

Saúde Oral

BIMESTRAL • N.º 153 • NOVEMBRO/DEZEMBRO 2023 • 8,70EUR



MIGUEL PAVÃO
BASTONÁRIO DA ORDEM
DOS MÉDICOS DENTISTAS

DEFINIR O FUTURO DA MEDICINA DENTÁRIA

VIRGÍNIA SANTOS

“Abrir portas” para uma
valorização profissional
complementar
p.10

**CRISTINA TEIXEIRA
E HELENA AGOSTINHO**

Ortodontistas debatem perigos
da mercantilização da saúde
p.27

**TIAGO NASCIMENTO
BORGES**

Uma visão crítica da formação,
do acesso e exercício da profissão
p.42

Implantes dentários sem Peri-implantite

Estudo a longo prazo com o sistema de implantes dentários Patent™ de 2 peças*



Estudo independente a longo prazo de **5 a 12 anos** com pacientes com os implantes dentários Patent™ de duas peças. Mais informações em www.mypatent.com

* Karapatakis S, Vegh D, Payer M, Fahrenholz H, Antonoglou GN.

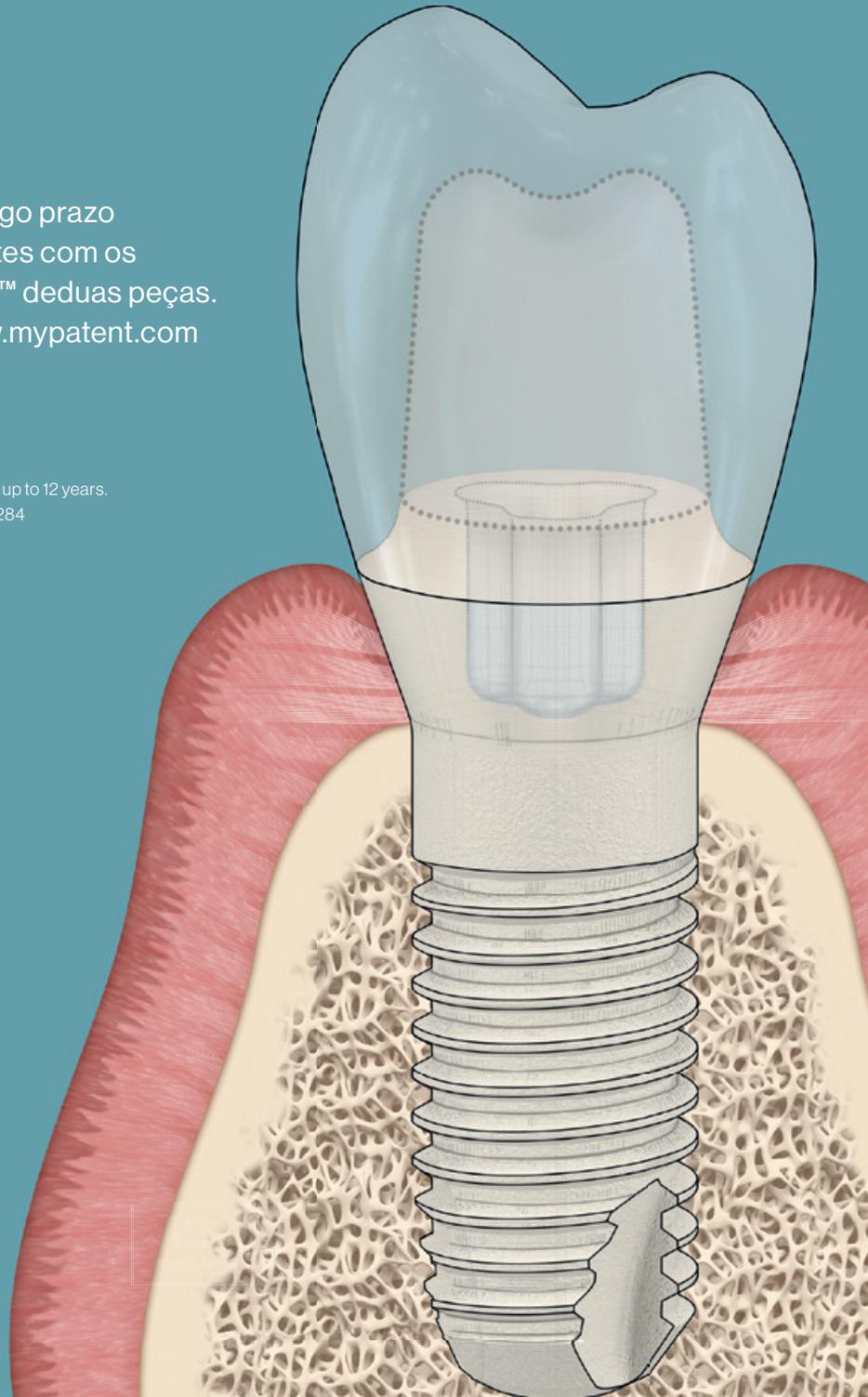
Clinical performance of two-piece zirconia dental implants after 5 and up to 12 years. Int J Oral Maxillofac Implants 2023;38:1105–1114. doi: 10.11607/jomi.10284



Zircon Medical Management AG

Suiça | Tel. : +41 44 552 84 54

mariammanuel.ferreira@zircon-medical.com





"A VIRTUDE E A FORÇA DA OMD RESIDEM NA SUA CREDIBILIDADE"

SESSÃO DE ABERTURA DO 32.º CONGRESSO DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

Tempos de incerteza - "novas mudanças e novas dúvidas"

Chegados ao fim de 2023, a revista Saúde Oral preenche a sua edição com destaque maior ao evento magno da classe, o Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas. Acompanhámos *in loco* o congresso, trazendo os pontos de vista dos vários intervenientes sobre matérias que foram muito para além da ciência e da medicina dentária. Várias sessões anteciparam os desafios que se aguardam face à conjuntura política que vivemos e à importância de planeamento estratégico no contexto da saúde oral pública e ao adequado enquadramento da profissão. Como manifestou Miguel Pavão, na sessão de abertura, perspetivam-se "novas mudanças e novas dúvidas".

Algumas preocupações comuns também se espelharam no XXIX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ortodontia (SPO). Atendendo à atual abordagem "do it yourself" na área da Ortodontia, a presidente da SPO, Helena Agostinho defende que "a resposta ao mercantilismo em algumas áreas da saúde é a formação cada vez mais diferenciada e a união das classes profissionais".

Contudo, para os jovens médicos dentistas o cenário presente e futuro mostrar-se incerto e pouco animador. Em entrevista, Tiago Nascimento Borges manifesta as dificuldades e o "grito de pedido de ajuda por parte dos colegas".



PUBLICIDADE EM SAÚDE OS DIFERENTES PONTOS DE VISTA SOBRE OS LIMITES DA PUBLICIDADE



TURISMO EM SAÚDE COMO RESPONDER À DEMANDA INTERNACIONAL?



"NÃO SOMOS 'ALINHODONTISTAS', SOMOS ORTODONTISTAS" JOÃO PATO APRESENTOU CASOS DE SUCESSO NO CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTODONTIA

Saúde Oral

Edição: News Farma (www.newsfarma.pt), Av. Infante D. Henrique, 333 H, 37, 1800-282 Lisboa, +351218504065, newsfarma@newsfarma.pt.
Diretora: Catarina Jerónimo. **Equipa Editorial:** Andrea Fonseca, Andreia Pereira, Beatriz Pina, Catarina Jerónimo, Débora Almeida, Gonçalo Martins, Katia Mesquita, Rita Asseiceiro. **Direção Comercial:** Sónia Coutinho (soniacoutinho@newsfarma.pt). **Colaboradores:** Cláudia Brito Marques, Cláudia Pinto, Rita Vassal, Sara Pelicano. **Conselho editorial:** António Vasconcelos Tavares, 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
Periodicidade: Bimestral. **Tiragem:** 6.500 exemplares. **Impressão:** Jorge Fernandes, Lda. Depósito Legal: 125087/98. ISSN: 0873-3945
Publicação isenta de Registo na ERC ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 09/06, artigo 12.º n.º 1A.

Discutir e definir o futuro da Medicina Dentária

É o ponto de encontro anual entre colegas. Este ano, durante os três dias do Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), debateram-se vários temas, mas o foco principal esteve na prevenção. Na sessão de abertura, foram vários os desafios elencados.

Texto: Cláudia Pinto

Na sessão de abertura do 32.º Congresso da OMD, realizado entre 9 e 11 de novembro, foram muitas as mensagens sobre o caminho do trabalho já realizado e de estímulos para o futuro. O papel que a OMD tem desempenhado na defesa da profissão ao longo da sua existência e na promoção da Saúde Oral em Portugal foi enaltecido por alguns dos oradores.

“Este é um congresso de regresso a casa”, afirmou António Cabral, presidente da Comissão Organizadora, reforçando que este foi o ano em que a OMD retomou a total normalidade dos seus eventos, num ano marcado pela comemoração dos seus 25 anos de atividade. “Numa altura em que a inovação tenta acompanhar o ritmo alucinante do mundo, sem perder o foco no objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, dedicamos o programa deste Congresso à prevenção, tema atual, mas de enorme impacto para o futuro de todos.”

Da abordagem preventiva aos tratamentos em Medicina Dentária, houve lugar para conferências, fóruns de discussão, através de um programa de excelência e abrangente, num evento que se dividiu entre três grandes auditórios, duas salas de workshop e cinco aulas de *hands-on*. O tema deste congresso constituiu o mote para podermos olhar de perto para as políticas de Saúde Oral e os cuidados de saúde primários. “Existem mais de seis mil clínicas e mais de 13 mil médicos dentistas em Portugal. No entanto, o aumento do número de médicos dentistas no nosso País não é proporcional ao aumento do índice de Saúde Oral dos portugueses”, afirmou António Cabral.



Se, por um lado, o tratamento das doenças orais é da exclusiva responsabilidade de profissionais de saúde, a prevenção requer a atenção especial do poder político, salientou o presidente da Comissão Organizadora. E isto consegue-se “através do incentivo a programas de prevenção e literacia junto da sociedade”. Essa é uma preocupação de toda a classe.

Com olhos postos no futuro, a classe denota que as doenças orais “representam um grave problema de saúde em muitos países, com afetação da qualidade de vida e longevidade da população, com tratamentos dispendiosos e que, geralmente, não fazem parte da cobertura universal de saúde, estando-lhes apertado o acesso pelos mais desfavorecidos”, afirmou António Mata, presidente da

Comissão Científica da OMD. A Ordem recomenda, por esse motivo, “a mudança do paradigma tradicional interventivo de cura para abordagens preventivas que incluam a promoção da Saúde Oral, contando, para tal, com a sensibilização dos governantes e subsequentes aumentos da contribuição dos orçamentos de Estado para a Saúde Oral”.

Considerando a importância desta agenda, a Comissão Científica tem escolhido, a cada ano, “um tema-chave que sirva de fio condutor e agregador de todo o programa”. António Mata acrescentou que o trabalho da comissão não se esgota neste evento. “Muitos são os pareceres que elaboramos, muitas são as tarefas que somos chamados a satisfazer. Estamos envolvidos em inúmeras atividades.”

DESAFIOS EM TEMPOS DE INCERTEZA

Na sessão de abertura, o bastonário da OMD, Miguel Pavão, recordou alguns dos principais protagonistas da criação da Ordem profissional que sucedeu, em 1998, à Associação Profissional dos Médicos Dentistas. “Estamos há muito mais de 25 anos a dar provas, ao País e aos sucessivos governos, da nossa determinação, na defesa intransigente do interesse público.”

Crítico relativamente ao sucessivo “desinteresse e insensibilidade dos políticos”, afirmou que a OMD avançou à sua própria “custa”, arriscando “capitais próprios para dotar Portugal de uma rede de clínicas bem apetrechadas e capazes de assegurar a qualidade na prestação de serviços médicos, mesmo nas zonas mais remotas do País e em situações de catástrofe”. São exemplo disso, o desastre de Alcáçova, de Pedrogão Grande e a recente pandemia de 2019, durante a qual, muitos dos dentistas “estiveram ao serviço da linha SNS 24 ou nos rastreios colaborativos da pandemia”.

Os tempos de incerteza – a nível político e não só – que vivemos significam “novas mudanças e novas dúvidas”, assinalou o bastonário. E o Congresso da OMD foi o espelho dessa realidade. “A virtude e a força da OMD residem na sua credibilidade, na coerência e na aposta pela qualidade.” Fazendo um balanço de todas as lutas que a OMD assumiu, Miguel Pavão destacou “o ativo empenho no combate a um conjunto de instituições que atuam na área de Medicina Dentária e que são dirigidas e detidas por quem não é profissional de saúde ou do setor prestando serviços numa lógica puramente mercantilista, as quais constituem uma preocupação crescente”.

Referindo-se a números concretos de uma classe que contribui para a saúde, mas também como “agente de pobreza numa perspetiva económica e de produtividade”, o bastonário enfatizou “a existência de mais de seis mil clínicas de Medicina Dentária que empregam 18 mil trabalhadores diretamente, gerando um valor anual superior a mil milhões de euros. 92% de estas clínicas dentárias são microempresas, nas quais os médicos dentistas assumem e devem assumir um papel cimeiro e destacado”. A existência de mais de 13 mil dentistas ativos, já



O AUMENTO DO NÚMERO DE MÉDICOS DENTISTAS NO NOSSO PAÍS NÃO É PROPORCIONAL AO AUMENTO DO ÍNDICE DE SAÚDE ORAL DOS PORTUGUESES” ANTÓNIO CABRAL

referido anteriormente, significa um rácio preocupante, destacou: “Existe um médico dentista para 814 habitantes, número que se agrava ano para ano”.

Os dados do Barómetro da OMD acentuam ainda mais este cenário de dificuldades na profissão verificando-se que, “em 2022, 36% dos portugueses não visitaram o médico dentista e que 13% dos cidadãos de classes sociais mais baixas e de maior idade nunca foi – ou nunca vai – a uma consulta de Medicina Dentária”. As duas principais razões apontadas para esta falta de atenção aos cuidados de Saúde Oral, adiantou Miguel Pavão, são as limitações económicas e o não reconhecimento das necessidades por falta de literacia. “Temos um desafio gigante pela frente e que se deve, em grande parte, à ausência de investimento nas políticas de Saúde Oral ao longo dos anos.”

Na sessão de abertura, o bastonário da OMD referiu ainda duas importantes matérias que sofreram evoluções significativas em 2023, nomeadamente o Relatório de Saúde Oral no SNS | Saúde Oral 2.0, realizado pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no qual se traçaram as linhas orientadoras para a devida integração dos médicos dentistas no SNS, aproveitando a reforma do sistema e criação das novas Unidades Locais de Saúde (ULS). Não menos importante, a reformulação e revitalização do programa cheque dentista tem vindo a ser trabalhada pela Secretaria de Estado da Promoção da Saúde, pela Direção Geral da Saúde e pela OMD, prevendo a possibilidade de valorização do cheque-dentista e a criação de novos cheques-dentista dedicados à prevenção e à reabilitação oral.



MANUEL PIZARRO MARCA PRESENÇA

No final da sessão de abertura, Miguel Pizarro, ministro da Saúde [atualmente em gestão], confessou que as circunstâncias em que ocorreu a sua presença eram particulares, tendo em conta a demissão do primeiro-ministro António Costa dois dias antes de o Congresso ter início. “Gostaria de transmitir uma mensagem de confiança porque estou convencido de que a democracia encontrará uma solução para a crise política que estamos a viver.” Afirmando que o esforço que tem sido feito ao nível da Saúde Oral não tem sido displicente, reforçou que é preciso interrogar porque é que “quase metade da população não procurou cuidados de Saúde Oral durante quase um ano inteiro quando temos uma absoluta consciência que há, nesta matéria, uma estratificação socioeconómica que impele a uma ação de proteção dos mais desfavorecidos, e que não procuram esses cuidados por não terem capacidade económica de a eles acederem”.

Manuel Pizarro concluiu com três prioridades que o País deve continuar a afirmar na área da Medicina Dentária: a revalorização do cheque-dentista; a presença da Saúde Oral no SNS e a inserção de médicos dentistas no SNS porque “os gabinetes de Saúde Oral só podem funcionar se tiverem profissionais habilitados para tal. As condições em que muitos desses profissionais têm sido contratados não nos permitem afirmar que correspondem ao padrão de dignidade e de diferenciação que a profissão tem”.

Colocar a prevenção no cerne da intervenção dos médicos dentistas

Em entrevista à Saúde Oral, o Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e presidente do 32.º Congresso da OMD, após a sessão de abertura deste evento, comentou alguns dos pontos positivos e negativos do Barómetro da Saúde Oral, destacando a prevenção e “responsabilidade individual pela saúde” como um fator imperativo para a designada “sustentabilidade do sistema de saúde”. Apelando, aliás, à valorização da prevenção na abordagem formativa e médica da atividade. Esta foi a pedra de toque de uma conversa na qual Miguel Pavão atenta para as atuais circunstâncias da carreira, entre outros tópicos que se entrelaçam com mote do evento, que se realizou na égide “Abordagem preventiva em medicina dentária”.



Miguel Pavão

• Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e presidente do 32.º Congresso da OMD

Apesar do saldo positivo verificado, ao nível da prevenção, há um indicador que preocupa Miguel Pavão ao se verificar a redução da frequência de crianças com menos de seis anos que visitam o médico dentista, o que poderá ter consequência ao nível da carga futura da doença. Nesse sentido, a OMD tem trabalho para revitalizar o

cheque-dentista numa vertente de prevenção e de intervenção numa fase inicial dos jovens”.

E sublinhando o mote do Congresso, o Bastonário da OMD aponta ainda a necessidade de ajuste dos programas das escolas médicas na formação ao nível da prevenção, notando, complementarmente, a valorização da preven-

ção no modelo de negócio da atividade profissional. E essa valorização da prevenção deve também ser apoiada “pelo próprio subsistema de saúde”, notando “seguradoras que têm tabelas de comparticipação, onde muitas vezes verificamos que os valores de atos preventivos nem sequer são valorizados ou remunerados”.

E considerando a efeméride dos 25 anos da OMD, ao se observar as circunstâncias e precaridade sentida na carreira em Medicina Dentária, o Bastonário reafirma a necessidade da adequação dos *numerus clausus*, onde a Ordem apela que a qualidade deve ser assegurada em detrimento da quantidade. E a qualidade deve ser apurada. E nesse sentido, “temos vindo a trabalhar com a Agência de Acreditação de Avaliação do Ensino Superior, apelando para tal. E que, pela regularização e pela redução desses números, se possam depois adequar políticas públicas de Saúde Oral”, reiterou.



ASSISTA À ENTREVISTA
EM VÍDEO

Após a colocação de implantes de zircónia Patent

Estudo prospetivo com *follow-up* de nove anos não documentou nenhum caso de peri-implantite

Roland Glauser esteve em Portugal para ministrar o curso *hands-on*, intitulado “Procedimentos cirúrgicos e protéticos inteligentes usando implantes de zircónia Patent”, que foi inserido no programa do 32.º Congresso da OMD (9 de novembro). Numa entrevista concedida à Saúde Oral, o formador deste curso, que acumula uma longa experiência na área da investigação dos implantes de zircónia Patent, destacou as vantagens desta opção.

“Os médicos dentistas são treinados para colocar os implantes de forma a que os tecidos circundantes se mantenham saudáveis”, começou por afirmar Roland Glauser, que foi o formador do curso *hands-on*, intitulado “Procedimentos cirúrgicos e protéticos inteligentes usando implantes de zircónia Patent”, inserido no programa do dia 9 de novembro. Não obstante, o presidente do Conselho Científico da Sociedade Suíça de Implantologia Oral revela que, nos últimos 10 a 15 anos, “a geometria dos implantes” tem sido cada “vez mais agressiva” – “com maior compressão do osso e compromisso do interface osso-implante” –, verificando-se, por isso, que a colocação dos implantes está associada a “efeitos secundários a longo prazo”. “Com este curso o objetivo foi transmitir aos participantes como colocar este implante, em particular, de forma automática”, algo que, segundo Roland Glauser, envolve “baixo torque, um reduzido trauma cirúrgico” e a utilização de um “menor número de componentes ou instrumentos adicionais”.

“Este implante não possui parafusos, pelo que, assim que o implante [Patent] está integrado, é colocado o pilar de fibra de vidro, que é moldado e sobre o qual é colocada a coroa”, explicou Roland Glauser, acrescentando que, ao longo dos últimos anos, foi desenvolvida “investigação biológica” com o objetivo de

“documentar e demonstrar os benefícios deste novo conceito de implantes”.

Quanto às principais vantagens dos implantes de zircónia da Patent, Roland Glauser menciona que estes permitem “uma rápida cicatrização, nunca antes vista”. “Todos os implantes concorrentes, independentemente de serem de zircónia ou titânio, não permitem uma cicatrização tão rápida”, sobretudo nas primeiras semanas após a sua colocação. Adicionalmente, com este tipo de implantes não existe a necessidade de “alterar qualquer componente neste nível delicado de interface entre o osso e tecido conjuntivo”. “Não existem quaisquer pilares, componentes adicionais ou parafusos neste ‘nível delicado’. Trata-se, portanto, de um implante com duas peças, que, do ponto de vista cirúrgico, necessita de algumas adaptações, mas que, do ponto de vista biológica, é o caminho que devemos seguir.”

