

SAÚDE ORAL

BIMESTRAL • N.º 149 • MARÇO/ABRIL 2023 • 8,70EUR



AS MÚLTIPLAS FACETAS
DA DOR OROFACIAL

REVOLUÇÃO TECNOLÓGICA NO ENSINO DA MEDICINA DENTÁRIA

JOÃO CARAMÊS
"É FUNDAMENTAL
INTEGRAR A IA
NA DECISÃO CLÍNICA"



PEDRO RODRIGUES
"A DIGITALIZAÇÃO DA
PROFISSÃO NÃO PODE
OCORRER COM A
DESUMANIZAÇÃO
DA MESMA"



**VEJA ESTA EDIÇÃO E A TALK
EM EDICOES.SAUDEORAL.PT**



Zirkonzahn®



PACOTE COMPLETO PARA AMPLIAR O FLUXO DE TRABALHO DIGITAL

NOVO SCANNER INTRAORAL DETECTION EYE E SISTEMA P4000 PARA IMPRESSÃO 3D



O novo scanner intraoral Detection Eye está perfeitamente integrado no fluxo de trabalho da Zirkonzahn e permite a digitalização da arcada do paciente em menos de 60 segundos. O scanner é fácil de usar e a opção de duas pontas diferentes (padrão e pequena) permite um procedimento mais confortável para o paciente. Leve, compacto e ergonómico, este scanner proporciona um processo de digitalização simplificado, dado que as áreas de scaneamento não necessitam de ser pré-tratadas com pó.



Com o novo sistema P4000 para impressão 3D, Zirkonzahn fornece aos técnicos e dentistas um pacote pré-definido especialmente concebido para o fluxo de trabalho dentário e a realização de modelo dentário em resina. O sistema inclui a Impressora P4000, o software Zirkonzahn.Slicer, a Lâmpada Post-Curing L300 e funciona idealmente em combinação com a resina Printer Resin Waterbased Beige da Zirkonzahn.

FICHATECNICA

SAÚDE ORAL

Editora Executiva
Sara Pelicano

Direção Comercial
Sónia Coutinho
T. +351 961 504 580
soniacoutinho@newsengage.pt

Colaboradores
Cláudia Brito Marques,
Cláudia Pinto, Rita Vassal

Conselho editorial
António Vasconcelos Tavares,
Fátima Duarte, Henrique Luis,
João Caramês, João Pimenta,
Luis Jardim, Manuel Neves,
Miguel Meira e Cruz, Paulo Malo,
Paulo Monteiro, Pedro Nicolau
e Ricardo Faria e Almeida



NEWS ENGAGE - Media Conteúdos
e Comunidades, SA

Administrador Único
João Paixão

Detentor do Capital Social
Mood Marketing - SGPS, S.A. (100%)

Sede do Proprietário,
da Redação e do Editor
NEWS ENGAGE - Media Conteúdos
e Comunidades, SA
Edifício Lisboa Oriente, Av. Infante
D. Henrique, 333H, Esc.37,
1800-282 Lisboa
T. +351 218 504 060
geral@newsengage.pt
NIF: 506 871 711
www.newsengage.pt

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

Informações Legais
De acordo com o n.º 9 do Artigo 2.º
do Regulamento sobre os aspetos da
publicidade de medicamentos previstos
nos artigos 154.º, 162.º, n.º 2, 164.º e 202.º,
n.º 1, j), do Decreto-Lei n.º 176/2006,
de 30 de agosto, a responsabilidade
pela inclusão na peça publicitária das
informações essenciais compatíveis
com o resumo das características do
medicamento, bem como, pelo conteúdo
técnico-científico das peças publicitárias,
cabe às empresas titulares da autorização
de introdução no mercado,
ou do registo, do medicamento
publicitado.

Estatuto editorial disponível em
www.saudeoral.pt

A Medicina Dentária na era digital

“A utilização da tecnologia na Medicina Dentária tem trazido benefícios significativos, incluindo a melhoria na precisão do diagnóstico, na eficiência do tratamento e na segurança do paciente, proporcionando um atendimento mais avançado e personalizado.” Esta frase está colocada entre aspas porque poderemos considerar que é uma citação, mas não de um ser humano. Quem a escreveu foi a plataforma de Inteligência Artificial (IA) ChatGPT quando lhe pedi que fizesse uma breve descrição da relevância da tecnologia na Medicina Dentária.

Atrevo-me a dizer que esta frase poderia ter sido dita quer por João Caramês, diretor da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, quer por Pedro Rodrigues, estudante de doutoramento da Egas Moniz School of Health & Science, os nossos dois entrevistados para o tema de capa desta edição que versa sobre a tecnologia e a IA aplicadas à Medicina Dentária. Desde uma cidade digital da FMDUL ao ensino com realidade aumentada e, em breve, virtual, há muito para conhecer nas primeiras páginas desta edição.

Neste número 149, destacamos ainda um outro tema, igualmente relevante: a dor orofacial. Estima-se que mais de três milhões de portugueses sofram de dor orofacial. Urge, por isso, ter em conta este tema. Falámos com vários especialistas que explicam que um diagnóstico atempado e correto é desafiante, pormenorizando que a dor orofacial pode ter múltiplas explicações, origens, impactos na vida dos pacientes e tratamentos diferenciados.

No Caso Clínico acompanhe um MOCK-UP no encerramento de diastemas com facetas em cerâmica, sabendo como estas são uma das soluções mais comuns para o encerramento de diastemas.

No caso da investigação, temos um artigo sobre implantes extra-curtos (5,5 e 6,5 mm) com carga imediata ferulizados a outros implantes curtos, em pontes de dois ou três implantes.

A Saúde Oral é uma revista multiplataforma, por isso, aproveite para visitar o site edições.saudeoral.pt e assistir à Talk que se debruça sobre o tema de capa. Acompanhe-nos ainda diariamente em www.saudeoral.pt

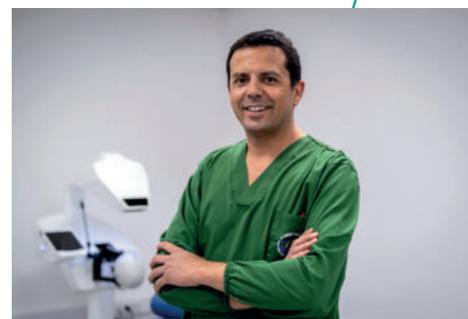


TECNOLOGIA NA MEDICINA DENTÁRIA O FUTURO É DIGITAL



FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UL VAI CRIAR UMA CIDADE DIGITAL

JOÃO CARAMÊS | DIRETOR DA FACULDADE
DE MEDICINA DENTÁRIA DA UL



REALIDADE AUMENTADA NO ENSINO DA EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

PEDRO RODRIGUES | ESTUDANTE
DE DOUTORAMENTO NA EGAS MONIZ SCHOOL
OF HEALTH AND SCIENCE



VEJA A ENTREVISTA
NA ÍNTEGRA



JOÃO CARAMÊS

DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

AS TECNOLOGIAS DIGITAIS JÁ SÃO UMA REALIDADE GLOBAL NO ENSINO

Na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) a implementação das tecnologias digitais já é uma realidade global no ensino pré-graduado e na formação contínua pós-graduada em Medicina Dentária. Em entrevista, o diretor da instituição fala da importância da tecnologia no quotidiano quer da prática clínica, quer do ensino e levanta um pouco o véu ao projeto Cidade Digital que a Faculdade irá desenvolver.

Entrevista: Sara Pelicano

Qual a importância da tecnologia digital para a Medicina Dentária?

A Medicina Dentária representa um dos melhores exemplos da era digital e do contínuo aperfeiçoamento das novas tecnologias na área da saúde. Não restam dúvidas de que os vários recursos tecnológicos que progressivamente ficaram ao dispor do médico dentista ao longo dos últimos anos permitem-nos hoje e no futuro melhorar a comunicação com o paciente, ter maior assertividade no diagnóstico ou planejar e executar de forma mais efetiva uma grande maioria dos tratamentos.

A era digital em Medicina Dentária impôs-se pela criação do arquivo clínico digital do paciente. Primeiramente, pelo surgimento de *softwares* adaptados à realidade da Medicina Dentária capazes de armazenar a anamnese do paciente, o estado do seu odontograma ou informações complementares clínicas como exames radiográficos digitais. A este nível, o aperfeiçoamento e aplicabilidade dos meios radiológicos foram muito importantes. Ora pelo comum recurso à radiografia intraoral digital e radiografia panorâmica digital, ou, em situações mais específicas, pela realização da tomografia computadorizada de feixe cónico (CBCT) para análise radiológica a três dimensões da maxila e mandíbula.

Cumprindo um fluxo de alta-definição na aquisição de informação do paciente, desenvolveram-se e disseminaram-se os *scanners* óticos intra-orais. Um *scanner* ótico intraoral utilizando, entre outros, princípios de confocalidade ou triangulação ótica, capta com rapidez, conforto e segurança a imagem da arcada dentária do paciente. O ficheiro informático *Standard Tessellation Language* (STL) gerado pode ser aplicado para tratamentos tão diversos como executar a coroa de um dente ou implante. Em paralelo com *softwares* de planeamento específicos como em ortodontia, é possível conceber uma série de alinhadores transparentes capazes de corrigir o mal posicionamento dentário, ou em implantologia mediante sobreposição da imagem de CBCT da zona edêntula, produzir uma guia cirúrgica para a colocação de implantes.

“

Como expoente máximo do arquivo digital do paciente dispomos também hoje do seu scan facial

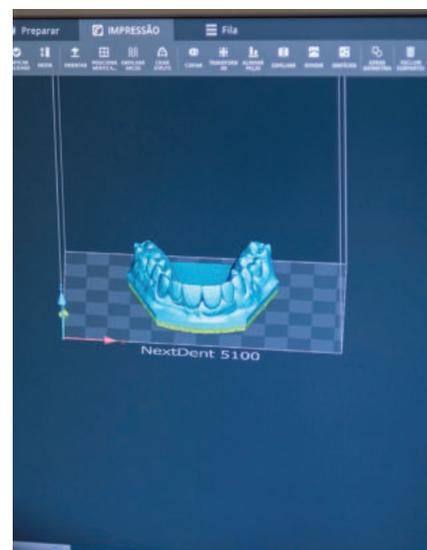
Como expoente máximo do arquivo digital do paciente dispomos também hoje do seu scan facial. A aquisição com crescente definição da face do paciente, e a sua integração por meio de *softwares* com a imagem 3D das arcadas dentárias (oriundas do IOS) e do esqueleto da face (oriundas do CBCT) permitem criar o paciente virtual.

“Virtual” e “real” fundem-se assim para criar as condições ideais de planeamento estético da reabilitação protodôntica, aumentando a sua previsibilidade e sucesso. O registo efetuado pelo *scanner* facial permite ainda, através do antes e depois, analisar com precisão o impacto da reabilitação nos tecidos moles da face do paciente.

Em complementaridade com a atividade do médico dentista, a nível laboratorial,

desde há muito que técnicas CAD/CAM auxiliam os técnicos de Prótese Dentária na produção, com recurso a diferentes tipos de material, próteses provisórias e definitivas. Mais recentemente, o aperfeiçoamento da impressão 3D permitiu materializar modelos de estudo, ou guias cirúrgicas para a colocação de implantes, previamente planeadas por via exclusivamente digital.

Se esta descrição faz emergir todo o potencial da tecnologia digital, deve salientar-se que a sua aplicação apenas fará sentido se o fluxo de trabalho gerado tiver subjacente o conhecimento e a ponderação clínica do médico. Subjacente à “máquina” terá



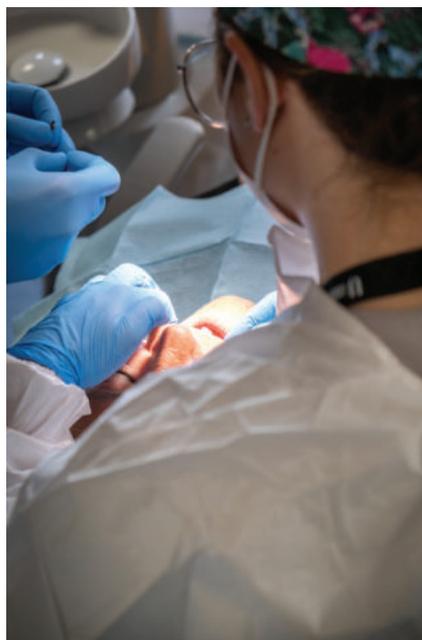


sempre de estar presente a figura do médico, que melhor define o fio condutor do plano de tratamento ou contorna as atuais limitações dos meios digitais.

Agir com ferramentas tecnológicas impõe igualmente um pensamento biológico orientado aos tecidos que compõem a cavidade oral. Enquanto diretor da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa congratulo-me pelo meu mandato estar a contribuir para esta perspetiva formativa do médico dentista futuro.

De que forma a tecnologia/Inteligência Artificial está inserida no ensino da Medicina Dentária da faculdade?

A implementação das tecnologias digitais já é uma realidade global no ensino pré-graduado e na formação contínua pós-graduada em Medicina Dentária. A sua presença e expressão nos *curricula* em Medicina Dentária e nas formações pós-graduadas de especialização sugere uma atualização das competências do futuro médico dentista. Entendemos que o domínio do planeamento e execução digital em Medicina Dentária é, e será cada vez mais, crucial na formação do médico dentista. Neste sentido, a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa tudo tem feito para acompanhar esta realidade. Na clínica universitária, além do acesso por parte de todos os alunos (do ensino pré e pós-graduado) ao



registro clínico em interface digital, encontram-se também disponíveis todos os dispositivos e *softwares* que possibilitam um fluxo digital de planeamento clínico. Assim, e além de um serviço de imagiologia alocado ao espaço da FMDUL, os alunos (em particular do ensino pós-graduado) têm à sua disposição *scanners* óticos intra-orais e um *scanner* facial de referência.

