Ricardo Machado, diretor de recursos humanos da Altran, que iniciou o ciclo de apresentações com a palestra sobre técnicas para construir e motivar uma equipa de sonho. Tudo começa com planeamento: que tipo de equipa queremos? Quais os objetivos? Que meio necessitamos? E quando tempo temos?



Bruno Seabra sublinhou a importância de investir em marketing e de como marcas como a Nike ou a Apple seguem o conceito Think Different para se diferenciar da concorrência. “É importante perceber o que precisam os nossos pacientes e as pessoas que trabalham connosco”.



“Saber o que se quer e para que se quer é fundamental para alcançar o sucesso”, referiu. Ricardo Machado apresentou várias ‘dream team’, como a equipa de futebol do Barcelona, a equipa de sonho da NBA ou os Beatles, para exemplificar que tão ou mais importante que construir uma equipa de sonho é manter essa

equipa unida e coesa.

E quando não é possível resolver os problemas é necessário “aprender a deixar ir sempre que não conseguimos fazer as pessoas evoluírem mais, sempre que não conseguimos dar o que desejam, sempre que estejam a impedir a evolução dos colegas e que sejam tóxicas”.

Dar o exemplo

Seguiu-se a palestra de Sónia Costa, responsável pela Clínica Dentária Sónia Costa, que desvendou como se manter uma equipa motivada ao longo de 19 anos. Sónia Costa lembrou a primeira vez que esteve no Dentalbizz, há quatro anos, e o que mudou na sua clínica, como por exemplo

“o cheiro da clínica. Queria ter um cheiro característico e as pessoas já o reconhecem como sendo o cheiro da minha clínica. É um aroma que dá conforto e é isso que procuro quando as pessoas vão à minha clínica: conforto. E tudo começa pela pessoa responsável pela limpeza da clínica. Tem de estar tudo impecável desde o início do dia”.

Sónia Costa também é a primeira a entrar na clínica e a última a sair porque acredita que “estou a dar o exemplo. Tenho de cumprir o mesmo horário da minha equipa”. E sempre que quer reforçar o bom desempenho de um elemento da equipa oferece um voucher que serve de incentivo para as boas práticas na clínica. Mas para isto é necessário definir estratégias e para

José Camelo Ferreira centrou a sua apresentação nas novas modalidades de aprendizagem e como o novo modelo de ensino à distância - SmileTube TV – deixa de ser necessário sair do país para ter formação de qualidade na área da implantologia

isso revelou que segue o método Kaizen “que facilitou muito a gestão da clínica”.

De seguida, e pela primeira vez no Dentalbizz, Michelle Silva revelou o ponto de vista das assistentes dentárias na comunicação com as diferentes equipas. E por vezes é esta multiplicidade de opiniões e métodos de trabalho que dificulta a comunicação entre os médicos dentistas e as assistentes dentárias, que nem sempre se sentem à vontade para expor os seus problemas.

Ensino à distância

José Camelo Ferreira centrou a sua apresentação nas novas modalidades de aprendizagem. Começou por recordar como tirou o curso e nas dificuldades que sentiu em 2002 quando fez o Master em Implantologia em Madrid. Com o novo modelo de ensino à distância - SmileTube TV – deixa de ser necessário sair do país para ter formação de qualidade na área da implantologia. José Camelo Ferreira é



Sónia Costa, responsável pela Clínica Dentária Sónia Costa



A assistente dentária Michelle Silva



também um dos mentores em Portugal que vai dar apoio aos alunos que se inscreverem no curso.

Seguiu-se a palestra de Maria João Ribeiro da Cunha sobre as alterações introduzidas pelo RGPD – Regulamento

Geral de Proteção de Dados, nomeadamente na necessidade de proteger os dados pessoais dos pacientes. Para a advogada e DPO (encarregada de proteção de dados) é importante que cada clínica tenha um funcionário dedicado a esta área do RGPD e que ficará responsável por confirmar que todos os procedimentos estão a ser cumpridos na altura de proteger os dados dos pacientes.

Já Sónia Santos, CEO da MedSupport explicou como manter o licenciamento da clínica válido, através de uma check list, e deu como exemplo uma mudança no corpo clínico e/ou auxiliar. Nestes casos é necessário o registo na ERS, um seguro profissional/acidentes de trabalho, rever o regulamento interno, documentos de arquivo e medicina de trabalho. “Não faz sentido um médico dentista que só por ser empreendedor estar sempre preocupado com a possibilidade de receber uma vistoria”. Para Sónia Santos, como o MedSupport trabalha com processos de licenciamento desde 2009 pode dar esse apoio.

Marketing Sensorial

Vítor Brás, outro dos repetentes no Dentalbizz, sublinhou a importância do marketing sensorial na clínica dentária. “Os estudos científicos ajudam a revelar para que serve o marketing sensorial, ajuda a minimizar erros e a aumentar a satisfação dos pacientes”.

Para Vítor Brás, o medo do dentista é um sentimento que está muito enraizado na população, então procurou ferramentas que pudessem ajudar os seus pacientes a ultrapassar este receio. “Em situações de medo somos autênticos gravadores, registamos tudo o que ouvimos. Se durante o tratamento a equipa está a ter uma conversa fora do âmbito técnico isso vai ser percecionado como um ponto negativo. Em vez disso, durante a consulta devemos cingir as conversas à parte técnica e a explicar os procedimentos”. O cheiro também é muito importante no ambiente da clínica e para isso Vítor Brás criou um aroma específico para a sua clínica, que aumenta a sensação de conforto dos pacientes.



Ricardo Machado, diretor de recursos humanos da Altran



Sónia Ramalho, diretora da Saúde Oral, com Cátia Íris Gonçalves e Helena Rebelo

Já João Mouzinho mostrou como a tecnologia está a mudar o *workflow* na clínica dentária. “O mais importante no digital é o CMD+Z, ou seja, a possibilidade que hoje em dia tenho de apagar um erro. No digital é mais fácil corrigir o que erramos”. Mas é necessário ter um programa como o *Design Smile Frame* ou uma máquina fotográfica topo de gama? Na opinião de João Mouzinho não necessariamente. “Quem não tem estes meios “envia os moldes e o técnico

de prótese pode fazer isso”. Para o médico dentista, o vídeo é o futuro e “podemos fazer fotos através do vídeo. E hoje em dia todos temos um smartphone do qual podemos tirar partido para fazer fotos e vídeos”. Para João Mouzinho, o digital é uma excelente ferramenta de marketing para conseguir convencer o paciente a avançar para o tratamento. “Com o 4D Planning conseguimos convencer mais facilmente o paciente ao mostrar o antes e o depois, como vai ficar no final do



Sónia Santos, CEO da MedSupport



Maria João Ribeiro da Cunha, advogada e DPO (encarregada de proteção de dados)





tratamento. O digital ajuda a não errar”.

O Dentalbizz terminou com o frente a frente entre duas referências na Periodontologia: Helena Rebelo e Cátia Íris Gonçalves. Ambas concordam que mais importante que a estética, tão em voga hoje em dia, está a saúde oral do paciente e que isso nunca deve ser descurado. Com métodos de trabalho completamente distintos, Helena Rebelo,

uma das precursoras da periodontologia em Portugal, divide o seu tempo entre a clínica e a faculdade. Já Cátia Íris Gonçalves prefere trabalhar em várias clínicas porque é assim que encontra o seu equilíbrio. “Tenho várias secretárias, não tenho um espaço fixo de trabalho e tenho de me adaptar aos vários tipos de filosofias de trabalho das várias clínicas. Obriga a mudar de chip todos os dias”. 🗨️



Vítor Brás, médico dentista e especialista em Neuromarketing



João Mouzinho durante a palestra sobre como o digital está a mudar o workflow na clínica dentária

PRÉMIOS SAÚDE ORAL E OS VENCEDORES SÃO...

Já são conhecidos os vencedores dos Prémios Saúde Oral 2018. A cerimónia decorreu no passado dia 27 de junho, no Lagoas Park Hotel, após de mais uma edição do Dentalbizz. Leonor Sousa conquistou o Prémio Carreira, numa noite de emoções.

Texto: Sónia Ramalho Fotos: Colorama

Pelo nono ano consecutivo, a revista Saúde Oral e o Grupo IFE organizaram mais uma edição dos Prémios Saúde Oral, um evento que já conquistou o seu espaço no panorama da medicina dentária em Portugal e que mais uma vez elegeu as marcas e os profissionais que mais se destacaram no setor em 2017.

Este ano registaram-se algumas novidades no processo de eleição. Os vencedores dos Prémios Produto foram eleitos com base numa votação em direto, por todos os participantes presentes em sala durante o Dentalbizz, e que foram convidados a aceder a uma plataforma interativa online para votarem nas empresas ou produtos candidatas nas várias categorias. Os vencedores foram assim conhecidos no momento, mediante as votações de todos os presentes.

Já a eleição dos Prémios Clínicos foi da responsabilidade de um júri nomeado pela revista Saúde Oral e que este ano contou com as participações de Afonso Pinhão Ferreira, Eugénio Pereira, Helena Francisco, Maria Carlos Quaresma, João Malta Barbosa, João Pedro Canta, Fernando Mesquita Gabriel, Fátima Bizarra, Paulo Monteiro e Ana Braguês. Além de ter indicado três nomeados em cada uma das áreas, coube ainda ao júri a votação final que elegeu um vencedor em cada uma das especialidades, consoante o maior número de votos.

Para Ana Mano Azul, vencedora do Prémio Figura do Ano na Área da Dentisteria, receber este prémio “faz-me sentir gratificada e motivada a continuar a minha caminhada profissional”. Para a médica dentista, os Prémios de Saúde Oral já são “um marco no panorama da medicina dentária em Portugal desde



Raquel Rebelo, CEO do Grupo IFE, durante a entrega do Prémio Carreira

há nove anos. O Grupo IFE e a revista de Saúde Oral, com esta iniciativa, incentivam os profissionais na área da Saúde Oral à partilha do conhecimento”.

“Quando recebi o telefonema nem queria acreditar”

Também Pedro Brito, vencedor do Prémio Figura do Ano na Área dos Técnicos de Prótese Dentária realça a importância da distinção. “Antes de mais significa alcançar um patamar importante a nível pessoal, uma vitória conquistada. Premeia o esforço e uma dedicação enorme que depusitei ao longo destes 21 anos, em função de uma paixão. A honra de ter subido aquele palco deixa provado que quando temos objetivos claros de vida, e acreditamos neles, mais cedo ou mais tarde as

conquistas acontecem”. Esta distinção acontece “numa etapa importante da minha vida profissional, porque tinha acabado de realizar o curso que ambicionava ao longo de tantos anos - o master em morfologia dentária - durante um mês no Japão, em Osaka, na escola do mestre Kataoka, onde têm passado os melhores técnicos do mundo. Quando recebi o telefonema nem queria acreditar”.

Para João Ascenso, vencedor do Prémio Figura do Ano na Área da Reabilitação Oral, “o prestígio e a qualidade indiscutíveis do evento que todos nós temos vindo a acompanhar desde a primeira edição, em 2010, tem sem dúvida e de uma forma muito positiva contribuído para a divulgação e reconhecimento do valor das mais variadas valências da medicina dentária que se pratica no nosso país”. Para o médico dentista receber este prémio “representa sobretudo o reconhecimento, pelos meus pares de profissão, do trabalho que tenho vindo a desenvolver na área da reabilitação oral quer a título individual, quer em termos de projeto coletivo no seio da equipa do Instituto de Implantologia, no qual tenho o prazer de estar integrado de há 13 anos a esta parte”.

Na opinião de Pedro Crispim, vencedor do Prémio Figura do Ano na Área da Oclusão, a divulgação desta iniciativa “será completa se for estendida ao público em geral, dando a conhecer a importância da medicina dentária em Portugal mas, mais importante ainda, dar a conhecer a todo o país, senão mesmo além fronteiras, a qualidade da medicina dentária em Portugal e o mérito dos seus profissionais”. 🌟



VENCEDORES PRÉMIOS PRODUTO

- 1. Implantes:** NobelActive® - Nobel Biocare Portugal, SA
- 2. Design Clínicas Dentárias:** Clínica Médico-Dentária Dr. André Matias da Silva – Póvoa do Varzim - Projeto MedSUPPORT - Engenharia e Apoio à Decisão, Lda
- 3. Higiene Oral:** Elgydium Clinic Cicalium - Pierre Fabre Consumer Healthcare
- 4. Anestésico:** Lidonostrum Bomba-Spray – Sidefarma, SA
- 5. Unidade Dentária:** Anthos L9 - Montellano, Lda.
- 6. Software Clínico:** NewSoft DS – Software de gestão de clínicas médicas e dentárias - Imaginasoft Healthcare Solutions
- 7. Projeto Inovação:** Elgydium Phyto - Pierre Fabre Consumer Healthcare



1



2



3



4



5



6



7



8



9



VENCEDORES PRÉMIOS CLÍNICOS

1. Figura do Ano na área da Ortodontia:

Luísa Poppe

2. Figura do Ano na área da Implantologia: André Chen. João Malta Barbosa recebeu o prémio

3. Figura do Ano na área da Endodontia:

Sérgio André Quaresma

4. Figura do Ano na área da Periodontologia: Inês Faria

5. Figura do Ano na área da Oclusão:

Pedro Crispim

6. Figura do Ano na área da Prostodontia:

Hugo Costa Lapa. Filipe Moreira recebeu o prémio

7. Figura do Ano na área da Reabilitação Oral: João Ascenso

8. Figura do Ano na área da Odontopediatria: Joana Farto

9. Figura do Ano na área da Higiene Oral:

Filipe Soeiro

10. Figura do Ano na área da Dentisteria:

Ana Mano Azul

11. Figura do Ano na área da Técnicos de Prótese Dentária: Pedro Brito

12. Rookie do Ano: Sara Casado

13. Prémio Carreira: Leonor Sousa



EMERGÊNCIAS NO CONSULTÓRIO O QUE FAZER EM CASO DE EMERGÊNCIA?