Prestes a completar 20 anos de seguimento – já que os primeiros implantes de zircónia Patent® foram colocados em 2004 – esta tecnologia tem sido alvo de vários estudos clínicos, um dos quais, com uma duração de nove anos, atesta o sucesso destes implantes a longo prazo. Por comparação aos implantes convencionais de titânio, com os implantes de zircónia não foram reportados casos de peri-implantite ao longo dos nove anos de *follow-up* do estudo prospetivo, que foi publicado por Giulia Brunello, em 2022, no *Clinical Oral Implants Research*.



Roland Glauser

• Presidente do Conselho Científico da Sociedade Suíça de Implantologia Oral



ASSISTA À ENTREVISTA
EM VÍDEO

Investimento na especialização: treino e entusiasmo

Professora na Faculdade de Medicina Dentária, da Universidade Internacional da Catalunha, Sandra Fernández-Villar partilhou a sua perspetiva quanto às novas correntes de formação e desenvolvimento profissional em Medicina Dentária. Advogando a especialização, sublinha que esta faz sentido na visão interdisciplinar da Medicina Dentária geral. Considerando que o conhecimento requer tempo, às gerações em formação aconselha treino e entusiasmo.



Sandra Fernández-Villar

• Professora na Faculdade de Medicina Dentária, da Universidade Internacional da Catalunha

Enveredar por uma carreira em Medicina Dentária é um processo de formação continuada ao longo do percurso profissional, afirma a académica Sandra Fernández-Villar. A conciliação entre a prática clínica, formação e treino pode ser exigente, mas para resolver esta equação a profissional sublinha a importância da aprendizagem proporcionada com as questões que surgem na prática quotidiana do consultório. “Mesmo que por 10 minutos, estas pequenas oportunidades ajudam-nos a crescer pessoal e profissionalmente”. E acrescenta que, hoje, existe uma variedade muito grande de modelos de formação, que se adaptam às necessidades de cada um: treino online, cursos modo presencial, em conjunto, com aulas online, cursos intensivos, ou treino mais prolongado, assim como programas de formação pós-graduada. O recurso do digital na formação dos profissionais trouxe vantagens, tais como a possibilidade de visualizar os tratamentos e melhor os critérios de qualidade, além de facilitar o seguimento dos protocolos. Do lado do paciente, estas ferramentas permitem que este compreenda melhor o tratamento e possa participar nas opções de tratamento. Contudo, é de reconhecer, que o digital exige a sua curva de aprendizagem e que as ferramentas tecnológicas ficam obsoletas com mais rapidez, hoje em dia.



A CONCILIAÇÃO ENTRE A PRÁTICA CLÍNICA, FORMAÇÃO E TREINO PODE SER EXIGENTE, MAS PARA RESOLVER ESTA EQUAÇÃO A PROFISSIONAL SUBLINHA A IMPORTÂNCIA DA APRENDIZAGEM PROPORCIONADA COM AS QUESTÕES QUE SURGEM NA PRÁTICA QUOTIDIANA DO CONSULTÓRIO



ASSISTA À ENTREVISTA
EM VÍDEO

UIC
barcelona

2022-2023
Rankings for
best Faculties
of Dentistry

National
rankings:
CYD, 1st position
El Mundo, 2nd position

International
ranking:
QS, 2nd national
position
Shanghai Ranking,
3rd national position

Faculty of Dentistry.

Discover your faculty
for life-long learning.

**Masters, Postgraduates and
Continuing Education**

Universitat Internacional de Catalunya
Sant Cugat Campus

T. +34 935 042 000



uic.es/dentistry

Competências setoriais da OMD

“Abrir portas” para uma valorização profissional complementar

A coordenadora do Grupo de Trabalho das Competências Setoriais da Ordem dos Médicos Dentistas, Virgínia Santos moderou a sessão dedicada à temática, na secção “Na Ordem do Dia”, do Congresso da OMD, no dia 9 de novembro. Atualmente, as propostas de regulamentos de cada uma das competências estão sob avaliação do Conselho Diretivo da OMD, prevendo-se passar, em breve, a consulta pública.



Virgínia Santos

• Coordenadora do Grupo de Trabalho das Competências Setoriais da Ordem dos Médicos Dentistas

Como recorda a médica dentista e também coordenadora da Comissão Constitutiva da Competência Setorial de Harmonização Orofacial, o surgimento deste projeto de competências setoriais resulta de um inquérito realizado pela OMD em 2019 para conhecer junto dos seus membros quais seriam as áreas “complementares à Medicina Dentária convencional”, que faria sentido expandir ao nível de valorização. Em resposta, a comunidade da Medicina Dentária elegeu “12 competências setoriais, e 11 delas estão em regulamentação”, tendo sido, nesta sessão do congresso, explanadas pelos respetivos coordenadores.

E à questão: o que é uma competência setorial? Como esclarece Virgínia Santos trata-se de uma “área de atuação complementar à Medicina Dentária convencional, mas ainda assim no seu âmbito funcional”, aumentando assim o leque de atuação dos médicos dentistas. “Este abrir de portas”, como caracteriza Virgínia Santos é também uma manifestação da evolução do que é atualmente a Medicina Dentária.

O trabalho desenvolvido pela comissão de acompanhamento propõe-se a regulamentar o que será o acesso geral a estas competências e proporcionar “ferramentas para que cada área seja regulada pelos seus regulamentos específicos”, fazendo a ponte entre cada uma das áreas e o Conselho Diretivo.

Uma valorização profissional, validada pela OMD, é a grande mais-valia da atribuição destas competências a quem cum-

UMA VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL, VALIDADA PELA OMD, É A GRANDE MAIS-VALIA DA ATRIBUIÇÃO DESTAS COMPETÊNCIAS A QUEM CUMPRIR OS REQUISITOS NECESSÁRIOS, ENUNCIADOS POR VÍRGÍNIA SANTOS, TAIS COMO ANOS DE EXPERIÊNCIA, CASOS CLÍNICOS, FORMAÇÃO ESPECÍFICA

prir os requisitos necessários, enunciados por Virgínia Santos, tais como anos de experiência, casos clínicos, formação específica. Assim, trata-se uma importante informação para os pacientes e população que precisa serviços de Medicina Dentária diferenciados, aquando do momento selecionar o profissional de saúde que pretende consultar.



ASSISTA À ENTREVISTA EM VÍDEO

O que esperar do futuro da regeneração óssea e pulpar

Pedro Sousa Gomes e Diana Sequeira estiveram no 32º Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) para falar das inovações em Medicina Dentária, nomeadamente no campo da regeneração óssea e da regeneração do tecido pulpar, que prometem melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes.

Texto: Rita Vassal

O encontro *major* dos dentistas nacionais incluiu no programa um segmento dedicado às inovações em Medicina Dentária, no qual foi incluída a palestra de Pedro Sousa Gomes, médico dentista, professor catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e também investigador da Unidade de Investigação LAQV/REQUIMTE. O orador dedicou a sua intervenção ao tema “Medicina Dentária regenerativa: da ficção à realidade - Avanços na regeneração óssea para aplicações em Medicina Dentária” e começou por lembrar que o tecido ósseo “tem a particularidade de cicatrizar e de se regenerar de uma forma extremamente eficaz”, num processo biológico já descrito e amplamente conhecido pelos especialistas, nomeadamente o que ocorre no microambiente oral.

Ainda assim, apesar de ser um dos poucos tecidos do organismo que tem uma capacidade regenerativa rápida e capaz de recuperar uma estrutura que se julgava perdida, existem situações em que o processo regenerativo pode ser acelerado. Em primeiro lugar, porque o especialista pode entender ser necessário dar ainda mais velocidade ao processo de regeneração e, em segundo lugar, pode existir essa necessidade perante situações de defeitos críticos, ou seja, “defeitos que, pelo seu tamanho [entre dois a quatro centímetros] não têm a capacidade isolada e autónoma de se regenerar”, explicou o professor universitário.

Nesse processo, os profissionais podem recorrer às estratégias tradicionais de regeneração óssea, nas quais se incluem quatro abordagens distintas: a utilização



Pedro Sousa Gomes

• Médico dentista, professor catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e também investigador da Unidade de Investigação LAQV/REQUIMTE



IDEALMENTE, OS MATERIAIS DE REGENERAÇÃO ÓSSEA DEVEM SER BIODEGRADÁVEIS E [DEVEM] DEGRADAR-SE NUMA TAXA SIMULTÂNEA COM A DO CRESCIMENTO DE TECIDO PARA NÃO TERMOS ESPAÇOS VAZIOS”

PEDRO SOUSA GOMES

de osso autógeno (próprio indivíduo) que é considerado o *gold standard* atual do processo regenerativo, o uso de osso alo-génico (de um indivíduo da mesma espécie, mas geneticamente diferente), de osso xenogénico (derivado de outra espécie) e o recurso a materiais aloplásticos ou sintéticos, entre os quais se incluem os bio-cerâmicos, os metais e ligas metálicas, os polímeros e os compósitos.

Contudo, começam a ser desenhadas estratégias inovadoras para a regeneração óssea “com o objetivo de superar o *gold standard* e regenerar mais ou mais rápido”. O orador apresentou algumas estratégias inovadoras que es-



tão a ser aplicadas em ensaios clínicos em humanos, já aprovadas ou em processo de aprovação, que poderão ser usadas no âmbito da regeneração do tecido ósseo na prática clínica num futuro muito próximo. Essas estratégias podem ser subdivididas em três grandes grupos: o primeiro associado aos materiais inovadores, ou seja, a formas de melhorar os materiais hoje utilizados, o segundo é a associação desses materiais inovadores a moléculas bioativas – nomeadamente a fatores de crescimento que consigam melhorar e acelerar a resposta biológica – e o terceiro passa por juntar células a estes materiais para se obter resultados regenerativos ainda mais eficazes.

No campo da melhoria dos materiais utilizados atualmente “estamos a falar de *scaffolds*, ou seja, de estruturas tridimensionais porosas que facilitem a adesão celular dos osteoblastos e que se degradam de uma forma sincronizada com o processo de formação óssea”, explicou o orador. Neste âmbito, o processo pode passar pela melhoria das propriedades mecânicas destes materiais, pela otimização da sua arquitetura e porosidade e pelo controlo da biodegradação desses mesmos mate-

riais, já que “idealmente, os materiais de regeneração óssea devem ser biodegradáveis e [devem] degradar-se numa taxa simultânea com a do crescimento de tecido para não termos espaços vazios”, explicou Pedro Sousa Gomes.

A possível quarta abordagem neste ponto passa pela otimização das propriedades de superfície dos materiais e a quinta possibilidade em estudo passa pelo desenvolvimento de biomateriais inteligentes, “um conceito relativamente novo que assenta na capacidade de um material responder a um estímulo do organismo”.

As novidades neste campo estão igualmente associadas a novas estratégias de produção de materiais, onde a impressão 3D – de materiais cerâmicos, ligas metálicas, polímeros e compósitos - tem já um papel importante na prática clínica e já se está a avançar para a impressão 4D, que associa os conhecimentos da técnica de 3D aos chamados materiais inteligentes.

No segundo grupo das novas estratégias de regeneração óssea encontra-se, então, a utilização moléculas bioativas, que se divide, essencialmente, em duas linhas de trabalho: os fatores de crescimento/péptidos da matriz extra-

celular e as pequenas moléculas que modulam as vias de sinalização. No que concerne aos primeiros “a abordagem mais conhecida assenta na utilização das proteínas morfogénicas, as BMP”, usadas em clínica deste 2013 com efetividade demonstrada, embora com efeitos adversos significativos. Outro fator de crescimento utilizado é o PDGF-BB [*platelet derived growth factor B*], que tem uma efetividade biológica elevada na indução da osteogénese e angiogénese e uma biossegurança elevada.

O orador destacou ainda as potencialidades da PTH, uma hormona determinante na regulação fisiológica do metabolismo do cálcio e fosfato que é utilizada no tratamento da osteoporose, e também do anticorpo monoclonal romosozumab, utilizado igualmente com eficácia na osteoporose.

No último grupo de abordagens inovadoras à regeneração – a combinação de materiais com células – completa-se a “tríade de engenharia de tecidos que assenta na estrutura de um biomaterial, fatores bioativos e a colonização por células precursoras com o objetivo de favorecer o processo regenerativo”, explicou o especialista, frisando que as células utilizadas em quase todos os ensaios clínicos neste campo “são células estaminais mesenquimais”. Clinicamente, as que têm mais utilidade são as células do estroma da medula óssea [BMSC] e “está demonstrado que a sua presença, quando injetadas ou associadas ao biomaterial, contribui de forma eficaz para o aumento do processo regenerativo”, além de terem capacidade de reduzir o processo inflamatório.

Mais tarde foram também descobertas as células do tecido adiposo [ADSC], que são facilmente acessíveis e multipotentes, e nos ensaios clínicos têm demonstrado capacidade de regeneração. A terceira hipótese que está a ser avaliada em estudos são as células do perióstio [PMSC] que, naturalmente, já costumam ser recrutadas para o processo regenerativo do tecido ósseo e que tem uma grande capacidade de resposta a estímulos osteogénicos.

Uma última estratégia abordada pelo orador foi o *bioprinting*, uma técnica de impressão 3D que permite combinar os polímeros com células para criar uma biotinta na forma de hidrogel. “Ainda não há ensaios clínicos, mas é uma técnica para no futuro estarmos atentos”, rematou.

O FUTURO DA REGENERAÇÃO DO TECIDO PULPAR CADA VEZ MAIS PRÓXIMO

A segunda palestra neste segmento esteve a cargo de Diana Sequeira, médica dentista, professora auxiliar de Endodontia na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e investigadora do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias (CIROS) e do Centro Neurociências e Biologia Celular (CNC) da mesma universidade, cujo tema da intervenção foi “Medicina Dentária regenerativa: da ficção à realidade - Regeneração total do tecido pulpar”.

Os tratamentos regenerativos convencionais na Endodontia, quando bem aplicados, “apresentam taxas de sucesso elevadíssimas”, começou por frisar a especialista. Todavia, lembrou também, após a execução desta técnica “vamos estar perante um dente que perdeu a sua vitalidade o que, por si só, vai aumentar a sua fragilidade e o seu índice de suscetibilidade à fratura pela perda da resposta imunológica e da função proprioceptiva do dente, que fica muito mais sujeito a reinfeção”, além de que esta estratégia não está indicada para o tratamento de dentes com ápice imaturo.

Foi para colmatar este cenário, apareceu a apexificação, o tratamento de primeira linha para os dentes imaturos, mas, apesar dos avanços, “esta técnica não induzia o crescimento radicular nem a maturação, com o aumento da espessura das paredes radiculares, do dente imaturo” e é nesse seguimento que aparecem os tratamentos endodônticos regenerativos.

Segundo Diana Sequeira, os tratamentos endodônticos regenerativos vieram permitir “o grande objetivo da Endodontia,



Diana Sequeira

• Médica dentista, professora auxiliar de Endodontia na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e investigadora do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias (CIROS) e do Centro Neurociências e Biologia Celular (CNC) da mesma universidade



ESTA TÉCNICA AINDA NÃO É APLICADA EM PRÁTICA CLÍNICA, MAS APRESENTA ALGUMAS VANTAGENS, NO SENTIDO EM QUE TEMOS REALMENTE A REGENERAÇÃO TOTAL DA POLPA COM TECIDO EM TUDO SEMELHANTE AO ORIGINAL, O QUE PERMITE, A LONGO PRAZO, TER UMA MAIOR PRESERVAÇÃO DO DENTE NATURAL E UM AUMENTO DA QUALIDADE DE VIDA”

DIANA SEQUEIRA

ou seja, que um dente inicialmente com paredes curtas e frágeis possa continuar o seu desenvolvimento, a sua maturação, aumentando de comprimento e espessura de forma a tornar o prognóstico muito mais favorável”.

O primeiro tratamento a ser aplicado na prática foi a revitalização, corria o ano de 1961, e “foi o primeiro grande passo dos tratamentos endodônticos regenerativos”, frisou a especialista. A revitalização veio permitir o tratamento de dentes imaturos, o preenchimento de espaço canal com tecidos vitais, a maturação radicular, em suma, apostava na reparação da polpa. Só que o grande objetivo em Endodontia “era conseguir uma regeneração e não propriamente uma reparação” e para atingir esse objetivo surgiu a técnica “que muitos de nós já aplicamos no nosso dia a dia clínico, a terapia pulpar vital, que promove a regeneração pulpar integral, mas parcial, de uma pequena parte da polpa e está indicada no tratamento não só de dentes imaturos, como tínhamos até agora, mas também no tratamento de dentes maduros diagnosticados com pulpíte irreversível”, frisou a oradora. O protocolo de regeneração desta técnica

passa por remover a parte da polpa inflamada e pela deposição de um biomaterial, concluindo com uma restauração definitiva.

E se a técnica que implica uma remoção parcial do tecido pulpar já chegou aos consultórios de Medicina Dentária, Diana Sequeira abordou as possibilidades terapêuticas da remoção total do tecido pulpar completo da câmara pulpar. O sucesso desta técnica foi documentado no artigo *Vital Pulp Therapy in Permanent Mature Posterior Teeth with Symptomatic Irreversible Pulpitis: A Systematic Review of Treatment Outcomes* publicado por João Miguel Santos *et al*, no qual se apurou uma taxa de sucesso que pode variar entre os 79% e os 90%. Além disso, este trabalho veio demonstrar que “uma polpa inflamada tem a possibilidade de reverter e voltar à sua forma original”, sublinhou a especialista, o que veio contrariar o conhecimento até então em prática.

E se nos tratamentos ortodônticos regenerativos primários o objetivo fundamental passava pela resolução de sinais e sintomas e a resolução da periodontite apical, sendo a maturação radicular e a regeneração do tecido pulpar um objetivo secundário, os tratamentos que visam a regeneração total da polpa assentam na “aplicação do protocolo de engenharia de tecidos em que temos a presença da tríade [que junta] células estaminais, matriz e fatores de crescimento para que ocorra essa regeneração da polpa”, explicou Diana Sequeira. A especialista considera que ainda existe um quarto integrante dessa tríade da regeneração que é a presença de um biomaterial “essencial para a prevenção da reinfeção e para o selamento coronário, mas também pela bioatividade que vai induzir a diferenciação das células”.

O mecanismo usado na regeneração pulpar é denominado de *cell transplantation* e consiste na transplantação de células para o interior do espaço canal, que leva a oradora a declarar: “Esta técnica, sim, é responsável por uma verdadeira regeneração com for-



mação integral da polpa”. Aliás, a base da tese de doutoramento de Diana Sequeira, publicada com o título *Regeneration of pulp-dentin complex using human stem cells of the apical papilla: in vivo interaction with two bioactive materials*, teve por base a aplicação desta técnica em modelo animal.

Este tratamento ainda não está aprovado pela *American Association of Endodontists* e, por esse motivo, ainda não pode ser aplicado na prática clínica, mas, assegura Diana Sequeira, “não se trata de mera ficção”, uma vez que já se publicaram estudos clínicos que comprovam como o processo pode decorrer *in vivo* no Homem, como o trabalho *Pulp regeneration by transplantation of dental pulp stem cells in pulpitis: a pilot clinical study*, publicado por Misako Nakashima *et al*. Este trabalho procurou avaliar a segurança, a eficácia e a viabilidade do transplante autólogo de MDPSC em dentes submetidos a pulpectomia, tendo ocorrido uma diminuição do espaço pulpar pela formação de dentina, sendo que os investigadores observaram em três casos a formação de dentina funcional.

Resultados semelhantes obtiveram os estudos *Deciduous autologous tooth*

stem cells regenerate dental pulp after implantation into injured teeth, publicado por Kun Xuan *et al.*, e o estudo *Cell-Based Regenerative Endodontics for Treatment of Periapical Lesions: A Randomized, Controlled Phase I/II Clinical Trial* publicado por C. Brizuela *et al.*

Em jeito de conclusão, Diana Sequeira sublinhou que “esta técnica ainda não é aplicada em prática clínica, mas apresenta algumas vantagens, no sentido em que temos realmente a regeneração total da polpa com tecido em tudo semelhante ao original, o que permite, a longo prazo, ter uma maior preservação do dente natural e um aumento da qualidade de vida”. No entanto, é uma técnica bastante complexa que requer maior experiência técnica laboratorial, apresenta custos elevados, levanta ainda questões sobre a variabilidade interindividual e a segurança uma vez que se trata da implementação de células estaminais.

E o futuro trará ainda mais novidades já que existem estudos a decorrer que avaliam a possibilidade de regenerar dente inteiros com recurso a bioengenharia, construídos em laboratório com células epiteliais ou mesenquimais.

Disparidades e ilegalidades na atual integração dos médicos dentistas no sistema de saúde

Membro do Conselho Diretivo da Ordem dos Médicos Dentistas, Manuel Neves moderou a sessão focada na Medicina Dentária nos contextos Hospitalar e Militar. Integrada no programa “Na Ordem do Dia”, no dia 9 de novembro, a sessão espelhou o que falta cumprir, em termos de legalidade e outras lacunas, na carreira e estatuto profissional do médico dentista, muito díspar de instituição para instituição, e de região para região.

“Uma manta de retalhos” é com esta analogia que Manuel Neves caracteriza a situação de alguns profissionais a trabalhar em vários contextos do sistema nacional de saúde, com grandes assimetrias quanto ao vínculo e até legalidade do seu estatuto profissional. “Os médicos dentistas estão neste momento integrados no SNS ou na carreira geral dos técnicos, ou como prestadores de serviços, contratados por empresas de serviço temporário, e há um caso de um contrato individual de trabalho”, contextualiza Manuel Neves.