Ao nível do ensino à distância, e seguindo o exemplo internacional de outras escolas de Medicina Dentária, a FMDUL



*Acreditamos ser também fundamental integrar e desenvolver ferramentas de Inteligência Artificial (IA) para apoio à decisão clínica nos *curricula* pré e pós-graduado em Medicina Dentária*

propõe curso pós-graduado de ensino B-Learning em endodontia e muito em breve cursos B-Learning de Tecnologias Digitais em Medicina Dentária, em Higiene Oral e em Prótese Dentária. Os técnicos de Prótese Dentária têm igualmente à sua disposição um curso presencial de Tecnologias Digitais em Prótese Dentária em articulação com o laboratório DigiTech – laboratório de Tecnologias Digitais da FMDUL. Este laboratório, além da sua vasta capacidade formativa instalada neste domínio, tem atribuído importante investigação ao fabrico de diferentes dispositivos protéticos usando a tecnologia CAD/CAM e de impressão 3D.

Acreditamos ser também fundamental integrar e desenvolver ferramentas de Inteligência Artificial (IA) para apoio à decisão clínica nos *curricula* pré e pós-graduado em Medicina Dentária. Contudo, deve referir-se que o reconhecimento e validação da Inteligência Artificial em Medicina Dentária é ainda bastante embrionário. Na área da Saúde Oral, a IA tem sido alvo de investigação para auxílio na avaliação imagiológica, suporte à decisão clínica e medicina de precisão por meio de assistentes robóticos e navegação guiada.

Em geral, não podemos ignorar o crescente uso de ferramentas de IA, como o ChatGPT. Quais as suas consequências na aquisição de conhecimentos ou



o seu impacto no ensino superior através de um uso não responsável? Esta realidade incontornável tem sido um tema em debate por muitos académicos, aos quais deveremos saber gerar as melhores respostas.

Por fim, e sendo importante a digitalização integral do acervo clínico para a promoção de uma investigação de *data science* e tratamento de *big data*, a FMDUL reconhece os exigentes mecanismos que deverão correr paralelamente por forma a salvaguardar a necessária proteção de dados dos seus pacientes.

Quais as principais abordagens que são feitas para a implementação das tecnologias digitais?

Permita-me que destaque a candidatura para o projeto Cidade Digital. No contexto do Plano de Ação para a Educação Digital promovido pela Comissão Europeia (*Digital Education Action Plan*

2021-2027), e em face de uma candidatura apresentada ao Plano Impulso Adulto, foi atribuído em 2021 financiamento para a implementação da Cidade Digital FMDUL. O surgimento deste *hub* na FMDUL está a criar um projeto pedagógico inovador e único no panorama de escolas de Medicina Dentária a nível internacional, e que inclui formação contínua pós-graduada para profissionais na área da saúde oral. Este projeto tornará possível consolidar a estratégia de transição curricular para a vertente digital, modernizar ainda mais instalações e equipamentos, diferenciar docentes e dar continuidade a uma formação transversal e articulada entre as várias áreas da Medicina Dentária, Prótese Dentária e Higiene Oral.

Quais são as tendências que identificam nesta área?

Acompanhar a evolução do “boom tecnológico” em Saúde Oral reconhece a importância de um exigente e

constante investimento financeiro por parte da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Este princípio corresponde a um dos pilares de uma política de qualidade que se pretende para o ensino da Medicina Dentária. A fim de gerar tal investimento, procuram-se receitas próprias através de candidaturas a participação em projetos europeus, ao reforço da política de mecenato e parcerias com a indústria no âmbito da investigação, ou a criação de um gabinete de apoio à inovação e empreendedorismo. Percebendo também o exemplo de referência europeu de outras escolas de Medicina Dentária, a concretização de novas parcerias com essas escolas e universidades estrangeiras para programas de mobilidade Erasmus e Erasmus+ resultarão em intercâmbios de índole pedagógica e científica com ganhos de qualidade para a instituição e comunidade académica da FMDUL. 🌐



VEJA A ENTREVISTA
NA ÍNTEGRA



PEDRO RODRIGUES
ESTUDANTE DE DOUTORAMENTO
NA EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH AND SCIENCE
**REALIDADE AUMENTADA
E VIRTUAL NO ENSINO
DA MEDICINA DENTÁRIA**

No seu doutoramento, Pedro Rodrigues, médico dentista especialista em Cirurgia Oral, está a estudar a aplicação da realidade virtual no ensino da Medicina Dentária. A tecnologia está hoje muito presente na sua prática clínica, mas também no ensino. Na Egas Moniz School of Health and Science, os alunos podem utilizar o ChatGPT, um assistente virtual inteligente, e treinam os seus conhecimentos e destreza manual em simuladores de realidade aumentada.

Entrevista: Sara Pelicano

A tecnologia já faz parte do quotidiano da prática de Medicina Dentária?

O recurso à tecnologia é, atualmente, uma necessidade diária e incontornável em Medicina Dentária, não somente no âmbito da prática clínica como, igualmente, no âmbito da formação pré e pós-graduada e, ainda, em investigação.

No âmbito da prática clínica, a tecnologia aplicada, numa primeira instância, aos meios complementares de diagnóstico, com a crescente melhoria qualitativa na resolução e clareza de imagem dos mesmos, permite dotar o planeamento do ato clínico e do diagnóstico radiológico de uma maior precisão. Do melhor planeamento, referindo-me à criação de imagens que traduzem a realidade do campo a intervir, decorre a inevitabilidade de melhor execução e, portanto, maior previsibilidade. Dispomos, atualmente, de meios complementares de diagnóstico digitais de elevada fiabilidade cuja utilização permite analisar, explorar, visualizar e clarificar com substancial nitidez.

A tecnologia impacta, não menos importantemente, sobre a execução do próprio ato clínico, nas mais variadas áreas da Medicina Dentária. A cirurgia guiada/navegacional, por exemplo, traduz este mesmo impacto. A possibilidade de execução de guias radiológicas e cirúrgicas prévias a cirurgias de reabilitação com implantes dentários dotou o cirurgião da possibilidade de planear/simular a cirurgia antes da mesma.

Em endodontia, a microscopia e a endodontia guiada, em reabilitação com as impressões digitais que agilizam e que permitem a real comunicação entre colegas e entre médicos dentistas e técnicos de prótese, a ortodontia invisível, a impressão 3D entre outras.

Quais as tecnologias que utiliza na sua prática clínica?

A minha prática clínica diária resume-se, exclusivamente, a cirurgia. Adicionalmente, desempenho diferentes funções formativas na Egas Moniz School of Health and Science, no ensino pré-graduado e pós-graduado. A tecnologia tem aplicação obrigatória nas duas vertentes da minha vida profissional.



“

A aplicação da tecnologia no ensino deve aumentar qualitativa e quantitativamente as horas formativas

Na cirurgia, recorro, em todos os casos, ao planeamento digital por CBCT. Por exemplo, na cirurgia guiada, a execução de guias é facilitada pelos modelos digitais e imagens tridimensionais que obtemos a partir dos ficheiros DICOM dos pacientes e que, na realidade, provaram ser uma inegável mais-valia também para os colegas da reabilitação no planeamento reverso do tratamento cirúrgico-reabilitador integrado. Os *softwares* de planeamento do sorriso disponíveis permitem-nos antecipar e expor o resultado do tratamento e envolver o paciente no processo de *design* informatizado para obtenção do resultado final, gerindo expectativas, expondo limites e possibilidades dos tratamentos *a priori*. Uma vez mais, o planeamento!

E no ensino?

No ensino, as possibilidades são inesgotáveis e estamos só a começar. No seu cerne, a aplicação da tecnologia no ensino deve ter o objetivo primário de melhorar os alunos, quer pelos métodos de visualização, quer

pela exposição a uma maior multiplicidade de cenários e, inegavelmente, pelo aumento do número de horas de treino. Acima de tudo, deve aumentar qualitativa e quantitativamente as suas horas formativas.

O ensino convencional pré-clínico em Medicina Dentária (pré e pós-graduado) pode ser dividido em duas fases: explicação oral com recurso a imagens de um procedimento a executar e, posteriormente, a sua execução em modelos de diversos tipos, a qual será avaliada pelo tutor/docente. Historicamente, os primeiros modelos utilizados eram dentes exodonciados. Os fantasmas, introduzidos no ensino em Medicina Dentária em 1894, tornaram-se a pedra basilar do ensino pré-clínico. Permitem manipulação bimanual com manuseamento do espelho e do instrumento rotativo, são ergonomicamente corretos e permitem um dedo de repouso durante a instrumentação. Carecem, contudo, de modelos patológicos, exigem considerável acompanhamento pelo tutor e não apresentam situações clínicas reais. Por seu turno, o material cadavérico é, ainda, considerado como o *gold standard* como modelos de ensino. São, ainda assim, apresentadas várias limitações ao seu uso, nomeadamente os custos necessários para o seu transporte e armazenamento, a degradação tecidual inevitável, a impossibilidade de repetição após serem usados e questões éticas, o que culmina numa acentuada redução da sua doação para o ensino.



“

É da identificação das limitações dos modelos convencionais e das dificuldades/ /necessidades formativas pré-clínicas que surge a aplicação das tecnologias no ensino em Medicina Dentária, nomeadamente com a introdução de simuladores com recurso a realidade aumentada, realidade virtual e tecnologia háptica

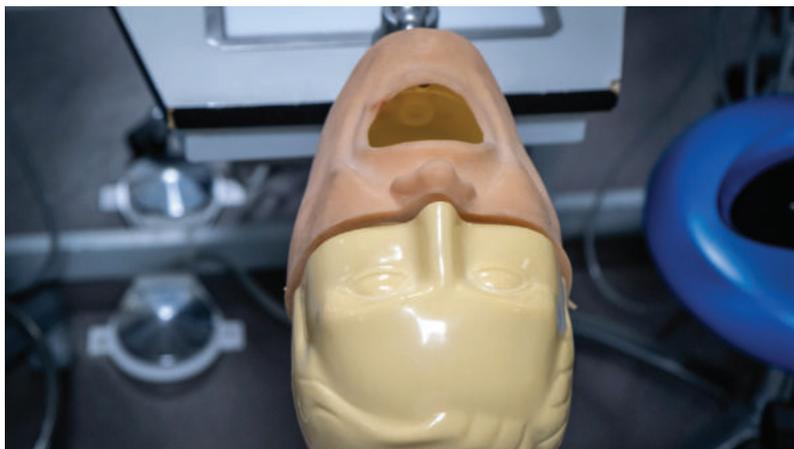


É da identificação das limitações dos modelos convencionais e das dificuldades/ /necessidades formativas pré-clínicas que surge a aplicação das tecnologias no ensino em Medicina Dentária, nomeadamente com a introdução de simuladores com recurso a realidade aumentada, realidade virtual e tecnologia háptica. É, precisamente, aqui que as tecnologias podem ter um real impacto sobre a qualidade dos nossos alunos. Existem variados estudos sobre o impacto resultante da sua aplicação em alunos no ensino pré-clínico, comparativamente a alunos que não foram expostos a

simuladores de realidade virtual e tecnologia háptica. Alunos submetidos a ambientes imersivos de cenários clínicos virtuais de Medicina Dentária em simuladores de realidade virtual e háptica exibiram mais rápido desenvolvimento de capacidades motoras e destreza manual, menor número de erros técnicos, aumento substancial do número de horas de treino, encontram-se mais avançados na curva de aprendizagem, exibem tempos de execução inferiores e exigem menor tempo de supervisão pelo tutor/docente. Adicionalmente, estes simuladores permitem uma auto-avaliação

instantânea pelo aluno, o que desenvolve o sentido de auto-crítica clínica, fundamental para o desenvolvimento da personalidade profissional futura. A realidade virtual permite todo o espaço necessário para a criação de cenários clínicos patológicos virtuais em Medicina Dentária e a tecnologia háptica permite desenvolver a sensibilidade e destreza tácteis, ambos sem limite de repetições. Aliás, estes simuladores já se encontram bem estabelecidos em várias áreas da indústria e serviços.

Na Egas Moniz School of Health and Science, os alunos têm um ensino baseado na re-



solução de situações práticas e são expostos/submersos em tecnologias para ensino logo desde o 1.º ano nas ciências básicas, por exemplo pelo Anatomage (mesa virtual de Anatomia) para compreensão das formas e melhorar a visualização. Começamos a aplicar estas tecnologias também nas ciências básicas, no ensino das mesmas.

Numa palavra, comparativamente ao que sucede na aviação, a utilização da realidade virtual, em Medicina Dentária, está na sua infância.

A tecnologia tem vantagens e desvantagens. Pode identificá-las?

A tecnologia, atualmente, dotou o ato médico em Medicina Dentária de ferramentas nunca vistas para o seu planeamento e execução. Maior rigor em ambos traduz-se na maior previsibilidade e menor morbilidade/insucesso. Contudo, a sua utilização exige o dispêndio de uma quantidade maior de tempo para a análise de um mais vasto conjunto de dados a

que temos acesso. Espero, honestamente, que este consumo de tempo não ocorra em detrimento da relação humana que é necessária na nossa profissão. Se, por um lado, o diagnóstico é mais clarificado com meios complementares com informação mais detalhada e se existe a possibilidade de maior precisão na execução do ato médico, por outro lado, na perspectiva da relação humana, estes dados adicionais deverão repercutir-se numa maior clareza de exposição do tratamento ao doente. Sempre entendi que uma clara exposição deve ser dada com tempo

“

A digitalização da profissão não pode ocorrer com a desumanização da mesma

e de forma a responder cabalmente às dúvidas do paciente, o que contribui inequivocamente para a redução da ansiedade e clarificação das expectativas do próprio. A digitalização da profissão não pode ocorrer com a desumanização da mesma.

O que podemos esperar no futuro?

As questões éticas associadas à aplicação da IA têm sido amplamente debatidas, nomeadamente a privacidade dos dados, o risco de enviesamento da informação e erro humano.

Pessoalmente, ultrapassadas as questões éticas, creio existir um potencial real que pode alterar o paradigma dos cuidados em saúde.

Se, por um lado, a inclusão da realidade virtual e Tecnologia Háptica em Medicina Dentária se encontram na sua infância comparativamente à aviação, a inclusão da IA está em estado embrionário.

A IA procura, de certa forma, replicar as funções cognitivas humanas. De forma genérica, pode ser agrupada em duas grandes categorias: técnicas de *machine learning* (ML) que integram dados genéticos, electrofisiológicos e de imagem e em *natural language processing* (NLP) que agrupam informação de dados provenientes de publicações científicas.