As emergências médicas no consultório de medicina dentária acontecem e os médicos dentistas têm de estar preparados para lidar com elas, apostando em formação e na aquisição do equipamento adequado. No entanto, o primeiro passo é a prevenção através da realização de uma boa histórica clínica. É que muitos destes episódios podem ser evitados.

Texto: Carmen Silva



Quem nunca teve uma emergência médica no consultório? Provavelmente muito poucos profissionais de medicina dentária até porque, como diz Cátia Íris Gonçalves, especialista em periodontologia, “após alguns anos de prática clínica é inevitável que aconteça”. No seu caso, felizmente “ainda nunca situações graves”. As emergências no consultório, não sendo frequentes, também não são episódios raros e os médicos dentistas devem, em primeiro lugar, tentar preveni-las. Como mesmo assim não estão livres que aconteçam é importante que se preparem para lidar com estes imprevistos.

Entre as principais situações de emergência médica e até de urgência loco-regional que podem surgir numa consulta dentária estão, por exemplo, “as alterações sistémicas que colocam em risco a vida dos doentes (como o choque anafilático), as complicações cirúrgicas (hemorragia excessiva) ou problemas que podem envolver os profissionais da equipa de saúde oral (acidentes com material microbiologicamente contaminado)”, aponta Filipe Freitas, vice-presidente da Academia Portuguesa de Medicina Oral (APMO).

Algumas das situações mais frequentes são mesmo as síncope vasovagais (o doente perde a consciência ou fica perto disso depois de uma anestesia local ou de um tratamento, geralmente, cirúrgico). “Todos já tivemos diversas vezes as situações mais frequentes descritas em todo o mundo: as síncope vasovagais, crises hipertensivas, ou falando de situações dentárias, por exemplo, uma parestesia facial temporária (mas que preocupa o doente) por injeção de anestésico na zona da parótida, numa anestesia troncular”, sublinha António Mano Azul, professor associado de Medicina e Cirurgia Oral do Instituto Europeu de Oncologia.

Cátia Íris Gonçalves recorda-se de um caso de síncope “provocada por stress”. O que a médica dentista fez, na altura, foi “deitar a cadeira do paciente, subir-lhe as pernas e dar-lhe alguns



“Todos já tivemos diversas vezes as situações mais frequentes descritas em todo o mundo: as síncope vasovagais, crises hipertensivas, ou falando de situações dentárias, por exemplo, uma parestesia facial temporária (mas que preocupa o doente) por injeção de anestésico na zona da parótida, numa anestesia troncular”, António Mano Azul

estalos para vir a si porque estava num limbo entre o desmaio e a consciência. Mas depois de chamarmos a esposa, o mesmo recompôs-se de imediato”. A médica dentista tem um ‘segredo’: “acho que o facto de ser completamente obsessiva com a segurança do paciente faz com que chegue a ser aborrecida para eles, exigindo relatórios médicos e informações adicionais até que se dissipem as dúvidas”.

Bryan Ferreira, diretor-clínico do

Centro Médico e Dentário da Avenida, nas Caldas da Rainha, nunca teve qualquer “caso de emergência médica que implicasse intervenção do INEM”. No entanto contam-se alguns casos “esporádicos de quebra de tensão, baixo nível de açúcar e um paciente com ataque epilético”.

Há, contudo, quem já tenha sido obrigado a lidar com um acidente vascular cerebral (AVC). “A situação mais grave que presenciei aconteceu com um aluno, hoje colega, que em ambiente de consulta universitária sofreu um AVC hemorrágico”, revela Filipe Freitas.

As mais desafiantes

Entre todas as emergências médicas e as urgências loco-regionais que podem surgir, provavelmente as mais desafiantes - como explica António Mano Azul - são “a paragem cardiorrespiratória, pois é claramente a mais dramática porque se não se iniciar o processo de reanimação cardiopulmonar (RCP) imediatamente seguido de suporte avançado de vida, o doente morre (e se for uma criança morre muito depressa privada de oxigénio). Já as urgências loco-regionais são geralmente mais controláveis e há mais tempo para serem resolvidas sem entrar em stress generalizado no consultório”. Porém, ainda de acordo com o médico estomatologista, “uma hemorragia arterial a partir do pavimento da boca (sublingual) na sequência de uma cirurgia com descolamento desta zona para, por exemplo, colocação de implantes mandibulares (coisa que se faz diariamente em centenas de consultórios) é uma situação que exige alguma destreza e experiência cirúrgica para laquear os vasos sangrantes. Se tal não for feito com alguma rapidez, o doente pode perder até 400 cc de sangue em cada 30 minutos (é o que mostram alguns estudos publicados) ou pode ficar com um hematoma da região que leva a bloqueio das vias aéreas e à necessidade de uma traqueostomia de urgência”.

Sintetizando, a situação mais marcante para qualquer profissional

LEI OBSOLETA

Para António Mano Azul, a lei relativamente à desfibrilhação “é obsoleta porque exige que a utilização dos DAE seja supervisionada por um médico e não um qualquer, deve ser um intensivista ou um cardiologista”. Ora, para o médico estomatologista, “a ideia destes aparelhos e a sua colocação em centros comerciais, à porta dos supermercados, em ruas movimentadas, em eventos de multidão, etc... é precisamente serem usados por pessoas ‘normais’. A embalagem de vários destes equipamentos possui a menção: é tão fácil como 1,2,3 e os três bonecos de como usar o aparelho. Depois disso, é o aparelho que decide se o doente/a vítima precisa ou não de ser desfibrilhado”. De acordo com António Mano Azul, o presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Miguel Mendes, em entrevista a um meio de comunicação social, veio mesmo defender “o ensino do suporte básico de vida (SBV) e do uso dos DAE ao 9º e 11ºs anos nas escolas e uma lei que exige um especialista a supervisionar o uso dos DAE”.

Não obstante, outra realidade é “em cada clínica, ou centro comercial ou estádio de futebol, ou recinto de concertos haver funcionários que fizeram cursos de SBV e que sabem trabalhar melhor com o DAE que um curioso que lê as instruções à pressa”. Neste sentido, o médico estomatologista defende que “nos nossos consultórios há formação anual obrigatória (é de lei) para todos os trabalhadores. Em vez de irem fazer oito horas de formação em como usar empilhadoras (isto é real porque as empresas de formação dão as horas obrigatórias da lei para grupos onde estão trabalhadores de armazém, assistentes dentários, arquitetos e pescadores... que é mais uma vez uma forma de prostituir o objetivo da obrigatoriedade de formação a trabalhadores, mas que ninguém controla da parte do Estado) devemos procurar que as horas de formação sejam em coisas úteis, como por exemplo emergências médicas (o INEM e a OMD fazem regularmente cursos destes)”.

ou consultório de medicina dentária “será a morte de um doente”, destaca António Mano Azul. “Felizmente estas situações são muito raras e a nós nunca aconteceram, mas se acontecerem temos de ter a certeza de que tudo fizemos para as evitar; que nós e o nosso pessoal estávamos preparados para fazer face a uma emergência que possa levar à morte (iniciar RCP, suporte avançado de vida, chamar imediatamente o 112, etc) e que tínhamos todos os meios técnicos para lidar com a situação (ambu, oxigénio, medicação, desfibrilhadores automáticos externos (DAE), etc...)”, acrescenta.

Uma boa história clínica

A boa notícia é que grande parte destas ocorrências podem ser evitadas “se tivermos uma boa história clínica do doente (e atualizada) que nos mostre,

por exemplo, no âmbito da crise vasovagal, que é um doente ansioso e que refere que desmaia quando vai tirar sangue”, afirma António Mano Azul, indicando que num indivíduo destes “se fizermos a anestesia (e até por vezes todo o tratamento) em posição de Trendelenburg (cabeça mais baixa do que as pernas) o desmaio nunca ocorre”. Já uma crise hipertensiva evita-se, de acordo com o médico estomatologista, “medindo a pressão arterial a um doente que é hipertenso antes dos tratamentos”; e uma anestesia do facial “fazendo a anestesia troncular cuidadosamente em direção oposta à da parótida ou fazendo anestesia infiltrativa em vez de anestesia loco-regional”.

Também Filipe Freitas reforça que a prevenção assenta, fundamentalmente, “na realização de uma correta



**Filipe Freitas
salvaguarda
que “devemos
ainda ser capazes
de reconhecer
precocemente
situações de falência
cardiovascular,
ventilatória ou
neuroológica,
monitorizando os
sinais vitais”.**

história clínica do doente, por forma a antecipar eventuais situações de emergência”. Porém, segundo o médico dentista, “naturalmente, um doente diagnosticado com diabetes, asma, hipertensão ou epilepsia terá maior probabilidade de sofrer uma crise hipoglicémica, asmática, hipertensiva ou convulsiva”, por isso, “é fundamental identificar antecedentes relevantes e determinar o risco médico de cada doente”.

No entanto, Filipe Freitas salvaguarda que “devemos ainda ser capazes de reconhecer precocemente situações de falência cardiovascular, ventilatória ou neuroológica, monitorizando os sinais vitais”. Por outro lado, uma vez que a maioria das situações de emergência médica é induzida ou agravada pelo stresse gerado nos doentes em contexto



de consulta dentária, “a aplicação de um adequado protocolo de redução de ansiedade pode ser útil para prevenir situações de emergência, mais inócuas como a síncope vasagal ou potencialmente fatais como o enfarte agudo do miocárdio”.

É necessário ter em atenção, na hora de fazer a história clínica, que “muitas vezes os próprios pacientes não valorizam determinadas informações sobre a sua saúde que são importantíssimas para a consulta de medicina dentária, outros têm vergonha e outros simplesmente menosprezam a relevância da nossa área e temos de estar cientes e lidar com todas essas nuances”, alerta Cátia Íris Gonçalves.

E quando elas acontecem?

Mas apesar de todos os cuidados, se acontecer efetivamente alguma emergência médica o profissional de medicina dentária tem de saber como atuar. Neste ponto, a formação (ver caixa), bem como o equipamento adequado é essencial. Para Filipe Freitas, de um modo geral os médicos dentistas portugueses estão aptos para lidar com estas eventualidades. “Ao que julgo saber, estes temas são abordados na generalidade das Faculdades de Medicina Dentária do nosso país. Além disso, instituições como a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) ou a Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD) têm apostado em

formações sobre suporte básico e avançado de vida”. Por outro lado, receia que “a maioria dos colegas não tenha ao seu dispor o material e equipamento adequados para resolver situações de emergência médica. O melhor exemplo será talvez o desfibrilhador automático externo, inexistente na esmagadora maioria dos consultórios e clínicas dentárias, e que pode ser fundamental para reverter uma paragem cardiorrespiratória”.

Bryan Ferreira, por exemplo, tem o curso de paramédico e está habituado a trabalhar em ambulâncias no estrangeiro (uma vez que é membro da HASF - Humanitarian Aid and Security Forces). Além disso “temos um bom



Bryan Ferreira tem "um bom kit de reanimação, inclusive com um desfibrilhador automático externo. E também as assistentes estão educadas para seguir as minhas instruções à risca e se necessário assistirem ou chamarem o INEM".

kit de reanimação, inclusive com um desfibrilhador automático externo. E também as assistentes estão educadas para seguir as minhas instruções à risca e se necessário assistirem ou chamarem o INEM".

Além do kit de primeiros-socorros e da "atualização de informação sobre emergências", como destaca Cátia Íris Gonçalves, "há toda uma preparação prévia para que os procedimentos necessários sejam realizados em segurança", reitera. Neste sentido, a especialista explica que é importante "o contacto, normalmente por via escrita, com os médicos de outras áreas para informações adicionais e cuidados no caso de intervenções mais invasivas".

O fundamental, sempre que se realiza um tratamento, é "assegurar-nos de que controlamos o maior número de variáveis possível, sem nos esquecermos de adotar uma postura tranquila e de sentirmos segurança profissional - mas isto trabalha-se e dá muito trabalho -", conclui a médica dentista. 🌟

"AUSÊNCIA DE FORMAÇÃO PRÉ E PÓS-GRADUADA NESTA ÁREA"

No âmbito das emergências médicas, a formação do profissional é fulcral. Para Joana Mourão, médica do departamento de Anestesiologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto, as principais dificuldades dos médicos dentistas em lidar com estas situações advêm da "ausência de formação pré e pós-graduada nesta área". Sendo que, como defende a também docente responsável do curso de educação contínua, da faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 'Emergências num Consultório de Medicina Dentária', "se isto constituísse uma obrigatoriedade com certificação periódica, como no Reino Unido, tal não sucederia". Joana Mourão advoga que "os currículos das diferentes faculdades de Medicina Dentária dão pouco ênfase a esta parte, privilegiando outras áreas. Provavelmente esta opção deve-se ao facto desta área necessitar de um ratio docente/ aluno elevado". Daí acreditar que "as dificuldades económicas sentidas atualmente no ensino superior serão os maiores entraves".

Quanto às principais temáticas que um curso de emergências em medicina dentária deve contemplar, a responsável sublinha a preponderância da componente prática. Este tipo de cursos deve incluir "o desempenho dos formandos na atuação numa emergência médica, para isso deve haver uma componente teórica e uma prática, idealmente num ambiente simulado. O recurso a cenários de simulação é fundamental para a aquisição de aptidões clínicas e correção de falhas".