O moderador apontou ainda a não legalidade dos profissionais que estão “numa situação de falsos recibos verdes”. E no caso dos que estão anexados à carreira geral de técnicos superiores, “exercem funções ilegais uma vez que não há funções médicas no exercício da carreira geral dos técnicos superiores, que é uma carreira administrativa”, aponta o moderador. E ao contrário do que acontece em Portugal Continental e Açores, os médicos dentistas “com uma carreira perfeitamente definida” na Madeira.

Outro retrato de disparidade verifica-se na situação de dentistas que estão a exercer nas forças militares e de segurança, enquanto alguns estão colocados segundo a “carreira médica, outros estão colocados como técnicos superiores, e outros ainda colocados por empresas”.

Manuel Neves, em nome das suas funções na OMD, não se tem poupado a esforços para alertar e corrigir esta situação junto

UMA MANTA DE RETALHOS” É COM ESTA ANALOGIA QUE MANUEL NEVES CARATERIZA A SITUAÇÃO DE ALGUNS PROFISSIONAIS A TRABALHAR EM VÁRIOS CONTEXTOS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, COM GRANDES ASSIMETRIAS QUANTO AO VÍNCULO E ATÉ LEGALIDADE DO SEU ESTATUTO PROFISSIONAL

das entidades decisoras, desde o tempo em que Luís Filipe Pereira assumiu a pasta da Saúde tendo já abordado os vários ministros e governos até à data, apontando assim que nenhum poderá alegar desconhecimento da matéria, contudo “nenhum resolveu ou quis resolver este problema”, ressaltando Fernando Araújo, que manifestou vontade de avançar com a resolução desta problema, aprovando as carreiras de Medicina Dentária, “que entretanto ficaram numa gaveta”, denuncia Manuel Neves.



Manuel Neves

· Membro do Conselho Diretivo da Ordem dos Médicos Dentistas



ASSISTA À ENTREVISTA
EM VÍDEO

Software de IA e novos processos de comunicação são as novidades da Orisline

A Orisline, que faz parte do grupo Henry Schein, marca presença na edição de 2023 da Expodentária, a maior até à data. Para apresentar os novos serviços e produtos que a companhia coloca ao dispor dos profissionais, Mário Rodrigues partilha em entrevista essas inovações, sobretudo na área digital. E antecipa o que a Orisline está a preparar para os próximos meses.



Mário Rodrigues
• Orisline Portugal

Desde logo, Mário Rodrigues identifica a apresentação do software de inteligência artificial (IA) Allisson, como a forte aposta da Orisline. Trata-se de um software que permite identificar “todos os tratamentos que já foram feitos na boca de um paciente, e que outros tratamentos necessitam de ser feitos”. Esta ferramenta é também veículo facilitador da comunicação entre médico-doente, facilitando a compreensão deste último, que assim tem uma imagem visual da sua boca. Outra vantagem deste software é a informação que disponibiliza ao nível dos implantes. Permitindo ainda “enviar ao paciente o plano de tratamento, com ilustrações, com animações e com a descrição do que está a ser proposto”, explica o representante da Orisline, acrescentando que o Allison pode ainda ser integrado com os restantes softwares de gestão da marca e outros parceiros.

E fazer parte de um grupo mundial tal como é Henry Schein traz a vantagem de poder aceder ao “know-how de todos os nossos parceiros e dessa maneira trazer tecnologias e softwares, que podem ser integrados com os nossos e enriquece-los”. Assim algumas soluções que ainda não são usadas pelos profissionais portugueses passam a estar acessíveis a estes. Além de defender a sustentabilidade ao facilitar a transição total para o mundo digital.

Em curso para os próximos meses, a Orisline está já a trabalhar na alteração

OUTRA VANTAGEM DESTE SOFTWARE É A INFORMAÇÃO QUE DISPONIBILIZA AO NÍVEL DOS IMPLANTES. PERMITINDO AINDA “ENVIAR AO PACIENTE O PLANO DE TRATAMENTO, COM ILUSTRAÇÕES, COM ANIMAÇÕES E COM A DESCRIÇÃO DO QUE ESTÁ A SER PROPOSTO”

do seu processo de apoio ao cliente. Estas mudanças estão pensadas para melhorar “o tipo de atendimento e suportes de comunicação” e até proporcionar formação, agilizando a proximidade entre a empresa e os profissionais.



ASSISTA À ENTREVISTA
EM VÍDEO

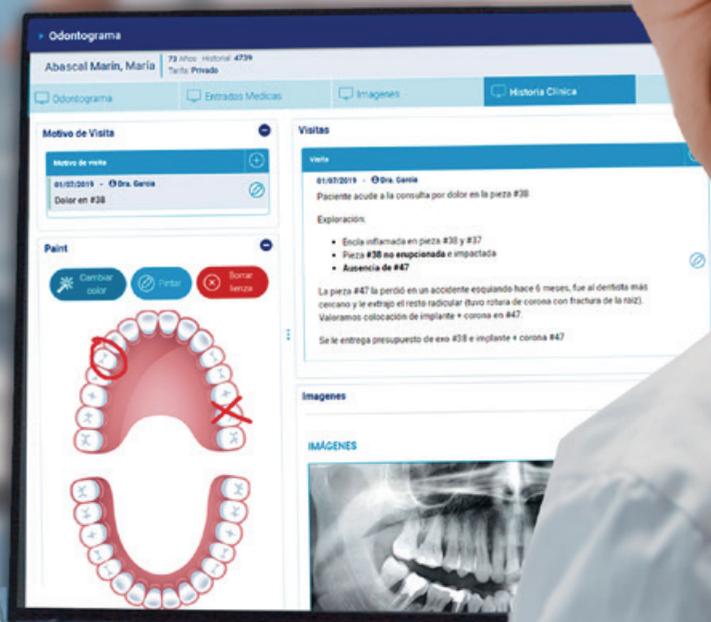
GESDEN ONE



A gestão online da sua Clínica totalmente na cloud!

GESDEN ONE é o software que permite a gestão da sua clínica dentária em qualquer dispositivo, a qualquer momento.

A sua configuração rápida e personalizável, ajuda a organizar o negócio de forma segura e simples.



CONTACTE-NOS:

+351 215 999 378

info@orisline.com

 **OrisLine**
innovative dental software

Prós e contras da publicidade em saúde

A mesa-redonda dedicada ao tema da “Publicidade em saúde: “Prós e contras” no Código Deontológico foi muito participada e dividiu as opiniões. Independentemente do que foi defendido no debate, concluiu-se que as regras são para cumprir, mas que os novos tempos podem exigir adaptações à realidade.

Texto: Cláudia Pinto

A publicidade assume uma enorme importância e tem de ser adaptada ao contexto em que vivemos. Será um instrumento privilegiado do fomento da concorrência? E onde fica a autonomia e os direitos dos doentes? Foram vários os oradores que fizeram uma apresentação que antecedeu a um momento de debate com questões ou comentários por parte de colegas dentistas presentes na audiência.

Os médicos dentistas Filipe Correia, João Aquino, António Mata, Pedro Couto Viana e Jorge André Cardoso partilharam as suas posições relativamente aos limites da publicidade, à literacia em saúde, a adaptação que pode ser feita no Código Deontológico (CD) e o que diferencia essa divulgação da que é realizada devido a artigos científicos.

“Até ao momento têm existido várias orientações e interpretações consoante a época histórica que atravessamos. A nossa área tem apenas dois códigos até ao momento: o de 1998 e o de 2019”, explicou Filipe Correia. O orador referiu-se à Deontologia enquanto um conjunto de regras de natureza ética e legal, que regula a atividade dos médicos dentistas. “Somos uma classe médica e temos de seguir os altos padrões éticos e morais que estão em vigor. Cabe ao Conselho Deontológico e de Disciplina, estatutariamente, elaborar esses pareceres e essas recomendações, assim como é sua competência, a integração destas regras deontológicas e um reconhecimento da responsabilidade disciplinar de todos os médicos dentistas de uma forma igualitária porque sobre todos eles vigoram os mesmos direitos e deveres”, acrescentou. O atual CD em vigor foi publicado em Diário de República, em junho de 2019,



Filipe Correia

“

HÁ UM QUADRO NORMATIVO PARA ESTE FIM [CONCORRÊNCIA SAUDÁVEL] E QUE TENTA REGULAR A DIVULGAÇÃO DA ATIVIDADE DE FORMA IGUALITÁRIA, PARA QUE NÃO HAJA DISTRORÇÃO NO PRÓPRIO MERCADO, EM RELAÇÃO AOS VÁRIOS MEMBROS QUE FAZEM PARTE DESSA CLASSE”

FILIFE CORREIA



João Aquino

e tem como missão “assegurar e fazer respeitar os direitos dos utentes a uma Medicina Dentária qualificada”. A classe percebe a importância da publicidade enquanto ferramenta para divulgar a atividade dos médicos dentistas, mas é claro que têm de existir regras para que haja uma concorrência saudável. “Há um quadro normativo para este fim e que tenta regular a divulgação da atividade de forma igualitária, para que não haja distorção no próprio mercado, em relação aos vários membros que fazem parte dessa classe”, assinalou Filipe Correia, destacando ainda a importância da relação de confiança entre médicos e doentes.

Para o colega João Aquino, independentemente das possíveis incoerências ou con-



É EVIDENTE QUE, A PARTIR DO MOMENTO EM QUE O DOENTE DÁ O SEU CONSENTIMENTO, ESTE É UM VALOR MAIS ELEVADO DO QUE QUALQUER OUTRO QUE SEJA INSTITUÍDO ENTRE NÓS”

JOÃO AQUINO

tradições do CD, “não existem documentos perfeitos”. O médico dentista referiu a dignidade da profissão, sublinhando que a Medicina Dentária é uma profissão regulamentada a nível nacional e europeu. “Para o enquadramento do conceito de dignidade, a Medicina Dentária é considerada um fim em si mesmo, tendo uma exigência de reconhecimento por parte da sociedade, ao contrário da atividade comercial que é um meio para subsistência do comerciante.”

A sociedade atribui mais valor social e, consequentemente, maior dignidade aos médicos dentistas, “quanto maior for a exigência ética que estes confirmam à sua prática clínica”. É preciso referir a “norma do consentimento do doente, a manifestação da vontade, livre, específica, informada, esclarecida e refletida, que importa trazer à discussão”. Afirmando a sua posição contra as práticas de publicidade em saúde, por considerar que não existe igualdade interpares no que ao acesso publicitário diz respeito – e que não é equitativo –, João Aquino considera que esta é “uma guerra perdida, há muito, e, portanto, há que considerar a realidade dos nossos dias. Podemos considerar que as práticas publicitárias não ofendem, *per si*, a dignidade da profissão e, no entanto, ser questionável o conteúdo equívoco ou enganoso da mensagem publicitária.”

CONTRIBUIR PARA A MUDANÇA

António Mata começou por afirmar que sempre quis ser médico e que respeita muito os seus pacientes. “Eu não discordo uma vírgula do que está escrito no CD e no Código da Publicidade”, defendeu, indicando que o único ponto que questiona sobre publicidade “é que o doente tem efetivamente o



António Mata

direito à sua escolha e, de uma forma esclarecida, ter de ser ele a decidir que quer manter o segredo profissional e até que ponto é que quer a divulgação de tudo o que lhe diz respeito.” Considerando que se as leis e os regulamentos fossem absolutamente inequívocos, não precisaríamos de advogados, de legisladores e de Código Deontológico para os julgar. “A ética não é um valor universal, é uma construção humana extremamente importante que nos regula e nos defende. E, esta vai mudando ao longo dos tempos. A moral ajusta-se”, afirmou.

Uma vez que não discorda com o que ambos os Códigos defendem, destacou que o que falta fazer é a importante distinção entre comunicação científica e publicidade. “Todos nós, quando fazemos casos clínicos, somos produtores de conhecimento e temos um papel no combate à iliteracia e à sensibilização dos nossos pacientes.” Assim, assinalou, os órgãos de regulamentação têm de definir de uma forma muito concreta aquilo que é produção de conhecimento e o que é publicidade. “Não podemos escapar a toda esta nova problemática: quem vai produzir conhecimento, como é que vai produzir, como deve ser divulgado e a quem é que ele deve chegar.” São estes temas que devem ser regulamentados, na sua opinião. Pedro Couto Viana começou por afirmar que, durante muitos anos, esteve ausen-



Pedro Couto Viana

te de qualquer posição que pudesse ser tomada numa ação política ou associativa. “Em determinado momento, achei importante quebrar esse jejum de mais de 20 anos porque percebi que este é um assunto verdadeiramente crucial, muito sério e negligenciado.” Confessando que tem opiniões concretas e bem definidas em relação a muitos pontos, e algumas dúvidas, noutros, salientou que a união e a força de uma classe profissional resultam do equilíbrio entre os pontos em que todos são pró e em que todos são contra. “Não tenho dúvida alguma do que é publicidade e do que é conhecimento. São coisas completamente diferentes, cada uma com o seu lugar e eventualmente com necessidades de regulamentação completamente distintas.” É preciso estar atento aos direitos dos doentes, sobretudo quando os mesmos não



NÃO HÁ NADA QUE IMPACTE MAIS NO QUE CHAMAMOS DE FATORES EXTERNOS À DECISÃO CLÍNICA – E QUE DEVEM SER EVITÁVEIS – DO QUE A SATURAÇÃO DO MERCADO POR PARTE DOS NOSSOS PROFISSIONAIS”

ANTÓNIO MATA

são assegurados ou são limitados por condições sociais, económicas e culturais. “Quando criamos regras, devemos ter a intenção forte de que a nossa atividade profissional é eticamente responsável.” E, depois de definir regras, é preciso fazê-las cumprir e sancionar quem infringir, sublinhou.

Pedro Couto Viana mostrou-se totalmente disponível para apoiar o Bastonário da OMD, independentemente de quem seja e de quem faz respeitar o CD. “Estarei também cem por cento disponível para rever alguns aspetos que sejam necessários.”

O motivo que levou Jorge André Cardoso a participar nesta mesa-redonda foi uma limitação particular do CD que defende que não podem ser usadas imagens de casos clínicos de pacientes onde os mesmos possam ser identificados. “E isto surgiu através de um post que foi criado pela OMD no sentido de denunciar o não cumprimento de uma das partes do CD.”

Reforçando entender “totalmente a preocupação de quem pode estar contra ou a favor de uma destas regras até porque todos os colegas estão a lutar pelo mesmo”, defendeu aquela que sublinhou ser uma opinião. “Não vejo uma publicação nas redes sociais – onde os pacientes são identificados – como publicidade desde que isso não seja acompanhado de uma menção direta para visitar a clínica ou adquirir produtos”.

Também o médico dentista concorda que este tipo de divulgação deve ser acompanhado de regras e distinguiu a publicação de uma solicitação específica para que uma pessoa tenha um determinado comportamento por causa da imagem em questão. “Outra coisa é divulgar um caso clínico. Eu acho que tem de haver uma adaptação à nova realidade, como já referido por vários colegas.”

A nível particular, o médico dentista assumiu que gostava que a OMD elaborasse um manual de conduta para que a classe soubesse que comportamentos ter nas redes sociais. Dando como um exemplo, um post de Instagram da OMD contra a publicidade, o médico dentista referiu que, apesar de admirar a forma de comunicação da nova direção da OMD, não considera que “as palavras utilizadas se-



Jorge André Cardoso

jam adequadas ao problema em questão e que o peso destas palavras se adequa à situação. Acho que a energia que foi colocada nestas palavras é despropositada em relação ao que temos de discutir”.

Por último, Pedro Couto Viana afirmou que o problema chave em Portugal é o excesso de número de médicos dentistas e que esse problema central está a ser dissipado por situações que “não são assim tão importantes”. Mostrando o seu apoio com as decisões da OMD, com a certeza de que “está a ser feito, o melhor possível”, considerou que é preciso ponderar aquilo em que vale “a pena gastar energia”.

O debate estendeu-se para colegas presentes na plateia, incluindo Miguel Pavão, que teve a palavra para afirmar que é um dos responsáveis para estimular o debate, a discussão e a reflexão. “A nossa Ordem tem um Manual de Boas Práticas em Publicidade desde 2022 que foi publicado por um grupo de trabalho que se dedicou a este tema. Esse manual tem exatamente essa pretensão: sintetizar de uma forma útil e prática aquilo que é o essencial da publicidade”, destacou.

Ouvir os colegas, debater os temas, independentemente de se concordar ou não com a visão de cada um, avaliar os

retrocessos e continuar o caminho de evolução em conjunto são objetivos que o bastonário da OMD assinalou como essenciais para uma profissão “moderna e vanguardista”.

Numa última ronda final entre os oradores, Filipe Correia questionou se o doente tem literacia suficiente para decidir conscientemente sobre a publicação das suas fotos. “Tenho muitas dúvidas.”

João Aquino acrescentou que “é evidente que, a partir do momento em que o doente dá o seu consentimento, este é um valor mais elevado do que qualquer outro que seja instituído entre nós”. Destacou ainda o artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa em que está escrito que “Portugal é uma República baseada na dignidade humana”. Por outro lado, “a Ordem pode fazer uma minuta de um termo de consentimento em que o doente esteja consciente e tenha noção de que não é sujeito a nenhum tipo de prejuízo se disser não. Se o doente der o seu consentimento por escrito quando é a divulgação para fins académicos, porque é que não serve para a publicidade?”, questionou.

É preciso distinguir entre literacia em saúde e literacia pura porque são questões completamente diferentes, acrescentou António Mata. “Não podemos partir do princípio de que todos os nossos pacientes são completamente iletrados.” Relativamente ao consentimento informado dos direitos de utilização, o médico dentista referiu que o mesmo “deve ser dado expressamente para cada um dos efeitos para os quais se pretenda usar a imagem do paciente”. Na sua opinião, os conteúdos que não façam um apelo exclusivo e claro à colocação de um produto ou serviço não são publicidade. “Não há nada que impacte mais no que chamamos de fatores externos à decisão clínica – e que devem ser evitáveis – do que a saturação do mercado por parte dos nossos profissionais”, concluiu.

Pedro Couto Viana garantiu que, independentemente de qualquer alteração que possa vir a ser introduzida no atual CD, nunca irá expor a cara de um paciente seu. “Respeito os colegas, mas a minha posição pessoal é esta.”

Turismo em saúde: Que oportunidades e que desafios?

Existe uma oferta diferenciada no setor do turismo em saúde na Medicina Dentária em Portugal? De que forma é que a crise política está a influenciar o setor? A capacidade instalada é suficiente para responder à demanda internacional que se espera cada vez maior? Estes foram alguns dos pontos abordados numa mesa-redonda que juntou vários *players*.

Texto: Cláudia Pinto

Na manhã do segundo dia de Congresso da OMD, teve lugar a mesa-redonda “Turismo em saúde”, onde foi discutida a atual estratégia em curso para a Medicina Dentária, e alguns dos benefícios económicos e preocupações gerais acerca deste tema. Participaram neste debate, Joana Morais Ribeiro, representante da OMD no grupo de trabalho Turismo em Saúde; Joaquim Cunha, diretor executivo do Health Cluster Portugal; Renata Silva Gomes, Senior Manager da AICEP [Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal], com responsabilidades no apoio às empresas portuguesas nos seus processos de internacionalização e Orlando Monteiro da Silva, ex-bastónario da OMD.

O início do debate fez um enquadramento relativamente à crise política que o País atravessa e o impacto da mesma nos planos traçados a respeito dos protocolos relacionados com o turismo médico. “As crises políticas têm impacto, ainda mais na nossa agência, que é uma empresa pública que depende do Ministério dos Negócios Estrangeiros e, portanto, tem uma administração política. É óbvio que isto é muito impactante, não só em termos de recursos humanos internos, mas também ao nível do plano estratégico da AICEP, que foi apresentado há cerca de um mês”, referiu Renata Silva Gomes. A aposta desta nova administração é o apoio ao investimento estruturante, não só na ótica de investimento estrangeiro, mas também na perspetiva de reinvestimento em Portugal. “Nesse sentido, há uma proposta no Orçamento de Estado com uma verba dirigida especificamente a estas linhas de apoio”, assinalou.



Orlando Monteiro da Silva

• Ex-bastónario da OMD

Nos quase 20 anos em que foi bastónario, de 2001 a 2020, Orlando Monteiro da Silva viveu várias crises, desde logo, a entrada do euro que “foi um momento determinante”. Mas, também, “o ataque às torres gémeas conduziu a muitas mudanças e todas as crises políticas, a entrada da Troika, o início da pandemia, situações que afetam muito uma profissão liberal, como é a Medicina Dentária, que trabalha fundamentalmente por conta própria”.

Apesar de considerar que as crises políticas têm um grande impacto na economia e, conseqüentemente, na saúde e na exposição a que as profissões de saúde estão sujeitas, o ex-bastónario determinou ainda que as oscilações do acesso aos cuidados de Saúde Oral são frequentes, mesmo



HÁ UM LONGO CAMINHO A PERCORRER NO NOSSO SISTEMA DE SAÚDE EM DIREÇÃO AO ACESSO DA GENERALIDADE DA POPULAÇÃO A CUIDADOS, AINDA QUE BÁSICOS, DE MEDICINA DENTÁRIA”

ORLANDO MONTEIRO DA SILVA

fora desse ambiente, do início para o final do mês, por exemplo. “Há uma expectativa dos médicos dentistas relativamente a aspetos económicos e até sindicais da sua atividade económica, que é projetada na Ordem, quando, na verdade, a OMD tem poucos mecanismos de resposta, eu diria até, nenhuns”, defendeu. As Ordens têm grande dificuldade em dar resposta a isso e “a estas flutuações políticas, sobretudo em profissões que estão muito ligadas ao setor privado e ao seu exercício liberal”. Também Joaquim Cunha referiu a fase “muito complicada” que a saúde está a viver, em termos mundiais, o que exige a necessidade de repensar o setor. “Sobretudo, há um *deficit* muito forte de gestão. Durante muito tempo, foi considerado quase como uma imoralidade pensar

que a saúde tem de ser bem gerida e que as metodologias ou ferramentas que se usam nos outros sistemas não podem ser usadas na saúde. Isso tem-nos prejudicado a vida.” Relativamente à terminologia “turismo em saúde”, o orador confessou ter preferência pelo termo *medical travel*. “Acho que estamos todos mais ou menos de acordo que a nossa estratégia neste domínio da promoção da saúde para não residentes tem de basear-se na qualidade.” Por outro lado, atualmente, com o forte afluxo de não residentes ao nosso País, há um mercado interessante, acrescentou.