Tem a capacidade de aglomerar extensivas quantidades de dados médicos e de assistir à prática médica. Apresenta a auto-aprendizagem e auto-correcção baseada em *feedback*. Por exemplo, pode ser usada para fornecer informação atualizada obtida a partir de evidência científica para auxiliar o clínico na terapêutica do doente, reduzindo os erros no diagnóstico e terapêuticos.

Na generalidade, a capacidade de analisar dados de um grande conjunto da população pode ser usada para influenciar nos alertas de risco para a população em geral. Desta forma, poderá ter um impacto na Saúde Pública e, inclusive, nas políticas de saúde adotadas por um ou vários estados.

Na prática diária, na realidade clínica, sabemos que as decisões de diagnóstico e de plano de tratamento exigem tempo pelo que a IA poderá apresentar-se como uma solução adequada ao gerar respos-

tas com limitada ou ausente interferência humana. Certos estudos indicam, inclusive, que a IA apresenta melhor *performance* que a decisão humana em áreas como a Oncologia.

Pode exemplificar?

No âmbito da integração em saúde, posso referir um estudo publicado recentemente pelo CiiEM (Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz), pela equipa do Prof. Doutor João Botelho, estabeleceu uma correlação entre doença periodontal e 23 tipos de doença diferentes e cinco tipos de cancros. A bibliografia refere que a IA tem sido usada para classificar a doença periodontal. Imaginemos que conseguimos aglomerar informação cruzada sobre estas patologias e a doença periodontal e, desta forma, começarmos a prever, com maior rigor e numericamente, o risco individual de cada paciente para as patologias sistémicas associadas? Imaginemos que o fazemos numa consulta de Medicina Dentária? Com a identificação do risco, podemos alterar comportamentos para reduzi-lo a médio ou longo prazo. E se esse risco pudesse ser mensurado durante esse prazo? E se, desta forma se conseguisse uma verdadeira integração de todas as áreas médicas, em tempo real, na terapêutica de um paciente, envolvendo médicos, nutricionistas, farmacêuticos? Pelos exemplos apresentados, estamos perante cuidados de saúde genuinamente integrativos no indivíduo. É tentador dizer que o factor limitativo (ultrapassadas as questões éticas) é a nossa imaginação...

Na Oncologia, a sua aplicação tem, ainda, maior impacto pelas circunstâncias próprias (físicas e emocionais) da doença. A sua aplicação no cancro oral, por exemplo, poderá antecipar o diagnóstico e, portanto, reduzir a severidade da doença pela sua interceção precoce e prolongar a vida do paciente.

Uma das plataformas de IA mais conhecidas talvez seja o ChatGPT. Os alunos da Egas Moniz School of Health and Science são estimulados a utilizar esta plataforma. Em que medida?

Quando falamos de IA é incontornável referir o ChatGPT. Presumo que se possam colocar algumas questões ao aplicar o ChatGPT no ensino em geral (in-



Os alunos são convidados a desenvolver trabalhos baseados na confrontação e resolução de problemas que, no nosso entender, estimulam o desenvolvimento de uma soft skill que consideramos muito importante: o pensamento crítico

cluindo outros cursos das mais variadas profissões), mas na Egas Moniz School of Health and Science, em algumas unidades curriculares, estimulamos alunos a usar. Os alunos são convidados a desenvolver trabalhos baseados na confrontação e resolução de problemas que, no nosso entender, estimulam o desenvolvimento de uma *soft skill* que consideramos muito importante: o pensamento crítico. A inovação tecnológica aplicada à inovação pedagógica com o ensino centrado no aluno e na sua capacidade de resolução de problemas!

A revolução tecnológica é uma inevitabilidade emergente. Deverão ocorrer alterações globais na educação superior tendo em conta o fenómeno de migração global de alunos para o ensino pré e pós-graduado. São necessárias mais colaborações internacionais, aumento do stress construtivo sobre os educadores para o desenvolvimento tecnológico contínuo, rápido, ético e preciso. O setor da educação necessita de se tornar mais flexível. As tecnologias de simulação com realidade virtual e háptica estão a estabelecer-se como oportunidade para corresponder a estas exigências.

Existe, na realidade, um movimento global que promove o desenvolvimento

da tecnologia em saúde. Os aplicativos mHealth são concebidos com o objetivo de dar suporte ao diagnóstico, auxiliar no processo de tomada de decisão médica e promover a educação necessária à compreensão da doença. Posso referir, a título de exemplo, que a Mobile Health moveu, em 2019, 17,92 biliões de USD e estima-se um crescimento anual composto de 45% entre 2020 e 2027; a Vodafone Foundation apresenta sete aplicações mHealth. O plano 21-27 da União Europeia assenta na inovação tecnológica e o plano Egas Moniz 21-25 está perfeitamente alinhado com o plano europeu. Na Egas Moniz School of Health and Science, a inovação tecnológica também é estimulada. Por exemplo, o nosso programa *startup* foi criado para financiamento da investigação e inovação tecnológica aplicada à saúde e ensino. Temos, inclusive, algumas patentes. Foi esta sensibilização transversal ao universo Egas Moniz para a aplicação das tecnologias no ensino, passando pelo nosso centro de simulação em Medicina Dentária único na Península Ibérica, que terá contribuído para a honrosa distinção no *ranking* SCImago 2023.

A recolha de dados e o seu cruzamento são importantes na terapêutica?

A obtenção de dados é fundamental para a terapêutica. Relembro que a prática da Medicina Dentária não é independente da saúde/patologia sistémica do indivíduo. Neste aspeto, a obtenção de dados sistémicos e confrontados com os dados orais permite a realização de um diagnóstico verdadeiramente personalizado, bidirecionalmente. Passo a explicar-me: se, por um lado, existem fatores de risco sistémicos para doenças orais, o inverso é igualmente aplicável. Tal como referi, a identificação de sinais de risco/alarme para uma doença oral pode ser feita por uma especialidade que não a Medicina Dentária; por seu turno, o inverso pode ocorrer, retomando o exemplo do estudo supramencionado, sendo que o risco de um dos cinco tipos de cancro correlacionados com a doença periodontal pode ser feito pelo próprio médico dentista. A IA pode ser fundamental neste aspeto. ●

Conclusões do estudo sobre implantes de zircónia

Implantes Patent mantêm estabilidade após nove anos de colocação

O estudo independente *Two-piece zirconia implants in the posterior mandible and maxilla: A cohort study with a follow-up period of 9 years* revela a estabilidade dos implantes de duas peças em zircónia da Patent. Pedimos a alguns especialistas portugueses que comentassem este trabalho.



Patent ➔

Durante uma conferência de imprensa no *International Dental Show (IDS)* deste ano, Marco Waldner, CEO e fundador da Zircon Medical apresentou os primeiros dados de longo prazo sobre implantes de zircónia de duas peças. O estudo independente conduzido por Jürgen Becker, professor e diretor da Policlínica de Cirurgia Dentária da Universidade Heinrich-Heine em Dusseldorf, avaliou Im-

plantes Patent integrados de duas peças durante um período de nove anos.

Podem destacar-se como principais conclusões o facto de:

- Não ter havido nenhum caso de peri-implantite;
- Houve uma alta taxa de sobrevivência comparativamente ao documentado para implantes após nove anos;
- Os tecidos moles estão saudáveis (sangramento à sondagem (BOP): 12,9%);
- Não houve fraturas de implantes;

- Os índices de placas estáveis, profundidades de bolsas e BOP em controlos de dois e nove anos.

Pedimos a alguns especialistas nacionais que comentassem este estudo, já publicado a 2 de outubro de 2022 na revista científica *Clinical Oral Implants Research* com o nome original: *Two-piece zirconia implants in the posterior mandible and maxilla: A cohort study with a follow-up period of 9 years* (Giulia Brunello, Nicole Rauch, Kathrin Becker, Ahmad R. Hakimi, Frank Schwarz, Jürgen Becker).



Fernando Guerra

• Professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

“UMA ALTERNATIVA DE REABILITAÇÃO VÁLIDA”

O artigo intitulado *Two-piece zirconia implants in the posterior mandible and maxilla: A cohort study with a follow-up period of 9 years* tem interesse científico e foi realizado na Universidade Heinrich Heine de Dusseldorf, na Alemanha. A equipa de investigação integrou investigadores reputados e com experiência em estudos clínicos. A qualidade do estudo pode também ser aferida pela sua publicação na *Clinical Oral Implant Research*, uma das mais prestigiadas revistas científicas internacionais de Medicina Dentária, assegurando um rigoroso processo de revisão por pares.

Este estudo foi projetado como observacional retrospectivo de coorte sendo realizado apenas num centro de investigação e apresentou os resultados obtidos aos nove anos. Como particularidade, em relação a este aspeto de desenho do estudo, salienta-se o facto de ter sido uma extensão do estudo inicial de dois anos, permitindo uma avaliação de longo prazo, o que o torna bastante interessante uma vez que existem poucos estudos com esta duração em implantes de zircónia.

O trabalho apresentou os resultados de 29 participantes a partir de uma população original de 60 indivíduos desdentados parciais. A evolução desta

população foi a seguinte: oito tiveram falhas precoces antes da colocação das coroas; dois implantes foram perdidos no *follow-up* de dois anos e ocorreram quatro abandonos até essa data; por fim, aos nove anos, estavam disponíveis para avaliação 29 pacientes em 46 elegíveis.

Os pacientes tiveram como tratamento a colocação transmucosa de implantes de zircónia, de duas peças, rosqueados e de inserção vertical, nos setores posteriores maxilares e mandibulares. Quando o espaço desdentado era múltiplo, a avaliação dos parâmetros em estudo foi efetuada no implante mais anterior. A reabilitação protética foi efetuada sobre pilar protético de fibra de vidro com coroas cerâmicas monolíticas, ambos cimentados com resina composta (ao implante e ao pilar, respetivamente).

Assim, aos nove anos, dos 29 implantes em análise, os resultados em relação às complicações biológicas (presença de peri-mucosite ou peri-implantite) foram de 16 implantes sem qualquer tipo de hemorragia à sondagem e 13 com algum sinal de inflamação. No entanto, não se registou qualquer peri-implantite (definição de Berglundh *et al.*, 2018). No que diz respeito às complicações técnicas (respeitantes à prótese), entre os dois e os nove anos, ocorreram duas descimentações de coroas e uma de descimentação de pilar protético (6,7% ao nível do paciente). As complicações mecânicas foram seis em seis pacientes, entre os dois e os nove anos, todas elas consistindo na fratura do pilar protético de fibra de vidro (20,7%) e reparadas com sucesso. Nenhuma das complicações técnicas e mecânicas afetou a integridade dos implantes.

Os autores concluíram que, dentro das limitações do estudo, os resultados se mantiveram estáveis entre os dois e os nove anos e que estes implantes podem ser considerados como uma alternativa de reabilitação válida para os setores posteriores maxilares e mandibulares. Afirmaram também que embora tenham ocorrido algumas complicações técnicas e mecânicas, estas foram resolvidas com a substituição dos componentes protéticos.



Gil Alcoforado

• Professor na Egas Moniz School of Health & Science

“PODEREMOS ESTAR PERANTE ALGO DE INOVADOR OU REVOLUCIONÁRIO”

Há muitos anos que existe um certo fascínio pelos implantes cerâmicos. Lembro-me dos implantes desenvolvidos pelo Professor Samy Sandhaus que constituíram a base do trabalho experimental em cães de raça Beagle executada pelo Professor Doutor António Vasconcelos Tavares e publicada em 1995 (Repositório da UL). No entanto, os implantes cerâmicos também eram vistos com algumas reticências devido à taxa de fratura que apresentavam. Nessa altura, eram construídos em alumina (Al₂O₃) e em zircónia cuja manufatura era diferente à utilizada mais recentemente.

O estudo *Two-piece zirconia implants in the posterior mandible and maxilla: a cohort study with a follow-up period of 9 years* publicado recentemente no COIR pelo grupo do Professor Jürgen Becker, conceituado Professor da Universidade de Dusseldorf, veio dar um novo fôlego a estes novos implantes de zircónia por várias razões.

Em primeiro lugar, o problema estrutural das fraturas dos implantes quase desapareceu devido à forma como o implante é construído, já que a sua superfície é preparada antes da sua sinterização, tornando-o incomparavelmente mais resistente. Em segundo lugar, a forma como este implante aparenta ser tão *tissue-friendly*.

Vários resultados clínicos são surpreendentes. Se compararmos os resultados de hemorragia após sondagem (HAS) do estudo executado ao fim de 25 meses com aqueles encontrados ao fim de nove anos de *follow-up*, não só são bastante baixos (14,7% a dois anos) como se mantêm baixos (12,9% a nove anos), mesmo tendo-se verificado algum aumento de placa bacteriana na observação mais longa.

A estabilidade a nove anos das sondagens são outro exemplo já que só foram encontradas bolsas de 6 mm de profundidade em apenas um local (dos seis registados por implante) em dois dos implantes estudados. Paralelamente, a baixíssima recessão apreciada em todos os implantes parece ser garante de uma ótima estabilidade dos tecidos peri-implantares.

Sendo a peri-implantite um dos maiores flagelos que afetam os implantes que colocamos diariamente (provavelmente um em cada quatro desses implantes poderão desenvolver uma peri-implantite), a ausência desta patologia ao final dos nove anos é algo de grande relevo. Apenas 10 dos implantes observados ao fim de dois anos apresentaram essa patologia que foi tratada com sucesso e não foram observadas recidivas aos nove anos.

Mais estudos serão necessários para que se comprovem todos estes fatores. No entanto, poderemos estar perante algo de inovador ou revolucionário que poderá passar a ser um novo paradigma na área da implantologia oral. O futuro o dirá.



MAIS ESTUDOS SERÃO NECESSÁRIOS PARA QUE SE COMPROVEM TODOS ESTES FATORES. NO ENTANTO, PODEREMOS ESTAR PERANTE ALGO DE INOVADOR OU REVOLUCIONÁRIO QUE PODERÁ PASSAR A SER UM NOVO PARADIGMA NA ÁREA DA IMPLANTOLOGIA ORAL. O FUTURO O DIRÁ

GIL ALCOFORADO



João Sampaio Fernandes

• Professor na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

“IMPLANTES FILOSOFICAMENTE ATRAENTES(...). SEM DÚVIDA A MERECEM A NOSSA MELHOR ATENÇÃO”

O artigo científico que me pedem para comentar é, sem dúvida, interessante, com conclusões fundamentadas de uma investigação de implantes de zircónia duma só marca comercial, e com próteses fixas sempre semelhantes, ao longo de nove anos.