Lidonostrum®

ANESTÉSICO LOCAL



✓ FRASCO DE 80G

✓ PULVERIZA ATÉ À ÚLTIMA GOTA

✓ AROMA A BANANA



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



SIDEFARMA

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

TRATAMENTO DE MOLAR EM SESSÃO ÚNICA E COM LIMA ÚNICA



NUNO VALAMATOS PINTO

DDS, MSc

- Médico Dentista | OMD 3799
- Licenciatura em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Sul;
- Pos-graduação na Uic – Universidade Internacional Catalunã (2002);
- Mestrado em Endodontia Uic – Universidade Internacional Catalunã (2004);
- Prática Clínica Exclusiva em Endodontia desde 2001 na MALO CLINIC / maloclinics.com

O objetivo principal de um tratamento endodôntico é o de criar condições para manter os tecidos periodontais saudáveis onde uma desinfeção o mais completa possível de todo o sistema de canais e um selamento tridimensional têm um papel fulcral. A anatomia tem sempre um papel muito importante que pode complicar o nosso objetivo, mas os exames auxiliares de diagnóstico, o uso do microscópio e os conhecimentos dos clínicos atuais tornam o resultado final mais previsível. Este caso clínico apresenta uma anatomia na raiz distal com duas foraminas apicais independentes, o que dificultou a obturação.

Dados do paciente

Sexo feminino
30 anos
Queixas de dor no 4º quadrante

Dente:

Identificação: primeiro molar inferior direito (46)
História dentária: dor constante
Exame clínico: cárie extensa envolvendo a polpa
Avaliação radiográfica pré-operatória: curvatura moderada na raiz mesio-lingual e opacidade no terço médio do canal distal podendo indiciar a existência de dois canais.
Diagnóstico: pulpite sintomática irreversível

Plano de tratamento:

Procedimentos preliminares

Anestesia infiltrativa 4% articaina com 1:100.000 adrenalina (Inibsa)
Radiografia periapical com paralelizador (imag.A)
Isolamento absoluto com grampo 14A (Hu-Friedy) (fig.1)
Acesso o mais conservador possível, com broca esférica sob visualização microscópica (imag.C)
Tratamento numa única sessão com microscópio (Labomed).

Tratamento:

Preparação dos canais

Depois de removido cariado e o tecido pulpar calcificado existente na câmara pulpar procedemos à

irrigação e inundação da câmara com hipoclorito de sódio a 6%. Seguidamente procedemos à instrumentação com a lima Reciproc Blue 25.08(fig.2) (VDW, Munich, Germany) até aos 2/3 do canal. Usámos depois uma lima manual C-pilot (VDW, Munich, Germany) confirmar a permeabilidade do canal e determinar o comprimento de trabalho com o auxílio do localizador eletrónico apical Root ZX(Morita).

Uma vez determinado o comprimento de trabalho, confirmada a permeabilidade e estabelecido o glide path do terço apical, foi usada a lima Reciproc Blue 25.08(VDW, Munich, Germany) seguindo o protocolo estabelecido pelo fabricante.

Irrigação:

Feita com NaOCl a 6% com ativação sónica-EDDY (VDW, Munich, Germany) ácido cítrico a 10% com ativação sónica; soro fisiológico entre as duas soluções. Irrigação final: NaOCl a 6%; EDDY (VDW, Munich, Germany)60 segundos; soro fisiológico e álcool 95%.

Obturação:

Com cimento resinoso AH Plus (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) e gutta-percha; técnica de Buchanan-onda continua de calor com system B (Kerr Endodontics) (fig.3) e Backfill com Obtura III Max(Kerr Endodontics).

Aspetos técnicos:

A instrumentação do terço apical do canal distal onde tínhamos uma divisão anatómica tipo IV (classificação de Weine) (B) foi, juntamente com a obturação, o

passo mais difícil de todo o tratamento. Na verdade, a necessidade de obturar as duas saídas do mesmo canal, obturando uma e evitando o bloqueio da outra foi uma tarefa nada fácil que só foi possível com a ajuda do microscópio(D).

BIBLIOGRAFIA

- McCabe PS, Dummer PM. Pulp canal obliteration: an endodontic diagnosis and treatment challenge. *Int Endod J.* 2012; 45: 177-97.
- Allen MJ, Glickman GN, Griggs JA (2007) Comparative analysis of endodontic pathfinders. *J Endod* 2007; 33: 723-6.
- Berutti E, Cantatore G, Castellucci A, Chiandussi G, Pera F, Migliaretti G, Pasqualini D. Use of nickel-titanium rotary PathFile to create the glide path: comparison with manual preflaring in simulated root canals. *J Endod* 2009; 35: 408-12.
- Lopes HP, Elias CN, Siqueira JF Jr, Soares RG, Souza LC, Oliveira JC, Lopes WS, Mangelli M. Mechanical behavior of pathfinding endodontic instruments. *J Endod.* 2012 a; 38: 1417-21.
- Amir FA, Gutmann JL, Witherspoon DE. Calcific metamorphosis: a challenge in endodontic diagnosis and treatment. *Quintessence international* 2001; 32, 447-55.
- Paterson SS, Mitchell DF. Calcific metamorphosis of the dental pulp. *OOOOE* 1965; 20, 94-101.
- Schindler WG, Gullickson DC. Rationale for the management of calcific metamorphosis secondary to traumatic injuries. *J Endod* 1988; 14, 408-12.
- Torneck C. The clinical significance and management of calcific pulp obliteration. *Alpha Omegan* 1990; 83: 50-3.
- Kuyk JK, Walton RE. Comparison of the radiographic appearance of root canal size to its actual diameter. *Journal of Endodontics* 1990; 16: 28-33.



Figura 1

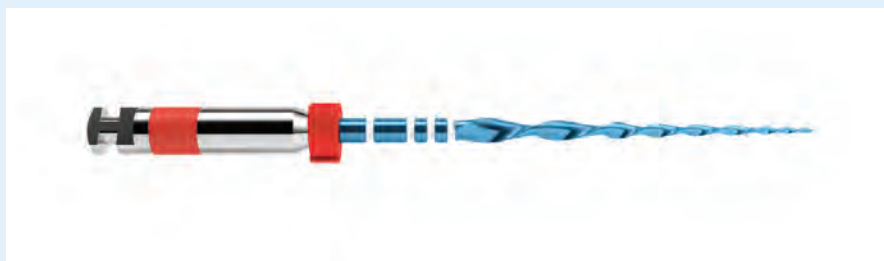


Figura 2



Figura 3

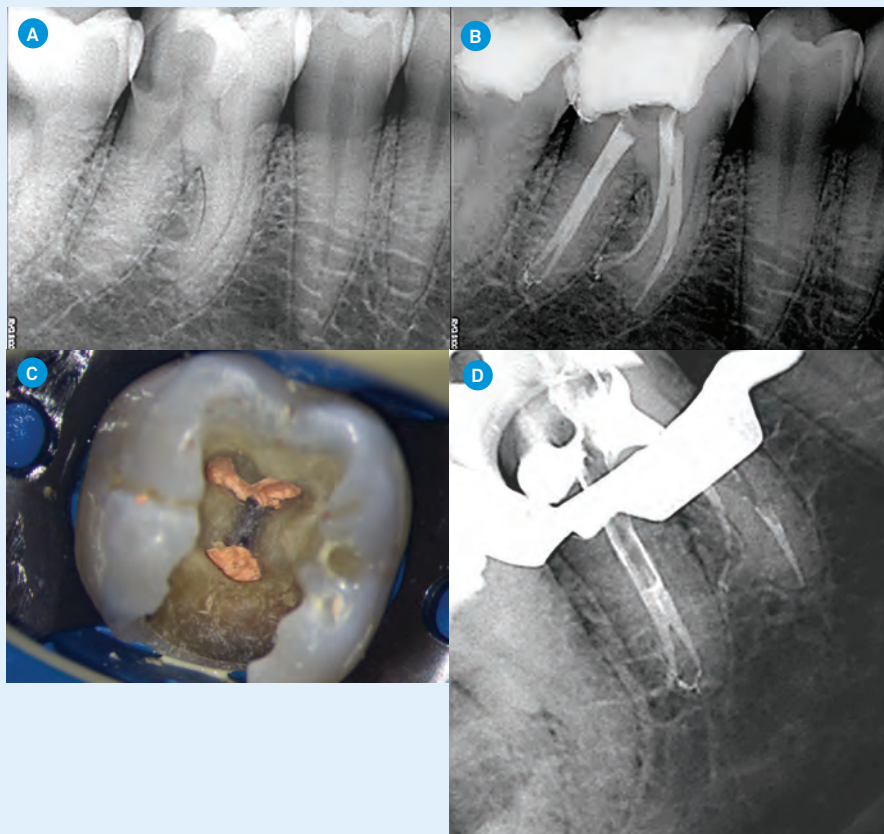


Figura 4

GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE



MARTA CARVALHO

- Licenciada em Higiene Oral pelo Instituto Superior de Saúde do Alto Alve (2011)
- Curso Pós-Graduado em Periodontologia e Implantes para Higienistas Oraís (2013)
- Participação em Cursos e Congressos



FERNANDO ALMEIDA

- Mais de 30 anos de experiência na área de Medicina Dentária
- Phd 2006 FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
- Administrador da Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e da Labdent - Laboratório de Prótese Dentária
- Orador Convidado de várias Conferências Nacionais e Internacionais
- Autor de vários Artigos Científicos publicados em revistas Nacionais e Internacionais
- Coordenador do Curso Privado em Implantologia, no Porto e Lisboa
- Consultor Científico de vários produtos de Implantologia

Resumo

A doença periodontal caracteriza-se pela destruição dos tecidos orais de suporte (ligamento periodontal, osso alveolar e gengiva) inicia-se com a presença de uma flora bacteriana patogénica, mas é a resposta imunológica do hospedeiro aos agentes patogénicos que define o alcance e a severidade dessa destruição.¹

A *American Academy of Periodontology* classifica as doenças periodontais em I- Doenças gengivais, II- Periodontite crónica, III- Periodontite agressiva, IV- Periodontite como manifestação de doença sistémica, V- Doenças periodontais necrosantes, VI- Abscessos do peridonto, VII- Periodontite associada a lesões endodónticas e por último VIII – Condições ou deformidades adquiridas ou do desenvolvimento.²

As doenças periodontais necrosantes são subdivididas em Periodontite Ulcerativa Necrosante e Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN). A GUN é uma condição inflamatória e destrutiva da gengiva, caracterizada por ulceração e necrose da papila e da margem gengival.¹

Relativamente às características clínicas da GUN estão presentes: dor intensa; hemorragia gengival que ocorre com pouca ou nenhuma manipulação dos tecidos; ulcerações da papila interdentária em forma de cratera (papilas invertidas); eritema linear entre a margem da necrose e tecido gengival não afetado; pseudomembrana branco-amarelada ou cinza (fibrina, tecido necrótico, células inflamatórias, eritrócitos e aglomerados de bactérias vivas ou mortas); hálito fétido ou foetor ex ore, característico quando está presente; febre inexistente ou ligeira e mal-estar e linfadenopatia da cadeia ganglionar sub-mandibular e às vezes da cadeia cervical (mais comum em crianças). Normalmente as ulcerações começam na ponta das papilas, localizadas mais frequentemente na

mandíbula e a gengiva vestibular é mais afetada que a lingual ou palatina.³

O diagnóstico é feito com base no exame clínico. Três características são essenciais para este diagnóstico: dor, necrose interproximal e hemorragia.⁴ Existem algumas características clínicas que podem ou não estar presentes: a pseudomembrana, o hálito fétido, a febre, o mal-estar e linfadenopatia. São características não essenciais para o diagnóstico de GUN, na ausência das quais este não se exclui.⁵

A etiologia da doença é bacteriana (bactérias fusiformes e espiroquetas), na maioria dos casos atinge uma população jovem (entre os 15 e 30 anos) e a sua transmissibilidade é nula. É caracterizada por ulceração das papilas interdentárias e da gengiva marginal formando uma espécie de “crateras” que podem estar ou não cobertas por uma pseudomembrana amarelada. A hemorragia espontânea ou de surgimento rápido é outra característica típica e por norma acarreta forte sintomatologia dolorosa.⁴

Existem alguns fatores que predis põem para esta doença: stress psicológico, imunossupressão, subnutrição, origem caucasiana, idade jovem e também outros fatores predisponentes, como por exemplo, o tabaco.¹ Em termos histológicas, as lesões de GUN caracterizam-se por ulceração com necrose do epitélio e das camadas superficiais do tecido conjuntivo e, uma reação inflamatória aguda inespecífica. Estas lesões são constituídas por:

- Zona bacteriana: massa de bactérias incluindo espiroquetas
- Zona rica em neutrófilos: leucócitos predominantemente neutrófilos e bactérias como as espiroquetas.
- Zona necrótica: células em desintegração e muitas espiroquetas, bactérias fusiformes.
- Zona de infiltração espiroquetária:

IMPLANTOLOGIA

Cirurgias seguras e confiáveis



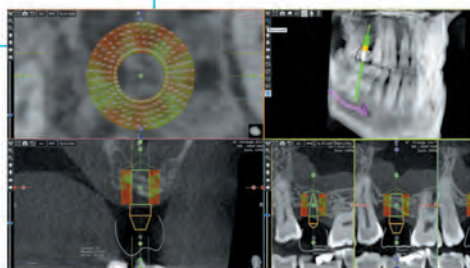
PIEZOTOME

CUBE

Potencia ajustada em tempo real para uma máxima segurança e eficiência.