Joana Morais Ribeiro representa a OMD nos Açores, uma região com um “enorme potencial” e considera um privilégio poder promover o crescimento económico da região através do setor da Medicina Dentária. “A OMD sentiu a necessidade de olhar para este tema porque o turismo em saúde é um setor em crescimento, ao qual não poderíamos estar alheios. É importante que a Ordem cumpra o seu papel enquanto regulador, mas também que esteja presente em grupos de trabalho para fomentar o pensamento crítico”, assinalou.

Relativamente à instabilidade política, afirmou ter “muita dificuldade” em perceber o que seguirá. “Enquanto membro de direção da Ordem, nós tínhamos vários dossiês em andamento e para os quais esperávamos uma resolução rápida, como o dossiê da Radiologia, do SNS 2.0, da carreira do médico dentista, da reformulação do cheque-dentista... Espero que possamos ter políticas a médio, longo prazo, independentemente do futuro.” A oradora manifestou o desejo de ver os reguladores das profissões “imunes” a estas questões, pois isso significaria que teríamos políticas consistentes e a longo prazo, independentemente de partidos. “Nós vemos o turismo de saúde em duas vertentes. Primeiro, a nível macroeconómico, através do Turismo de Portugal, gostaríamos de promover a reputação internacional do setor como um setor que se posiciona com um alto nível de qualidade percebida, a preços competitivos [e isto não significa que sejam preços baixos].” Depois, a nível microeconómico, Joana Morais Ribeiro considera que as po-



Joana Morais Ribeiro

• Representante da OMD nos Açores

líticas governamentais podem ter “um impacto positivo ou negativo nas empresas”, pelo que, seria importante haver a promoção de fundos e linhas de microfinanciamento para promover a competitividade e para que as empresas possam modernizar-se e acompanhar as novas tendências.

PORTUGAL COMO MARCA

“Precisamos de uma mistura entre cooperação e a natural competição que existe entre os agentes que estão nos mercados, nomeadamente clínicas e consultórios de Medicina Dentária”, defendeu Orlando Monteiro da Silva. Destacando um conjunto de residentes em Portugal de países com grande capacidade de compra, como os EUA, Israel e alguns países europeus,



A OMD CONFIA QUE A CLASSE CONSIGA EXERCER SEMPRE DENTRO DE BOAS PRÁTICAS E DE QUESTÕES ÉTICAS, POIS É AÍ QUE IRÁ CONSEGUIR DIFERENCIAR-SE DA CONCORRÊNCIA”

JOANA MORAIS RIBEIRO

reforçou que constituem um importante target em termos de turismo de saúde.

O ex-bastonário defende que Portugal não tinha qualquer referência na área da saúde há 30 anos. “A partir do momento em que começámos a ter outros profissionais a exercer noutros países europeus, a perceção da qualidade alterou-se muito.” Temos também a possibilidade da “Diretiva de Cuidados Transfronteiriços que, na área da Medicina Dentária, integra um reembolso dos tratamentos dentários efetuados em Portugal pelos sistemas de saúde (Segurança Social) europeus, que têm preços potencialmente muito atrativos para a Medicina Dentária portuguesa. Já o contrário não acontece”.

O contexto concorrencial e de mobilidade que se vive em termos europeus tem de ser valorizado. “Há um longo caminho a percorrer no nosso sistema de saúde em direção ao acesso da generalidade da população a cuidados, ainda que básicos, de Medicina Dentária”, afirmou Orlando Monteiro da Silva.

A AICEP viu com todo o interesse e relevância a adesão ao Protocolo de Turismo Médico, assinado em 2019, referiu Renata Silva Gomes. “Reuniram-se todos os *stakeholders* com um propósito único de promover este setor do turismo médico”, assinalou, como um aspeto positivo. “Desde logo, aderiram os três principais grupos hospitalares privados e houve um trabalho que foi feito durante a pandemia, como a criação do site Medical Tourism in Portugal e, no último ano, começámos a falar com a OMD para que se juntasse a este protocolo.” Ao estar representada em cerca de 60 mercados em todo o mundo, a AICEP posiciona-se como entidade “ao serviço das empresas, facilitadora dos seus negócios nos mercados externos”. Como função transversal, a AICEP aparece como promotora da marca Portugal no estrangeiro e, para tal, tem desenvolvido algumas campanhas específicas.

Joaquim Cunha defendeu também a promoção da Saúde Oral alicerçada a uma imagem positiva do País. “Os ganhos que conseguirmos obter em termos de fazer passar uma imagem forte na saúde tem externalidades muito positivas para todos os setores.” Existem números que validam esta afirmação e que o diretor do Health



**OS GANHOS QUE
CONSEGUIRMOS OBTER
EM TERMOS DE FAZER
PASSAR UMA IMAGEM
FORTE NA SAÚDE TEM
EXTERNALIDADES
MUITO POSITIVAS PARA
TODOS OS SETORES”**

JOAQUIM CUNHA



Joaquim Cunha

• Diretor executivo do Health Cluster Portugal

Cluster Portugal divulgou: “Portugal tem um bom desempenho em termos da saúde e exportou no ano que passou, qualquer coisa como 2,5 mil milhões de euros só em produtos da área da saúde – excluindo serviços – [medicamentos e dispositivos médicos]. Isto representa quase o dobro do vinho, o dobro da cortiça e é mais do que o calçado.” Fazendo o paralelismo com a saúde, tem dúvidas de que as pessoas vejam o setor da saúde como exportador. “Mais saúde na economia e mais economia na saúde. Esta mensagem ainda não passou de uma forma genérica aos nossos decisores.”

Enquanto regulador, a OMD não pode permitir que o acesso das pessoas aos cuidados de Saúde Oral seja “mais uma dificuldade”, defendeu Joana Morais Ribeiro. “Queremos trazer riqueza para o País para ser distribuída por todos. O Estado tem também de assumir o seu papel regulador e uma das sugestões que a OMD faz é a de que, parte dos ganhos económicos com este setor de turismo médico – desde os operadores turísticos, às clínicas, à hotelaria, etc. – pudesse ser investido em políticas de Saúde Pública.” A representante da OMD deu o exemplo da política de reembolsos que existe nos Açores e que permite a livre escolha do prestador de serviços, havendo depois um reembolso de parte do valor.

“Uma das coisas que a Ordem defende é que o valor desses reembolsos aumente para que as famílias ganhem liquidez e o Estado possa cumprir o seu papel. A parte da reputação é algo que preocupa a todos. A OMD confia que a classe consiga exercer sempre dentro de boas práticas e de questões éticas, pois é aí que irá conseguir diferenciar-se da concorrência.”

Em termos práticos, é essencial fornecer o máximo de informação possível sobre o tratamento a ser realizado. “Ou seja, se houver alguma intercorrência ou questão em que o paciente tenha de procurar apoio fora do seu País de origem, é importante que saiba o que foi feito. Isto é muito importante em Portugal e no estrangeiro.” Outra questão que pode constituir uma oportunidade é a do *follow-up*. “O paciente tem de voltar depois do tratamento e nós reiteramos a importância de se fazerem consultas de controlo. O turista médico é o que faz o seu tratamento e aproveita para usufruir da oferta turística”, assinalou Joana Morais Ribeiro. Isso significa que “a maioria dos turistas acaba por ficar cinco ou mais dias no local. E as ofertas têm de ser sempre adaptadas, pois um doente que acabou de fazer uma cirurgia não está nas mesmas condições de um doente que está à espera da colocação da prótese definitiva.” O aconselhamento médico e a articulação entre parceiros são imperativos.



Renata Silva Gomes

• Senior Manager da AICEP

Há que ter em consideração ainda “a digitalização acelerada” que também está a afetar o setor da saúde. “Existe a possibilidade de realizar consultas prévias ou de *follow-up* à distância e de a informação de suporte também poder partilhada ainda que existam algumas questões a tratar relativamente ao tema da partilha de dados e das suas fortes limitações”, explicou Joaquim Cunha. A revolução que vai acontecer nos próximos cinco a dez anos vai decorrer da digitalização e dos dados, mas há que assegurar a garantia de confidencialidade entre médico e paciente. “Estas questões precisam de ser tratadas, a Europa está a trabalhar no *European Health Data Space* que, no fundo, consiste em criarmos um espaço comum de saúde.”

**AO ESTAR REPRESENTADA
EM CERCA DE 60
MERCADOS EM TODO
O MUNDO, A AICEP
POSICIONA-SE COMO
ENTIDADE “AO SERVIÇO DAS
EMPRESAS, FACILITADORA
DOS SEUS NEGÓCIOS NOS
MERCADOS EXTERNOS”**

RENATA SILVA GOMES

Os rostos da Medicina Dentária



Zirkonzahn®



MAIS
INFORMAÇÕES

M6 TELESKOPER BLANK CHANGER

NOVO! FRESADORA M6 COM TELESKOPER ORBIT E FUNÇÃO DE MUDANÇA AUTOMÁTICA DE BLOCOS (16 OU 64; ACTUALIZÁVEL)

Ø 95, 98, 106, 125 mm
16 OU **64**
BLOCOS
(ACTUALIZÁVEL)



- + Função de mudança automática de blocos (Blank Changer)
- + Armazenamento para 16 ou 64 blocos (actualizável)
- + Teleskoper Orbit SelfLock (Ø 125 mm) para o processamento de blocos com Ø 95, 98, 106 e 125 mm
- + Armazém de brocas (2x30) com trocador de ferramentas automático
- + Performance Spindle com Motor de Sincronismo Permanente (PMSM)

Profissionais de Saúde Oral: uma jornada de QI e QE



Damiana Fernandes

• Higienista oral, *coach* e fundadora de Vida Pro e Plena

Hoje trago uma história fictícia, em jeito de caricatura e, portanto, um pouco exagerada (ou talvez não, deixo à vossa consideração) de forma a explicar as diferenças entre as competências técnicas e emocionais no desempenho profissional em Medicina Dentária.

Apresento-vos dois médicos dentistas, um com elevado QI e baixo QE – o Dr. José, e o outro com um QI mais baixo mas com um elevado QE – o Dr. António. Consideremos então o Dr. José, que teve um percurso académico irrepreensível, destacou-se na Universidade e, quando terminou o curso, recebeu várias propostas de trabalho, em clínicas conceituadas, e começou a trabalhar. Entretanto casou e teve dois filhos. No trabalho o Dr. José é tecnicamente excelente, o que lhe traz um bom retorno financeiro. No entanto, ao longo do tempo, demonstrou uma série de dificuldades. Não cria relações empáticas com os pacientes, sendo muitas vezes apelidado de desumano; estabelece uma comunicação agressiva e manipuladora com os colegas de trabalho e trata de forma inadequada as suas assistentes em frente aos pacientes; reage de forma disfuncional ao stress e às dificuldades que

surgem ao longo do dia de trabalho, cancela consultas, atira instrumentos ao chão; não consegue gerir de forma eficaz os tempos de tratamento e não segue protocolos indicados pelas clínicas, acha que sabe mais e que da sua forma é que está bem. Acaba por trabalhar muitas horas por dia, a maioria das vezes devido aos atrasos nas consultas e leva para casa todas as emoções do dia de trabalho. Geralmente não presta atenção à mulher e aos filhos, perde a paciência com facilidade, grita e exige distanciamento da família, quer que o deixem em paz: “trabalhou muito, tem direito a descansar”. É viciado em séries e filmes como forma de escape e, quando dá conta, as horas passaram e dorme 4 a 5 horas por noite. Ao acordar questiona-se com frequência sobre o sentido da vida e tem vontade de fugir e começar do zero noutra lugar, com outra profissão.

Convido-vos agora a conhecer a história do Dr. António. Foi presidente da associação de estudantes, terminou as cadeiras na faculdade com notas medianas, estabeleceu inúmeras relações ao longo do percurso académico, teve uma vida social bastante ativa. O seu forte é a capacidade de ler as outras pessoas, entender as emoções dos outros e estabelecer uma comunicação cativante e saudável. Quando ingressou no mundo profissional, o Dr. António não teve ofertas de trabalho, viu-se perante o desafio de entregar CVs em dezenas de clínicas e conseguiu trabalho através da sua postura humilde e comunicação persuasiva. Ao longo do tempo fez várias formações para conseguir estar ao nível do que era exigido nas clínicas onde trabalhava e era admirado pelos colegas e pacientes. Desenvolveu um pensamento crítico, é capaz de tomar decisões, gere bem o stress e os conflitos no local de trabalho. Apesar de considerar que tem ainda muito para aprender para chegar a um patamar de excelência na especialidade que escolheu, sente-se

satisfeito com a carreira que está a construir e faz questão de ter *hobbies* e passar tempo de qualidade em família, mesmo que isso represente trabalhar menos horas por semana. O que ele aprendeu com a experiência é que trabalhar menos horas, mas fazendo uma gestão inteligente das consultas e dos tratamentos permite ter um maior retorno financeiro.

No contexto da Medicina Dentária, a história fictícia do Dr. José e do Dr. António destaca a importância do Quociente Emocional (QE) como fator preponderante para o sucesso ao longo da vida profissional. Enquanto o Dr. José, dotado de um elevado Quociente de Inteligência (QI), brilha em termos técnicos, revela-se deficitário nas competências emocionais, o que dá origem a relações profissionais e pessoais disfuncionais. Por outro lado, o Dr. António, com um QE elevado, mostra que a empatia, a comunicação saudável e a capacidade de gerir o stress e lidar com desafios são cruciais para construir uma carreira sólida e gratificante na nossa área profissional. A habilidade de entender as emoções dos pacientes e colegas, tomar decisões ponderadas e manter um equilíbrio entre vida profissional e pessoal emerge como um diferencial significativo. Assim, ao refletir sobre as experiências dos profissionais de Saúde Oral, é inegável que o sucesso vai além das competências técnicas, sendo moldado pela inteligência emocional e todas as competências a elas associadas.

Termino com uma sugestão: devemos começar a olhar para a formação em competências sociais e comportamentais como essencial e diferenciadora. Tal como a formação para o desenvolvimento de competências técnicas, a formação em inteligência emocional e *soft skills* permite-nos crescer enquanto profissionais e agrega um enorme valor ao serviço que prestamos aos nossos pacientes. Este é o caminho para a realização profissional.

Ortodontistas debatem perigos da mercantilização da saúde

De 26 a 28 de outubro, o Centro de Congressos Taguspark, em Oeiras, recebeu o XXIX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ortodontia. Sob o lema “O Poder da Escolha”, o encontro contou com a participação recorde de cerca de 500 clínicos e debateu os desafios que a especialidade enfrenta no quotidiano da prática clínica.

Texto: Rita Vassal

Foram três dias de trabalhos dedicados à inovação, à formação e à capacitação profissional em Ortodontia.

O programa do XXIX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ortodontia contou com a participação de oradores nacionais e internacionais renomados e que, segundo avançou Cristina Teixeira, presidente do encontro, na sessão de abertura registou “um número de inscrições histórico e sem precedentes para o congresso e pré-congresso, que ultrapassou os 500 participantes”, o que fez desta edição o encontro da especialidade “com maior número de participantes feito até hoje em Portugal”.

A responsável reconheceu que o “congresso anual da Sociedade Portuguesa de Ortodontia (SPO) é já considerado um dos eventos científicos nacionais e internacionais na comunidade ortodôntica” e nesta edição, sob o mote “Ortodontia – O Poder da Escolha”, pretendeu-se “criar um debate sobre os desafios contemporâneos e a transição das diferentes técnicas já em curso, contribuindo para o esclarecimento e progresso da Ortodontia em Portugal”, reconheceu.

O tema foi, aliás, adjetivado como “o melhor mote dos últimos congressos” por Miguel Pavão. Na sessão que deu abertura aos trabalhos do encontro, o bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas sublinhou que “o médico dentista tem o poder, o poder de dizer não, o poder de ter responsabilidade e de fazer as suas opções”, mas advertiu que, no momento atual, a classe tem “cometido um grande erro” de concentrar a atenção e esforços “na aprendizagem de inovações técnicas esquecendo-nos de nos dedicar à nossa formação e à nossa reflexão individual, naquilo que são os princípios médicos e a responsabilização médica”.



Cristina Teixeira e Helena Agostinho

Na opinião do representante máximo da classe, nos “tempos muito exigentes da mercantilização [da saúde] temos de ser mais exigentes relativamente à nossa responsabilidade profissional e ao nosso nível científico”, pois só dessa forma será possível fazer frente às ameaças que circulam no mercado.

Sobre esses desafios, enquanto membro recém-eleito para o *Council of European Dentists*, Miguel Pavão avançou na sessão de abertura que o organismo europeu está prestes a emitir uma posição pública sobre aquelas que consideram ser as maiores ameaças que o mercado apresenta aos profissionais médicos, nomeadamente no que diz respeito ao chamado *direct consumer orthodontics*: o *do it yourself* e a inteligência artificial.

Sobre o conceito “do faça você mesmo”, traduzindo literalmente da expressão an-

glo-saxónica *do it yourself*, Miguel Pavão lembrou aos presentes que “o aumento do marketing [a estes produtos] coloca, muitas vezes, o paciente em risco pela inexistência de diagnóstico, de um acompanhamento devido e da supervisão pelo médico dentista”. Nas palavras do responsável, “a saúde do paciente é e deverá ser sempre a nossa prioridade, o papel do médico dentista tem de ser respeitado no diagnóstico e no tratamento e é o médico dentista que tem de ser líder, não pode a ser manietado e influenciado”, já que, sublinhou, a responsabilidade médica na “relação sagrada” entre médico e doente, que até está a ser proposta para Património Cultural Imaterial da Humanidade na UNESCO, é passível de ser imputada ao médico dentista.

Por todos estes motivos, Miguel Pavão avançou que o documento será “um ape-

lo para que as autoridades nacionais e internacionais – nomeadamente da União Europeia - considerem a prática *do it yourself*, do ‘faça você mesmo’, como uma prática ilegal. É, no fundo, uma tentativa de defesa da Saúde Oral”.

Já quanto à utilização da inteligência artificial, o bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas sublinhou que o organismo europeu considera ser “realmente importante [que esta] se mantenha das mãos dos médicos”. Não esquecendo que “não há só o lado negro” da inteligência artificial, já que esta pode ser uma importante ferramenta para melhorar diagnóstico e otimizar o resultado do tratamento, o responsável assegurou que as recomendações em breve alvo de publicação pelo *Council of European Dentists* determinarão ser “imperativo que o processo se mantenha sempre no campo do médico dentista, no caso concreto acompanhado por um ortodontista”.

Atendendo aos desafios enumerados na intervenção de abertura do encontro, as palavras finais do bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas foram um apelo à classe, pegando no mote do congresso, para usarem o poder de escolha: “Sintam-se com esse super-poder e façam-no em nome do prestígio da nossa profissão”.

FORMAÇÃO DEVE SER A RESPOSTA AO MERCANTILISMO NA SAÚDE

Helena Agostinho, presidente da SPO, marcou igualmente presença na sessão de abertura do congresso *major* da especialidade, começando a intervenção por referir que “a resposta ao mercantilismo em algumas áreas da saúde é a formação cada vez mais diferenciada e a união das classes profissionais”.

Em jeito de balanço do primeiro ano à frente da direção da SPO, Helena Agostinho lembrou que nesses meses foram organizados o IV Simpósio e o XXIX Congresso da SPO e foi alterado o *layout* da página oficial na internet, tornando-a “mais moderna e dinâmica” a pensar nos especialistas mais jovens. Foi igualmente decidido pela direção da SPO diminuir o valor da quotização e dar “um real be-



Miguel Pavão

• Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD)

nefício aos sócios”, o que já teve como consequência a duplicação do número de sócios ativos.

A dirigente avançou ainda que para breve estará a alteração do modo de pagamento de quotas, de forma a agilizar o processo, o estabelecimento de novas parcerias com sociedades nacionais e internacionais, assim como está previsto melhorar as *newsletters* para dar mais voz aos sócios.

Sobre o tema escolhido para esta edição do congresso, Helena Agostinho comentou que “nunca houve tanto acesso ao conhecimento, somos insistentemente apresentados com novas ferramentas, novos aparelhos, novas técnicas, novas ferramentas de inteligência artificial”, mas que, apesar de o futuro já se estar a viver nos dias de hoje, os profissionais não devem esquecer o passado, ou seja, a génese da relação entre médico e doente.

ESTOMATOLOGISTAS E ORTODONTISTAS UNIDOS EM PROL DOS DOENTES

Em representação do Colégio de Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos, Ana Teresa Coelho qualificou o Congresso da SPO como “um encontro repleto de tradição que pauta pela qualidade científica”.