Quem faz reabilitação oral sobre implantes há bastantes anos, dedicando-se quer à fase cirúrgica, quer à reabilitadora, começou com implantes de titânio (ainda hoje são o *gold-standart*) e próteses metalo-cerâmicas. Evoluímos para a substituição das coroas unitárias por coroas cerâmicas de vários materiais, e por volta do ano 2000, começamos a introduzir as pontes e os cotos implantares de alumina e zircónia.

Todas as evoluções tiveram como primeiro objetivo a melhoria do resultado estético global, nomeadamente na região da emergência protética, mas também o problema crescente das alergias aos metais.

A procura de reabilitações sem metal esbarraram sempre na contradição inerente à utilização de implantes de titânio.

A procura de alternativas ao titânio como material implantar já tem muitos anos. Foram disponibilizados para uso clínico implantes de tântalo, de alumina, híbridos de titânio e zircónia, e de zircónia pura.

Infelizmente, o sucesso não foi muito, o que se explica por múltiplas causas, que aqui não cabe desenvolver.



OS IMPLANTES PATENT QUE SÃO OBJETO DESTE ARTIGO CIENTÍFICO AGRADAM-ME EM TERMOS CONCEPTUAIS. A RAZÃO PRINCIPAL É QUE NÃO HÁ APARAFUSAMENTOS, APENAS COLAGEM DO COTO E DA COROA
JOÃO SAMPAIO FERNANDES

Nas últimas décadas, por razões ligadas ao enorme avanço tecnológico e à procura de soluções alternativas ao titânio por razões biológicas e de hipersensibilidade, os implantes de zircónia foram objeto de investigação acrescida, o que levou à sua disponibilização por diferentes empresas.

A apresentação passou a ser em monobloco (com as inerentes limitações clínicas), em versão para prótese aparafusada (em diferentes materiais de cotos e de parafusos, que foram uma das causas dos insucessos passados) e para prótese cimentada (coto e coroa).

Sou dos que apoiam soluções sem metais, embora seja muito cético em relação às vantagens globais das próteses em zircónia, excetuando a parte estética. Infelizmente, estas ainda não resolvem com segurança e durabilidade muitas situações clínicas.

Mas é bom ter em conta que resolvem muitas outras, uma vez que as metalo-cerâmicas também deram, e dão, alguns problemas.

Relativamente aos implantes de zircónia, não tenho experiência clínica cirúrgica exceto há muitos anos na explantação difícil de dois implantes fraturados e bem osteointegrados (implantes do Dr. Sandhaus, um estomatologista visionário e que visitou Portugal várias vezes) e apenas fiz três coroas sobre implantes de zircónia previamente colocados. Fi-lo sempre com pouca esperança na sua durabilidade, embora sem razão já que não assisti a fracassos.



EM RESUMO, IMPLANTES FILOSOFICAMENTE ATRAENTES, COM ÓTIMOS RESULTADOS AO FIM DE NOVE ANOS, NO MÍNIMO SEMELHANTES AOS DOS IMPLANTES DE TITÂNIO. SEM DÚVIDA A NOSSA MELHOR ATENÇÃO
JOÃO SAMPAIO FERNANDES

Os implantes Patent que são objeto deste artigo científico agradam-me em termos concetuais. A razão principal é que não há aparafusamentos, apenas colagem do coto e da coroa. E apesar das dificuldades e das complicações da colagem, quando comparada com o aparafusamento, permite cotos com altura e conicidade adequada (nem sempre conseguida com peças implantares *standard*), e sem fragilizar o corpo do implante, que não necessita ser oco. E minimiza os espaços ociosos implantares, responsáveis por alguns tipos de peri-implantite e, principalmente, pelo mau hálito crónico, cada vez mais frequente como complicação das próteses aparafusadas.

Isto leva-nos de novo à discussão que sempre existiu sobre próteses implantossuportadas aparafusadas ou cimentadas, relacionadas com a passividade das estruturas protéticas, e que quase sempre teve opiniões mais favoráveis às cimentadas, embora nos tenhamos rendido às aparafusadas por vantagens ligadas à manutenção e à resolução mais fácil das complicações, e por interesse económico empresarial, bem mais vantajoso nas aparafusadas.

Como já tenho idade suficiente para ter dúvidas, desconfio sempre quando me apresentam resultados que gostávamos que acontecessem, como é o caso do fim das peri-implantites. Não penso em resultados falseados, mas antes na seleção ultra-criteriosa dos pacientes candidatos a estes novos implantes.

Em resumo, implantes filosoficamente atraentes, com ótimos resultados ao fim de nove anos, no mínimo semelhantes aos dos implantes de titânio. Sem dúvida merecerem a nossa melhor atenção.



Ricardo Faria Almeida

• Professor na Faculdade de Medicina dentária da Universidade do Porto

“UMA ESPERANÇA PARA O FUTURO”

A evolução da Medicina Dentária em geral, e da implantologia oral em particular, tem sido vertiginosa nos últimos anos. A mesma tem permitido que a substituição de dentes perdidos seja, atualmente, um procedimento relativamente “simples”, indolor e com baixa taxa de morbilidade para os pacientes, na grande maioria dos casos. Tudo isto resultou de um maior conhecimento da biologia em que assentam estes procedimentos, potenciando assim novas técnicas cirúrgicas, menos invasivas e com menor morbilidade associada às novas tecnologias que o setor tem vindo a fornecer.

Assim, a implantologia oral deixou de ser um procedimento ao alcance de alguns, para se generalizar.

No entanto, tudo isto não significa que não existam limitações e problemas, mesmo na implantologia moderna e usando as melhores técnicas e materiais. Na verdade, as doenças peri-implantares têm vindo a assumir um papel relevante nas complicações associadas à colocação de implantes dentários. As altas taxas de prevalência que variam entre 15 % e 50 %, dependendo dos critérios utilizados para as diagnosticar, é algo extensamente relatado na literatura. Sabemos bem, os fatores de risco associados às mesmas, quer de natureza sistémica quer local, e que obrigam a uma especial

atenção, porque é algo que teremos de conviver nos tempos futuros.

Neste contexto, o artigo publicado sobre os implantes Patent de zircónia de duas peças pode ser entendido como uma esperança para o futuro. Na senda da evolução tecnológica atrás referida, estão os implantes de zircónia, que nos possibilitam tratamentos implantológicos com altas taxas de sobrevivência *metal free*.

Ora, segundo este trabalho, além das vantagens atrás referidas, permite-nos reduzir as peri-implantites para valores de zero. São apenas, os resultados de um trabalho, relativo a um estudo de coortes realizado num único centro, que, no entanto, nos abre uma perspectiva animadora e que deverá ser comprovado por outros trabalhos num futuro próximo. Convém também referir que além dos resultados apresentados em termos de peri-implantite, relatam de forma clara outros aspetos importantes para a estabilidade a longo prazo dos tratamentos implantológicos. Refiro-me aos valores de profundidade de sondagem e hemorragia à sondagem, que demonstraram manter-se estáveis do segundo ao nono ano de seguimento.

Em resumo, uma nova esperança que deve merecer da parte de todos a máxima atenção num futuro próximo. ●



O ARTIGO PUBLICADO SOBRE OS IMPLANTES PATENT DE ZIRCÓNIA DE DUAS PEÇAS PODE SER ENTENDIDO COMO UMA ESPERANÇA PARA O FUTURO. NA SENDA DA EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA ATRÁS REFERIDA, ESTÃO OS IMPLANTES DE ZIRCÓNIA, QUE NOS POSSIBILITAM TRATAMENTOS IMPLANTOLÓGICOS COM ALTAS TAXAS DE SOBREVIVÊNCIA METAL FREE
RICARDO FARIA ALMEIDA

Patent ➤

O sucesso do implante não deveria significar sempre sucesso a longo prazo?

Os dados indicam que entre 10 e 50% dos implantes dentários integrados apresentam sinais de peri-implantite após 10 anos de funcionamento. A Zircon Medical acredita que este não deve ser o padrão da implantologia atual. Com o implante Patent™ pode-se afirmar que deu-se início a uma nova era na substituição da perda total ou parcial de dentes a longo prazo. De acordo com os estudos clínicos de longo prazo, os implantes Patent™ integrados de duas peças mostraram tecidos duros e moles saudáveis e estáveis após 9 anos e nenhum sinal de peri-implantite mesmo depois de 12 anos de funcionamento.

Saiba mais informação sobre o implante Patent™ –
a solução de substituição da perda total ou parcial dentes –
Visite-nos na IDS 2023 em Colônia de 14 a 18 de março!

Descubra
Patent™ na IDS!
Sala 10.1
Stand D-061



O novo padrão na implantologia:

Cicatrização rápida, tecidos moles saudáveis,
níveis ósseos marginais estáveis. O sucesso a longo
prazo de Patent™ foi comprovado cientificamente.
Saiba mais em www.mypatent.com



Trabalhar a mentalidade para atingir alto desempenho



Damiana Fernandes

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

Acredito, genuinamente, que qualquer profissional de Saúde Oral que leia este artigo aspire a ser um profissional de alto desempenho, de outra forma não faria a escolha de investir um pouco do seu tempo precioso (o que, desde já, agradeço) a ler um artigo de opinião numa revista destinada a profissionais da área quando o mundo atual oferece tantas outras distrações possíveis. E o que é que diferencia um profissional de alto desempenho na área da Medicina Dentária dos restantes? O facto de estar disposto a fazer mais do que a média e de, efetivamente, o fazer, permitindo-lhe atingir resultados que o fazem sobressair dos demais. Apesar de o alto desempenho se basear no resultado de ações, ele tem como alicerce a mentalidade do profissional. Gosto de explicar esta mentalidade como a capacidade de gerir de forma inteligente tanto os pensamentos como as emoções, já que é esta combinação que permite orientar as ações de forma eficaz para o alcance de objetivos. Consequentemente, é na consolidação deste alicerce que se deve iniciar o percurso para o alto desempenho. Sugiro, de seguida, alguns pontos que pode trabalhar para desenvolver uma mentalidade de alto desempenho.

1. Preste atenção àquilo em que acredita. Se acredita que não consegue mudar, evoluir ou crescer enquanto profissional está a traçar o fracasso rumo a um desempenho que o distinga dos demais. Se acredita que só vai longe quem tem talento ou que para alguns é mais fácil e que é isso que dita o seu sucesso, então saiba que está a informar o seu cérebro de que não vale a pena investir esforço ou energia para atingir resultados que lhe parecem difíceis ou desafiantes. Aquilo em que acredita influencia o seu desempenho e até a sua saúde física. Baseado nas evidências disto, foi criada na década de 60 a terapia cognitiva, pelo psiquiatra Aaron Beck, uma das terapias mais eficazes jamais desenvolvidas.



O QUE É QUE DIFERENCIA UM PROFISSIONAL DE ALTO DESEMPENHO NA ÁREA DA MEDICINA DENTÁRIA DOS RESTANTES? O FACTO DE ESTAR DISPOSTO A FAZER MAIS DO QUE A MÉDIA E DE, EFETIVAMENTE, O FAZER, PERMITINDO-LHE ATINGIR RESULTADOS QUE O FAZEM SOBRESSAIR DOS DEMAIS

2. A aprendizagem contínua é fundamental, mas, sem prática e treino não vai longe. Aliás, a aprendizagem contínua ao longo da vida tem sido apontada como um dos fatores que mais impacto tem ao nível da felicidade e bem-estar. Em Medicina Dentária, ela permite que o profissional se mantenha atualizado e acompanhe a evolução da ciência e baseie a sua prática clínica nas evidências científicas. Ainda assim, o alto desempenho traduz-se pelos resultados atingidos, o que não existe sem ação, sem se colocar em prática a aprendizagem ou o conhecimento. Não basta que leia livros ou que frequente cursos sobre implantologia para que seja especialista nessa área, por exemplo. As horas de prática e toda a sabedoria que daí advém são fundamentais para a maestria.



3. Uma vez em ação, receba e agradeça *feedback*. O *feedback* é fundamental para nos trazer outras perspetivas sobre o nosso desempenho, mostra, muitas vezes, pontos que podemos melhorar e, com isso, crescer como profissionais. Cultivar gratidão por quem investe o seu tempo e que nos valoriza ao ponto de nos oferecer a sua perspetiva, independentemente do seu teor, devia ser prática comum. Com o *feedback* recebemos informações para as quais, muitas vezes, nos encontramos cegos, devido, por exemplo, aos nossos vieses cognitivos. Neste ponto, saliento sempre a importância de se saber filtrar a fonte, o seu estado emocional e o conteúdo do *feedback*. E isto liga ao ponto seguinte.

4. Aprenda a lidar com emoções desagradáveis e com o erro. Gerir as emoções de valência negativa (como a frustração, a desilusão, a irritação ou a raiva) no decurso da prática clínica é fundamental para que sejamos consistentes ao nível da ação. Pode olhar para os resultados com foco no negativo e como forma de reforçar crenças negativas sobre as suas capacidades ou, pelo contrário, olhar com curiosidade e como forma de aprendizagem para se ir mais longe da vez seguinte sem pensar em desistir. Esta última forma de encarar os desafios caracteriza a mentalidade que permite atingir o alto desempenho.

5. Por último, rodeie-se das pessoas certas. A atitude mental e o estado emocional de quem o rodeia são con-

tagiosos. Certifique-se de que se rodeia de pessoas que buscam o alto desempenho, que consideram o esforço útil, que olham para os problemas como fontes de aprendizagem, que o desafiam a ir mais longe e a ser melhor profissional e que celebram do seu lado quando atinge os seus objetivos.

Muitos dos profissionais com quem estabeleço contacto consideram que, para atingir alto desempenho, têm de estudar mais um pouco, garantir melhores condições externas ou fazer mais cursos. Quando olho para eles percebo que todo o potencial já existe, só é necessário acender a chama e trabalhar a sua mentalidade. Já trabalha a sua? 🧠

As múltiplas facetas da dor orofacial

É um tema subjetivo uma vez que depende de cada indivíduo, dos fatores de risco, de doenças associadas e de inúmeras outras questões que nem sempre são perceptíveis ao olho clínico. Estima-se que mais de três milhões de portugueses sofram de dor orofacial. O diagnóstico atempado e correto é desafiante.