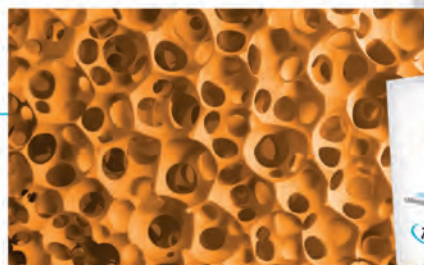
DPSI



X-MIND

trium

3D facilita a osseointegração com medição imediata do volume e evolução da densidade óssea.



QUALIOS™

Estrutura única altamente porosa e com maior resistência mecânica para uma ótima regeneração óssea.

elementos teciduais mantidos infiltradas apenas por espiroquetas.¹

Amostras microbiológicas das lesões de GUN têm demonstrado a existência de uma flora constante e uma variável. A flora constante é composta por *Treponema* sp., *Selenomonas* sp., *Fusobacterium* sp. e *B. Melaninogenicus* ssp. *Intermedius* (*P.intermedia*), enquanto a flora variável consiste num aglomerado heterogêneo de tipos bacterianos. Ou seja, envolve bactérias aeróbias e anaeróbias, com uma maioria de bactérias Gram-negativas.⁵

O tratamento da GUN tem como objetivo eliminar a atividade da doença manifestada pela progressão da necrose tecidual e, também evitar a dor e o desconforto geral que pode comprometer a vida do paciente, nomeadamente a alimentação.¹ A primeira fase do tratamento inicia-se com a remoção mecânica da placa bacteriana e do tártaro. Esta fase inicial depende da tolerância do paciente à dor durante a instrumentação. É necessário instruir o paciente sobre os métodos de higiene oral, nomeadamente a escovagem e um anti-séptico bacteriano com base em clorohexidina a 0,20%. O agente bacteriano representa um tratamento adjunto muito efetivo para reduzir a formação de placa, particularmente quando a escovagem não é efetuada. Em casos mais exacerbados em que a terapia mecânica mostra-se insuficiente é necessário complementar com antibiótico para eliminar quaisquer sinais de envolvimento sistémico.⁴ O tratamento adequado geralmente evita a progressão da doença e a cura das úlceras é esperada em poucos dias.⁵

O controlo de placa bacteriana é fundamental para a manutenção da saúde oral. Profilaxia profissional acompanhada de instruções de higiene oral são efetivas no controlo da doença periodontal, e por conseguinte da GUN.⁶

O programa de higiene oral deve incluir:

- Autoavaliação
- Autoexame
- Auto-monitoramento
- Autoinstrução

Dispositivos e agentes químicos têm sido

usados a fim de tornar a placa bacteriana mais evidente no sentido de permitir uma melhor remoção para o paciente. Tratam-se de agentes químicos corantes de placa bacteriana, cada vez mais usados na motivação de higiene oral.¹ A instrução de higiene oral deve ser adequada para cada paciente individualmente com base nas suas necessidades e limitações. O paciente deve estar sempre envolvido no processo de instrução. Um programa de manutenção individual deve seguir-se às instruções de higiene oral básicas.⁶

Descrição do Caso Clínico

Paciente do género feminino, com 19 anos, saudável, apresentou-se na consulta de Higiene Oral com quadro clínico compatível com GUN. Apresentava dor intensa nas zonas do 2.º e 5.º sextante. Referia hemorragia espontânea e abundante, bem como halitose.

Clinicamente apresentava eritema linear entre a margem da necrose e tecido gengival não afetado, hemorragia gengival que ocorreu com pouca ou nenhuma manipulação dos tecidos, pseudomembrana branco-amarelada e ulcerações da papila interdentária em forma de cratera.

Na primeira consulta realizou-se instrumentação mecânica ultrassónica, remoção do tártaro supra e infra-gengival. Em conjunto com a instrumentação mecânica foram dadas instruções de higiene oral tendo em conta a técnica de escovagem Bass (escovagem sulcular). Nos primeiros dias a paciente não conseguiu escovar a zona da gengiva ulcerada devido à dor intensa, portanto prescreveu-se um colutório com clorohexidina a 0,20%, como adjuvante da escovagem no sentido de reduzir a formação de placa bacteriana.

Controlo passado 8 dias, no qual se verificou o desaparecimento do tecido necrosado, diminuição das crateras e das papilas interdentárias. Ausência de hemorragia gengival, ausência de dor e, sem evidência de odor fétido. Ausência dos sinais e sintomas evidenciados na consulta inicial. Suspendeu-se o uso do colutório de clorohexidina, e foram dadas instruções de métodos de controlo de placa bacteriana interproximal com escovilhões interdentários.

Contudo, como é perceptível através das fotografias intra-orais, ocorreu destruição das papilas interdentárias e algumas zonas ainda permanecem com contornos propícios a acumulação de placa bacteriana, favorecendo assim a inflamação gengival constante. O tratamento da GUN encontra-se completo aquando da eliminação de todos os defeitos gengivais no sentido de criar boas condições para o controlo de placa bacteriana. Inicialmente a paciente recorreu à consulta de Higiene Oral mensalmente, uma vez controlada, aconselhou-se um follow-up de quatro em quatro meses para evitar possível recidiva.

Considerações Finais

A Gengivite Ulcerativa Necrosante é uma doença periodontal com pouca prevalência na prática clínica, pelo que muitas vezes não é corretamente diagnosticada e, por conseguinte não é tratada em conformidade. É neste sentido que os clínicos, nomeadamente os Higienistas Orais têm um papel fundamental na prevenção deste tipo de doenças, especialmente através da promoção da saúde oral. 🌟

BIBLIOGRAFIA

1. Lindhe J, Karring T, Lang N. *Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
2. Armitage G. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol*. 1999;4.
3. Campbell CM, Stout BM, Deas DE; Necrotizing ulcerative gingivitis: a discussion of four dissimilar presentations.; *Tex Dent J*; 2011, Oct; 128 (10): 1041-51
4. Atout RN, Todescan S, Managing Patients with Necrotizing Ulcerative Gingivitis; *JCDA CA*; April 08; 2013
5. Mizrahi Y. NUG-- necrotizing ulcerative gingivitis: a review; *Refaat Hapeh Vehashinayim*. 2014 Jul;31(3):41-7, 62.
6. Weijden, F; Slot, D.; Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence; *Periodontology 2000*, vol. 55, 2011, 104-123

A Medicina
Dentária
para todos
é a nossa
missão.

www.oralmed.pt



A OralMED Saúde é o primeiro Grupo Português especializado em Medicina Dentária.

Por sermos o primeiro, acreditamos que temos uma missão: ajudar os portugueses a viverem uma Saúde Oral plena.

Para cumprir a nossa missão, criámos as melhores condições para cuidar de cada Paciente. A OralMED **Medicina Dentária**, o lado visível do nosso Grupo, com mais de 30 clínicas em todo o país. A OralMED **Laboratórios**, o motor da Inovação tecnológica do Grupo e a garantia de qualidade e do sucesso dos nossos clínicos. A OralMED **Contacto**, a voz que presta toda a ajuda aos nossos Pacientes e avalia a nossa atuação.

Só assim ajudamos mais pessoas a sorrirem para a Vida.



Descubra mais em
www.oralmed.pt

OralMED
SAÚDE

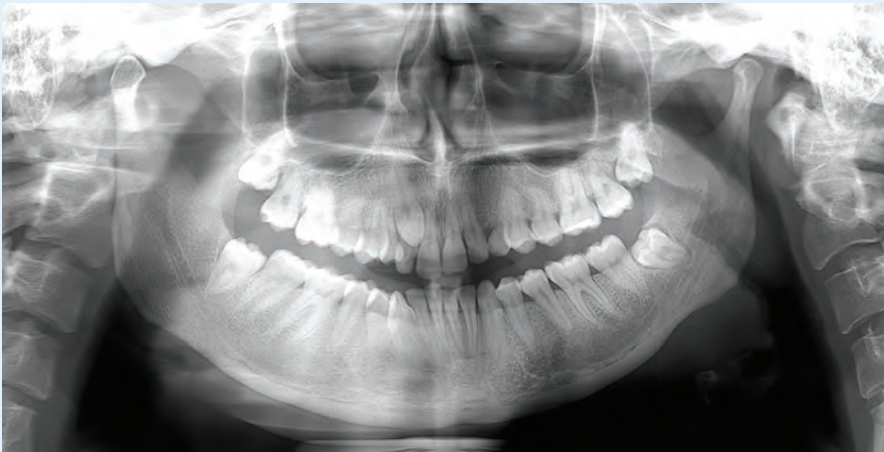


Figura 1: Ortopantomografia

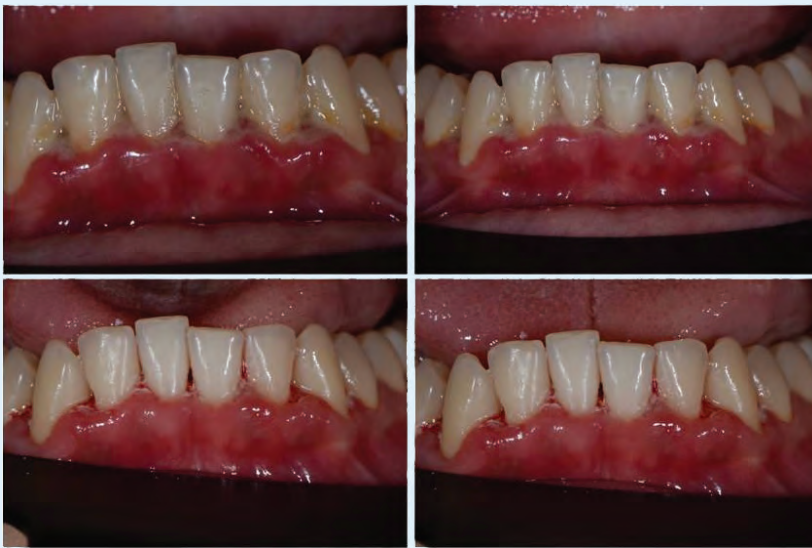


Figura 2: Fotografias Iniciais (antes e após instrumentação mecânica)



Figura 3: Fotografias intraorais após oito dias do tratamento

Pós-graduação

Em Ortodontia Funcional, Aparelhos Fixos Estética e Alinhadores

TÉCNICA CERVERA



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



87ª EDIÇÃO
20-21-22 Setembro 2018



ORTOCERVERA



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

☎ 00 34 91 554 10 29 - www.ortocervera.com

MOIRA LEÃO, DOUTORA E MESTRE EM IMPLANTOLOGIA “O MATERIAL BIOLÓGICO DE ORIGEM DENTÁRIA TEM UMA IMPORTÂNCIA BIOLÓGICA MUITO GRANDE”

No âmbito da *Fibrin Week*, um evento organizado pela Emfils Portugal e que percorreu várias cidades portuguesas para dar a conhecer as potencialidades do uso de materiais biológicos do próprio paciente em seu benefício, estivemos à conversa com Moira Leão. A professora, doutora e mestre em Implantologia, explicou-nos tudo sobre a regeneração de tecidos.

Texto: Sónia Ramalho



“Partimos de qualquer tecido do organismo, bucal preferencialmente - como a Bola adiposa de Bichat - dentes que necessitam de ser extraídos ou pedaços de ossos que tenham de ser removidos para manter ou nivelar o rebordo. Ou seja, qualquer tecido de origem odontológica”

“Quando as pessoas perdem dentes, perdem, concomitantemente, os tecidos de suporte, a gengiva e os demais tecidos moles, além do tecido ósseo. E esse é o grande desafio da odontologia: recuperar o osso perdido. Neste processo, quanto menor morbidade (dor, inchaço e transtorno para o paciente) melhor. É por isso que procuramos técnicas que causem menor morbidade, mas também que sejam previsíveis, que não tenham rejeição ou que o próprio organismo não expulse esse material”. É desta forma que Moira Leão começa por explicar o porquê das investigações em torno da

regeneração dos tecidos e da utilização da fibrina em benefício do próprio paciente.

A professora Moira Leão uma das responsáveis pela empresa Curityba Biotech (ver caixa), esteve em Portugal no âmbito da *Fibrin Week*, um evento organizado pela Emfils Portugal, e revelou como se processa a regeneração óssea e como os médicos dentistas podem tirar partido desta área. “Muitas vezes precisamos usar enxertos e o *golden standard* é o enxerto autógeno, onde usamos um pedaço de tecido ósseo do próprio paciente, retirado de um outro

local para colocar na área defeituosa. O problema é que a retirada desse osso autógeno provoca muita dor pois é necessário avançar para um segundo local cirúrgico. Essa remoção é feita dentro da boca ou fora (como no osso ilíaco, ou mesmo da calota craniana). Estes são procedimentos que envolvem a retirada de osso autógeno de locais fora da boca não podem ser realizados no consultório, mas num centro cirúrgico. Tanto eu como o Prof. Leonel estamos em Portugal para partilhar com os colegas portugueses técnicas que já estão consolidadas no Brasil”.

Sangue autólogo

Uma das técnicas é o uso de sangue do próprio paciente, ou seja, a preparação de um biomaterial autólogo para que possa ser usado em procedimentos odontológicos em benefício do próprio paciente – a fibrina. “Vemos a fibrina como um veículo que cria as condições ideais para que as células - que vão fazer o osso - migrem em direção àquela ferida e façam a regeneração tanto dos tecidos moles, como do osso”.