Lembrando que “a Estomatologia é, em si mesma, pródiga em muitas áreas do saber do aparelho estomatognático”, a especialista referiu os 531 médicos especialistas em Estomatologia e os 46 médicos internos em formação especializada que, neste momento, estão a trabalhar nos 27 serviços hospitalares da especialidade no Serviço Nacional de Saúde, nos quais “a ortodontia tem um lugar especial na nossa estrutura”, reconheceu.

Na intervenção que realizou na sessão de abertura, a especialista sublinhou que “a Sociedade Portuguesa de Ortodontia é o exemplo cabal de que duas profissões dignas – a dos médicos dentistas e a dos médicos especialistas em Estomatologia – se unem no bem comum que é tratar bem os nossos doentes, apostando no desenvolvimento do conhecimento nesta área específica compatível com a atual *leges artis*”.

A especialista fez também questão de endereçar uma palavra de apoio “a todos os médicos no Serviço Nacional de Saúde que estão na luta pela carreira médica, por condições de trabalho dignas e que neste processo estão a ser colocadas em causa a sua seriedade e a sua honestidade intelectual”, rematando: “É tempo de continuar a defender e a dignificar as nossas profissões, de fortalecer as nossas interligações, como garantia para dar o melhor tratamento e qualidade de vida aos nossos doentes”.

EXPODENTAL

Salão Internacional de Equipamentos,
Produtos e Serviços Dentários

Colaboração:



Patrocina:



País convidado:



Tecnologia
ao serviço
dos profissionais.



14-16
Março

2024

Recinto Ferial
ifema.es



Os rostos da Ortodontia





De crianças a adultos

Os bons resultados no tratamento da Classe III

O ideal no acompanhamento da má oclusão de Classe III esquelética é iniciar o tratamento numa fase precoce, ainda durante a infância, defende Eduardo Prado. Contudo, o especialista veio ao congresso anual da Sociedade Portuguesa de Ortodontia demonstrar que, mesmo na idade adulta, é possível tratar estes doentes e apresentou os bons resultados que tem obtido com o protocolo que desenvolveu.

Texto: Rita Vassal

“Tratamento de Classe III em adultos – Controvérsia alinhadores, convencional, autoligável e distalizadores” foi o tema que Eduardo Prado trouxe ao XXIX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ortodontia (SPO).

O especialista veio do Brasil para apresentar aos participantes do encontro a vasta experiência na abordagem da má oclusão de Classe III esquelética e o olhar de quem acompanha a evolução científica na prática clínica há décadas. E começou logo por reconhecer como esta área tem evoluído nos últimos anos: “A Ortodontia que faço há mais de 30 anos já mudou muito”.

O princípio base de quem acompanha casos de má oclusão de Classe III é assumir que “é das oclusões mais difíceis de diagnosticar e de tratar e temos de falar disso com os nossos pacientes, porque se não o fizermos estamos a deixar de os orientar da forma certa”, reconheceu o ortodontista fundador do Instituto Prado, com sede em São Paulo, no Brasil, e delegação em Porto Salvo, Oeiras.

A atenção que estes casos devem merecer por parte dos especialistas em Ortodontia está diretamente relacionada, precisamente, com a dificuldade de abordagem e, na perspetiva do orador, são casos que têm de ser tratados “de forma diferente, porque a mandíbula cresce num período que dificulta o tratamento da Classe III, porque eu tento tratar precocemente, altura em que a mandíbula cresce o dobro do que cresce a maxila”.

E será que é possível prever se uma criança irá apresentar uma má oclusão de Classe III?

Apesar de ser uma condição de etiologia multifatorial, Eduardo Prado considera que é possível prever o desenvolvimento desta condição e, para isso, “é importante avaliar o pai, a mãe e parentes próximos”. Na opinião do ortodontista, a genética desempenha um papel determinante no desenvolvimento destes quadros e se a criança “tiver uma genética favorável à Classe III, o prognóstico é pior e só vamos ter certeza do sucesso [do tratamento] lá para os 18 anos. Até lá, infelizmente, é preciso torcer para que o paciente tenha sido tratado precocemente”

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA SUSTENTA SUCESSO DO TRATAMENTO PRECOCE

Uma das principais mensagens que Eduardo Prado deixou aos participantes do Congresso da SPO é que “existe uma grande evidência científica em relação ao benefício do tratamento precoce da Classe III” e, nessa medida, aconselhou os profissionais a serem pró-ativos no diagnóstico e acompanhamento destes casos numa fase inicial do desenvolvimento do paciente.

Apesar de ser uma conferência sobre a abordagem do paciente com Classe III em adulto, Eduardo Prado fez questão de iniciar a intervenção a falar sobre os tratamentos durante a fase de crescimento do paciente porque “se não for feita



Eduardo Prado

• Especialista, Mestre e Doutor em Ortodontia e Ortopedia Facial

uma intervenção precoce, mesmo em doentes que não têm genética para Classe III, pode condenar-se o paciente a uma cirurgia”, quando a abordagem com aparelhos funcionais, aparelhos ortopédicos e mentoneira podem precocemente solucionar o caso clínico.

Frisando que a Classe III é “diagnosticada por protrusão da mandíbula, retrusão da maxila ou ambas”, o especialista foi perentório sobre o tipo de tratamento a ser realizado: “Tanto faz [qual a tipologia]. Classe III tem de estimular a maxila”. A explicação para a obrigatoriedade de intervenção na maxila está relacionada com a “origem do osso, [porque] não tenho como modificar, sou limitado em trabalhar em osso de origem endocondral, mas já consigo trabalhar com mais facilidade na maxila”, esclareceu o especialista.

O protocolo que Eduardo Prado usa na prática clínica, e que tem mais evidência científica publicada sobre a eficácia, passa pela utilização da máscara facial com a localização da aplicação da força na região de caninos superiores e uma direção de aplicação da força de 0° a -30° em relação ao plano oclusal. A força dos elásticos deve rondar aproximadamente os 400 gramas, sendo que o especialista recomenda um tempo de tratamento a rondar os 12 meses – até sobrecorrigir a relação anteroposterior – e uma utilização diária entre oito e 14 horas durante a fase ativa. O protocolo delineado pelo ortodontista do Brasil passa por começar a intervir o paciente por volta dos seis anos, optando pela expansão rápida da maxila com máscara facial e contenção com aparelhos ortopédicos – Eschler/FRIII/OCCLUS-O-GUIDE – e, assegura, que é fundamental “não ficar à espera, tem de acelerar porque a maxila cresce bem nesta fase”.

Pelos nove anos é necessário fazer uma reavaliação e se o paciente se revelar estável a abordagem passa pela utilização de aparelho corretivo para alinhamento/nivelamento. Se, pelo contrário, não está estável e houve uma recidiva, é necessária nova expansão com máscara facial, aparelho corretivo com elástico de Classe III e, mais tarde contenção com mentoneira.



[CLASSE III] É DAS OCLUSÕES MAIS DIFÍCEIS DE DIAGNOSTICAR E DE TRATAR E TEMOS DE FALAR ISSO COM OS NOSSOS PACIENTES, PORQUE SE NÃO O FIZERMOS ESTAMOS A DEIXAR DE OS ORIENTAR DA FORMA CERTA”

EDUARDO PRADO,
INSTITUTO PRADO

Uma nova avaliação deve ser realizada pelos 17 anos e, nesse momento, se existiu um crescimento tardio da mandíbula já é necessário decidir se é para avançar com cirurgia ou não. “Só podemos dar essa resposta com 18 [anos]. Nunca prometa a alguém com Classe III, antes dos 18 [anos], o sucesso [do tratamento]”, frisou o especialista, que deixou um conselho final para estes casos: “Sobrecorrija, termine o paciente com *overjet*. Não é para deixar a oclusão bonita, é para deixar com *overjet*”.

CLASSE III EM ADULTOS: ENTENDER A MECÂNICA COMPENSATÓRIA É FUNDAMENTAL

Embora Eduardo Prado considere que a abordagem precoce é o caminho mais fácil para a intervenção na má oclusão de Classe III, o certo é que nem sempre é possível o paciente aceder ao tratamento nessa fase e, reconhece o especialista, hoje chegam-lhe ao Instituto Prado “dois a três casos por semana” de pacientes adultos.

O ortodontista leva “mais de 20 anos a tratar Classe III complexas” e, pela experiência que acumulou ao longo dos anos, é claro a declarar que é possível tratar adultos com Classe III com sucesso. E já publicou vários trabalhos a comprovar esses resultados, como o *Evaluation of dentoalveolar compensation in the treatment of Class III ma-*

loclusion, publicado no *JBR Journal of Interdisciplinary Medicine and Dental Sciences*, ou o *Extreme dentoalveolar compensation in the treatment of class III malocclusion*, publicado em 2005 no *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*.

No acompanhamento destes casos em adultos, o fundamental para o orador é “entender a mecânica compensatória”, nomeadamente a necessidade de instruir os molares superiores, corrigir os incisivos superiores vestibularizados, os incisivos inferiores lingualizados, o trespasse horizontal reduzido ou negativo e o plano oclusal rotacionado no sentido anti-horário. “Se fizer uma mecânica assertiva, as chances de ter um resultado melhor funcionam mais”, assegura o especialista, para quem a melhor aposta é utilizar um torque lingual de coroa mais elásticos de Classe III. “Nunca faço uma mecânica de Classe III se não tiver torque lingual resistente de coroa”, garantiu, referindo, porém “não posso fazer só isso”, é necessário também “instruir os incisivos superiores”.

Então, o protocolo que Eduardo Prado pratica passa pela utilização de um torque lingual de coroa superior, com prescrição Roth, mais um torque vestibular de coroa inferior com prescrição bifuncional Classe III.

Relativamente ao uso do Invisalign®, Eduardo Prado reconheceu que, ao início foi “um pouco relutante e [pensei] enquanto não ficar bom eu não uso”. Com os avanços técnicos neste alinhador, o especialista considera que a partir de 2017 o Invisalign® “ficou bom” e na contagem que fez só de julho a setembro deste ano fechou 79 casos com este alinhador.

Aliás, a evidência tem demonstrado a evolução positiva deste alinhador, como testemunha o estudo *How well does Invisalign® work? A prospective clinical study evaluating the efficacy of tooth movement with Invisalign®*, publicado no *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* em 2009.

A mensagem final de Eduardo Prado para os especialistas foi para terem “sempre um objetivo assertivo nos casos” e buscarem “sempre a perfeição na finalização”.

“Não somos ‘alinhodontistas’, somos ortodontistas”

Os alinhadores estão a ganhar um espaço cada vez maior na prática clínica e têm-se revelado uma resposta eficaz para o tratamento da má oclusão. Numa palestra realizada no encontro anual da Sociedade Portuguesa de Ortodontia, João Pato apresentou casos nos quais utilizou alinhadores com sucesso, mas lembrou aos participantes que na base de todo o trabalho realizado nos casos de má oclusão está o conhecimento ortodôntico.

Texto: Rita Vassal

“Classe II: opções de tratamento” foi o tema da conferência de João Pato no XXIX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ortodontia (SPO), que centrou a palestra na apresentação de vários casos clínicos que acompanhou para abordar as opções que são de sua preferência no acompanhamento destes pacientes.

Embora seja um confesso “apaixonado por alinhadores”, tal como o orador anterior, o especialista brasileiro Eduardo Prado, também o ortodontista de Coimbra reconheceu que passou “a ver os alinhadores com outros olhos e a achar que têm mais qualidade” com a evolução observada nos últimos anos neste tipo de aparatologia removível. Segundo o orador “está a haver um *boom* em Portugal e na Europa nos alinhadores e quando há algo disruptivo na Ortodontia temos os entusiastas, que vão de cabeça [à novidade], e temos os que não acreditam tanto” e são mais relutantes, muito embora a posição mais central e menos extremada num destes polos seja a mais equilibrada na visão do especialista.

Com o recurso a alinhadores cada vez mais alargado no mercado e com a divulgação de protocolos para a utilização nas várias situações que surgem na prática clínica, João Pato achou importante sublinhar à assistência que “não somos ‘alinhodontistas’, somos ortodontistas”. Ou seja, na opinião do especialista, todo o trabalho realizado com os alinhadores tem de estar bem alicerçado no conhecimento ortodôntico. Nessa medida, frisou, é necessário fazer o diagnóstico, delinear o plano de tratamento e quando se

recebe o tratamento, o orador considera fundamental já existir “uma imagem clara daquilo que queremos e vamos trabalhar, vamos usar o nosso *software* como uma ferramenta de trabalho e não como uma ferramenta de diagnóstico”.

Sobre o tema em específico da palestra, João Pato começou por lembrar que a má oclusão de Classe II pode ser dividida em dentária e esquelética. Perante um caso de má oclusão de Classe II dentária, João Pato explicou: “Tenho de fazer uma gestão de espaço, faço extrações, distalizo, faço o que for preciso para pôr os molares em Classe I e os caninos em Classe I”. Se em causa estiver uma má oclusão de Classe II esquelética, João Pato elucidou que, se apanhar “o paciente em crescimento, posso tentar modificar o crescimento, se não o apanho em crescimento faço uma camuflagem ou faço um tratamento combinado ortodôntico-cirúrgico-ortognático (TOCO)”.

CASOS DE MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II: ADAPTAR OS PROTOCOLOS A CADA DOENTE

O primeiro caso abordado pelo especialista foi o de um menino que chegou a João Pato com muitos efeitos secundários do disjuntor com máscara facial que já tinha realizado. Ainda em fase de crescimento, o menino tinha uma Classe II molar do lado direito, uma Classe II completa do lado esquerdo e, nesse sentido, “era preciso retroincliná-los, instruí-los, era preciso também de retroincliná-los os incisivos inferiores, mas se fizesse um protocolo de Classe III e usas-



João Pato

• Médico dentista pós-graduado em Ortodontia



PENSAREM FORA DA CAIXA, PORQUE TEMOS DE TER OS HORIZONTES ABERTOS E QUANDO VEMOS COISAS NOVAS, DISRUPTIVAS, TEMOS DE ESTUDÁ-LAS"

JOÃO PATO



se os elásticos de Classe III ia pró-inclinar os incisivos superiores, mas, pelo contrário, se utilizasse elásticos de Classe II ia pró-inclinar os [incisivos] inferiores”.

Perante o dilema sobre o que fazer, usar ou não protocolos instituídos, João Pato lembrou a audiência que “os protocolos são ótimos, ajudam a organizar as ideias, mas às vezes precisamos de sair um pouco fora da caixa e ver onde podemos encaixar cada caso”. Ou seja, adaptar as estratégias terapêuticas conhecidas ao caso em particular e, no menino em causa, o que o especialista decidiu foi abordar a arcada superior como uma Classe II e a arcada inferior como uma Classe III, no fundo, sublinhou, “tivemos de pensar ortodonticamente”.

O segundo caso apresentado dizia respeito a uma paciente no pico de crescimento com uma Classe II praticamente completa à direita e à esquerda que João Pato tratou com ativadores de Andresen para guiar o crescimento, num tratamento que durou um ano.

Passados mais de três anos, a mesma paciente voltou a aparecer em clínica com um “apinhamento ligeiro”, que queria corrigir, mas não com *brackets*. A opção

de tratamento passou pela utilização de alinhadores, um caso que serviu para o ortodontista demonstrar que “nos alinhadores, a sequência é, por vezes, mais importante que os *attachments*. A sequência é o segredo do tratamento”.

O terceiro caso apresentado referia-se a uma má oclusão de Classe II que não queria ser intervencionado cirurgicamente e tinha “uma série de problemas”, nomeadamente um apinhamento, arcadas não muito largas, “tinha o 25 destruído e o paciente queria extraí-lo e fechar o espaço”, enumerou o orador.

“Em vez de pensar logo no protocolo e ser ‘chapa 5’, em vez de alinhar e retruir, decidi protruir os inferiores, dei volume em baixo para dar suporte ao lábio e para melhorar a Classe II. Inverti o protocolo e, em vez de fazer uma distalização sequencial, fiz uma mesialização sequencial com elásticos de Classe II na mesma. Extraímos o dente e programamos o encerramento do espaço”, contou o ortodontista.

A encerrar a apresentação de casos, o especialista deu a conhecer o de uma jovem com uma recidiva de uma má oclusão de Classe II que decidiu avançar para a

cirurgia ortognática. O plano cirúrgico passou por mentoplastia que melhorou o plano oclusal, um caso clínico que serviu para demonstrar um dos processos da preferência do ortodontista. “Gosto muito de cirurgia ortognática porque conseguimos coisas fantásticas”, admitiu.

Depois dos casos apresentados, e em jeito de conclusão, João Pato aconselhou os especialistas na sala a “pensarem fora da caixa, porque temos de ter os horizontes abertos e quando vemos coisas novas, disruptivas, temos de estudá-las e não devemos ser fechados, no meio é que está a virtude das coisas. Não precisamos de ser logo os maiores entusiastas, nem os menores entusiastas”.

No entanto, na perspetiva do especialista, “também temos de olhar para dentro da caixa, porque temos os nossos limites e temos os nossos princípios biológicos que têm de ser respeitados. Somos ortodontistas e não ‘alinhodontistas’, vamos evoluindo, estudando coisas novas, mas não devemos esquecer as nossas origens”, já que são essas origens do conhecimento ortodôntico que vão dar bases fortes para lidar com a nova aparatologia removível que vai surgindo no mercado.

Caso clínico com 8 anos de seguimento

Reabilitação de incisivo lateral superior com pouco espaço mesio-distal, através de implante imediato com diâmetro reduzido (3,3 mm) e plataforma estreita, a céu fechado.



Eduardo Anitua DDS, MD, PhD

- Private practice in Oral Implantology, Eduardo Anitua Institute, Vitoria, Spain.
- Clinical researcher, Eduardo Anitua Foundation, Vitoria, Spain.
- University Institute for Regenerative Medicine and Oral Implantology - UIRMI (UPV/EHU-Fundación Eduardo Anitua), Vitoria, Spain.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Dr. Eduardo Anitua, Eduardo Anitua Foundation;
C/ Jose Maria Cagigal 19, 01007 Vitoria, Spain;
Phone: +34 945160653,
e-mail: eduardo@fundacioneduardoanitua.org.

INTRODUÇÃO

Quando se perde um dente no setor anterior, especialmente na zona superior, cria-se um problema estético que o paciente sente a necessidade de resolver de forma rápida, previsível e estética na maioria das ocasiões, já que esta zona da cavidade oral é a mais exposta, fazendo parte do sorriso, e produzindo um problema que pode chegar a afetar as relações interpessoais do paciente e gerar um problema psicológico^{1,2}. Os incisivos centrais superiores e os incisivos laterais superiores, assim como os caninos, são os dentes em que mais frequentemente realizamos extrações dentárias e implantes imediatos, com carga imediata em muitas situações, principalmente devido a esses condicionantes já citados^{3,4}. Quando o dente a ser substituído é um incisivo lateral, por vezes verificamos que o espaço mesio-distal ocupado pela raiz desse dente, e consequentemente o espaço cirúrgico deixado após a extração dentária para a colocação do implante, é reduzido⁵. Se tivermos em conta que, para não comprometer a vascularização dos dentes adjacentes, devemos respeitar pelo menos 2-3 mm de osso desde o colo do implante até ao dente adjacente, a colocação de um implante a este nível torna-se mais complexa, pois o espaço que poderíamos ocupar com o implante obriga-nos a colocar um implante estreito com uma plataforma reduzida⁸⁻¹⁰.

O incisivo lateral não é um dente com grande trabalho biomecânico na mastigação, pelo que um implante estreito reabilitado como unitário não deve ser um inconveniente, mas devemos ter em conta que a sua participação na guia anterior pode submeter a reabilitação a movimentos de compressão não axial e que são dentes que vão participar em manobras de tração ainda maiores quando realizam a tarefa de morder ou rasgar alimentos^{5,6}. A utilização de implantes de menor diâmetro que, a longo prazo, se comportam biomecanicamente com a mesma resistência e durabilidade que os implantes de maior diâmetro, tornou possível reabilitar estas zonas com total fiabilidade¹¹. De facto, uma das primeiras indicações para implantes de diâmetro e plataforma reduzidos foi a substituição de incisivos laterais superiores e incisivos inferiores, estendendo-se posteriormente a outras localizações¹¹. Atualmente, estes implantes são utilizados para o tratamento de edentulismo com atrofia horizontal severa em várias zonas, incluindo a zona de molares e pré-molares, desde que sejam ferulizados a outros implantes de igual ou maior diâmetro e respeitando uma série de parâmetros diagnósticos e terapêuticos, de forma a conseguir a melhor distribuição de carga possível para o osso crestal¹⁴⁻¹⁶.

Um dos principais desafios em situações de incisivos laterais superiores ou

incisivos inferiores com um leito ósseo limitado, em que se deve utilizar um implante estreito com uma plataforma reduzida, é conseguir uma estabilidade primária correcta, especialmente quando este implante é colocado imediatamente após a extração e queremos carregá-lo imediatamente. A solução para conseguir uma estabilidade correcta nestas situações é utilizar implantes mais longos que consigam uma ancoragem apical que nos permita estabilizar o implante e efetuar uma carga imediata segura e previsível. Naturalmente, a gestão do espaço peri-implantar também é importante, como na maioria dos implantes imediatos pós-extração, assim como a gestão dos tecidos moles adjacentes e a construção da prótese¹⁷⁻¹⁸. No caso clínico que se segue, mostramos a colocação de um implante pós-extração imediata numa área altamente estética (incisivo lateral superior) num dente afetado por uma fratura com um defeito vestibular significativo e com uma distância mesio-distal reduzida, em que foi possível realizar a carga imediata e o preenchimento do espaço com um bom resultado, utilizando apenas PRGF-Endoret® como material de regeneração desta área.