Texto: Cláudia Pinto



A ABORDAGEM DE UM DOENTE COM DOR OROFACIAL DEVE SER TÃO COMPLETA E ASSERTIVA CONSOANTE O SEU DIAGNÓSTICO E O TEMPO DE DURAÇÃO DA DOR
ANDRÉ MARIZ DE ALMEIDA, SPDOF

Ador crónica é uma condição prevalente que afeta cerca de 20% da população mundial e pode ter um impacto significativo na vida dos pacientes, tanto a nível clínico como social e económico. Estima-se que a dor crónica represente um custo anual de mais de 600 bilhões de dólares em todo o mundo. Devido à sua persistência, pode afetar gravemente a qualidade de vida dos doentes, levando a limitações físicas, emocionais e sociais.

Se esta introdução já é suficientemente representativa do impacto da dor na vida quotidiana, André Mariz de Almeida, professor de Dor Orofacial e ATM na Egas Moniz School of Health and Science, no Monte da Caparica, refere outros reveladores deste problema. “Cerca de 30% da população portuguesa sofre de dor orofacial, o que significa que estamos a falar de cerca de três milhões de portugueses que sofrem com dor na região da cara, cabeça e pescoço em Portugal.” Estima-se ainda que “outros dados das consultas por queixas de dor são de causa não odontogénica”, acrescenta o também vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SPDOF).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor orofacial é considerada como “uma forma frequente de dor na face e/ou cavidade oral. Pode ser causada por doenças ou distúrbios de estruturas locais, disfunção do sistema nervoso ou por referência de fontes distantes”, explica o médico dentista.



EMBORA A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) SEJA A CAUSA MAIS COMUM DE DOR OROFACIAL CRÓNICA NÃO ODONTOGÉNICA, EXISTEM DIVERSAS PATOLOGIAS DOLOROSAS QUE PODEM AFETAR A REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO
ANDRÉ MARIZ DE ALMEIDA

Ou seja, falamos de uma condição, de um sintoma e não de uma doença propriamente dita, que pode resultar de situações disfuncionais locais, dor essa que é referida em outras regiões do corpo ou alterações no sistema nervoso, acrescenta. “Esta dor pode ser intermitente ou contínua, mas também unilateral ou bilateral. Embora a disfunção temporomandibular (DTM) seja a causa mais comum de dor orofacial crónica não odontogénica, existem diversas patologias dolorosas que podem afetar a região da cabeça e pescoço”, sublinha.



OS DADOS QUE EXISTEM DEMONSTRAM QUE MAIS DE 90% DOS PACIENTES COM DOR OROFACIAL DURANTE, PELO MENOS, UMA SEMANA, APRESENTARAM DOR NOUTRAS ÁREAS DO CORPO TAMBÉM

PEDRO CEBOLA,
HOSPITAL CUF TEJO

André Mariz de Almeida assume a dor orofacial como um desafio e aconselha os colegas a nunca ignorarem uma *red flag* como uma dor orofacial que surge de forma intensa, abrupta e que não cessa com as modificações usuais para a dor.

No que respeita à dor orofacial como resultado direto de uma patologia, surgem os cancros da cabeça e do pescoço. “De acordo com a evidência, os pacientes referem dor orofacial em 65% das vezes ou outras patologias, como a sinusite e a rinite, a apneia de sono, o refluxo gastroesofágico e as lesões de coluna cervical. Em casos mais agudos, o próprio AVC pode resultar em dor orofacial e ser um sinal de alerta mais imediato ou já na recuperação do mesmo”, salienta o médico dentista. Existem ainda patologias em que a dor orofacial surge como uma alteração da capacidade de resposta à dor. São disso exemplo, as seguintes patologias referidas por André Mariz de Almeida: fibromialgia, artrite reumatoide, síndrome de Sjögren, dor regional complexa, síndrome de colón irritável, entre tantas outras, daí a importância de uma boa história clínica.

O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO CORRETO

Pedro Cebola, médico dentista do Centro de Medicina do Sono e da Unidade da Medicina da Dor do Hospital CUF Tejo, em Lisboa, começa por defender que “a interpretação incorreta da origem da dor pode levar a diagnósticos errados e à subsequente abordagem terapêutica

incorreta”. Como tal, considera essencial “a escuta ativa que os clínicos devem ter com os seus pacientes para avaliar qual a causa, ou na maior parte das vezes, quais as causas que levam à dor orofacial”.

Esta condição é multifatorial, mas as principais queixas de dor que recebe na sua consulta são as DTM (mialgia, dor miofascial dos músculos mastigadores e/ou artralgia), dores neuropáticas que afetam os nervos cranianos, dor semelhante a dores de cabeça primárias e dor idiopática.

Como principais causas destas queixas, Pedro Cebola revela as seguintes: microtrauma (bruxismo, quer do sono, quer de vigília), fatores psicossociais, como a ansiedade, a hipervigilância e a catatofização e os fatores patofisiológicos com presença de outras comorbilidades dolorosas, como a artrite reumatoide, a poliartrite ou outras doenças reumatológicas. Destaque ainda para outras patologias neoplásicas da cabeça e pescoço e as patologias do sono.

A dor orofacial pode ainda ser definida como “uma experiência multidimensional associada a elementos emocionais e psicossociais que não podem ser ignorados na abordagem médica pois pressupõem diversas causas, tais como: dentárias, articulares, musculares e nerválgicas, o que implica uma abordagem multidisciplinar”, explica Marta Marques, médica dentista e sócia-gerente da CSG Clinic, em Ponta Delgada, Açores, que integra a Clínica de São Gonçalo e a Clínica São Gonçalo do Parque Atlânti-

co. Nas consultas de Medicina Dentária em ambos os espaços, as queixas de dor podem variar de dor intensa em um ou mais dentes e dor articular e muscular por desordem temporomandibular associadas a traumas, hábitos parafuncionais e má postura.

Não existem muitos estudos sobre a epidemiologia da dor orofacial, uma vez que é uma condição muito vasta e apenas recentemente é que foi desenvolvido um sistema de classificação internacional - *International Classification for Orofacial Pain (ICOP)* - para criar uma forma padronizada de classificação. “No entanto, os dados que existem demonstram que mais de 90% dos pacientes com dor orofacial durante, pelo menos, uma semana, apresentaram dor noutras áreas do corpo também”, explica Pedro Cebola. Ou seja, estes pacientes partilham semelhanças com outros que têm dor crónica, “com uma relação entre os sintomas relatados e os sinais e sintomas patológicos objetivos, comportamentais (por exemplo, parafunções), stresse social e psicológico, limitação das atividades diárias, incapacidade ocupacional e taxas mais altas de uso de cuidados de saúde”.

No que respeita em particular à DTM, os valores apresentam uma grande variabilidade, que se explicam, na visão do médico dentista pela “enorme variedade de critérios de diagnóstico adotados pelos diferentes grupos de investigação. A prevalência de DTM, em adultos, varia entre 10% a 15% e nos adolescentes entre 4%

a 7%”. As mulheres são frequentemente afetadas pela DTM, sobretudo em idade fértil, adianta. “Nas crianças não existem diferenças entre género.” Já no que respeita à idade, os sinais e sintomas das DTM têm uma maior prevalência entre os 20 e os 40 anos ainda que possam apresentar-se em todos os grupos etários. Nas suas consultas, André Mariz de Almeida vê maioritariamente doentes com DTM, ou seja, dor musculoesquelética. “O perfil destes doentes é claro, altamente focados, normalmente em posições profissionais de alta tensão ou exigência, ou a passar por períodos de vida mais stressantes ou ansiosos.” Surgem mais mulheres que homens, o que se relaciona, na opinião do médico dentista, com a questão hormonal.

Cada vez mais o perfil tem sido ampliado com crianças e jovens com queixas relacionadas com cefaleias tensionais ou dor nos músculos mastigadores, muito decorrente do período em que vivemos. “Há que dar especial atenção aos doentes que têm alterações de dor relacionadas com mudanças ao nível do padrão de sono, resultantes do estilo de vida, com aumento de obesidade, do uso da eletrónica e com hábitos de trabalho e sociais totalmente errados”, sublinha.

Um dos maiores problemas enfrentados pelos pacientes que sofrem com dor é a dificuldade do diagnóstico correto e preciso. “Como esta região do corpo é complexa por envolver uma grande diversidade de tecidos e estruturas, há mais de 300 possíveis causas para o problema e muitas delas são correlacionadas, o que exige um diagnóstico e tratamentos especializados”, salienta Marta Marques. Infelizmente, ainda é comum surgirem pacientes em consulta que “convivem durante anos com dores orofaciais e que já passaram por muitos profissionais sem que seu o problema fosse resolvido”. A gestora da CSG Clinic denota que “o diagnóstico é essencialmente clínico, mas requer uma investigação aprofundada da origem da dor”.

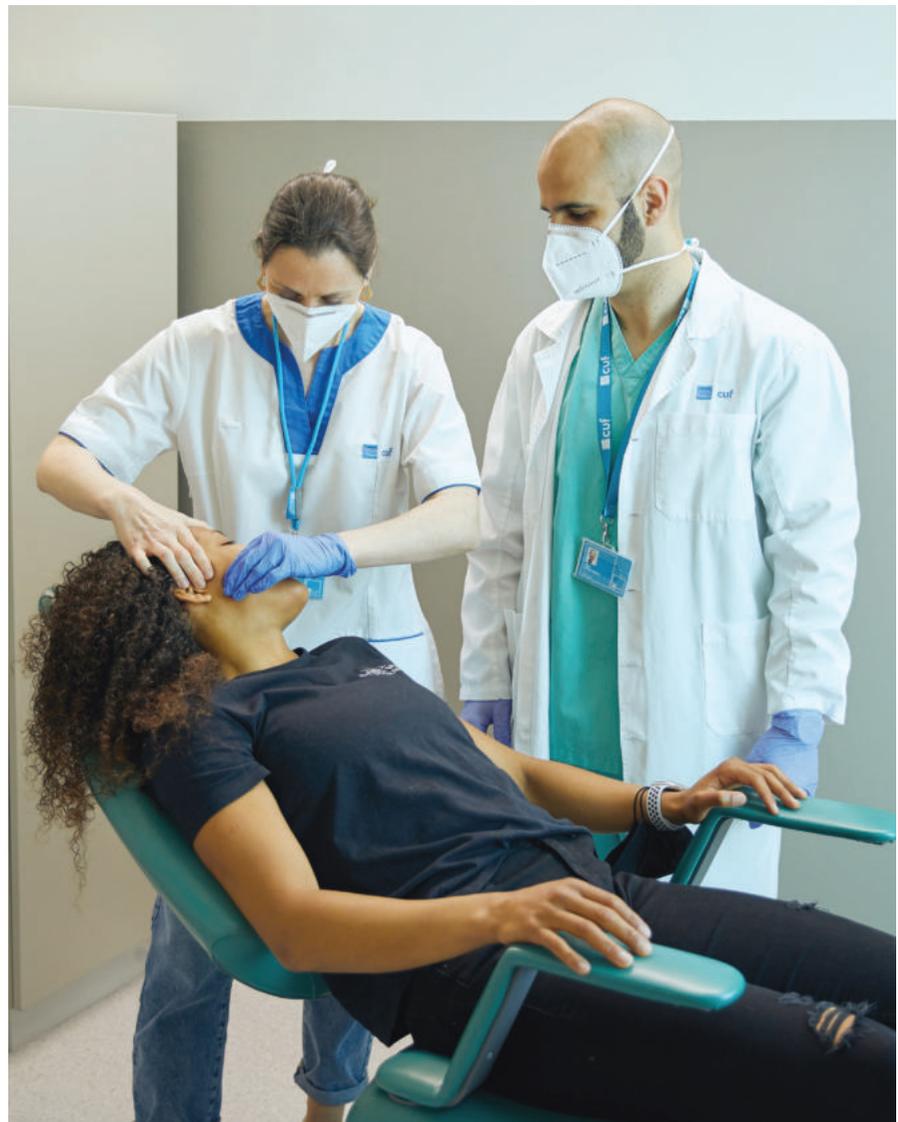
O facto de a dor ser muito subjetiva e estar dependente da resistência de cada indivíduo acaba por ter influência na hora de diagnosticar. “A mesma lesão



A MESMA LESÃO PODE PROVOCAR DIFERENTES DORES EM DOENTES DISTINTOS E ATÉ A MESMA PESSOA PODE SENTI-LA DE FORMA DIFERENTE CONSOANTE O MOMENTO E AS CONDIÇÕES A QUE ESTÁ SUJEITA

MARTA MARQUES,
GESTORA DA CSG CLINIC

pode provocar diferentes dores em doentes distintos e até a mesma pessoa pode senti-la de forma diferente consoante o momento e as condições a que está sujeita”, afirma. Desta ideia surge o reforço do papel de extrema importância para um correto diagnóstico e controlo da dor de origem dentária. “O correto diagnóstico sobre a origem da dor é a condição que determina a eficácia do tratamento e o encaminhamento para respetivas áreas”, explica. Apesar da opinião das colegas, André Mariz de Almeida considera que o médico dentista “deve estar preparado para realizar um diagnóstico provisório claro



de todo o tipo de dor orofacial de um doente”, lembrando que “a maioria da dor orofacial é de origem odontogénica e, neste caso, a intervenção de um médico generalista é claro”. Dedicado à área de dor orofacial, explica que a grande parte dos doentes chega até si por referência de outros médicos e de médicos dentistas que realizaram um bom diagnóstico diferencial e que encaminham os doentes que não conseguem ser controlados nesta primeira fase. “A partir daqui, há que apostar em todas as armas eficazes que existem para o controlo da dor de forma regrada, mas baseadas na melhor evidência. Relembro que uma das primeiras abordagens é a abordagem comportamental e a educação. O doente deve saber o que tem e como pode aliviar a dor que sente.”

INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Como se percebe, a complexidade da dor orofacial pode ditar a intervenção de médicos e especialistas de várias áreas da Saúde e é “agravada pela proximidade de inúmeras estruturas anatómicas, incluindo os olhos, nariz, dentes, língua, seios, ouvidos, músculos regionais e as articulações temporomandibulares”, explica Marta Marques. Estas estruturas podem ser a origem da dor facial referida para as áreas próximas, mas não envolvidas. “Por exemplo, não é incomum ocorrer referência cruzada entre cefaleias e outras condições de dor orofacial.”

A colega Suzy Pacheco, médica dentista do mesmo grupo de clínicas considera que “o encaminhamento para as diferentes áreas da Medicina Dentária depende do diagnóstico da causa da dor para que o tratamento seja definido” e exemplifica o caso de pulpíte que consiste “numa dor intensa, por vezes, radiada num ou em mais dentes” e, nesse caso, o paciente é encaminhado para um colega de endodontia.

Pedro Cebola recorre frequentemente à fisioterapia para intervenção combinada de terapia manual com exercícios terapêuticos, bem como à gestão, à educação e ao aconselhamento para a condição clínica. “A terapia

da fala pode também atuar nestes últimos pontos. A reumatologia, a pneumologia, a neurologia e a otorrinolaringologia são essenciais, principalmente para diagnóstico diferencial e para atuarmos nas comorbidades dolorosas associadas.” Mas, as alternativas não ficam por aqui. “A psicologia tem um papel cada vez mais preponderante para gestão da sensibilidade ao stress e à ansiedade.” No caso da cirurgia maxilofacial, a utilidade aumenta quando os médicos dentistas observam casos de tumores de cabeça e pescoço e a sua relevância destaca-se “na limitação severa de funcionalidade mandibular com dor associada a, por exemplo, adesão ou anquilose da articulação temporomandibular”.

André Mariz de Almeida confessa ter a sorte de pertencer à Unidade de Dor do Hospital CUF Tejo e de trabalhar também na Egas Moniz School of Health and Science em parceria direta com a Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta. Mas, durante muito tempo, foi ele que construiu a sua própria equipa de dor. “É isto que aconselho a todos os médicos dentistas e profissionais de Saúde Oral. Devemos procurar profissionais em diversas áreas do país que sejam o nosso apoio na área da dor. É essencial trabalhar com neurologistas, anestesiologistas, fisiatras, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas e enfermeiros com especialidade e/ou prática em gestão de dor.” Desta interligação surge a comunicação entre profissionais e a discussão clínica do caso de cada doente, o que culmina no sucesso do tratamento. “É também ainda mais importante que o doente perceba que uma equipa funciona e que ele é a chave para o seu tratamento”, explica.

A dor orofacial é uma causa importante de consulta nas unidades de dor hospitalares, como na fisioterapia. “Isto acontece porque na maior parte das vezes, resulta da disfunção da articulação temporomandibular, quer seja por causas articulares, quer seja por disfunção muscular, explica Filipe Antunes, fisiatra e coordenador da Unidade de Dor Crónica do Hospital de Braga. O também presidente da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor



EXISTEM PACIENTES QUE CONVIVEM DURANTE ANOS COM DORES OROFACIAIS E QUE JÁ PASSARAM POR MUITOS PROFISSIONAIS SEM QUE O SEU O PROBLEMA FOSSE RESOLVIDO

MARTA MARQUES,
CSG CLINIC



O ENCAMINHAMENTO PARA AS DIFERENTES ÁREAS DA MEDICINA DENTÁRIA DEPENDE DO DIAGNÓSTICO DA CAUSA DA DOR PARA QUE O TRATAMENTO SEJA DEFINIDO

SUZY PACHECO,
MÉDICA DENTISTA
CSG CLINIC

(APED) acrescenta que “esta circunstância é frequentemente crónica (na perspetiva temporal), acarretando depois outras componentes associadas à dor, como a ansiedade e a depressão”. Em termos fisiátricos, a atuação acontece ao nível do relaxamento muscular dos músculos implicados (mastigações) e na correção do movimento da ATM, razão pela qual, a fisioterapia é muitas vezes solicitada a intervir e pode fazer toda a diferença. “Em termos de dor, no caso da ansiedade e da depressão é necessário ajustar esquemas farmacológicos analgésicos e é essencial a referência para as unidades de dor hospitalares”, explica o



TODAS AS ABORDAGENS DEVEM SER CONSIDERADAS DE ACORDO COM A EVOLUÇÃO CLÍNICA,
FILIPE ANTUNES, APED

fisiatra. Além do relaxamento muscular e do controlo da ansiedade, a intervenção psicológica é um fator importante a considerar. “Outros quadros de dor, como a dor neuropática resultante de uma qualquer lesão neurológica orofacial são menos comuns, mas ainda assim podem acontecer”, acrescenta. E, nestes casos, devem ser consideradas outras formas de intervenção, como as técnicas de intervenção em dor. O desafio clínico desta condição é permanente e transversal a todas as especialidades e áreas médicas. A fisioterapia não é exceção e “todas as abordagens devem ser consideradas de acordo com

a evolução clínica” sendo fundamental no apoio terapêutico da maior parte destas situações, quer através de “agentes físicos, quer com técnicas cinesiológicas (reeducação do movimento), como forma de reabilitar a pessoa com dor orofacial”.

TRATAMENTOS PERSONALIZADOS?

Devido à sua complexidade, Marta Marques considera que “o início do tratamento da dor orofacial exige uma investigação da sua etiologia para se obter um diagnóstico preciso e correto”. Para que tal aconteça, “é importante ter a descrição detalhada dos sintomas, feita pelo doente e a utilização de técnicas, como palpação da face, da cabeça e do pescoço para definir os locais de dor, hipersensibilidade e identificar pontos dolorosos”.

Os principais tratamentos à disposição dependem da causa da dor orofacial. “Se a dor orofacial for de causa odontogénica, poderá residir no tratamento causal, que tanto pode ser uma dentisteria, endodontia e/ou exodontia”, explica Pedro Cebola. No caso de a causa ser a DTM, a abordagem pode ser terapêutica. O médico dentista do Hospital CUF Tejo refere alguns tipos de tratamentos importantes, como “a terapia comportamental, a fisioterapia, a goteira oclusal [se houver bruxismo do sono primário que tenha impacto na dor orofacial do paciente], a farmacoterapia, a viscosuplementação da DTM e a aplicação de toxina botulínica nas mialgias e dores miofasciais dos músculos mastigadores [nos pacientes refratários]”.

No que respeita aos fármacos, Susy Pacheco considera que funcionam em sinergia com medidas não farmacológicas e como um recurso utilizado para diminuir ou até mesmo eliminar a dor por um determinado período de tempo, “como é o caso dos anestésicos que possibilitam a realização do tratamento recomendado”. Os analgésicos como o paracetamol ou outros AINEs podem ajudar a aliviar a dor, defende, mas também podem ser prescritos “relaxantes musculares para diminuir a tensão ou até tratamento com antibióticos”.

Para decidir qual o melhor tratamento, é necessário realizar um “bom e exausti-



vo diagnóstico”, explica André Mariz de Almeida. “A abordagem de um doente com dor orofacial deve ser tão completa e assertiva consoante o seu diagnóstico e o tempo de duração da dor”. O vice-presidente da SPDOF concorda com os colegas no que respeita à importância dos fármacos como “a arma mais potente”, mas considera que a “terapia comportamental e a educação são cada vez mais importantes”. Relativamente a tratamentos não farmacológicos sugere a terapia cognitivo-comportamental, o biofeedback, a fisio-

terapia e a osteopatia, a acupuntura, o laser, a psicoterapia, a Medicina do Sono, os implantes neuroestimuladores e a hipnose. E estes tratamentos podem ser realizados por longos períodos de tempo? André Mariz de Almeida defende que não e que a duração deve ser por um período limitado e apenas para eliminar a dor. “A maioria dos doentes apresenta dor aguda e quanto mais rápido atuarmos, seja porque tratamos a patologia sistémica em equipa seja porque tratamos a origem da dor, se for do nosso âmbito, como a dor odontogénica, neuropática ou musculoesquelética conseguimos eliminar a causa e a dor”. Por outro lado, lamenta a frequência com que recebe doentes com dor crónica a quem é sugerida a possibilidade de um tratamento mais longo ou permanente.

Pedro Cebola acrescenta que as DTM são consideradas as condições dolorosas orofaciais crónicas mais comuns e, como tal, “algumas destas terão de ter um tratamento contínuo, nem que seja na autogestão ou estratégias comportamentais de controlo dos fatores de risco que geram dor orofacial associada a esta condição. As neuralgias, síndrome de boca ardente e a maior parte das dores orofaciais não odontogénicas, na sua grande maioria, necessitam de tratamento contínuo”. Susy Pacheco acrescenta ainda alguns tratamentos conservadores com recurso a “dispositivos de miorelaxamentos, fisioterapia e reprogramação postural”. 🌐



A ABORDAGEM DE UM DOENTE COM DOR OROFACIAL DEVE SER TÃO COMPLETA E ASSERTIVA CONSOANTE O SEU DIAGNÓSTICO E O TEMPO DE DURAÇÃO DA DOR”

ANDRÉ MARIZ DE ALMEIDA

CONGRESSO DA SPDOF REALIZA-SE EM MAIO

O Campus Universitário Egas Moniz, no Monte da Caparica, em Almada, recebe o 5.º Congresso SPDOF dedicado ao tema “Transversalidade em Disfunção Temporomandibular, Dor Orofacial e Sono”, entre os dias 18 e 20 de maio. O primeiro dia será maioritariamente dedicado a *workshops*, estando outros programados para os dois dias seguintes. Estes *workshops* serão dedicados a abordagens diferenciadoras e com a presença de oradores nacionais e internacionais. “Quando fundámos a SPDOF, em 2014, a missão principal foi juntar várias áreas profissionais que se relacionam na temática dor orofacial e DTM em prol do tratamento do doente e, imediatamente a seguir, criámos a secção de sono”, explica o vice-presidente da SPDOF. Este será o primeiro congresso em que a organização surge com a alteração do nome da SPDOF com a inclusão do sono na designação [Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e Sono]. “A qualidade de sono é afetada diretamente pela dor orofacial e pela DTM. Só conseguimos tratar a dor se melhorarmos a qualidade do sono se controlarmos o bruxismo, um dos fatores agravantes de DTM”, afirma. Por outro lado, só se consegue controlar o bruxismo de sono secundário à síndrome de apneia obstrutiva de sono se se tratar a apneia. Todos os temas estão interligados e são transversais ao setor. “É sobre tudo isto que o nosso congresso irá falar com algumas das referências nacionais e mundiais na área através de painéis de sono, dor e disfunção muito claros e altamente selecionados”, acrescenta André Mariz de Almeida. Para mais informações, aceda a www.spdof.pt

Papel do Marketing de Influência nas clínicas dentárias



Paulo Morais

• Founder & CEO da Phormula

A área do Marketing de Influência entrou na moda nos últimos anos, acompanhando o *boom* das plataformas digitais (2004). Contudo, no setor da saúde esta é uma área que vem sendo trabalhada desde sempre em congressos, reuniões, eventos, *guidelines* e até mesmo através de publicações científicas. Posso pedir-lhe um favor? Se tem uma perceção errada sobre este mundo dos influenciadores, limpe a mente antes de avançar neste artigo, para que possa tirar o máximo partido do mesmo. Como em todas as áreas, há boas e más práticas, vamos manter o foco nas boas (que são a maioria).

A visão mais comum do Marketing de Influência consiste num conjunto de estratégias, táticas e operações, que visam passar uma mensagem, através de um *key opinion leader*, com o intuito de impactar a sua audiência. Por outro lado, é cada vez mais comum vermos marcas a assumirem o papel de *content creators*, criando as suas próprias audiências. É importante também referir que o Marketing de Influência não é restrito a grandes empresas ou a grandes marcas. É uma área cada vez mais acessível, desde que haja uma estratégia bem definida e bem pensada. Porém, como em qualquer outra área, recorrer a especialistas poderá ser essencial para conseguir resultados satisfatórios.

Não querendo entrar em rodeios, vou direto ao assunto que nos traz a esta publicação.

No fundo, através do Marketing de Influência, uma clínica dentária consegue dar a conhecer o seu espaço, serviços e pessoas, impactando um potencial cliente a querer saber mais informações, agendar uma consulta (*check-up*, por exemplo), ou simplesmente adotar um estilo de vida mais saudável, criando empatia com a marca que contribui para essa caminhada. É por isto que é fundamental que antes de qualquer tentativa de trabalhar o Marketing de Influência, uma clínica aposte numa presença digital cuidada. Tendencialmente, o potencial cliente vai querer saber mais informações, e o primeiro contacto com a clínica poderá ser num site, numa rede social, num *podcast* ou outro meio que seja do seu interesse.

Diria que há 3 grandes benefícios a considerar numa estratégia de Marketing de Influência na saúde:

1. Dar a conhecer o seu espaço e os seus profissionais;
2. Propagar a sua mensagem;
3. Contribuir para credibilizar os seus serviços.

Há uma regra que tem de ter sempre presente – quantidade não é qualidade, como tal, não se deixe levar pelos *big numbers* do Marketing de Influência.

Gostava de partilhar algumas ideias mais gerais de como poderá começar a implementar uma estratégia de Marketing de Influência.

Penso que estas ideias se aplicam a tudo, independentemente da dimensão da clínica e dos recursos que tem:

1. Formação – se esta é uma área nova para si, tem mesmo de procurar formação. A área do Marketing de Influência tem muitas particularidades e em função dos seus objetivos poderá seguir caminhos completamente diferentes. Pode parecer uma área fácil de trabalhar, mas tem mesmo muitas singularidades. Formar todas as pessoas envolvidas neste processo é essencial.

2. Estratégia – efetivamente, qual a estratégia para a sua clínica? Qual o seu posicionamento? Qual o seu público-alvo? Quais os seus objetivos? Só depois de uma estratégia bem definida é que faz sentido pensar no Marketing de Influência e identificar os passos a seguir. Repare, escolher um possível influenciador está 100% dependente da sua estratégia e do que pretende trabalhar.