E para conseguir reconstruir os tecidos na sua plenitude, os investigadores baseiam-se em três pilares: “a presença de células capazes de fazer esse trabalho; a presença de um arcabouço que faça suporte e a presença de moléculas sinalizadoras: os fatores de crescimento. Essa é a tríade da engenharia tecidual”. Os biomateriais de fibrina vão fornecer dois elementos - o arcabouço e os fatores de crescimento. “Mas em situações de perdas ósseas muito extensas, por vezes a pessoa não tem células suficientes na periferia para migrar naquela direção. Então, fazemos um trabalho de isolamento, processamento (multiplicação) e até o armazenamento das células humanas no nosso Centro de Processamento Celular, no Brasil”.

Como se multiplicar as células?

Sim, é possível multiplicar as células em laboratório. “Partimos de qualquer tecido do organismo, bucal preferencialmente - como a Bola adiposa de Bichat - dentes que necessitam de ser extraídos ou pedaços de ossos que tenham de ser removidos para manter ou nivelar o rebordo. Ou seja, qualquer tecido de origem odontológica, que em seguida é levado para o Centro de Processamento Celular para isolar as células-tronco mesenquimais”, explica Moira Leão.

“Temos células-tronco capazes de se multiplicar dezenas de vezes em todos os nossos tecidos do organismo. As células presentes na cavidade oral e na região perioral têm uma memória de velocidade de regeneração muito intensa, o que faz com que se multipliquem muito mais rapidamente que qualquer outra fonte doadora de células. Isso

CURITYBA BIOTECH

Com registo tanto no Conselho de Odontologia, como de Medicina, o centro também pode receber material biológico de médicos dentistas ou cirurgiões, inclusive de Portugal. “Por exemplo, uma pessoa que faça uma cirurgia para retirar a vesícula, ou alguma cirurgia por laparoscopia, é possível retirar uma amostra de tecido e encaminhar para isolamento das células-tronco”. Moira Leão trabalha juntamente com o Professor João César Zielak, cirurgião-dentista e doutor em bioprocessos e biotecnologia. “Trabalhamos assessorando o Governo e o Ministério da Saúde na construção da regulamentação. São 10 anos de trabalho para chegarmos à regulamentação do uso destas técnicas no Brasil. Estamos felizes porque a resolução 214/2018 foi publicada este ano e dispõe sobre as boas práticas em células humanas para uso terapêutico e pesquisa clínica. Com a aprovação das regras para utilização de células humanas em uso terapêutico será possível o aumento no investimento para as pesquisas que visam o registo para as aplicações clínicas, o que levará, inevitavelmente, à ampliação de acesso pela população em geral a esta tecnologia”.

<http://www.curitybabiotech.com.br/>

fez com que mudássemos a forma de olhar para os tecidos biológicos saudáveis que necessitam de ser removidos, simplesmente descartá-los não é mais a opção lógica. Os tecidos biológicos saudáveis são fontes de células estaminais saudáveis e podemos multiplicá-las e armazená-las em centros de processamento celular para uma utilização imediata ou futura”. Algo que

“Vemos a fibrina como um veículo que cria as condições ideais para que as células - que vão fazer o osso - migrem em direção àquela ferida e façam a regeneração tanto dos tecidos moles, como do osso”.

já está a ser feito no Brasil, na Curityba Biotech.

Células mesenquimais e hematopoiéticas

As células do tipo mesenquimais são diferentes das células-tronco hematopoiéticas, que estão presentes na medula óssea e no sangue de cordão umbilical, por exemplo. “O nosso centro só trabalha com células mesenquimais. As células hematopoiéticas têm uma característica: não se multiplicam no laboratório. Ou se recolhe a quantidade de células no sangue de cordão umbilical suficiente para um tratamento de uma leucemia, por exemplo, ou não há razão de se fazer o armazenamento quando não há quantidade suficiente para o tratamento de uma pessoa”.

Por outro lado, o comportamento das células do tipo mesenquimais é um pouco diferente, em uma pequena quantidade de tecido coletado é possível extrair as primeiras células estaminais. “Como elas têm uma capacidade de multiplicação muito intensa, em poucas semanas conseguimos milhões de células. Essa é uma das diferenças. A outra é que as células hematopoiéticas têm, na superfície de suas membranas plasmáticas, proteínas que sinalizam o sistema imunológico, chamadas de antígenos leucocitários. Cada pessoa tem um jogo de antígenos leucocitários e quando precisamos usar as células

PORQUÊ ARMAZENAR CÉLULAS ESTAMINAIS?

Se todos os tecidos possuem células estaminais, porquê armazenar num banco? “Cada vez que temos uma infecção da garganta, por exemplo, as células estaminais que estão no dente do siso e que não estão a ser usadas vão ser recrutadas para ajudar a resolver o problema, seja ele na garganta, no ouvido, ou em qualquer outro local”, explica Moira Leão. Com o passar dos anos “vamos perdendo as células estaminais, limitando a capacidade auto-regenerativa do nosso corpo. É por isso que envelhecemos e morremos, porque vamos perdendo as células estaminais. Chegamos a um momento em que não temos mais células para recuperar os tecidos. A ideia de armazenar as células estaminais - quanto mais jovens melhor - é para poder, num momento de necessidade, ter um *upgrade* e recuperar um órgão ou um tecido perdido ou lesionado, quer seja por trauma, patologias e/ou até mesmo pelo envelhecimento”.

de uma pessoa para outra temos de procurar por doadores compatíveis. Caso contrário os leucócitos reconhecem essas proteínas diferentes, atacam e destroem as células transplantadas”.

Já as células-tronco do tipo mesenquimais não têm estes antígenos leucocitários em suas membranas plasmáticas, logo “a pesquisa pela biocompatibilidade de uma pessoa para outra não se aplica. Do ponto de vista da biologia é possível usar as células-tronco do dente de leite do neto para tratar um problema oftalmológico do avô, por exemplo. Hoje em dia, esse material biológico de origem dentária tem uma importância biológica muito grande e cada vez mais temos visto o avanço nas pesquisas nesta área. No caso dos dentes



"As células presentes na cavidade oral e na região perioral têm uma memória de velocidade de regeneração muito intensa, o que faz com que se multipliquem muito mais rapidamente que qualquer outra fonte doadora de células. Isso fez com que mudássemos a forma de olhar para os tecidos biológicos saudáveis que necessitam de ser removidos"

de leite, temos 20 dentes de leite, são 20 oportunidades de poder fazer essa coleta”.

Preservar os dentes de leite

Segundo Moira Leão, os dentes de leite devem ser preservados e existe “um método para se fazer essa criopreservação. O dente tem de estar numa boca saudável, sem cáries nem doenças na gengiva e a pessoa tem de ser assistida por um médico dentista, pois é uma coleta assistida”. A partir do momento em que se remove, o dente é colocado imediatamente num frasco com os aminoácidos necessários para nutrir essas células, que vão mantendo-as vivas, mesmo fora do corpo. “Apenas quando chegarem no centro é que será feito o isolamento dessas células, que vão ser colocadas em garrafas de cultura, nos casos em que se quer multiplica-las”.

As células estaminais fixam-se no fundo das garrafas de cultivo e, segundo Moira Leão, “as que não forem células estaminais aos poucos vão morrendo. Então, ao lavarmos as garrafas, removemos as células que não são células-tronco e as que ficam fixas no fundo das garrafas são, em sua maioria, células estaminais. Isso é divino! Elas ficam como uma espécie de tapete no fundo da garrafa e quando esta fica cheia de células usamos uma enzima para recolhe-las, centrifugamos para remover a enzima utilizada e assim temos um concentrado de células-tronco. Podemos então armazená-las, fazendo um procedimento de criopreservação ou podemos continuar a multiplica-las para uma aplicação clínica e/ou em pesquisa”.

À procura de parceiros

Atualmente, Moira Leão procura parceiros, investidores e colegas médicos e médicos dentistas que tenham interesse em aplicar a técnica. “O objetivo do curso é partilhar informação e trocar experiências. O primeiro foco é introduzir na comunidade de médicos dentistas portugueses o conceito da engenharia tecidual. Queremos preparar o terreno para que num segundo momento possamos começar a usar nessa mesma lógica a presença das células estaminais”. ●

Zirkonzahn®

CRIA ALGO EXCEPCIONAL

MOSTRAMOS-TE COMO!

TPD Federico Presicci – Education Center Bruneck, Tirol do Sul



**CELEBRATE WITH US PRETTAU® ZIRCONIA'S
10TH ANNIVERSARY!**

**TAKE PART IN OUR PRETTAU® ZIRCONIA PHOTO CONTEST:
SHOW US YOUR TALENT AND WIN AMAZING PRIZES!**



*Zirkonzahn Portugal – Luis Macieira – Tel +351 217 586 269 – zirkonzahnportugal@clix.pt
Zirkonzahn Worldwide – Tel +39 0474 066 680 – info@zirkonzahn.com – www.zirkonzahn.com*

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Edição Portuguesa

Polifenóis do vinho para prevenir cáries e periodontite

por DTI

São reconhecidos os benefícios que beber um gole de vinho tinto traz ao organismo devido à abundância e diversidade de polifenóis e probióticos. Agora um estudo divulgado pelo American Chemical Society revelou que os polifenóis presentes no vinho podem igualmente ser benéficos para a saúde oral, ao prevenirem a adesão de bactérias que podem causar periodontite e outras doenças. Parte das virtudes atribuídas aos polifenóis devem-se ao facto de serem antioxidantes, ou seja, têm propriedades que protegem organismo dos danos causados pelos radicais livres. Contudo, pesquisas recentes indicam que os polifenóis podem promover a saúde oral ao interagirem ativamente com a bactéria intestinal. O objectivo do autor do estudo, M. Victoria Moreno-Arribas, Director do Instituto de Investigación en Ciencias de la Alimentación, em Madrid, Espanha, e os seus colegas consistiu em investigar se o vinho e os polifenóis presentes



na uva poderiam igualmente proteger os dentes e as gengivas e como desenvolveria este processo a nível molecular. Os in-

vestigadores espanhóis estudaram o efeito de dois polifenóis do vinho, bem como grainhas de uva comercializadas e extratos

de vinho tinto em bactérias associadas a cáries dentárias e periodontite: *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum* e *Streptococcus mutans*. Recorrendo a células que recriam o tecido gengival, descobriram que dois polifenóis do vinho – os ácidos cafeico e p-cumárico – isolados eram mais eficazes do que o total de extrato de vinho na redução da capacidade das bactérias de aderirem às células. Quando combinados com *Streptococcus dentisani*, que é considerado um probiótico oral, os polifenóis demonstraram uma capacidade de anti adesiva superior. Os investigadores também mostraram que os metabólitos formados quando se inicia a digestão dos polifenóis na boca podem ser responsáveis por alguns destes efeitos. O estudo, intitulado “Inhibition of oral pathogens adhesion to human gingival fibroblasts by wine polyphenols alone and in combination with an oral probiotic,” foi publicado online no *Journal of Agricultural and Food Chemistry*. DTI


Medidas de restrição do uso de amálgama dentária apoiadas pela UE entram em vigor

por DTI

As restaurações dentárias com amálgama são, regra geral, consideradas seguras para os pacientes, contudo estudos demonstraram que a amálgama dentária pode provocar envenenamento por mercúrio em pessoas geneticamente suscetíveis. Com base nestes dados, o uso de amálgama em restaurações dentárias em mulheres grávidas ou lactantes, assim como em crianças com idades inferiores a 15 anos, está proibido (salvo em casos específicos) a partir de 1 de

julho de 2018, de acordo com a nova regulamentação da UE relativa a este material. A regulamentação recentemente implementada insere-se numa iniciativa mais vasta da UE para a retificação dos objetivos da Convenção de Minamata sobre Mercúrio, que visa reduzir o uso e libertação de mercúrio no ambiente. A partir de 1 de janeiro de 2019, a amálgama dentária poderá apenas ser usada sob a forma de pré-doses encapsuladas e os separadores de amálgama serão obrigatórios. Além disso, cada Estado-Membro

deverá definir um plano nacional para implementar a redução do uso de amálgama a 1 de julho de 2019. As restaurações com amálgama têm representado uma parte central dos tratamentos dentários ao longo de vários anos, mas o seu uso tem diminuído nos países mais desenvolvidos. Atualmente não existem alternativas amplamente disponíveis nos países de rendimentos médios ou baixos. Estima-se que, anualmente, a amálgama liberta até 75 toneladas de metais pesados altamente tóxicos na União Europeia.

Críticas ao uso de amálgama apontaram preocupações quanto ao risco para a saúde que pode representar este material durante o processamento e eliminação, assim como no caso de pessoas que são cremadas. Além disso, estudos realizados com profissionais de saúde dentária indicaram que a exposição ao mercúrio de amálgama dentária durante a aplicação e remoção pode causar ou contribuir para inúmeras doenças crónicas e poderiam levar a casos de depressão, ansiedade ou suicídio. 