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, de 44 anos de idade, que procurou o nosso consultório com dor no dente 22, que tinha sido submetido a um tratamento prévio de canal e com a intenção de melhorar o aspeto estético frontal, no qual a paciente apresentava várias reconstruções com compósito, bem como múltiplas linhas de fratura e fissuras no esmalte que se encontrava pigmentado (figuras 1-4). Ao examinarmos mais atentamente o dente 22, que é o que provoca dor, para além do problema estético evidente da alteração de cor, observámos uma fratura ao nível do colo dentário com descimentação completa da reconstrução. Por baixo da fratura, observa-se uma cárie subgingival com envolvimento radicular, provavelmente causada pelo desajuste da reconstrução

em mau estado (figuras 5 e 6). Assim, optámos por extrair a raiz do dente 22 e colocar um implante imediato.

A primeira fase do tratamento consiste em realizar um cone-beam dentário no qual observamos a posição da raiz a extrair e a inserção de um implante de 13 mm de comprimento para ultrapassar o ápice do dente a extrair (figura 7) e conseguir a estabilidade suficiente através da ancoragem a esse nível para realizar a carga imediata, já que se trata de um sector de grande exigência estética, o que é necessário. Procede-se à extração cuidadosa da raiz remanescente e à curetagem cuidadosa do tecido inflamatório através do alvéolo, sem elevação do retalho mucoperiosteal (figuras 8 e 9). Durante a curetagem do alvéolo, localizou-se um ponto na tábua óssea vestibular com uma deiscência. Para uma melhor exploração, faz-se uma pequena janela ao nível da perfuração óssea e observa-se uma linha vertical em que se perdeu a tábua vestibular, facto que reafirma a necessidade de colocar um implante de maior comprimento para colmatar este defeito (figuras 10-11). Ao longo da inserção do implante, esta janela serve também para controlar a posição tridimensional do implante em relação à tábua óssea e ao defeito (figuras 12 e 13).

Uma vez terminada a inserção do implante, fazemos um registo indexado do implante a posicionar sobre o modelo de estudo em gesso previamente preparado, retirando a zona correspondente à peça 12 e colocando a réplica do implante a esse nível. Esta forma de fazer o registo no modelo é muito mais conservadora com o implante recém-inserido, pois gera menos stress do que a inserção e remoção de uma moldeira, que tem sempre um efeito maior sobre o implante (figura 14). Uma vez efectuado o registo, colocamos um pilar de cicatrização até que a prótese com carga imediata esteja terminada e preenchemos o espaço apenas com PRGF-Endoret® (figura 15). 24 horas depois, colocámos a prótese provisória com carga imediata (figuras 16 e 17).

Cinco meses depois, a prótese definitiva é colocada sobre o implante. Nesta al-

tura, realizamos também uma reabilitação estética do setor anterior para melhorar a sua imagem, com facetas que harmonizam o aspeto, a cor e a forma dos dentes anteriores superiores. A paciente continua a ser acompanhada e 8 anos depois, apresenta uma estabilidade completa do implante na posição 12, sem perda óssea associada ou eventos adversos (figura 18).

DISCUSSÃO

A extração de um dente e a colocação de um implante no mesmo tempo cirúrgico é, hoje em dia, praticamente uma técnica de rotina, especialmente para áreas estéticas, onde a melhor provisionalização pode ser realizada no próprio implante²⁰. A inserção imediata com carga imediata é, portanto, uma técnica amplamente desenvolvida para o setor estético, com diferentes variações quanto à abordagem, ao tipo de implante, à colocação tridimensional do implante e à forma como é feita a prótese provisória²⁰⁻²². Apesar da grande diversidade de variações da técnica, o que é constante em todas elas é a obtenção de um elevado torque de inserção que permita uma carga imediata²²⁻²⁴. Para isso, podemos utilizar diferentes técnicas de condensação óssea, variar a morfologia do implante a ser inserido ou inserir implantes mais longos que adquiram a estabilidade inicial necessária ultrapassando o alvéolo, levando o ponto de ancoragem do ápice além do alvéolo do dente extraído²⁵⁻²⁷.

Em casos como o que mostrámos neste artigo, esta pode ser a melhor forma de conseguir a estabilidade inicial que nos permita fazer a carga, uma vez que temos um defeito na cortical vestibular (pelo que não é possível a ancoragem tridimensional a este nível) e não podemos aumentar o diâmetro do implante, que seria outra forma de ganhar estabilidade, tendo um espaço mesio-distal para a colocação do implante que é reduzido. Assim, embora o nosso grupo de estudo recomende a colocação de implantes com o menor comprimento possível²⁸, de forma a sermos o mais conservadores possível com o leito ósseo e futuros retratamentos, neste caso, a indicação para um implante mais longo era clara.

O preenchimento do espaço nestes implantes é outro ponto de particular importância, uma vez que garantir que este espaço é transformado em osso novo é a diferença entre o sucesso e o fracasso do ponto de vista estético da nossa restauração. Por conseguinte, a seleção do material que permite que este espaço se desenvolva favoravelmente é crucial. A utilização de materiais autólogos como o PRGF-Endoret® proporciona-nos uma libertação de fatores de crescimento que estimulam a neoformação óssea, tal como acontece no alvéolo pós-extração ou na regeneração de outros tipos de defeitos²⁹⁻³¹. Neste caso, a utilização desta técnica de selamento do *gap*, bem como o resto do procedimento cirúrgico e protético, permitiu-nos obter um resultado previsível a longo prazo, sem complicações durante o período de acompanhamento.

CONCLUSÕES

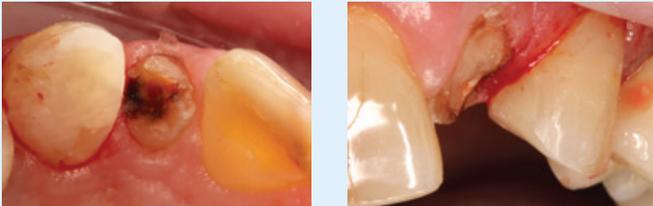
A colocação imediata de implantes com carga imediata no setor estético é atualmente uma técnica de rotina. Conseguir a estabilidade primária correta para permitir a carga é crucial e, em áreas com perda parcial ou total da tábua vestibular e espaço mesio-distal reduzido, pode ser necessária a utilização de um implante mais longo. Nas situações em que queremos colocar o implante num espaço fechado e temos dúvidas sobre se a tábua vestibular está preservada, uma opção é abrir uma pequena janela na gengiva que nos permite visualizar a distância exata e criar um pequeno espaço para sobrecorreção, se necessário.

BIBLIOGRAFIA

- Hartog L, Meijer HJ, Santing HJ, Vissink A, Raghoobar GM. Patient satisfaction with single-tooth implant therapy in the esthetic zone. *Int J Prosthodont*. 2014 May-Jun;27(3):226-8.
- Al-Dosari A, Al-Rowis R, Moslem F, Alshehri F, Ballo AM. Esthetic outcome for maxillary anterior single implants assessed by different dental specialists. *J Adv Prosthodont*. 2016 Oct;8(5):345-353.
- Gamborena I, Sasaki Y, Blatz MB. Predictable immediate implant placement and restoration in the esthetic zone. *J Esthet Restor Dent*. 2021 Jan;33(1):158-172.
- Testori T, Bianchi F, Del Fabbro M, Capelli M, Zuffetti F, Berlucchi I, Taschieri S, Francetti L, Weinstein RL. Implant aesthetic score for evaluating the outcome: immediate loading in the aesthetic zone. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2005 Mar;17(2):123-30; quiz 132.
- Smidt A, Venezia E. Gaining adequate interdental space with elastic separating rings against implants: a case series. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012 Apr;14(2):206-17.
- Wang YL, Cheng J, Chen YM, Yip KH, Smales RJ, Yin XM. Patterns and forces of occlusal contacts during lateral excursions recorded by the T-Scan II system in young Chinese adults with normal occlusions. *J Oral Rehabil*. 2011 Aug;38(8):571-8.
- Hockel JL. Incisal bite force. *Angle Orthod*. 1994;64(4):245-6.
- Han HS, Kim PJ, Kim KT, Kim S, Ku Y, Cho YD. Dental implant proximity to adjacent teeth: A retrospective study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2022 Dec;24(6):733-739.
- Garabetyan J, Malet J, Kerner S, Detzen L, Carra MC, Bouchard P. The relationship between dental implant papilla and dental implant mucosa around single-tooth implant in the esthetic area: A retrospective study. *Clin Oral Implants Res*. 2019 Dec;30(12):1229-1237.
- Trbakovic A, Bongenhillem U, Thor A. A clinical and radiological long-term follow-up study of narrow diameter implants in the aesthetic area. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2018 Aug;20(4):598-605.
- Andersen E, Saxegaard E, Knutsen BM, Haanaes HR. A prospective clinical study evaluating the safety and effectiveness of narrow-diameter threaded implants in the anterior region of the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001; 16: 217-224.
- Valera-Jiménez JF, Burgueño-Barris G, Gómez-González S, López-López J, Valmaseda-Castellón E, Fernández-Aguado E. Finite element analysis of narrow dental implants. *Dent Mater*. 2020 Jul;36(7):927-935.
- Hamed MT, Mously HA, Ghulman MM, Nanguib GH. Impact of dental implant diameter on the efficiency of fatigue: A systematic review analysis. *J Pak Med Assoc*. 2021 Jun;71(6):1648-1654.
- Antuia E, Escuer V, Alkhraisat MH. Short Narrow Dental Implants versus Long Narrow Dental Implants in Fixed Prosthesis: A Prospective Clinical Study. *Dent J (Basel)*. 2022 Mar 4;10(3):39.
- Anitua E, Fernandez-de-Retana S, Anitua B, Alkhraisat MH. Long-Term Retrospective Study of 3.0-mm-Diameter Implants Supporting Fixed Multiple Prosthesis: Immediate Versus Delayed Implant Loading. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2020 Nov/Dec;35(6):1229-1238.
- Anitua E, Saracho J, Begoña L, Alkhraisat MH. Long-Term Follow-Up of 2.5-mm Narrow-Diameter Implants Supporting a Fixed Prosthesis. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2016 Aug;18(4):769-77.
- Grassi FR, Grassi R, Rapone B, Alemanno G, Balena A, Kalemaj Z. Dimensional changes of buccal bone plate in immediate implants inserted through open flap, open flap and bone grafting and flapless techniques: A cone-beam computed tomography randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Implants Res*. 2019 Dec;30(12):1155-1164.
- AlTarawneh S, Hamdan AAS, Alhadidi A, Hattar S, Al-Rabab'ah M, Baqain Z. Esthetic outcome of immediately placed and non-functionally loaded implants in the anterior maxilla utilizing a definitive abutment: A pilot clinical trial. *Dent Res J (Isfahan)*. 2020 Mar 17;17(2):92-99.
- Anitua E, Piñas L, Alkhraisat MH. Long-Term Outcomes of Immediate Implant Placement Into Infected Sockets in Association With Immediate Loading: A Retrospective Cohort Study. *J Periodontol*. 2016 Oct;87(10):1135-40.
- Chen J, Cai M, Yang J, Aldhohrah T, Wang Y. Immediate versus early or conventional loading dental implants with fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Prosthet Dent*. 2019 Dec;122(6):516-536.
- Seyssens L, De Lat L, Cosyn J. Immediate implant placement with or without connective tissue graft: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2021 Feb;48(2):284-301.
- Ye L. [Current dental implant design and its clinical importance]. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2017 Feb 1;35(1):18-28.
- Greenstein G, Cavallaro J. Implant Insertion Torque: Its Role in Achieving Primary Stability of Restorable Dental Implants. *Compend Contin Educ Dent*. 2017 Feb;38(2):88-95; quiz 96.
- Benic GI, Mir-Mari J, Hämmerle CH. Loading protocols for single-implant crowns: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2014;29 Suppl:222-38.
- Padhye NM, Padhye AM, Bhatavadekar NB. Osseodensification – A systematic review and qualitative analysis of published literature. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2020 Jan-Mar;10(1):375-380.
- Kim DG, Jeong YH, Chien HH, Agnew AM, Lee JW, Wen HB. Immediate mechanical stability of threaded and porous implant systems. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2017 Oct;48:110-117.
- Hsieh MC, Huang CH, Lin CL, Hsu ML. Effect of implant design on the initial biomechanical stability of two self-tapping dental implants. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2020 Apr;74:124-130.
- Anitua E. Implant Dentistry from One-Way Direction to the Reversibility of the Osseointegration. *Eur J Dent*. 2022 May;16(2):464.
- Solakoglu Ö, Heydecke G, Amiri N, Anitua E. The use of plasma rich in growth factors (PRGF) in guided tissue regeneration and guided bone regeneration. A review of histological, immunohistochemical, histomorphometrical, radiological and clinical results in humans. *Ann Anat*. 2020 Sep;231:151528.
- Anitua E, Allende M, Alkhraisat MH. Unravelling Alveolar Bone Regeneration Ability of Platelet-Rich Plasma: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Bioengineering (Basel)*. 2022 Sep 27;9(10):506.
- Anitua E, Tejero R, Zalduendo MM, Orive G. Plasma rich in growth factors promotes bone tissue regeneration by stimulating proliferation, migration, and autocrine secretion in primary human osteoblasts. *J Periodontol*. 2013 Aug;84(8):1180-90.



Figuras 1- 4. Imagens clínicas do paciente mostrando as diferentes linhas de fratura e fissuras no esmalte, e as reconstruções em mau estado em diferentes dentes do setor anterior.



Figuras 5 e 6. Imagem clínica do dente na posição 22 ao remover a reconstrução filtrada e a fratura evidente que afeta parte da raiz, bem como a cárie profunda na zona mesial do dente, o que torna necessária a sua extração.

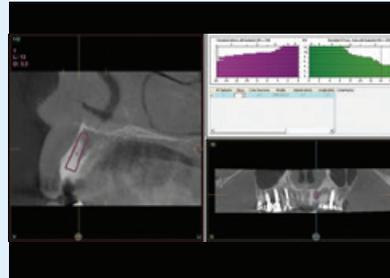


Figura 7. Corte seccional do cone-beam mostrando a raiz remanescente do dente a ser extraído e o implante a ser inserido nesta posição. Neste caso, está planeado um implante mais longo para conseguir uma ancoragem apical além do ápice do dente e, assim, gerar uma estabilidade inicial correta que permita uma carga imediata.



Figuras 8 e 9. Extração do remanescente radicular e curetagem cuidadosa da área para posterior colocação de implante.



Figuras 10 e 11. Deiscência óssea deixada pelo mau estado do remanescente radicular extraído, que provavelmente apresentava uma fissura a esse nível.



Figuras 12 e 13. Colocação do implante na zona do resto da raiz extraída, com controlo específico da preservação da tábua óssea vestibular, muito afetada pelo defeito.



Figuras 14 e 15. Tomada do registo índice com blue-mousse no momento da colocação do implante com coifa de impressão e posterior colocação do pilar de cicatrização e preenchimento do espaço com PRGF-Endoret®.



Figuras 16 e 17. Colocação da prótese provisória 24 horas após a cirurgia e radiografia da mesma.

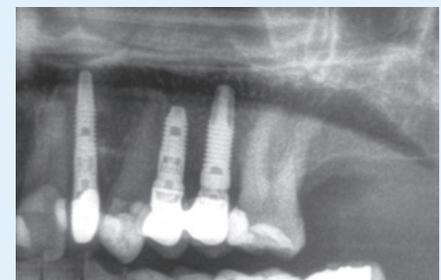
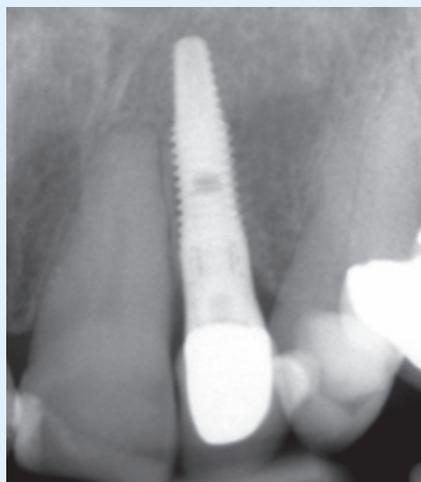
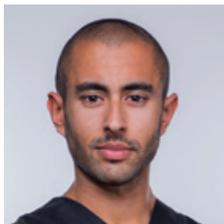


Figura 18. Radiografia final aos 8 anos de seguimento, mostrando a estabilidade do implante colocado na posição 12, que continua sem perda óssea marginal.

A Inteligência Artificial não é para os fracos!



Vítor Brás

• Médico Dentista e Empreendedor*

Quem nunca levou com histórias dignas de Chuck Norris dos nossos pais ou avós quando relatavam os sacrifícios que faziam para ir à escola? Atravessavam pântanos, florestas, lama e chuva até lá chegar, ouvíamos algo como “aquilo é que eram bons tempos” ou a minha favorita: “vocês não sabem o que custa a vida”. Mas vamos lá ver, a nossa geração já levou com uma pandemia, mais um pouco e estamos numa Terceira Guerra Mundial e quase que nem precisamos de aprender porque as máquinas já fazem isso por nós... e nós é que somos fracos? Não me parece. A própria realidade hoje é distorcida, com imagens geradas por IA (chegam mesmo a haver *influencers* totalmente virtuais), conteúdo gerado por IA (livros, cursos online, etc.) e até certas assistências técnicas que quando ligamos para lá para alinharmos os chakras e reclamar que a net foi de vela somos recebidos por um assistente virtual. Seguindo sempre o *hype*, a indústria dentária não se ficou e hoje somos metralhados com alusões a diagnósticos, planos de tratamento, desenhos de sorriso, enfim tudo e

mais um pouco, assistido por inteligência artificial. E cheguei a uma conclusão muito simples: não sei patavina de Inteligência Artificial! Decidi debruçar-me sobre o tema e o que concluí, lá está: a Inteligência Artificial não é para os fracos!!!

Começemos pelo início, a definição de IA. Desengane-se quem acha que IA é sinónimo de algoritmo, enquanto a IA consegue gerar resultados diferentes consoante os *inputs* que recebe, um algoritmo dará sempre o mesmo resultado independentemente do que lhes for introduzido. É como dizer que a IA é o cérebro, o algoritmo o neurónio. Muitas tarefas até aqui apenas atribuídas a humanos, tais como a resolução de problemas, processos cognitivos e de toma de decisões podem agora ser feitos pelos computadores. Claro, como em tudo na vida, não há bela sem senão e por exemplo: um carro assistido por IA na eminência de um acidente que tem duas opções: ou atropela a senhora na passadeira ou estoiira-se no muro? Uma máquina a decidir sobre vidas humanas? Mas isso são outros quinhentos. O que me maravilhou foi a forma como a IA aprende, se lhe fornecermos algumas instruções os “cérebros” de sílica vão estabelecer uma série de regras e estratégias e começarão a fazer a sua magia. Podemos resumir os processos de aprendizagem em três categorias:

- Aprendizagem não supervisionada;
- Aprendizagem supervisionada;
- Aprendizagem por reforço.

Imaginemos então em contexto de saúde, os investigadores querem estudar a Periodontite, por exemplo.

A aprendizagem não supervisionada vai analisar todo o universo de pacientes da clínica e procurar por padrões e tendências, algo como identificar que existe uma maior prevalência de periodontite em fumadores, tudo isto sem nenhuma intervenção humana. Já na aprendizagem supervisionada há mão humana. Se

então agora os investigadores desejam estudar algo mais específico, poderão dividir o grupo teste e o grupo controlo e introduzir dados provenientes de duas ou mais fontes (radiografias e sondagem periodontal, p.e.), os algoritmos da IA vão procurar padrões em cada grupo e correlacionar os dois tipos de dados, o que daí resultar vai permitir aos engenheiros aperfeiçoar as regras e estratégias de aprendizagem para tornar a IA cada vez mais fidedigna no diagnóstico da Periodontite.

Por último, a aprendizagem por reforço. Aqui os investigadores já querem estabelecer planos de tratamento apoiados pela IA mas sabemos que cada indivíduo reage e cumpre com a terapêutica de forma diferente, aqui a IA está sempre a receber reforços de informação e está constantemente a reavaliar e conseguirá modificar os resultados consoante a progressão/evolução da patologia.