3. Conteúdos – é fundamental garantir que tem conteúdos úteis e relevantes para quem quer saber mais sobre si. Se eu pesquisar neste momento sobre a sua clínica e sobre os seus profissionais no Google, o que me vai aparecer? Qual a proposta de valor comparativamente à minha concorrência? O que me vai entregar para captar os meus contactos ou para eu pedir que me contacte? Nunca despreze o papel do vídeo, tem um papel crucial na credibilização e na empatia. Já viu que, se tiver a organização certa, pode alocar 1 ou 2 horas a gravar vídeos de 5 minutos e fica logo com um “arquivo” para ir partilhando?

O segredo está na organização, e acredite: o processo vai ficando cada vez mais fácil.

4. Budget – Tem de ter uma noção clara da realidade e do seu ecossistema. Quanto tenciona investir? É demasiado frequente ser abordado por potenciais clientes que querem trabalhar com influenciadores com grande poder de influência, mas os recursos não se enquadram, de todo, neste tipo de perfil. Sendo prático, o que interessa ter notoriedade nacional se a sua clínica está situada num local específico? Quantos km acha que as pessoas estão dispostas a fazer para recorrer aos seus serviços? Saber o *budget* que tem disponível para este tipo de ação é fundamental, mesmo que depois possa ir incrementando em função dos resultados. Há influenciadores para todos os “bolsos”, contudo, é importante gerir as expectativas em função do investimento.

SUS TEN TA BIL DADE

2050 Briefing um projeto multiplataforma que reflete sobre as mudanças nas áreas da sustentabilidade, eficiência, inovação e mobilidade colocando as pessoas no centro do processo de transformação.

2050.BRIEFING

SUSTENTABILIDADE • EFICIÊNCIA • INOVAÇÃO • MOBILIDADE • PESSOAS

MAJOR SPONSOR



Na Escócia, as clínicas privadas são a exceção

A informação chega-nos através de Roger Peres Gonçalves, que exerce Medicina Dentária na Escócia, país onde pretende continuar a viver.

Texto: Sara Pelicano

Roger Peres Gonçalves pode dizer-se que tem a emigração no sangue. Nasceu em Zurique, Suíça, em 1989. Filho de pais portugueses que quando o seu filho completou sete anos regressaram a Portugal onde Roger Peres Gonçalves continuaria a crescer.

Frequentou a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa onde se formou, em 2014, como médico dentista.

Começava então o percurso profissional sinuoso que marca os jovens formados nesta profissão. Muitos *curriculum vitae* enviados. Poucas ou nenhuma respostas. “Foram muitos currículos deixados por clínicas da zona de Cascais e Lisboa, na maioria pessoalmente onde fui confrontado com a mesma imagem dos problemas ainda crónicos da Medicina Dentária em Portugal: o facto de ser recém-licenciado e com pouca experiência, de haver um excesso de dentistas para a população e termos uma população que pouco ou nada vai ou dentista”, partilha Roger Peres Gonçalves.

Fazendo jus ao ditado popular “quem espera, sempre alcança”. A oportunidade de trabalho bateu-lhe à porta, no Algarve. “Uma das ofertas de emprego fazia parte dos estágios remunerados para recém-licenciados existentes na altura que me conseguia garantir um ordenado estável e com a duração de 10 meses. Esta oferta era para trabalhar em duas clínicas pertencentes ao mesmo grupo, uma localizada na cidade de Olhão e outra em Tavira. Por razões pessoais estava a tentar trabalhar na zona do Algarve e, por isso, acabou tudo por se alinhar e dar certo.” Roger Peres Gonçalves re-



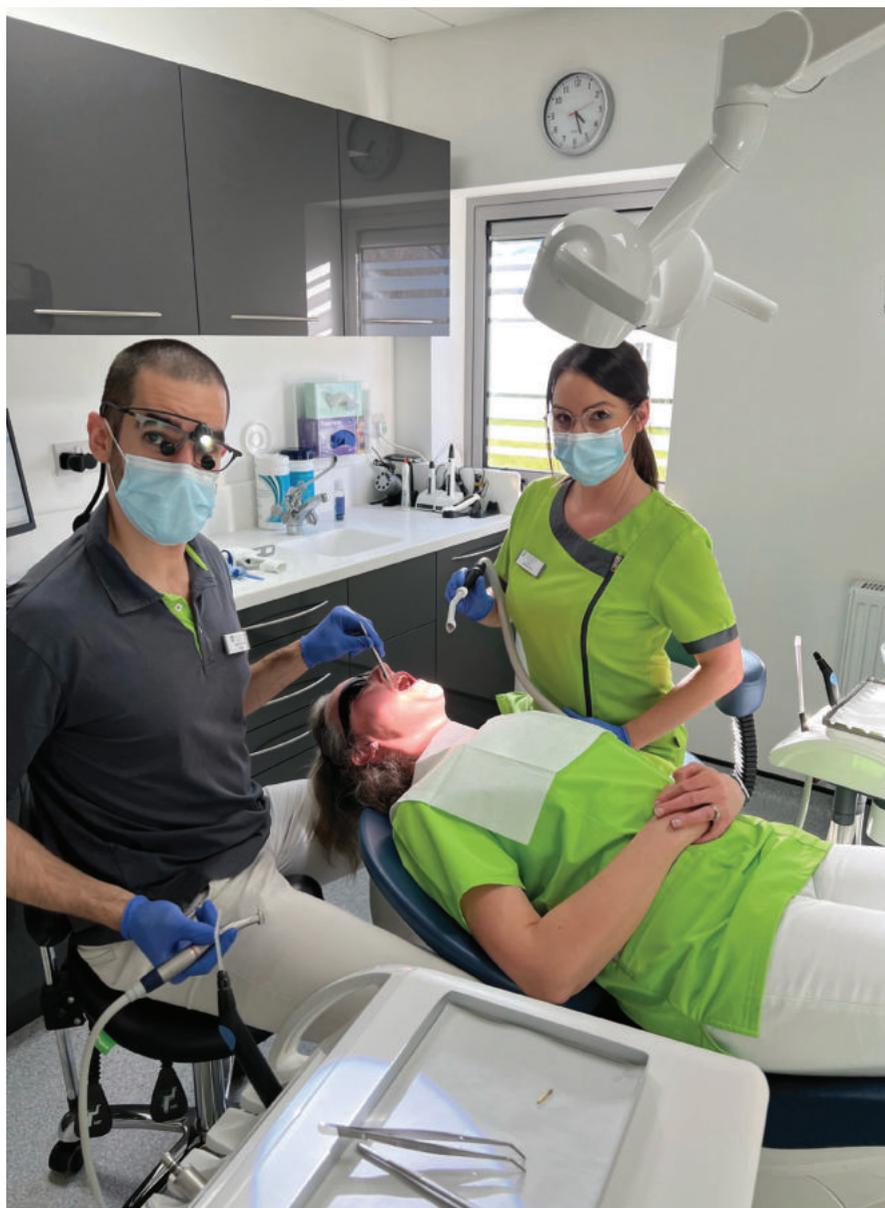
corda que esta experiência profissional foi gratificante e que se sentiu apoiado. “Nesta primeira experiência de trabalho consegui testar os alicerces da formação num ambiente relativamente calmo e muito gratificante com mentores cujos ensinamentos ainda hoje guiam as minhas decisões clínicas.”

Em novembro de 2015, antes do referendo que aprovou o Brexit, Roger Peres Gonçalves fez as malas e mudou-se para a Edimburgo, na Escócia. “Sempre tinha tido em mente qualquer trabalho pós-curso ser uma plataforma para emigrar, porque sempre foi claro que havia muito melhores condições de trabalho e qualidade de vida lá fora, onde me sentiria mais valorizado. A Escócia acabou por ser uma escolha fruto de pequenas coincidências, como ter encontrado vários escoceses no Algarve que insistiam em que eu fosse para o país deles porque seria muito bem tratado, e o facto de já falar inglês ajudou a confirmar essa escolha”, conta.

Uma vez que fez a mudança ainda para um país da União Europeia, os trâmites foram relativamente simples. “Apenas foi necessário ter um certificado de fluência em Inglês e todas as minhas certidões académicas para me registar com o *General Dental Council* do Reino Unido [que tem um papel semelhante à OMD em Portugal]. Este processo foi todo feito ainda em Portugal e depois foram precisos mais dois meses para conseguir ter autorização do SNS escocês. Apesar de já poder exercer, só o podia fazer em clínicas privadas, que cá são a exceção e não a regra. Assim que obtive a autorização comecei de imediato a trabalhar”, recorda Roger Peres Gonçalves.

Ao nível académico, o jovem médico dentista partilha que o ensino português é muito bem visto além-fronteiras. “Portugal é visto positivamente no contexto de formações europeias em geral. Muitas vezes a educação de médicos dentistas no Reino Unido é criticada como muito teórica e pouco abrangente comparada com a maioria dos países europeus. Os colegas daqui também referem frequentemente as ofertas de cursos e especialidades em Portugal, que apelam a profissionais internacionais. Possivelmente, um dos efeitos do excesso de médicos dentistas em Portugal que levou a um maior desenvolvimento das especialidades”. O reconhecimento profissional e o equilíbrio entre vida pessoal e profissional são aspetos que Roger Peres Gonçalves salienta como diferentes em relação a Portugal. A população escocesa, acrescenta, tem uma cultura

de ir ao dentista muito mais enraizada, apostando na prevenção. “Não sou só mais um recém-licenciado. No meu primeiro emprego aqui, tinha pacientes das 9h00 às 17h00 e, às vezes, tenho de me desdobrar para tentar ver mais pacientes entre consultas. A população também está mais educada a ver o dentista regularmente e há uma aposta na prevenção. “Depois a relação entre o trabalho e a qualidade de vida”. Consigo fazer uma vida de trabalho de quatro dias por semana, sem nunca serem exigidas horas extra. Roger Peres Gonçalves partilha ainda que as condições do espaço de trabalho são também diferentes. “A Medicina Dentária está bem integrada no Serviço Nacional de Saúde, pelo que significa que temos muito mais recursos ao nosso dispor, mesmo que também aqui haja obstáculos financeiros e burocráticos que todos os SNS enfrentam pela Europa. Também é visível aqui a falta



“
TAMBÉM É VISÍVEL AQUI A FALTA DE DENTISTAS, SOBRETUDO DESDE O BREXIT, O QUE REMOVE A SENSACÃO DE PRECARIEDADE E INSEGURANÇA PROFISSIONAL QUE SENTIA PERMANENTEMENTE EM PORTUGAL

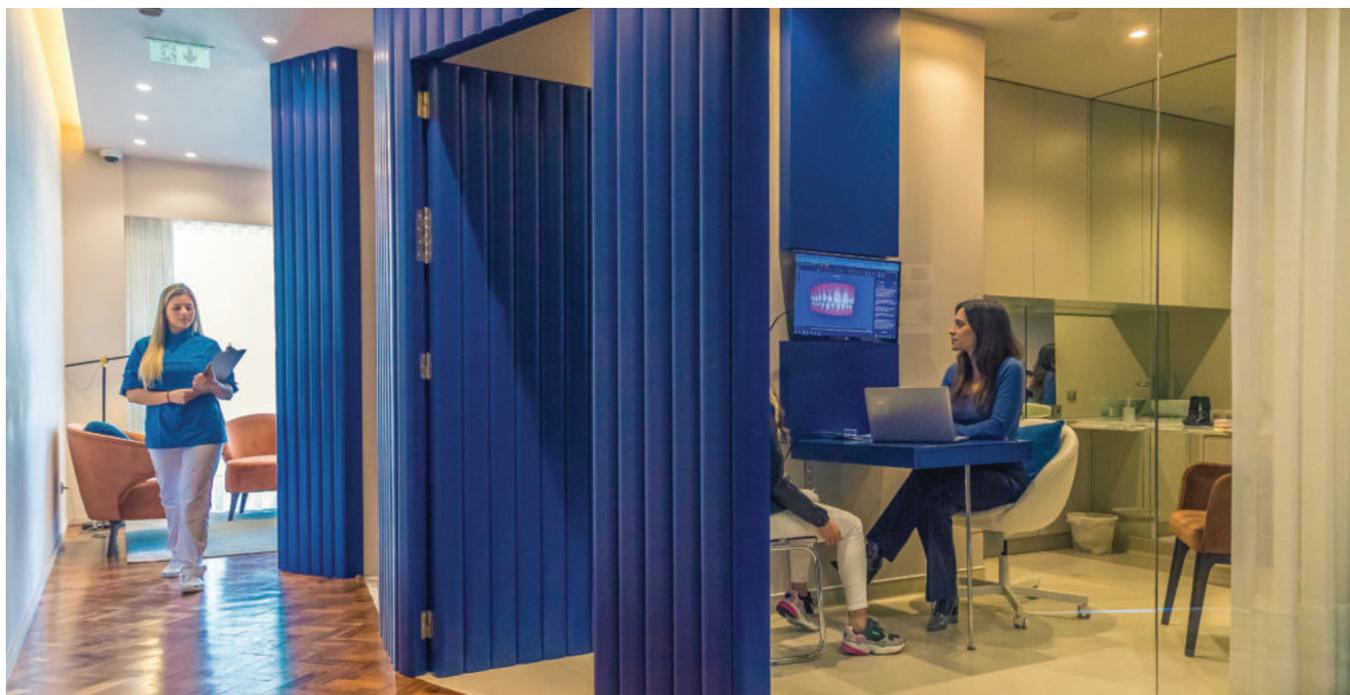
de dentistas, sobretudo desde o Brexit, o que remove a sensação de precariedade e insegurança profissional que sentia permanentemente em Portugal, e que sei que continua a ser um problema que afeta vários colegas meus que continuam e exercem em Portugal”. Recentemente, Roger Peres Gonçalves e o marido compraram casa em Edimburgo os planos de vida incluem Portugal apenas para férias. “O plano é mesmo para ficarmos definitivamente na Escócia, onde fomos tão bem acolhidos desde que aterrámos”, conclui. 🌍

Clínica Luso Internacional

A aposta diária na prevenção

A Clínica Luso Internacional é composta por dois espaços, um no Porto e outro em Vizela, mas o sentimento de partilha entre profissionais e pacientes contribui para promover melhores tratamentos e uma melhor Saúde Oral. Informar, prevenir, combater mitos e oferecer serviços diferenciadores e confortáveis são premissas que a equipa abraça diariamente.