Como viver duas paixões: Treinador da seleção de futebol da Islândia sabe tratar dentes

por DTI

As restaurações dentárias com amálgama

são, regra geral, consideradas seguras para os pacientes, contudo estudos demonstraram que


a amálgama dentária pode provocar envenenamento por mercúrio em pessoas genetica-

mente suscetíveis. Com base nestes dados, o uso de amálgama em restaurações dentárias em

mulheres grávidas ou lactantes, assim como em crianças com idades inferiores a 15 anos, está proibido (salvo em casos específicos) a partir de 1 de julho de 2018, de acordo com a nova regulamentação da UE relativa a este material. A regulamentação recentemente implementada insere-se numa iniciativa mais vasta da UE para a retificação dos objetivos da Convenção de Minamata sobre Mercúrio, que visa reduzir o uso e liberta-

ção de mercúrio no ambiente. A partir de 1 de janeiro de 2019, a amálgama dentária poderá apenas ser usada sob a forma de pré-doses encapsuladas e os separadores de amálgama serão obrigatórios. Além disso, cada Estado-Membro deverá definir um plano nacional para implementar a redução do uso de amálgama a 1 de julho de 2019. As restaurações com amálgama têm representado uma parte central dos trata-

mentos dentários ao longo de vários anos, mas o seu uso tem diminuído nos países mais desenvolvidos. Atualmente não existem alternativas amplamente disponíveis nos países de rendimentos médios ou baixos. Estima-se que, anualmente, a amálgama liberta até 75 toneladas de metais pesados altamente tóxicos na União Europeia. Críticas ao uso de amálgama apontaram preocupações quanto ao risco para a saúde

que pode representar este material durante o processamento e eliminação, assim como no caso de pessoas que são cremadas. Além disso, estudos realizados com profissionais de saúde dentária indicaram que a exposição ao mercúrio de amálgama dentária durante a aplicação e remoção pode causar ou contribuir para inúmeras doenças crónicas e poderiam levar a casos de depressão, ansiedade ou suicídio. 

Pacientes pouco receptivos a dentistas robots, revela estudo

por DTI

A pesquisa online sobre a perceção que os pacientes têm do uso de robótica em Medicina Dentária foi um dos inúmeros projetos de investigação Embry-Riddle apresentados na edição de 2018 do International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Healthcare, realizado em Boston (EUA). Na pesquisa, que envolveu 502 indivíduos (dos quais 260 do sexo feminino), os participantes mostraram-se “significativamente menos receptivos a trata-

mentos mais invasivos, como cirurgia gengival ou tratamento endodôntico, e mais receptivos a tratamentos como higienização ou branqueamento dentários executados por um robot”, relatou Stephen Rice. Além disso, a promessa de tratamentos dentários a metade do preço aumentou a disponibilidade dos pacientes para receber tratamentos dentários de um dentista robotizado autónomo, explicou Rice e os seus estudantes na conferência. Em 2017, um dentista robotizado colocou dois implantes dentários

na boca de uma paciente na China. Entretanto, uma empresa sediada em Miami (Florida) – Neocis – anunciou no ano passado ter recebido aprovação da U.S. Food & Drug Administration para introduzir um sistema de cirurgia dentária assistido por robot designado Yomi. Com os robots a tornarem-se um elemento cada vez mais comum em diversas áreas, “é importante perceber a perceção dos pacientes ao uso de tecnologias autónomas”, afirmou Emily Anania, estudante de pós-graduação Embry-

-Riddle e principal autora do poster HFE apresentado. “As pessoas nem sempre aceitam as tecnologias emergentes. Sabemos a partir de vários estudos que, por exemplo, os carros sem condutor ou tecnologias de aviação autónoma levam algumas pessoas a reagir com medo ou raiva. Deter um melhor conhecimento sobre estas perceções é essencial para aumentar a receptividade a estas tecnologias”. A pesquisa Embry-Riddle sobre a perceção dos pacientes, realizada por Rice e cinco estudantes da Universidade

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.





de Daytona Beach (Flórida), informou todos os pacientes que o recurso à robótica em Medicina Dentária está actualmente em fase de teste. O estudo questionou os participantes se aceitariam que um robot executasse dez tratamentos distintos: higienização, extracção dentária, endodontia, branqueamento, aplicação de selante, colocação de coroa dentária, colagem dentária, cirurgia gengival, colocação de aparelho de ortodontia e restauração dentária. De seguida foram colocadas as mesmas questões aos participantes, mas com um incentivo adicional: “Imagine que o médico dentista lhe propunha

um desconto de 50% em todo o procedimento dentário se este fosse realizado por um robot no seu consultório. O robot trabalharia de forma autónoma, sem intervenção humana. “51% dos inquiridos mostrou uma elevada ou moderada oposição aos tratamentos dentários robotizados, constatou a equipa de investigadores. Os participantes mostraram especial desconfiança face a tratamentos invasivos como extrações, endodontia e cirurgia gengival, nos quais 66% dos participantes revelaram oposição elevada a moderada. As inquiridas do sexo feminino eram, em geral, menos receptivas aos tratamentos ro-

botizados. Dois procedimentos obtiveram menos observações negativas neste contexto: a higienização e o branqueamento dentário. Apenas 32% recusariam estes tratamentos com o preço total e 83% mostraram-se receptivos aos procedimentos se o preço reduzisse para metade. O recurso à robótica em Medicina Dentária tem o potencial de melhorar a precisão à qual são realizados diferentes procedimentos médicos dentários, afirmou Rice. Este tipo de tecnologia poderia igualmente tornar os tratamentos dentários mais acessíveis em zonas rurais ou mais desprovidas de serviços médicos. Por fim, tal como

na aviação os sistemas de piloto automático permitem ao piloto focar-se mais na segurança, acrescentou Rice, os robots poderiam libertar os médicos dentistas permitindo-lhes melhorar constantemente as práticas em Medicina Dentária e os protocolos. O estudo apresentado na conferência HFEH, intitule-se “Factors Affecting Consumers’ Acceptance of Robotic Dentists,” e foi preparado por Rice e Anania, juntamente com outros alunos de pós-graduação (Mattie N. Milner, Nadine Ragbir, Matt Pierce e Nathan W. Walters). [DT](#)

Traduzido do inglês
por Manuela Vasconcelos



- 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

Inscreeva-se no jornal digital mais apurado da Odontologia

www.dental-tribune.com

dti Dental
Tribune
International



HENRY SCHEIN E INTERNET BRANDS JUNTAM-SE PARA CRIAR EMPRESA DE TECNOLOGIA DENTÁRIA

A Henry Schein, uma das maiores fornecedoras de produtos e serviços de saúde nas áreas dentária, veterinária e médica, e a Internet Brands, anunciaram uma parceria que se irá traduzir na criação da Henry Schein One. A nova empresa irá focar-se em tecnologia dentária com o objetivo de “melhorar a gestão e marketing de consultórios”. O valor da operação não é conhecido, mas sabe-se que a Henry Schein será a acionista maioritária, com uma participação de 70%. De acordo com as empresas, serão os gestores de topo da Henry Schein e da Internet Brands a compor o Conselho de Administração da Henry Schein One e o CEO será James A. Harding, que deixa o cargo de *Chief Technology Officer* da Henry Schein. Juntas, as empresas irão fornecer tecnologia avançada e de ponta e produtos para responder aos desafios criados pela “atual falta de integração tecnológica nos consultórios dentários”. Stanley M. Bergman, *Chairman of the Board* e *Chief Executive Officer* da Henry Schein, explica que “com a criação da Henry Schein One avançámos a nossa estratégia de negócio dentário reunindo líderes em software dentário e aplicações com base na web para construir um novo e poderoso motor que permitirá aos profissionais dentistas serem mais eficientes e melhorarem a sua capacidade de fornecer cuidados de alta qualidade aos pacientes”. Bob Brisco, CEO da Internet Brands, acrescenta que “pretendemos alavancar a força da Henry Schein no software de gestão de consultórios com as nossas aplicações digitais líderes para ajudar cada membro da equipa dentária a trabalhar mais depressa e com mais inteligência para melhorar o consultório e a totalidade da experiência do paciente”.



ORTOPLUS LANÇA NOVA PLATAFORMA DE GESTÃO DE TRATAMENTOS

A Ortoplus anunciou o lançamento da OrtoDock, uma plataforma de gestão de tratamentos que permite colocar todos os colaboradores de uma clínica dentária em contacto, nomeadamente médicos dentistas e técnicos de prótese dentária. A empresa sublinha que esta plataforma permitirá comunicar “de forma mais ágil, direta e cómoda. Este novo software pretende simplificar o processo de envio dos documentos, scanners e

imagens que constituem os tratamentos orais e fazê-lo de forma mais rápida e mais segura.” A Ortoplus refere ainda que esta solução oferece aos clientes “uma gestão segura e fluída dos tratamentos desde a impressão ao envio de qualquer arquivo de tratamento para fabrico de dispositivos dentários.”



IMPLANTEO LED: CONHEÇA O NOVO ASSISTENTE CIRÚRGICO PARA IMPLANTOLOGIA

A Implanteo lançou o Implanteo LED, um motor de implantologia e cirurgia que funciona como um “assistente cirúrgico”. De acordo com a empresa, o Implanteo LED oferece uma iluminação “sem sombras na área de trabalho”, possui potência ajustável, um ecrã *touch screen* com 5,7 polegadas e um nível de torque com o contra ângulo manual Mont Blanc: velocidade de 15 a 2.000 rpm e torque de 5 a 80 N.cm A marca refere ainda que este motor de implantologia e cirurgia conta com dez programas configuráveis com até dez etapas cirúrgicas por programa e permite aceder a dados críticos em tempo real.



AVEC ENZYMES ET PROTÉINES NATURELLES

0% TRICLOSAN PARABENES AGENT MOUSSEANT SLS

DENTÍFRICO QUE RESTABELECE BALANÇO DA MICROBIOTA ORAL PODE MELHORAR SAÚDE DA GENGIVA

Foi apresentada, no âmbito do EuroPerio9, uma pasta dentífrica criada pela Unilever que promete melhorias na saúde da gengiva ao reestabelecer o equilíbrio da microbiota oral. De acordo com a empresa responsável pela inovação, os resultados conseguidos com a utilização da pasta dentífrica Zendium “estão alinhados a evolução da visão sobre a doença periodontal, que coloca o balanço da microbiota no centro em vez da eliminação microbiana”. Esta ação sobre a saúde das gengivas foi comprovada por dois estudos clínicos recentemente publicados e que demonstram que criar maior balanço na microbiota oral pode ter um maior impacto na saúde do paciente do que eliminação microbiana por si só.



SOFTWARE DE DENTISTERIA DIGITAL DENTAL WINGS TEM NOVAS ATUALIZAÇÕES

O Dental Wings, software utilizado em dentisteria digital, tem uma nova versão que vem introduzir novas ferramentas de trabalho que, de acordo com a empresa, melhoram as componentes de design e simplificam a criação de restaurações CAD/CAM. De acordo com a Dental Tribune, uma das grandes mudanças da nova versão é a introdução do DWOS Easy Mode, uma ferramenta que guia o utilizador durante todo o processo de desenvolvimento de restaurações CAD/CAM. “Oferece um fluxo de trabalho simplificado e opções de automação”, refere a publicação. Destaque ainda para o Virtual Model Builder, com opções otimizadas para impressões 3D, e para uma nova versão do DWOS Chairside, um software de design aberto que pode ser combinado com scanners intraorais.



3M APRESENTA INOVAÇÃO À BASE DE POLIÉTER

A 3M apresentou um novo material de impressão de poliéster – o 3M Impregum Super Quick. De acordo com a empresa, trata-se do “primeiro poliéster verdadeiramente super-rápido”. A empresa explica que “o novo material Impregum Super Quick está disponível em duas consistências, de Médium body e Light body, e pode ser usado com técnicas de impressão monofásicas e em um passo. Ambos os materiais apresentam um tempo de aplicação de 45 segundos e um tempo de secagem intraoral de 2 minutos, tornando-os na escolha perfeita para próteses unitárias como coroas, implantes, inlays/onlays e pontes mais pequenas até três unidades.” O tempo de secagem intraoral curto, combinado com um sabor a menta fresca melhorado, oferece um maior conforto ao doente. “O novo material também apresenta os benefícios do poliéster que são dignos de confiança: tolerância à humidade, excelente fluidez e um fluxo consistente durante o período de aplicação. Estes asseguram impressões altamente detalhadas e precisas”, acrescenta a 3M.

RMD[®] PORTUGAL

REPARAÇÃO DE MATERIAL DENTÁRIO

A RMD e a Revista Saúde Oral estão de parabéns!

★ 2018 ★



Ligue

216 077 783

O SEU REPARADOR NACIONAL MULTIMARCAS

RECOLHA, ENVIO ORÇAMENTOS GRATUITOS



Grupo **EUROTECHMEDICAL** RMDP PORTUGAL Reparação de Material Dentário, Lda
Capital Social 12.500€ • Cont. PT 514285605 • Rua Centro Cultural, 7, Atelier 2.8, 1700-106 LISBOA, Portugal

RMD[®] PORTUGAL
REPARAÇÃO DE MATERIAL DENTÁRIO



PROMOÇÃO 1º ANIVERSÁRIO
DESCONTO IMEDIATO

€20 / instrumento
+ 5% pronto pagamento (5 dias)

Promoção válida até Dez 2018

www.rmd.pt



DENTABLOG: O NOVO BLOG PARA PROFISSIONAIS DE ODONTOLOGIA

A Dentaleader anunciou esta semana o lançamento do seu blog – Dentablog - um espaço onde a empresa pretende partilhar com os profissionais do setor conteúdos especializados sobre temas como gestão, marketing dentário ou tecnologia. Teresa Mora, Responsável da Área Digital da Dentaleader, explica que “o principal objetivo do novo Dentablog é colocar o leitor no centro da transformação digital. Por isso, tanto no blog como nas redes sociais, os utilizadores terão mais protagonismo”. “O novo blog conta com um design versátil que permite aos utilizadores aceder à web a partir de meios diferentes, como dispositivos móveis ou tablets, adaptando-se às diversas resoluções de ecrã e permitindo um acesso mais simples à informação. Os conteúdos serão apresentados de maneira também mais simples e intuitiva, para que os utilizadores os encontrem de forma muito mais organizada”.