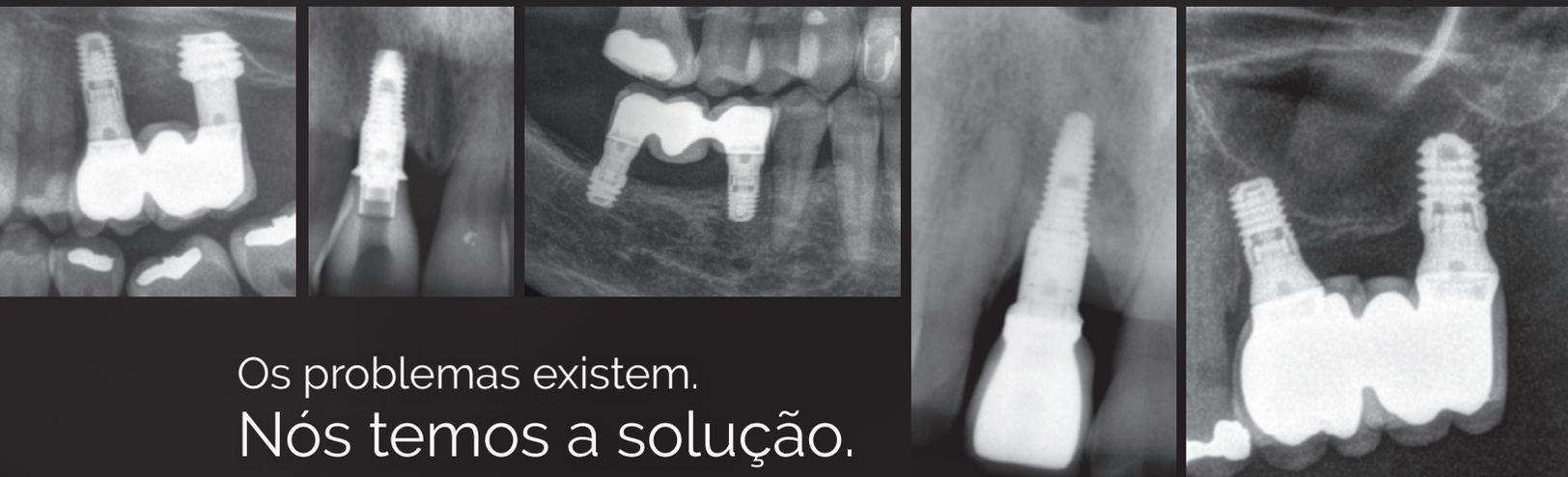
Isto tudo é maravilhoso, não é? Sim. Mas apercebi-me eu, por aprendizagem não supervisionada, de outro padrão típico de nós Médicos Dentistas. Queremos receber sem dar muito e somos facilmente aliciados por tendências de consumo. Por muitas virtudes que a IA apresente ela precisa de algo: dados! Muitos dos algoritmos empregues baseiam-se em dados provenientes de grandes clínicas e *opinion leaders* porque o comum dentista dá por si com agendas cheias ficando para segundo plano um simples periodontograma (para continuar na Perio). Temos que “alimentar” a IA! Como queremos que a IA nos ajude a personalizar tratamentos se nem a anamnese por vezes está completamente preenchida? Não basta ir no hype e comprar gadgets com IA, é preciso saber que para que nos seja útil também precisamos de jogar em equipa com ela. Dá trabalho sim! Mas como disse no início, a Inteligência Artificial não é para os fracos!



bti[®]
Human
Technology

CIÊNCIA, SAÚDE, PESSOAS

CADA CASO É DIFERENTE, CADA PACIENTE É ÚNICO



Os problemas existem.
Nós temos a solução.

BTI Biotechnology Institute Portugal

Tel.: +00 351 22 1201373 | bti.portugal@bticomercial.com | www.bti-biotechnologyinstitute.com

TIAGO NASCIMENTO BORGES
PRESIDENTE DO CONSELHO DE JOVENS
MÉDICOS DENTISTAS (CJMD)

“NA MEDICINA DENTÁRIA
SOMOS, TALVEZ, DAS PIORES
ÁREAS DA SAÚDE EM TERMOS
DE EMPREGABILIDADE”

Tiago Nascimento Borges deixa no final deste ano a presidência do Conselho de Jovens Médicos Dentistas (CJMD) – um grupo de trabalho da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) – e faz à Saúde Oral um balanço dos dois anos no cargo. Deixa também uma avaliação crítica das dificuldades de acesso à profissão, da precariedade dos mais jovens no mercado de trabalho e garante que nenhum dos problemas da classe se resolverá sem repensar o planeamento estratégico de recursos humanos em Medicina Dentária, a começar pelos cursos universitários.

Texto: Rita Vassal

Saúde Oral (SO) | Que balanço faz destes dois anos enquanto presidente do CJMD?

Tiago Nascimento Borges (TNB) | Eu e a Catarina Duarte, o meu braço direito no Conselho, dividimos a organização do grupo em cinco áreas e distribuímos pelos colegas para que estas fossem melhor trabalhadas. Essas áreas foram o apoio ao jovem médico dentista, a empregabilidade, a política jovem de saúde, a comunicação e secretariado e o planeamento dos recursos humanos em Medicina Dentária e fomos fazendo várias iniciativas [nestas temáticas], umas que já avançaram e foram concretizadas, outras não puderam avançar.

Demos continuidade ao trabalho que foi iniciado pelo Telmo Ferreira, anterior presidente, e que foi falado no Congresso da OMD, sobre o impacto que os seguros e as convenções têm na atividade dos jovens médicos dentistas. Tendo em conta que grande parte dos colegas trabalha em prestação de serviços ou à percentagem, quando essas convenções oferecem trata-

mentos em que o paciente paga zero, isso significa que o médico recebe zero. É praticamente impossível um médico dentista trabalhar nessas condições.

Pensámos também em criar um gabinete de apoio ao jovem médico dentista, mas como o Conselho Diretivo da OMD já tinha esse objetivo geral de acompanhamento ao médico dentista, o nosso foi integrado nesse gabinete.

Publicámos este ano o documento “Sou médico dentista e agora” que é uma ajuda para o início da atividade profissional dos colegas. Fala sobre as questões legais e laborais, ou seja, a segurança social, as finanças, os seguros ou a questão da PEM [prescrição eletrónica médica] móvel.

Para ajudar os jovens no acesso à informação temos em curso uma reorganização da Via Verde para a Medicina Dentária que, basicamente, é um separador no site da OMD com informações muito úteis, mas não estão muito bem organizadas.

Concluimos também a publicação da bolsa de emprego. Já existia no seio da

OMD, mas não estava potenciada e a nossa ideia é que essa plataforma seja digna e organizada para os colegas ou empresas que estão a contratar e também dê hipótese aos colegas que estão à procura de emprego de mostrarem as suas habilidades e áreas de atuação.

Temos também uma proposta, que foi coordenada com a ANEMD [Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária], para a criação no site da OMD do estatuto de membro-estudante. Ou seja, o estudante fica inscrito no site, não tendo o mesmo acesso à plataforma que um médico dentista, mas pode ter acesso a alguma informação de índole socioprofissional que pode ser importante para um estudante finalista.

Há também todo um trabalho político e nesse campo fomos promotores da idealização de um fórum com os colegas da saúde [médicos, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas e veterinários]. A nossa ideia é criar uma Plataforma de Jovens Profissionais de Saúde e já organizámos uma tertúlia com os colegas na qual

“

A classe como um todo tem de pensar no futuro, tem de haver uma reorganização, tem de se investir na formação contínua – é importante que haja mínimos de formação contínua, mas reconheço que há alguma dificuldade de falar neste tema – e apostar em competências setoriais”



percebemos que, de facto, temos muitas coisas em comum e também percebemos que na Medicina Dentária somos, talvez, das piores áreas da saúde em termos de empregabilidade.

Na Ordem foi um trabalho importante porque muitos colegas mais velhos, dentro e fora dos próprios órgãos sociais, não acreditavam no que é a realidade de muitos colegas jovens.

(SO) | Não tinham noção do que os jovens estão a passar em termos de empregabilidade?

TNB | Não tinham uma noção tão clara. É muito fácil ir às redes sociais e ver colegas jovens de sucesso que até emigraram e conseguem ter um certo tipo de vida. Há colegas que por mérito, por capacidade científica e profissional têm um trabalho fantástico e sobressaem, e ainda bem, mas, infelizmente, não são o espelho da realidade dos jovens.

Por exemplo, havia todo um desconhecimento da situação dos jovens relativamente à remuneração, sobre o facto de

45% dos jovens demorarem mais de um ano a auferir 750 euros de salário líquido e cerca de 16% mais de dois anos. Na altura em que a Ordem realizou este “Estudo aos Jovens Médicos Dentistas” esse era um valor próximo ao do salário mínimo nacional.

Também reparámos nesse estudo que passados 10 anos os colegas não estavam numa situação melhor, uma vez que continuam a recibos verdes, recebem 11 meses sem direito a subsídio de férias e de Natal e com muitas dificuldades em relação à protecção laboral, como as baixas.

(SO) | Os dados da OMD dão conta de que mais de 600 médicos dentistas emigraram em 2022. Na base da saída do País estão as condições de acesso e de exercício da profissão que são oferecidos aos jovens dentistas portugueses?

TNB | Tem muito a ver com isso. No nosso próprio estudo notámos que muitos colegas mostravam um descontentamento muito grande com a profissão. Recolhemos o dado de que mais de 50% não voltaria a

escolher a profissão ou voltaria a complementar com outra área. Isto é um grito de pedido de ajuda por parte dos colegas.

Mostra também que dois em cada três colegas que emigraram o fizeram por questões de valorização. Temos, então, as questões de precariedade, do subemprego, de acesso digno ao início de uma carreira, mas também há questões de valorização do que é a profissão.

É certo que muitos dos colegas emigraram pelo cenário socioeconómico português, mas há colegas, e conheço casos próximos, que simplesmente começaram a ficar cansados de cá estar porque não conseguiam evoluir, porque as condições oferecidas pelas clínicas não eram atrativas e aliar isto à facilidade atual de atratividade no estrangeiro e às condições remuneratórias que são completamente diferentes é muito fácil um jovem pensar em emigrar.

(SO) | E esse estudo também mostrou que 40% dos profissionais que emigraram não têm qualquer intenção de regressar...

TNB | Exatamente. Nos cálculos da OMD, cerca de 16% dos jovens médicos dentistas tinham emigrado. Tendo em conta que muitos colegas já nem se inscrevem na Ordem, porque dentro da União Europeia não faz diferença, faz com que este número seja subestimado. Muitos colegas no 4º ano da faculdade já começam a fazer algumas formações complementares com o intuito de emigrar. Começam a fazer cursos de línguas, a entrar em contacto com empresas de recrutamento e há uma vaga grande de colegas que já nem sequer pondera ou tenta aqui as suas oportunidades.

Já me formei há três anos e no grupo do meu curso fiz uma pequena sondagem. De uma turma que tinha cerca de 80 pessoas tive 52 votos e, desses, 61% está a prestação de serviços, só duas pessoas estão a contrato em Portugal, há três colegas que desistiram da profissão, dois dos colegas a exercer em Portugal exploram alternativas fora do exercício da Medicina Dentária e cerca 25% estão no estrangeiro em exclusivo.

(SO) | A forma como o mercado está organizado deve-se, em parte, ao número de formandos que acabam o curso anualmente, que rondará os 700/800? Há demasiados cursos de Medicina Dentária em Portugal?

TNB | A visão do Conselho de Jovens e da Ordem atualmente é essa. Houve no passado uma falta de planeamento do que era a necessidade de médicos dentistas para Portugal e foram-se abrindo vagas de forma indiscriminada.

Há aqui dois pontos importantes: há a perspetiva da formação relativamente à qualidade e há a questão do exercício profissional.

Quando temos muitos profissionais cria-se um mercado extremamente saturado e quando há esta saturação é muito fácil haver exploração no exercício profissional. Recentemente, a Ordem defendeu que as empresas que têm clínicas sejam de médicos dentistas porque, muitas vezes, essas empresas levam a uma mercantilização da saúde que não é o objetivo, nem a desvalorização do ato médico. E não se prende só com as condições re-

“

Mais de 50% não voltaria a escolher a profissão ou voltaria a complementar com outra área. Isto é um grito de pedido de ajuda por parte dos colegas”

muneratórias, prende-se também com as condições de exercício da profissão, das convenções e dos seguros que levam a sobretratamentos e a sobrefaturação.

Esta questão de não haver planeamento [de recursos humanos] cria problemas de Saúde Pública graves. A Saúde Pública a nível oral pode estar comprometida a médio ou longo prazo se não começam a ser tomadas medidas para controlar isto. Havemos de chegar a um ponto crítico em algum momento se nada for feito e, em boa verdade, quase nada tem sido feito, quer da perspetiva do Governo, quer na perspetiva das faculdades que, para o próprio interesse delas, deveriam ponderar que, se o curso de Medicina Dentária deixar de ser atrativo, vão deixar de ter estudantes.

(SO) | E sobre a qualidade da formação, há diferenças entre as faculdades?

TNB | Existirão diferenças no ensino entre uma faculdade privada e uma faculdade pública, mas não se pode dizer que uma seja melhor que outra. Há faculdades melhores ou piores devido à organização que têm e não pelo facto de serem públicas ou privadas.

Fui presidente da ANEMD, conheço bem as sete faculdades, cheguei a estar em praticamente todas, discuti com os colegas a realidade de cada uma e acho que há

diferenças consideráveis, mas individualizar não é interessante para a discussão. Quando se fala do planeamento de recursos humanos toda a gente pensa em *numerus clausus*, porque a classe quer ser protecionista, queremos manter a nossa posição e isso é algo muito injusto tanto na Medicina Dentária, como na Medicina. As ordens têm parâmetros de qualidade muito elevados para o que é o exercício profissional e não os podemos descurar porque estamos a tratar pessoas. A nível da Medicina Dentária, quando falamos do planeamento de recursos humanos, a discussão vai quase sempre dar à questão de que temos muito profissionais e isso leva à desregulação do exercício profissional, mas leva também à ameaça da qualidade da formação de base. Uma faculdade, a nível genérico, está montada para dar aulas a 40 ou 50 estudantes, numa perspetiva de infraestruturas – do número de cadeiras, salas, materiais, número de funcionários – assim como do rácio que existe de acompanhamento de docente para estudante e também do número de pacientes que, quando se chega à parte prática, cada estudante consegue ter para fazer evoluir e colocar em prática o que aprendeu supervisionado pelo docente. A parte de planeamento de recursos humanos não se prende só com *numerus clausus* porque somos muitos, prende-se muito com a qualidade da formação que não queremos colocar em causa [com o aumento do número de estudantes].

Sente-se muito isso sobretudo desde que entrou [o processo de] Bolonha e a Medicina Dentária perdeu o 6º ano. Houve faculdades que ficaram mais próximo de acertarem [no modelo], mas não há uma uniformização, ou uma base comum, do que são os planos curriculares.

Obviamente que não queremos que todas as faculdades sejam iguais, têm de se distinguir para captar os alunos, isso é saudável, mas não há um tronco comum do que deve ser um plano curricular, nem uma discussão saudável sobre se devemos defender um 6º ano de estágio ou devemos potenciar estes cinco anos de forma que a formação básica médica seja efetivamente útil. A discussão prende-se

com o facto de praticamente se ter tirado um ano de exercício prático, porque o 6º ano era sobretudo prático, e isso leva a que depois a formação seja insuficiente e alguns colegas saiam [da faculdade] sem fazer um número mínimo de atos. Esta situação pode gerar alguma insegurança nos recém-licenciados e o mercado vai explorar isso. O mercado sabe que o ensino não está nas suas melhores capacidades e diz ao estudante “ficas aqui para aprender umas coisas”, muitas vezes sem remuneração, e esse período que devia ser temporário e até pode ser saudável depois instala-se de forma crónica.

Podemos colocar a questão da existência de um internato médico, que terá as suas dificuldades e problemas e o estatuto das ordens profissionais quer mexer nisso. Acontece a nível médico, [em que os recém-licenciados] vão exercendo a profissão, mas acompanhados, enquanto na Medicina Dentária a formação base tem de ser extremamente capaz porque desde o momento em que o médico dentista possui a cédula [profissional] tem a liberdade ética, deontológica e legal de exercer a profissão dentro de qualquer área dentro da Medicina Dentária.

(SO) | O mercado está saturado e existem muitos médicos dentistas a sair das faculdades, mas não deixa de ser paradigmático que a Saúde Oral dos portugueses seja muito pouco recomendável. Os dados da OMD dizem que 92,5% dos profissionais de Medicina Dentária estão em clínicas privadas e apenas 2,4% estão nos Centros de Saúde. A fraca Saúde Oral em Portugal está a associada a estes números?

TNB | Obviamente que está associado. Se a saúde no geral fosse tão privada como é a Medicina Dentária teríamos outros níveis de desregulação dos números de saúde, da mesma forma que temos na Saúde Oral.

A Saúde Oral, infelizmente, foi das componentes da saúde, a par da saúde mental, mais negligenciada pelo SNS [Serviço Nacional de Saúde]. Obviamente que não é previsível que no SNS se faça tratamentos estéticos, mas há questões da saúde sistémica que têm impacto na Saúde Oral, a Saúde Oral tem impacto



“
É diferente ter uma pessoa que emigra à procura de fazer uma pós-graduação muito prestigiada, ou porque sempre sonhou em trabalhar em determinado país, outra coisa é ser forçado a fazê-lo por questões remuneratórias, por questões de valorização profissional, por questões de ter oportunidade de investir em formação e crescer”

na saúde sistémica e há uma franja muito significativa da população que só recorre ao dentista no privado quando dói e aí a solução é mais complicada.

A Medicina Dentária no SNS é dinheiro público que deve ser investido numa perspectiva de prevenção que poderia passar pelo controlo semestral da higiene oral e pelo tratamento precoce de cáries para evitar que acabem em extrações.

Estão a dar-se passos neste sentido, mas, atualmente, a [Medicina Dentária] que existe no setor público é muito pouca e o próprio Governo estimula precariedade. Os profissionais de Medicina Dentária que estão no SNS estão a recibos verdes, não há uma carreira.

(SO) | Os médicos dentistas que estão nos Centros de Saúde estão enquadrados legalmente enquanto técnicos superiores, nem são profissionais de saúde, estão a recibos verdes...

TNB | O [setor] público está a nivelar por baixo. Um médico dentista está como técnico superior da administração pública, nem uma anestesia devia poder dar numa perspectiva legal e está a fazer atos médicos não estando legalmente protegido. Se um colega, algum dia, calha ter alguma infelicidade, não é ao SNS que vão imputar as culpas, vai ser ao colega médico dentista.

DEBILIDADES LABORAIS COLOCAM EM CAUSA FORMAÇÃO CONTÍNUA

(SO) | As fragilidades que um jovem enfrenta no mercado de trabalho, e que se arrastam ao longo de anos, não ajudam a que os profissionais de Medicina Dentária apostem na formação contínua?

TNB | É uma verdade. No nosso estudo, 40% dos inquiridos tinham investido mais de metade dos rendimentos do último ano em formação e destes 25% investiu em formação considerada de base, ou seja, que devia ser dada no ensino universitário. É de facto preocupante, porque estamos a falar de formações pós-graduadas muito caras, de meio ano ou um ano, que custam 10 ou 15 mil euros.

É um dever ético do profissional de saúde manter-se atualizado, a área da Medicina Dentária tem tido uma atualização brutal e os pacientes sentem isso, mas para acompanhar essa evolução os profissionais têm de se adaptar.

Tudo isto junta-se ao bolo no qual um jovem não se sente valorizado, não tem rendimentos suficientes para investir na sua formação, começa a sentir que está a ficar para trás e contribui para deixar a profissão ou emigrar e tentar no estrangeiro fortalecer essas capacidades que são extremamente importantes.

Creio que existem alguns colegas mais velhos que não valorizam esta questão da emigração porque na altura deles também havia emigração. Mas é diferente ter uma pessoa que emigra à procura de fazer uma pós-graduação muito prestigiada, ou porque sempre sonhou em trabalhar em determinado país, outra coisa é ser forçado a fazê-lo por questões remuneratórias, por questões de valorização profissional, por questões de ter oportunidade de investir em formação e crescer.

E em algumas regiões do País os médicos dentistas são contratados para o SNS por empresas de recrutamento, ou seja, do valor que o Governo despende para contratar um profissional há uma parte que fica para a empresa.

Há também uma rotatividade muito grande dos médicos dentistas que estão no SNS, o que não é saudável para o SNS, porque não tem um profissional que se dedica ao sistema, nem para os pacientes, que não conseguem criar uma relação de confiança com o médico dentista.

É, de facto, importante ter médicos dentistas nos cuidados de saúde primários, mas também levei à discussão no Conselho a importância de ter médicos dentistas noutros níveis de cuidados. Por exemplo, nos pacientes em cuidados paliativos ou em cuidados intensivos a Saúde Oral é muito descurada. Atendemos em clínica muitos casos de doentes que até tinham boa Saúde Oral, mas tiveram um acidente, um infortúnio ou ficaram debilitados por uma doença, foram internados, fizeram medicações muito impactantes na mucosa oral e voltam com a Saúde Oral completamente descurada.

(SO) | O SNS podia ser uma resposta para o elevado número de profissionais no mercado?

TNB | Não seria a solução, mas poderia ser um contributo. Se não controlamos o problema na causa vamos continuar a ter um excedente [de profissionais]. O número de médicos dentistas necessário no SNS seria relativamente pequeno comparativamente ao excedente de profissionais que existe. O rácio que existe de médicos dentistas para a população já é mais do dobro e a tendência de aumento é galopante.

Mas em ganhos de Saúde Oral seria fantástico, não haja dúvida.

(SO) | Enquanto jovem médico dentista, o que lhe parece absolutamente importante que a OMD, através do CJMD, implemente em 2024 para ajudar os mais novos na profissão?

TNB | A nível de iniciativas que podem ser levadas a cabo pelo CJMD acho essencial apostar na Plataforma de Jo-

“

Nos pacientes em cuidados paliativos ou em cuidados intensivos a Saúde Oral é muito descurada. Atendemos em clínica muitos casos de doentes que até tinham boa Saúde Oral, mas tiveram um acidente, um infortúnio ou ficaram debilitados por uma doença, foram internados, fizeram medicações muito impactantes na mucosa oral e voltam com a Saúde Oral completamente descurada

vens Profissionais de Saúde, porque há questões que em grupo são resolvidas de forma mais fácil. Há problemas patológicos na saúde e no SNS que serão resolvidos com uma abordagem mais global. Se começarmos a pensar a saúde dentro do conceito *One Health* isso, provavelmente, levará a uma reorganização do SNS que será muito importante.