ROBOT DE SERVIÇO SANBOT JÁ DISPONÍVEL EM PORTUGAL

O Sanbot, robot de serviço criado pela empresa chinesa Qihan, já está disponível no mercado português. Este robot, que está a ser testado numa unidade hoteleira em Lisboa, pesa 20 quilos, tem 90 centímetros de altura e é apresentado pela empresa como “um robot social, altamente personalizável, com design simples e equipado com a mais recente tecnologia de inteligência artificial”. A Sanbot dispõe de um ecrã tátil HD de 10,1 polegadas, possibilitando visualização de imagens em alta resolução e uma experiência rica de user interface (UI), braços iluminados com mais de 250 cores e projetor laser HD. O robot conta ainda com uma câmara 3D que interpreta os gestos e movimentos das pessoas e que tem a capacidade de fazer reconhecimento facial, e com um microfone incorporado, permite localização por voz e a resposta a comandos de voz. A empresa explica que este robot tem o potencial de ser utilizado na área da saúde, podendo “prestar apoio ao cuidador e às enfermeiras, pois, através do sistema operativo Android, pode

ser programado para lembrar a hora dos medicamentos, fazer videochamadas ou disparar alertas por SMS caso o batimento cardíaco do paciente fique alterado. Pode, inclusive, ser colocado em departamentos geriátricos e pediátricos, salas de tratamento oncológico ou hemodiálise com o objetivo de entreter os pacientes.”

NOBEL BIOCARE ANUNCIA PARCERIA COM A GALVOSURGE NA ÁREA DA IMPLANTOLOGIA

A Nobel Biocare anunciou uma parceria com a GalvoSurge Dental. O objetivo, segundo as empresas, é desenvolver “novos e inovadores sistemas de limpeza para a manutenção de implantes dentários a longo prazo” para “as maiores marcas de implantes” existentes no mercado. A Nobel Biocare refere que a “o sistema de limpeza de implantes da GalvoSurge Dental oferece um protocolo de descontaminação único para os implantes dentários ao remover a placa bacteriana diretamente da superfície dos implantes.” Este sistema, em desenvolvimento desde 2012, deverá chegar ao mercado em 2019 e poderá vir a substituir outros protocolos atualmente disponíveis no mercado, de acordo com a companhia microbiana por si só.



MARCA BRITÂNICA DE APARELHOS ORTODÔNTICOS INVISÍVEIS PROCURA DISTRIBUIDORES EM PORTUGAL

A empresa britânica ArchformByte está à procura de um laboratório distribuidor exclusivo para alinhadores transparentes CThru em Portugal. A companhia, que conta com um laboratório em Inglaterra, fabrica alinhadores transparentes Cthru e uma gama de aparelhos ortodônticos, incluindo aparelhos ortodônticos tradicionais (aparelhos fixos e aparelhos removíveis), talas e protetores bucais para desporto. Em declarações à SAÚDE ORAL, a empresa revela que pretende introduzir os alinhadores invisíveis CThru no mercado português até ao final deste ano procurando, por isso, um parceiro que atualmente não ofereça um sistema de alinhadores invisíveis. “Já produzimos o sistema CThru system há mais de seis anos e o nosso sistema é tão eficaz quanto outras marcas líderes, rentável, eficiente, é fabricado na Europa e disponibiliza apoio aos clínicos, que é prestado por técnicos qualificados”, refere a empresa britânica. A empresa revela ainda que pretende encontrar um parceiro em Portugal “que nos ajude com as vendas, com as entregas e com o serviço”, na distribuição do sistema de alinhamentos invisíveis CThru aos ortodontistas em Portugal. Qualquer empresa interessada em se tornar distribuidor exclusivo deve enviar um e-mail para: Pennie Hudson Ward, diretora executiva da ArchformByte: phudsonward@archformbyte.com

DEMOCRATIZAR A SAÚDE ORAL



TERESA RODRIGUES GAGO

- Médico dentista generalista
- N.º OMD 4865

A revisão da Lei de Bases da Saúde constitui uma boa oportunidade para refletir sobre o estatuto da saúde oral no nosso país.

A maior parte da oferta de serviços em saúde oral corresponde, atualmente, à área da Medicina dentária. A insuficiência de médicos dentistas e de estomatologistas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) determina que quem necessita de cuidados de saúde oral tem que recorrer a consultórios privados. Decorre desta insuficiente provisão pública que Portugal tem figurado no top 3 das desigualdades económicas referentes à utilização de consultas de saúde oral, evidenciando um gradiente de utilização conforme os rendimentos (OCDE). A leitura é simples: os mais ricos usam os cuidados de saúde oral, enquanto os menos ricos e quem mais precisa não os usa por dificuldades financeiras. É uma ilustração clara da “*inverse care law*” que Hart descreve como sendo o resultado da sujeição dos cuidados médicos às ditas “forças do mercado”.

Como perguntou António Arnaut aquando do debate sobre a criação dos serviços públicos de saúde: “vamos permitir que subsista o fosso em cujas águas turvas chafurdam os tubarões, entre os privilegiados da sorte e os deserdados da fortuna, entre os pobres e os ricos, entre a cidade e o campo?” (Arnaut, 1979)¹.

Como médicos dentistas do séc. XXI vamos permitir que a saúde oral da população permaneça secundarizada face aos outros cuidados de saúde essenciais?

A separação entre a saúde oral e a saúde geral tem raízes histórico-sociais relacionadas com os processos formativos e de profissionalização, mas não corresponde (obviamente) a alguma separação fisiológica. O indivíduo é uno. Na realidade, esta falta de unidade artificial tem conduzido a uma desvalorização da importância semiológica das estruturas buco-dentárias e à desconsideração dos focos de infeção de baixo grau que múltiplos estudos tentam colmatar demonstrando a bidireccionalidade entre patologia oral e doença sistémica.

Em Portugal o reconhecimento da urgência em prover cuidados de saúde oral à população refletiu-se apenas nas sucessivas ampliações de cobertura do denominado cheque-dentista. Esta estratégia de “voucherização” dos cuidados de saúde, idêntica à que é utilizada em países sub-desenvolvidos (!), fomenta a procura e a utilização de cuidados de saúde, mas não resolve o problema de saúde das populações (Meyer, C. et al, 2011)². De facto, no nosso país, a maior parte da população nem tem direito ao cheque-dentista, nem direito a cuidados de saúde oral acessíveis e financeiramente comportáveis.

Num artigo recente, um estimado colega, considera a possibilidade de criação de “um seguro nacional de saúde oral”. A ideia corresponde ao desenvolvimento de uma proposta antiga onde se propunha um outro modelo de serviço de saúde: um modelo em que o Estado não tinha estruturas ou profissionais de saúde (ou tinha-os apenas de forma residual) e pagava aos privados a realização das prestações de saúde. Era o modelo de “seguro nacional de saúde” onde a universalidade de acesso não estava efetivamente assegurada, embora os interesses lucrativos, sim.

Este modelo comporta diversos problemas: (i) atender-se-ia à generalidade? Ou seja, quais os atos médicos incluídos?; (ii) as famílias teriam que pagar o excedente pelo tratamento (quando somos

dos países com maior despesa realizada pelas famílias)?; (iii) como se asseguraria a não discriminação nos tempos de espera?; (iv) como se conjugaria o pagamento por múltiplos financiadores (o Estado; os seguros de saúde; os sub-sistemas, as famílias)? Prever-se-ia o “*opting-out*”?; (v) Como se faria a fiscalização e regulação quando, de forma irregular, as seguradoras já “oferecem” atos médicos sem assegurar a justa remuneração ao profissional prestador?; (vi) como se impediria o “*dumping*” provocado pelas clínicas “*low cost*” onde os médicos dentistas sofrem de subemprego, com percentagens indignas? (vii) como se asseguraria a qualidade? E, finalmente, (viii) por que motivo o financiador e o prestador podem ser o mesmo quando se trata de grandes grupos privados (ex. FOSUM tem Hospitais e seguros de saúde), mas quando se trata do Estado levantam-se objeções ideológicas?

Em essência o modelo de seguro nacional de saúde oral representaria a generalização das parcerias público-privadas nesta área da saúde. A atratividade é semelhante à da “voucherização” dos cuidados médico-dentários, porém não considera a “sustentabilidade e responsabilidade para com o povo português”. O modelo é mais caro, mais difícil de fiscalizar e o Estado (com os nossos impostos) estaria a permitir a precarização adicional dos médicos dentistas para lucro dos grupos financeiros e das entidades “empregadoras” impedindo, assim, a concretização de uma política de saúde (oral) compreensiva, integrada e multidisciplinar como a população merece e a Constituição prevê. 🌟

NOTAS:

1. Diário da Assembleia da República de 17/05/2017 pp. 2131.

[2] Meyer C, Bellows N, Campbell M, Potts M (2011). The Impact of Vouchers on the Use and Quality of Health Goods and Services in Developing Countries: A systematic review. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.

A MEDICINA DENTÁRIA NOS CENTROS DE SAÚDE



RUI PAIVA

•Médico dentista, OMD 633

•paiva.rui@sapo.pt

“As pessoas têm medo das mudanças. Eu tenho medo que as coisas nunca mudem”
Chico Buarque (artista, músico e compositor)

“Há dias em que me apetece ignorar tudo e todos à minha volta, tal como o mundo inteiro me ignora” (sábia frase roubada a um senhor médico aqui do burgo). Este é um dia desses. No entanto resisto! Resisto a ignorar o lodaçal em que se transformou a Medicina Dentária em Portugal, a dificuldade em rentabilizar investimentos, em manter funcional e atualizada uma pequena clínica privada (a maioria das existentes no nosso país). Resisto em engolir a teoria do sucesso e da excelência (como abomino esta designação de auto-satisfação) que nos é apresentada e que pinta a realidade em cocktails e palestras dos nossos dirigentes entregando prémios de boa colaboração com a palhaçada instituída.

Resisto em aceitar candidamente a prostituição de inúmeros colegas que praticam preços abaixo do custo, convencidos de que essa é a solução para a sua parca capacidade de angariação e fidelização de clientela que lhes assegure rendimentos mínimos, ignorando que nunca na prestação de serviços, essa será a solução. Nem na medicina, nem p.ex. na restauração, nem em área nenhuma de prestação de serviços. Metam uma coisa na cabeça: em todo o mundo se passa assim, a prestação de serviços, entendidos com um ser humano a ajudar outro, é e tem sempre de ser um ato de alto valor em termos de ter de ser respeitado e

valorizado. A banalização desses atos, de prestação de serviços, com a sua consequente desvalorização não leva a nada de bom. Se estiver doente não quero ser tratado por enfermeiros, médicos e auxiliares que estejam subvalorizados, esgotados e desmotivados! Tal como quando vou jantar fora, não quero ser recebido por um empregado mal disposto porque explorado, nem que o meu prato seja preparado por um chef agastado, deprimido ou esgotado por excesso de trabalho sub-remunerado, num restaurante cuja principal preocupação diária seja a de reduzir custos de operacionalidade. A teoria que se se gosta do que se faz, se trabalha horas a mais sem esforço tem limites. Esses limites têm a ver com os anos que passam e com a ausência de rede de segurança quando a vida se revela matreira...

Resisto ainda a pensar que tudo está bem na integração da Medicina Dentária no Serviço Nacional de Saúde. Ao fim de mais de um ano da integração de Médicos Dentistas nos Centros de Saúde seria curioso, útil e honesto que se revelasse o balanço dessa iniciativa (balanço que não fosse feito pelos defensores dessa via...). Previsivelmente não seria ainda demasiado mau, pois supostamente as instalações e equipamentos ainda não terão começado a dar problemas sérios de manutenção e necessidades de substituição que implicassem paragem da atividade dos seus utilizadores diários. Também imagino, ou quero acreditar, que as necessidades primárias de materiais de consumo terão sido satisfeitas de início... Mas que se sabe acerca dos tipos de tratamentos que são realizados nos Centros de Saúde? Recuso-me a acreditar, ou talvez não, que se retrocedam décadas na prestação de cuidados de saúde regressando ao tempo em que “na caixa só arrancam dentes”!

Mas qual é o grau de satisfação dos utentes desses serviços? Qual a eficácia dos tratamentos realizados? Qual o grau de satisfação e realização profissional dos Médicos Dentistas? Qual a sua intenção de

renovar os seus contratos miserabilistas? É que num país ainda falido, em que a dívida vencida dos hospitais públicos não pára de aumentar, tendo subido 1 milhão e 400 mil euros no espaço de apenas um ano (abril 2017 a 2018) difícil se torna crer que haja verbas para sustentar uma consulta de medicina dentária de qualidade pelas centenas de Centros de Saúde do país.

Qual seria então o caminho a seguir num país de 10 milhões de habitantes em que 2 milhões e 400 mil estão em risco de pobreza? Um quarto da população portuguesa estava em risco de pobreza em 2017! Pare-se um pouco para refletir acerca disto! Apesar do rendimento das famílias estar a crescer desde 2013, o risco de pobreza, após transferências sociais, em 2016 continuava a ser de 18,3% contra 19,5% em 2013. Mas se nos fixarmos nesses dados antes de qualquer transferência social, o risco de pobreza em 2016 passa para uns violentos 45,2%!

Quero dizer com isto que não se deve investir na assistência médico-dentária a essa população? Claro que não, pelo contrário! Quero dizer com isto que num país com uma premente e incontornável necessidade de definir prioridades na gestão dos seus recursos, e que opta por salvar em primeiro lugar na sua eminência de naufrágio, não as mulheres e crianças, mas sim os banqueiros e as suas instituições bancárias, os recursos irão inevitavelmente esgotar-se pelo que de nada adianta tentar tapar o sol com a peneira. No caso concreto, de nada vale tentar montar um modelo de assistência médico-dentária de raiz, com todos os seus custos de instalação e manutenção, desbaratando toda uma rede de clínicas e consultórios privados espalhados pelo país fora com esses mesmos custos iguais a zero para o Estado. Uma boa gestão dos recursos públicos levaria qualquer gestor a aproveitar toda essa rede privada para prestar serviços públicos! Tivesse esse gestor sido correta e honestamente assessorado por técnicos qualificados na matéria.