Numa perspetiva mais interna, vejo como muito importante o diálogo das faculdades com os estudantes – não têm obrigatoriamente de dialogar com a Ordem, mas pode ser uma ajuda – na tentativa de resolução dos problemas da formação, do excedente de estudantes e pensar no futuro.

A classe como um todo tem de pensar no futuro, tem de haver uma reorganização, tem de se investir na formação contínua – é importante que haja mínimos de formação contínua, mas reconheço que há alguma dificuldade de falar neste tema – e apostar em competências setoriais, sendo que as faculdades são parte essencial neste processo.

O CJMD deve ser um *player* importante a este nível, porque a classe tem muito dentro dela para decidir e discutir.

O impacto da prevenção do cancro oral nos jovens

Do cancro da cabeça e pescoço faz parte o cancro da cavidade oral, lábio, orofaringe e laringe, sendo que, o cancro da cavidade oral e lábio são os mais comuns, tendo existido em 2020, 377 700 novos casos a nível mundial. ⁽¹⁾

O consumo exagerado de álcool, tabaco, a obesidade, exposição aos raios ultravioleta e a infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) são os fatores de risco comumente associados ao desenvolvimento de cancro oral. ⁽²⁾

Ainda assim é importante enfatizar que a doença está tendencialmente a demarcar-se da associação a pessoas mais velhas e que consomem álcool e tabaco, estando a incidência a aumentar nas faixas etárias mais jovens e nas mulheres. ⁽³⁾

A baixa literacia em saúde, e na Saúde Oral em particular, posiciona-se igualmente como um fator associado ao desenvolvimento de doenças da cavidade oral. ⁽⁴⁾ A baixa literacia em saúde é associada a problemas com o uso de serviços de saúde públicos e privados, apenas pelo caráter preventivo, levando a atrasos no diagnóstico de possíveis problemas, baixa adesão às instruções médicas e consequente incapacidade para resolver problemas básicos de saúde, aumento dos riscos de mortalidade, maus resultados de saúde e custos mais elevados de cuidados de saúde a médio/longo prazo. ⁽⁵⁾

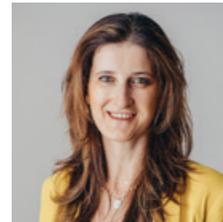
Outro fator preponderante é o facto da Saúde Oral ser, muitas vezes, negligenciada. A falta de tempo de consulta, a disponibilidade do clínico e a falta de interesse ou questionamento do doente são fatores reveladores da necessidade de atuação nesta área. Explicar

a importância da Saúde Oral na saúde geral através da redução dos fatores de risco, o reforço da higiene oral, a alimentação saudável e o aconselhamento para realizar as consultas de Medicina Dentária contribuirá para a redução da doença ou para atuar precocemente em algumas patologias, como por exemplo, as lesões potencialmente malignas ou o cancro oral ⁽⁶⁾.

Portugal não é exceção e, segundo o Barómetro Nacional de Saúde Oral de 2022, ⁽⁷⁾ “a tendência mostra que quanto menor a escolaridade e a classe social, menor a regularidade de visitas ao médico dentista”, e dos que não vão regularmente ao médico dentista, “50.2% afirmam não ter necessidade e 29.5% não têm dinheiro”.

Com o objetivo de colmatar as lacunas existentes na disseminação de informação credível e acessível aos jovens adultos, a Mundo A Sorrir – Organização Não Governamental Portuguesa na área da Saúde Oral, desenvolveu entre 2021 e 2023 um projeto de literacia em Saúde Oral, especificamente na área do cancro oral. O projeto permitiu elucidar sobre os fatores de risco major (muitos deles começam a ser praticados na adolescência) associados ao desenvolvimento da doença a longo prazo, através de ações de sensibilização a alunos e professores. Paralelamente decorreram atividades de divulgação, nomeadamente a promoção de campanhas de rua, atingindo assim públicos diferenciados. O projeto abrangeu na totalidade mais de 4.800 pessoas, entre alunos, professores e público em geral.

É importante enfatizar que há jovens inseridos em contextos de grande vulnerabilidade



Estefânia Paiva Martins

• Médica Dentista e Coordenadora do CEMAS
- Centro de Estudos da Mundo A Sorrir

social e económica, cujas famílias e instituições não conseguem acompanhar todas as necessidades, sendo a Saúde Oral uma delas. Concluímos que o projeto desenvolveu uma nova vertente de promoção de Saúde Oral nas escolas, através da abordagem de temáticas que os alunos não estavam familiarizados. São temas sensíveis e que nem sempre são abordados em contexto de consulta e, por vezes, questionados pelos jovens. O projeto demonstra a necessidade de uma atuação nesta área a nível nacional, sensibilizando e prevenindo para o aparecimento de patologias na cavidade oral. Os dados recolhidos indicaram que 60% dos alunos, com média de idades nos 17 anos, não sabiam identificar quais os fatores de risco associados à patologia.

Incluir nos programas letivos ações de literacia para a saúde seria uma mais-valia. As escolas ficam, maioritariamente, dependentes de projetos externos para abordar conceitos específicos sobre saúde.

A Mundo A Sorrir acredita que, os projetos de literacia desenvolvidos para diferentes públicos permitem a tomada de decisões em consciência por parte dos cidadãos.

Bibliografia:

- (1) <https://www.wcrf.org/cancer-trends/mouth-and-oral-cancer-statistics/>; (2) <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-types/mouth-pharynx-larynx-cancers/>; (3) Satgunaseelan L, Allanson BM, Asher R, Reddy R, Low HTH, Veness M, Gopal Iyer N, Smeel RI, Palme CE, Gupta R, Clark JR. The incidence of squamous cell carcinoma of the oral tongue is rising in young non-smoking women: An international multi-institutional analysis. *Oral Oncol.* 2020 Nov;110:104875. doi: 10.1016/j.oraloncology.2020.104875. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32622292; (4) King, S., Thaliph, A., Laranjo, L. et al. Oral health literacy, knowledge and perceptions in a socially and culturally diverse population: a mixed methods study. *BMC Public Health* 23, 1446 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16381-5>; (5) Baskardoss, J.K. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health* 18, 172 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-1>; (6) Gambhir RS, Batth JS, Arora G, Anand S, Bhardwaj A, Kaur H. Family physicians' knowledge and awareness regarding oral health: A survey. *J Educ Health Promot.* 2019 Feb 15;8:45. doi: 10.4103/jehp.jehp_252_18. PMID: 30993138; PMCID: PMC6432805; (7) <https://www.ond.pt/observatorio/barometro/barometro2022/>

Valor dos cheques-dentista sobe e emissão é alargada à Linha Saúde 24

Os cheques dentista vão passar a ser também emitidos pela Linha Saúde 24 e o valor vai subir de 35 para 45 euros, segundo uma portaria publicada no dia 12 de dezembro, em Diário da República.



De acordo com o documento, o envio dos utentes para as consultas de Medicina Dentária é feito com recurso ao cheque-dentista emitido individualmente, de forma automatizada, através da Linha Saúde 24 ou por profissionais do SNS, enfermeiros, higienistas orais, médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública, Estomatologia ou por médicos hospitalares de outras especialidades “que acompanhem os utentes que integrem populações-alvo específicas”.

A portaria reconhece a necessidade de rever e atualizar as regras da prestação de cuidados de Saúde Oral no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), mas sublinha que os indicadores de Saúde Oral em Portugal – medidos através de estudos de prevalência das doenças orais – “têm vindo a melhorar ao longo dos

anos, com maior expressão na última década”.

“É fundamental continuar a promover a Saúde Oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e tendência para a universalidade, melhorando o estado de Saúde Oral da população através da redução das doenças orais, altamente determinadas pela ausência de medidas de prevenção desde a infância”, refere. A portaria lembra que as intervenções do PNPSO são dirigidas a utentes beneficiários que integrem populações-alvo específicas, designadamente, crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, grávidas, beneficiários do complemento solidário para idosos, pessoas que vivem com o VIH e utentes em situação de risco aumentado de cancro oral. Admite ainda que este plano “pode vir a abranger outras populações-alvo específicas definidas

por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde”.

De acordo com o documento, o valor do cheque-dentista – incluindo os de prevenção e diagnóstico e tratamento – sobe para 45€. Já os emitidos no âmbito do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO) para diagnóstico terão um valor de 20€ e para biópsia 50€. É ainda referido que o valor do cheque-dentista “deve ser revisto periodicamente”, pelo menos a cada dois anos.

Cabe à Direção-Geral da Saúde definir, monitorizar e avaliar o cumprimento dos indicadores do PNPSO e ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em articulação com a DGS e a Direção Executiva do SNS, assegurar, pelo menos a cada cinco anos, estudos de avaliação do impacto do plano na saúde da população.

A portaria admite que, para alargamento do PNPSO a outros grupos populacionais ou aumentar o número de atos por utente, podem ser estabelecidos protocolos com autarquias locais, recaindo os correspondentes encargos financeiros sobre as autarquias subscritoras.

Em julho, o grupo de trabalho que preparou o relançamento do programa de Saúde Oral no SNS divulgou as suas conclusões, tendo sugerido, entre outras medidas, a criação da carreira especial de Medicina Dentária, a duplicação (até 2026) para 350 dos gabinetes de Saúde Oral e a fixação de 180 dentistas, num investimento superior a 8,5 milhões de euros.

Número de dentistas com inscrição suspensa na Ordem atingiu o máximo em 2022

O número de dentistas com inscrição suspensa na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) atingiu os 2.077 em 2022, o que corresponde ao valor mais elevado de sempre e a um crescimento de 14,2% comparativamente a 2021.

Os dados fazem parte do estudo ‘Números da Ordem’ divulgado pela OMD, que mostram que 53,1% destes dentistas suspenderam a inscrição para trabalharem no estrangeiro.

Em 2022, verificou-se o maior aumento anual de pedidos de suspensão da Ordem, com um total de 258 dentistas a fazê-lo.

“Só em três anos houve um aumento na ordem dos dois dígitos, ainda assim muito abaixo dos valores de 2022”, nomeadamente em 2015, com 102 inscrições suspensas (+10,3%), em 2016, com 119 (10,9%) e em 2019, com 172 (12,2%).

No final de 2022, a OMD registava 12 706 médicos dentistas com inscrição ativa para o exercício da profissão em Portugal, mais 3,8% (471) comparativamente a 2021.

“Esta é a realidade da Medicina Dentária em Portugal. Apesar dos mais de 2.000 profissionais que têm a inscri-

ção suspensa, e dos mais de 50% que decidiram trabalhar no estrangeiro, o número de médicos dentistas habilitados exercer a profissão em Portugal continua a aumentar”, alerta o bastonário da OMD, Miguel Pavão, citado em comunicado.

Para Miguel Pavão, é uma situação preocupante, porque se estão “a formar profissionais cujo futuro no país é cada vez mais precário e cuja solução é sair para outras paragens”.

O estudo também demonstra que “Portugal está, ano após ano, a afastar-se cada vez mais dos valores de referência apresentados pela Organização Mundial da Saúde” de um médico por 2000 habitantes.

“Se, em 2019, Portugal tinha um médico dentista por cada 918 habitantes, no ano passado registou um por 814”, salienta.

Das 25 regiões identificadas, apenas cinco estavam dentro dos valores considerados aceitáveis pela OMS (Oeste, Beira Baixa, Lezíria do Alentejo, Alto Alentejo e Alentejo Central) e duas tinham falta de médicos dentistas (Alentejo Litoral e Baixo Alentejo).

Nas restantes, há dentistas a mais, sendo a Área Metropolitana do Porto (1 para 576), Viseu Dão Lafões (1/624) e Região de Coimbra (1/726) as que apresentam os números mais preocupantes.

Terras de Trás-os-Montes é a única que regista evolução contrária às restantes 24 regiões: passou de 1/819 no final de 2021, para 1/845 no final de 2022.

“É um imperativo alertar os candidatos ao curso de Medicina Dentária



É UM IMPERATIVO ALERTAR OS CANDIDATOS AO CURSO DE MEDICINA DENTÁRIA PARA AS CONDIÇÕES QUE VÃO ENCONTRAR QUANDO ENTRAREM NO MERCADO DE TRABALHO”

para as condições que vão encontrar quando entrarem no mercado de trabalho”, defende Miguel Pavão, adiantando que, com o estudo, tem-se assistido “a um agravar contínuo da situação em Portugal”, razão pela qual a OMD insiste com “as várias entidades para a urgência de uma revisão das políticas de ensino e formação em Portugal”.

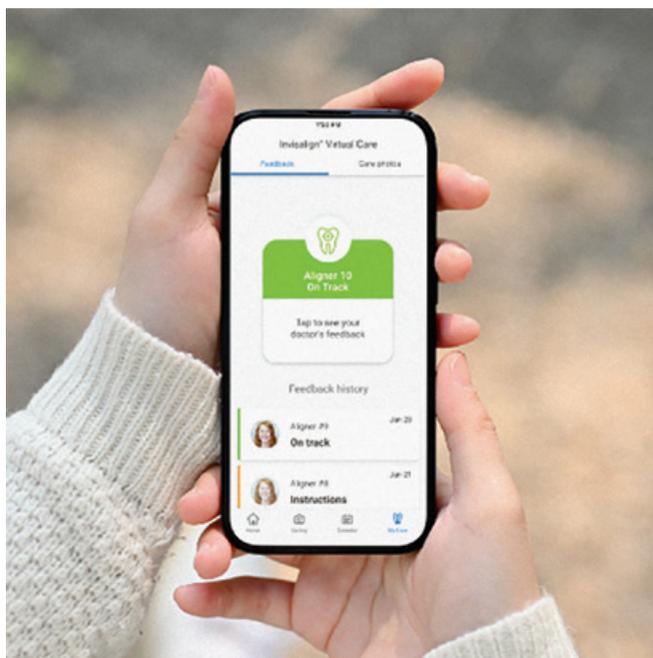
Com base nos números fornecidos pelas instituições do ensino superior, as previsões da OMD apontam para um crescimento anual de membros ativos na ordem dos 3,1%.

Em 2026, existirão 14 359 dentistas com inscrição ativa na Ordem, ou seja, um rácio de 1 para 720, fazendo com que Portugal se afaste ainda mais da cobertura recomendada pela OMS.

O estudo reúne num só documento os grandes números, estimativas e tendências da profissão. Todos os números resultam da base de dados da própria OMD, à data de 31 de dezembro de 2022.



ESTAMOS A FORMAR PROFISSIONAIS CUJO FUTURO NO PAÍS É CADA VEZ MAIS PRECÁRIO E CUJA SOLUÇÃO É SAIR PARA OUTRAS PARAGENS”



ALIGN TECHNOLOGY: IA PODE AJUDAR NA MELHORARIA DA QUALIDADE DOS TRATAMENTOS ORTODÔNTICOS

Para o setor da saúde, a inteligência artificial (IA) e a aprendizagem automática, um subconjunto da IA, podem ajudar a melhorar o desenvolvimento e a eficácia dos dispositivos médicos, dos fluxos de trabalho, do planeamento de tratamentos e das interações médico-paciente. A IA pode permitir aumentar a satisfação dos pacientes e melhorar os resultados clínicos.

A utilização de soluções avançadas, como fluxos de trabalho digitais e/ou o software CAD/CAM, proporciona benefícios quantificáveis para dentistas e laboratórios e, em última análise, para os pacientes. Estas tecnologias digitais não só permitem que os consultórios dentários se mantenham competitivos, como também proporcionam uma melhor experiência ao paciente que pode garantir um resultado global mais previsível e mais rápido. Quer se trate da redução dos tempos de tratamento, do aumento da qualidade dos cuidados ou da automatização de tarefas manuais, os fluxos de trabalho digitais permitem que os dentistas se afastem de uma abordagem de tamanho único para melhorar ainda mais o envolvimento dos pacientes. Atualmente, os médicos utilizam *software* para recolher informações pormenorizadas que ajudam a fundamentar as decisões clínicas. Estes programas integram algoritmos de IA para permitir que os dentistas e ortodontistas prestem os melhores cuidados aos seus pacientes e tornem os resultados do tratamento mais previsíveis sob a supervisão do médico. A Align Technology é um dos líderes na utilização da IA para melhorar os cuidados e as experiências de tratamento dos pacientes. Por exemplo, a ferramenta Invisalign™ SmileView utiliza várias técnicas de IA para permitir que os pacientes visualizem facilmente o seu potencial novo sorriso, utilizando o sistema de alinhadores transparentes Invisalign™.

Além disso, utilizando software CAD/CAM, os dentistas e ortodontistas podem digitalizar os dentes e produzir uma imagem que realça os locais onde a restauração é recomendada. Com os scanners intraorais, os pacientes podem ver melhorias na sua ex-

periência de tratamento e podem visualizar o desgaste dos seus dentes, os movimentos e o resultado final esperado. Os scanners intraorais, como os scanners intraorais iTero™ Element, criam visualizações 3D que podem ser utilizadas para o planeamento do tratamento e procedimentos de restauração. Esta tecnologia única pode captar imagens, fornecendo ao dentista imagens claras e detalhadas de uma forma indolor.

As novas gerações que crescem num mundo totalmente digital dependem cada vez mais da tecnologia em todos os aspetos da sua vida. E isto estende-se aos cuidados de saúde, onde pretendem que as opções de tratamento rápidas reflitam o seu estilo de vida. De facto, 90% dos pacientes inquiridos concordaram que a aplicação My Invisalign™, concebida para ajudar os consultórios a apoiar os pacientes em todas as etapas do seu percurso Invisalign, desde a decisão de iniciar o tratamento até à colocação do último alinhador, ajudou-os a manterem-se no caminho certo durante o seu tratamento. Uma presença digital e online sólida pode desempenhar um papel significativo no apelo a este grupo de pacientes.



O PORTEFÓLIO HENRY SCHEIN PORTUGAL EXPOSTO NA EXPODENTÁRIA 2023

Os profissionais de Medicina Dentária tiveram uma visão geral sobre a ampla gama de soluções de marca corporativa de alta qualidade da empresa Henry Schein, que apresentou também o seu portefólio White Dental Beauty na Expodentária deste ano. White Dental Beauty é uma marca profissional que fornece produtos dentários de branqueamento inovadores, de alta qualidade e clinicamente reforçados. Oferece uma gama de produtos variada, com a mistura única de géis de branqueamento dentário profissional White Dental Beauty desenvolvidos pela NOVON® – um composto branqueador que proporciona melhores resultados de branqueamento em menos tempo de tratamento e White Dental Beauty Professional CompoSite Systems, um sistema de restauração que permite aos profissionais dentistas obter resultados minimamente invasivos, previsíveis e repetíveis. No domínio da Endodontia, a EdgeEndo, um dos maiores fornecedores mundiais de limas rotatórias dentárias, será uma das marcas em destaque no stand. Entre os produtos de alta qualidade incluídos no portefólio da empresa estão as limas NiTi, conhecidas pela sua resistência e flexibilidade, os obturadores baseados em suporte, como o EdgeCore e o EdgeFill, e as pontas de papel.

A Henry Schein apresentou tecnologias digitais de ponta dos principais fabricantes, exibindo uma gama diversificada de dispositivos digitais inovadores, desde fresadoras, impressoras e imagens 3D de última geração, a scanners intraorais, concebidos para ajudar os profissionais a navegar no mundo em rápida mudança da Medicina Dentária digital. A equipa da OrisLine, uma marca da Henry Schein One, também esteve presente para apresentar os últimos avanços do seu software de apoio aos consultórios e laboratórios dentários para um fluxo de trabalho mais eficiente. E os visitantes tiveram também a oportunidade de conhecer melhor as características e vantagens do Gesden One, um software de gestão dentária 100% baseado na Web que ajuda a gerir as tarefas diárias da clínica de forma ordenada, a digitalizar os registos médicos e a melhorar a comunicação com os doentes.



A prótese amovível única da Corus

desenvolvidos num fluxo de trabalho digital.

Graças ao seu protocolo inovador, o número e o tempo das visitas necessárias são reduzidos. Obteremos uma prótese removível digital de alta qualidade com o máximo de benefícios funcionais e estéticos.



- Uma solução única e digital



- Qualidade e satisfação para os seus pacientes



- Menos visitas e menos tempo de cadeira



Um producto de



Digitalize o código QR e solicite mais informações:



Oferta

DESDE EL 1 DE NOVIEMBRE
ATÉ 29 DE FEBREIRO DE 2024

¡Flash!

Surgic Pro2

O NOVO MICROMOTOR CIRÚRGICO PARA IMPLANTOLOGIA

MODELO **Surgic Pro2**
REF. **Y1004196**

O set completo inclui:

- Unidade de controlo **Surgic Pro2**
- Pedal de controlo sem fios **FC-81**
- Micromotor **SG80M**
- Contra ângulo 20:1 **SG20**
- Tubo de irrigação (pack de 3) e outros acessórios

MODELO **Surgic Pro2 LED**
REF. **Y1004195**

O set completo inclui:

- Unidade de controlo **Surgic Pro2 LED**
- Pedal de controlo sem fios **FC-81**
- Micromotor **SGL80M**
- Contra ângulo 20:1 **X-SG20L**
- Tubo de irrigação (pack de 3) e outros acessórios

OPERACIONALIDADE · SEGURANÇA · CONECTIVIDADE



POTÊNCIA
Até 80 Ncm



OFERTA FLASH

Surgic Pro2 ++ **SG20**



2.999€*
6.049€*

Surgic Pro2 LED +++ **X-SG20L**



3.999€*
8.125€*

Segue-nos!

NSK Dental Spain

NSK Dental Spain

NSK Dental Spain