Isto realmente há dias... ●

CONGRESSO SPEMD

A Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária organiza nos próximos dias 12 e 13 de outubro mais uma edição do seu Congresso Anual, desta vez no Centro de Congressos Lagoas Park, em Oeiras. Com um programa multidisciplinar a que já nos habituou, a SPEMD garantiu as presenças de conferencistas nacionais e internacionais nas diferentes áreas da medicina dentária e estomatologia. Como tem sido habitual, o congresso volta a contar com a presença da APHO com a sua reunião de Inverno, bem como ações de formação para Assistentes Dentárias.

<https://www.ond.pt/congresso/2018>

ATUALIZAÇÃO EM GLÂNDULAS SALIVARES

No próximo dia 20 de outubro, a Casa de Saúde da Boavista recebe o evento Atualização em Glândulas Salivares, que junta a teoria com uma componente prática numa área ainda pouco conhecida. Tiago Fonseca, responsável pelo evento, sublinha que “embora as patologias das glândulas salivares possam ser relativamente pouco frequentes em comparação com outras patologias da cabeça e pescoço, a realidade é que acabam por ser transversais a diversas especialidades”. O evento está dividido em duas partes: uma manhã teórica e uma tarde mais prática.

<http://www.csaudeboavista.com/glandulas-salivares/>

CONGRESSO OMD

O 27º Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) realiza-se entre os dias 8 e 10 de novembro, na Exponor. Na edição deste ano, o evento volta a contar com o Alto Patrocínio da Presidência da República. O congresso, que regressa ao Porto, será também o culminar das comemorações do 20º aniversário da Ordem dos Médicos Dentistas que têm passado por vários pontos do país nos últimos meses. Destaque para a presença de oradores como Andrea Ricci (Reabilitação Oral), Anton Sculean (Periodontologia), Cheen Loo (Odontopediatria), Fernando Goldberg (Endodontia), Flávio Ferrari (Ortodontia), Marco Ferrari (Prótese Fixa), entre outros.

<https://www.ond.pt/congresso/2018>



SAÚDE ORAL **SO**

A REVISTA PROFISSIONAL
DE ESTOMATOLOGIA E
MEDICINA DENTÁRIA

Subscriva a nossa
newsletter e conheça
as novidades e
tendências do setor

GESTÃO DA RELAÇÃO E MOTIVAÇÃO DA EQUIPA



DILEN RATANJI

• Diretor-Geral DentBizz Consulting

Sim, um dos maiores dramas nas clínicas de medicina dentária continua o mesmo: a gestão de pessoas. E por que razão é assim tão difícil gerir pessoas? Porque somos todos diferentes, racionais e/ou emotivos, temos opiniões próprias, interpretações distintas sobre a realidade, diferentes motivações e expectativas e, mais interessante ainda, muitas vezes mudamos de opinião ao “sabor do vento”. O que complica tudo.

Os tempos de mudança afectam todas as organizações, seja por motivos de crise, de mercado ou de reorganização, e enfrentar a incerteza pode criar alguma instabilidade nas equipas. Antes de gerir a equipa é importante que o gestor reconheça o seu grau de liderança e de que forma gere o seu stress ou ansiedade. Este reconhecimento é útil e fundamental ser realizado antes de se gerir uma equipa. Depois, é fulcral que o gestor entenda que as pessoas são diferentes e que terá que se relacionar de forma distinta com todos eles, mas potenciando sempre a união e solidariedade no seio da equipa. Estamos a falar de uma gestão empática na

relação com os colaboradores, empatia essa que nasce com as pessoas, mas que também pode ser trabalhada ao longo do tempo.

E como equilibrar a vida pessoal com a vida profissional?

Muitas vezes não conseguimos prever o limite da nossa sanidade mental. Quando ultrapassamos este limite ressentimo-nos mental e fisicamente e colocamos tudo em causa: o nosso trabalho, a nossa família e os nossos amigos. O famigerado *burnout* bate-nos então à porta, consubstanciado numa síndrome de exaustão emocional, despersonalização e perda de realização pessoal. O processo de recuperação pode ser muito lento e penoso, sendo essencial reencontrarmos o equilíbrio, recuperarmos a motivação no trabalho e o bem-estar na vida pessoal. Que dicas podemos considerar para o nosso dia-a-dia?

- Os esgotamentos são uma realidade nos dias de hoje, consequência do trabalho em excesso. Querer alcançar a perfeição pode ser um caminho envenenado, as tarefas são cada vez mais complexas nas clínicas dentárias e podem depender da execução por parte de outras pessoas. Um compromisso razoável será tentar alcançar a excelência em tudo o que se faz, sem sentimentos de culpa por não estar perfeito.
- A tecnologia, com todos os seus benefícios, trouxe também alguns inconvenientes. E um deles é o prolongamento das jornadas de trabalho de forma indefinida, com

a possibilidade de se trabalhar à distância. A tecnologia de *smartphones* estabeleceu como regra a disponibilidade permanente, trazendo um stress acrescido ao quotidiano.

Encontrar um equilíbrio passa por criar algumas regras, como evitar responder a mensagens ou e-mails enquanto gozam algum tempo com a família ou amigos ou não utilizar o telemóvel no quarto antes de dormir.

- Nunca se deve sacrificar o desporto. Com a ansiedade e falta de tempo é comum que se opte por sacrificar o tempo dedicado a atividades desportivas, consideradas como uma forma de lazer e não tanto de prevenção, saúde e bem-estar. As consequências podem ser desastrosas, o desporto em geral tem profundas implicações para o bem-estar físico e psicológico do ser humano. São conhecidos os benefícios do exercício físico na diminuição do stress e aumento das endorfinas no corpo, que proporcionam um melhor estado de espírito e aumento da produtividade. As necessidades humanas variam muito entre indivíduos e também ao longo do tempo. Importa reconhecer que na base da harmonização entre trabalho e vida privada estão presentes os conceitos de realização e de prazer. É um desafio conseguir equilibrar estes conceitos de aparente simplicidade, embora saibamos que a sua aplicação na realidade das clínicas dentárias é sempre de difícil gestão... 🧠

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/

UM LÍDER COM CABEÇA: A NEUROLIDERANÇA EM SAÚDE



VÍTOR BRÁS

- Médico Dentista
- Investigador de NeuroMarketing em Medicina Dentária

Toda a clínica tem uma equipa e não raras vezes (como acontece com quase todas as equipas), estas atuam como alcateias que necessitam dos seus “lobos” alpha, beta e zeta para serem organizadas e motivadas a atingir os seus objectivos. Como tem vindo a ser uma quase moda nos meios académicos, surgiu recentemente mais um campo com o prefixo “neuro”: a Neuroliderança. E no que é que esta nova “NeuroCoisa” lhe pode ser útil na gestão da sua clínica?

É uma redundância dizer que um líder tem de utilizar a cabeça para gerir a equipa. Contudo, a Neuroliderança é algo mais científico e apoia-se em dados de neurociência para acessar em tempo real o cérebro dos restantes membros da equipa e/ou dos seus líderes e conseguir assim encontrar “gatilhos” para tornar a gestão da “alcateia” mais eficaz¹.

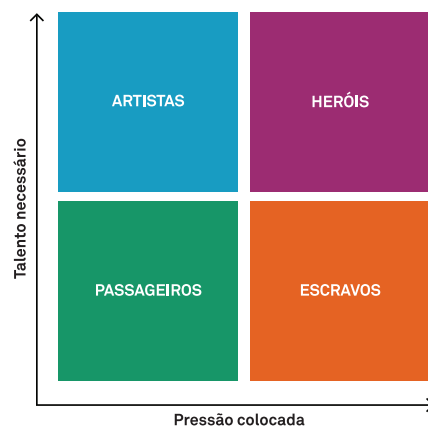
Um líder que queira verdadeiramente atuar como um terá de ter uma personalidade estável e lidar bem com pressão e *stresse*, ao passo que se for propenso a depressões e ansiedade corre o risco de falhar².

David Rock, professor do Instituto de Neuroliderança da Universidade de Nova Iorque, propõe um modelo para implementar estas técnicas: o Modelo PHS (*priorities, habits, systems*)³. Assim, e de acordo com este modelo, o líder terá que começar por informar o staff que

são necessárias mudanças e para isso também novos hábitos; de seguida terá que criar e estabelecer esses mesmos hábitos na organização e terminar com a implementação de sistemas que facilitem a repetição dos hábitos desejados a longo-prazo.

Outros estudos em Neuroliderança de unidades de saúde mostram (com significância estatística) que um estilo de liderança transformacional necessita de um indivíduo com uma inteligência emocional mais desenvolvida⁴.

Gerir pessoas não é algo fácil e passa também por gerir egos, personalidades e talentos. Quando o ‘lobo alpha’ mantém a alcateia feliz isso transparece para fora e afecta os resultados da equipa e a forma como os outros a percebem. A dor física e a dor social (que diz respeito ao sentido de inclusão num grupo, justiça percebida nas críticas efectuadas, anteriores despedimentos, etc.) são processadas nas mesmas regiões cerebrais (o córtex anterior cingulado). Ao contrário da dor física, que é algo que passa, a dor social é recordada mais tempo e pode deixar traumas no colaborador. O líder eficaz terá então que encontrar um bom equilíbrio entre o *skill* e a pressão que coloca no membro da sua equipa⁵. Com isto podemos dividir o rácio pressão/*skill* em 4 categorias:



Adaptado de: Lal L. The neurology of professional performance. *Strateg HR Rev.* 8 de agosto de 2016;15(4):168-73

Passageiros: são aqueles que não têm talento para a função que exercem, mas também têm pouca ou nenhuma pressão por parte dos seus superiores, já os **escravos** sofrem uma elevada pressão do seu líder mesmo não tendo as *skills* adequadas.

Heróis: são a pedra preciosa de todo o líder, aqueles a quem se pode alocar a tarefa mais difícil e uma grande pressão que vão saber corresponder, contudo serão funcionários que rapidamente entrarão em desgaste se mal geridos.

Por tudo isto, é desejável que os seus colaboradores sejam **artistas**, para isso tem de estar ciente das capacidades de cada um e adequar a pressão a que os sujeita; eventualmente alguns poderão ser “heróis” em determinados períodos.

Construa uma equipa feliz num ambiente favorável, as ações de *teambuilding* não podem ser apenas os habituais jantares de Natal, mas sim outro tipo de atividades em grupo para que todos se sintam incluídos na equipa, adequé as tarefas a cada membro e, mais importante, tenha consciência que um líder não é um chefe, mas sim um timoneiro de um barco que quer chegar a bom porto. 🌟

1. Kuhlmann N, Kadgien CA. Neuroleadership: Themes and limitations of an emerging interdisciplinary field. *Health Manage Forum.* 1 de mayo de 2018;31(3):103-7.
2. Furnham A, Crump J. Personality and Management Level: Traits That Differentiate Leadership Levels. *Psychology.* 2015;6(5):549-59.
3. Rock D. A neuroscience-based approach to changing organizational behaviour. *Health Manage Forum.* 1 de mayo de 2018;31(3):77-80.
4. Echevarria Ilia M., Patterson Barbara J., Krouse Anne. Predictors of transformational leadership of nurse managers. *J Nurs Manag.* 1 de diciembre de 2016;25(3):167-75.
5. Lal L. The neurology of professional performance. *Strateg HR Rev.* 8 de agosto de 2016;15(4):168-73.

SPEMD

XXXVIII 2018

Congresso anual

Submissão de trabalhos científicos
até ao dia **3 de agosto**

online em

http://www.spemd.pt/congresso/congresso_2018

12 E 13 OUTUBRO

CENTRO CONGRESSOS LAGOAS PARK

PHOTO: RAUL SANTOS

PRÊMIO DE INVESTIGAÇÃO
SPEMD
SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

EDIÇÃO 2018

**Período de candidaturas
até 8 Agosto 2018**

**Se é sócio da SPEMD
há pelo menos 2 anos concorra**

Prémio no valor de 1.000€€

Regulamento disponível em:

http://www.spemd.pt/investigacao/premio_regulamento



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

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

NSK

CREATE IT.

OFERTA ESPECIAL

JUNHO - JULHO 2018



INSTRUMENTAL ROTATÓRIO



Pana·Max2

Turbinas de Aço Inoxidável
Sem Luz

POTÊNCIA 20W

- Spray Simples
- Substituição do rotor pelo próprio utilizador
- Rolamentos de cerâmica

439€*
~~932€~~



Pack Pana·Max2 M4

2 TURBINAS DO MESMO MODELO

Conexão direta

MODELO **Pana·Max2 M4** CÓDIGO DE PEDIDO **P1154**

S·Max M

Contra Ângulos de Aço Inoxidável
Com Luz

- Corpo em Aço Inoxidável
- Sistema de Cabeça Limpa
- Óptica de Vidro Celular
- Sistema de Push Botton

439€*
~~825€~~



MODELO **M25L** CÓDIGO DE PEDIDO **C1024**

- Velocidade Direta 1:1
- Spray Simples

549€*
~~1.096€~~



MODELO **M95L** CÓDIGO DE PEDIDO **C1023**

- Multiplicador 1:5
- Quatro Sprays

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

* Os preços não incluem IVA • Ofertas válidas a partir de 1 de junho até 31 de julho de 2018 • Ofertas limitadas ao stock existente