Texto: Cláudia Pinto



É um ambiente familiar, aquele que se vive e se transmite na Clínica Luso Internacional (CLI), em Vizela – que tem o médico dentista Pedro Barreiros como diretor clínico – inaugurada em julho de 2019. No ano anterior, o projeto iniciava com a clínica do Porto com a direção clínica de Bruno Almeida Gomes. Ambos os espaços são muito similares e a equipa é partilhada, ou seja, os médicos dentistas e as assistentes dentárias trabalham nas duas clínicas com uma rotação de horários entre ambas. “É uma equipa [composta por um total de 22 profissionais] muito coesa”, começa por afirmar Benilde Freitas, assistente dentária e gestora da CLI.

Os pacientes também têm a possibilidade de ser atendidos em qualquer uma das clínicas. “Por exemplo, aos pacientes que vivem em Vizela e trabalham no Porto, pode dar-lhes jeito ser atendidos numa ou noutra clínica. Tudo depende da disponibilidade de cada um”, sublinha. As instalações de ambas são muito semelhantes embora a clínica do Porto seja um pouco maior com três consultórios enquanto a de Vizela tem dois. O espaço do Porto conta também com uma academia onde é dada formação a colegas nacionais ou espanhóis. Atualmente, existe uma grande procura pela aquisição de conhecimentos na área de harmonização orofacial.

A primeira clínica abriu portas apenas seis meses antes da pandemia ter iniciado. Foi um período que serviu de aprendizagem. “Os dois meses em que estivemos fechados foram o desafio mais difícil que tivemos até hoje”, explica Benilde Freitas. Tal como aconteceu em outras clínicas, no primeiro confinamento, o funcionamento era apenas ao nível de urgências. O contacto telefónico e pelas redes sociais permaneceu inalterável e havia sempre alguém responsável por responder às dúvidas dos pacientes. “Se necessário, tentávamos encaminhar a situação para o médico da especialidade quando não era possível ajudá-lo à distância.”



**A NOSSA MISSÃO
PASSA POR
MELHORAR
CONTINUAMENTE
O TRATAMENTO
DO PACIENTE**
BENILDE FREITAS

Com um atendimento desde bebés a séniores, passando pela saúde da grávida, a clínica tem várias especialidades ao dispor dos clientes, nomeadamente, Odontopediatria, Ortodontia [assumida pelo diretor clínico da CLI do Porto, Bruno Almeida Gomes], Cirurgia Oral, prótese fixa, harmonização facial, endodontia, oclusão e Medicina Dentária generalista.

Ana Sofia Baptista é médica odontopediatra e docente na Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU) e explica à Saúde Oral a importância de vigiar a futura mãe desde a gestação. “Os dentes de leite da criança começam a formar-se desde a oitava semana da vida intrauterina.” Depois do nascimento, “os bebés podem ir a uma consulta de Odontopediatria mesmo sem terem dentes para ser feita uma avaliação, por exemplo ao nível do freio da língua.” Em algumas situações, pode até fazer sentido irem um pouco mais cedo, mas, noutras, está estabelecido que devem ir a uma consulta assim que nasce o primeiro dente ou até ao primeiro ano de vida.

A Odontopediatra trabalha em várias clínicas, em particular, na de Vizela, a aposta é feita desde o momento em que uma mulher está grávida, o que lhe permite dar continuidade ao cuidado do paciente ao longo dos anos.

APOSTA NA PREVENÇÃO

Após a pandemia, as pessoas confiaram na equipa e sentiram-se seguras para regressar. “Não sentimos os doentes perdidos ou receosos em retomar as consultas de



Bruno Almeida Gomes

• Diretor clínico da CLI Porto



Benilde Freitas

• Assistente dentária e gestora da CLI Vizela

rotina”, refere Benilde Freitas. No entanto, nesta fase atual, já se nota alguma retração em todas as áreas e isso é muito visível nas famílias numerosas. “Na Odontopediatria, notamos que para os pais com dois, três filhos, é difícil manter os hábitos adequados de Saúde Oral.” Todos os tratamentos de valor acrescentado têm de ser ponderados, explica. “Nós colocamo-nos na posição do paciente e entendemos isso.”

Apesar de a clínica ter aderido ao cheque-dentista e de haver o incentivo de que é necessário prestar cuidados de Saúde Oral às crianças, a sensibilização nem sempre é suficiente. “Por vezes, notamos que os pais, por muito que demonstrem essa vontade, não conseguem avançar

com os tratamentos connosco devido ao facto de o custo de vida ser mais alto atualmente”, sublinha a gestora.

Ana Sofia Baptista é adepta da prevenção e considera que os médicos dentistas têm o papel de explicar este investimento aos pais. “Em situações mais complicadas, vão ter de pagar mais pelos tratamentos no futuro uma vez que vão ficar muito mais encarecidos se não houver esse trabalho prévio.” E acrescenta: “Na minha área sinto que as pessoas já nos procuram mais cedo e como forma de aprendizagem e de prevenção. Nós vamos motivando os pacientes para manterem a sua Saúde Oral em dia pelo impacto que isto tem na saúde em geral e na qualidade de vida.”

Dentro desta forma de funcionar, Benilde Freitas explica que há sempre a preocupação de tentar deixar a consulta seguinte – de controlo – agendada. “Ligamos com antecedência a relembrar os pacientes quando se aproxima a data da sua consulta.” Do outro lado, e porque o ambiente desta clínica pauta pela proximidade, a resposta costuma ser positiva. “Temos muita sorte com o nosso paciente porque é fiel e presente. Quando ligamos e, se por algum motivo, não consegue naquela data, acaba por remarcar e vem à consulta”, destaca, orgulhosa desta atitude que acaba por passar a mensagem de prevenção que a CLI defende.

Por esse motivo é que, por vezes, é difícil haver uma data para uma primeira consulta com maior brevidade. Mas este é um aspeto que a equipa pretende melhorar. “Em algumas especialidades, é difícil uma vaga de primeira vez, mas estamos a trabalhar no sentido de facilitar esta possibilidade. A nossa luta é a prevenção e isso passa por conseguir ter o paciente marcado, conseguir vaga para ele, com os controlos em dia, de seis em seis meses, para que tudo esteja bem”, refere a gestora.

No caso das urgências e porque não é suposto nenhum paciente sentir dor, a clínica tem uma espécie de “livre-trânsito” onde consegue encaixar um determinado paciente num horário.



PROTOCOLO DE PRIMEIRA CONSULTA

É um dos serviços diferenciadores da CLI e é dirigido aos pacientes adultos. “É uma consulta em que o paciente adulto faz uma ortopantomografia, fotos intra e extra orais, faz um *scanner* oral para que possamos ter uma imagem 3D da boca do doente e faz uma destararização”, explica Benilde Freitas. No fim destes procedimentos, o médico faz um plano de tratamento tentando começar sempre pela Saúde Oral, passando pela funcionalidade e, por último, a estética. “O paciente leva este plano para casa para avaliar os serviços que inclui e agiliza a forma como pretende ir marcando estes serviços caso concorde com a sugestão.” Além do *scanner* intraoral, o CBCT e o laser, a clínica tem como objetivo continuar a apostar nos alinhadores invisíveis através da prática do médico dentista Bruno Almeida Gomes. “Queremos criar consultas cada vez mais práticas, mais eficazes, rápidas e positivas. A nossa missão passa por melhorar continuamente o tratamento do paciente”, explica a assistente dentária. O *scanner* intraoral permite ao paciente ter uma noção contínua do seu tratamento e acompanhar a sua evolução, “o que acaba por ser motivador para que o paciente adira ao protocolo e ao tratamento que lhe propomos”.

Também na área de Odontopediatria, Ana Sofia Baptista considera essencial ir fotografando a evolução do processo pois as fotografias de acompanhamento de crianças permitem que os pais e as próprias consigam ir percebendo a diferença. “Por vezes, quando vemos que o paciente está a perder a motivação e que não tem noção da melhoria, mostramos-lhe essas fotografias ao longo do tempo e isso é muito útil para voltarem a ganhar ânimo.”

O recurso às redes sociais do grupo – através do Facebook e do Instagram –, ou seja, a integrar ambas as clínicas, acabam por ajudar a passar também uma mensagem de promoção da Saúde Oral. “Tentamos também partilhar algumas *stories* com conteúdos, informações, dicas... Por vezes, nas próprias consultas, surgem algumas dúvidas por parte dos pacientes que acabamos por aproveitar para promover a literacia ao nível da Saúde Oral por esta via”, explica Benilde Freitas. Também se dá o caso de alguns pacientes partilharem histórias da clínica, o que deixa a equipa com uma sensação de missão cumprida. “É realmente importante porque significa que os pacientes tiveram uma boa experiência e a publicidade boca a boca acaba por trazer novos clientes.”

Existe também a preocupação de desenvolver um trabalho interdisciplinar entre todos os médicos da clínica. “Te-

mos a facilidade de partilhar muita informação entre todos e deixamos todo o historial clínico descrito. Sempre que necessário, encaminhamos para outro médico se se tratar de um caso mais da sua área.”

EVOLUÇÃO DA MEDICINA DENTÁRIA

No caso das crianças, Ana Sofia Baptista ainda denota que o receio que os pais têm passa muitas vezes para os filhos, levando ao adiamento da decisão de agendar uma primeira consulta. No entanto, reforça que se nota gradualmente uma inversão, ou seja, pais que marcam uma consulta porque não querem que os filhos passem pelas mesmas experiências que os afastaram do dentista. “Há muito trabalho emocional que fazemos com os pais. Primamos por deixá-los entrar na consulta até porque é habitual trazerem muitas dúvidas”, refere.

Informar e combater a desinformação são objetivos que a CLI tem em consideração na prática clínica. “Há ainda muita gente agarrada a mitos que são precisos desconstruir”, refere a odontopediatra. Mas, acrescenta, “também é preciso perceber que não estamos integrados no Serviço Nacional de Saúde e os Cuidados de Saúde Primários que são realizados nesta área no nosso país são fracos”. Já nos referimos ao cheque-dentista neste artigo, mas relativamente à pediatria, Ana Sofia Baptista felicita “a medida do cheque-dentista dos quatro anos e da abrangência acrescentada aos colégios privados, que era algo que não acontecia antes”.

Segundo a publicação do Barómetro de Saúde Oral da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) 2022, relativamente aos menores de seis anos, 65,2% nunca visitaram o médico dentista, sendo este valor inferior ao verificado nas últimas edições do Barómetro. “Ainda acerca dos menores de idade, é possível verificar que 51,8% utilizam o cheque-dentista quando recorrem a uma consulta, menos 8,5 pontos percentuais do que o verificado na edição de 2021. A redução nota-se sobretudo junto das crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos”, conclui a OMD.



Ana Sofia Baptista

• Odontopediatra

Relativamente à dentição, os dados do Barómetro não apresentam diferenças significativas face às edições anteriores, com apenas 32,3% dos portugueses a terem a dentição completa. Por sua vez, a percentagem de portugueses com falta de seis ou mais dentes naturais, excluindo os dentes do siso, situa-se nos 28,5%, o que representa uma ligeira melhoria de 1 ponto percentual face a 2021, mantendo a tendência positiva que já se verifica desde 2018”, é uma das conclusões do relatório.

No que respeita à acessibilidade, “apenas 67,4% dos portugueses visitam o dentista pelo menos uma vez por ano. Ainda assim, a evolução é de assinalar, representando cerca de nove pontos percentuais a mais, quando comparado com 2019, último ano pré-pandémico, e uma melhoria de quase 15 pontos percentuais face à primeira edição do Barómetro, em 2014”. Na perceção de Ana Sofia Baptista, “as pessoas ficaram mais atentas aos cuidados de Saúde Oral depois da pandemia” e destaca um aspeto curioso: “O facto de passarem a ter mais reuniões em videoconferência e online começou a obrigá-las a olhar para elas próprias. A questão da estética, do sorriso o facto de estarmos ‘a falar em espelho’ num meio comum porque estamos a interagir com outros acabou por ter este impacto”. 🌟

O QUE RETIRAM DA PROFISSÃO?

Ao final do dia ou depois de tantos anos de profissão, Ana Sofia Baptista guarda com mais apreço o agradecimento da criança e dos pais. “Aquele respirar fundo que transmitem no final quando percebem que vir à consulta não era assim tão difícil, as palavras que recebo nas redes sociais, mas principalmente o assistir a toda a evolução do setor.” Um bom dia para a médica odontopediatra é aquele em que só fez consultas de prevenção. “Significa que já houve imenso trabalho anteriormente, que a equipa está unida nesse sentido e que as pessoas perceberam que, de facto, o mais adequado é apostar na prevenção.” E assistir à qualidade de vida dos pacientes não é possível apenas em um dia. Resulta de “uma relação que se constrói ao longo do tempo”. Para Benilde Freitas, o que mais retira da sua profissão “é o sentimento de valer a pena e de conseguirmos passar a nossa visão ao próximo. Percebemos que o nosso ambiente familiar passa para a interação com o nosso paciente e que existe um sentimento de gratidão à equipa”.

22.º Congresso APHO

Higienistas orais reúnem-se em Oeiras para debater temas da atualidade e científicos

A Associação Portuguesa de Higienistas Orais (APHO) organiza o seu 22.º congresso nos dias 5 e 6 de maio, em Oeiras. Fátima Duarte, presidente da APHO, fala sobre este evento que este ano pretende dar um “salto qualitativo” e que, entre vários temas de interesse para os higienistas orais, abordará questões de fiscalidade e o papel destes profissionais na deteção de casos de violência doméstica.

Texto: Sara Pelicano



Fátima Duarte
• Presidente da APHO

O 22.º congresso da Associação Portuguesa de Higienistas Orais decorre nos dias 5 e 6 de maio, em Oeiras, quais os principais temas que destaca?

Todos os temas propostos têm obviamente o interesse para o higienista oral. E por isso, repetimos todos aqueles que implicam a prática comum como a Periodontologia, a Implantologia e a Cariologia. Este ano, para ultrapassar lacunas noutros saberes, propusemos como destaque a fiscalidade na profissão (onde, com certeza muitos de nós apresentam fragilidades por algum desconhecimento da área) e o papel do higienista na violência doméstica (o higienista oral pode ser o primeiro profissional no despiste de situações neste âmbito, por observação essencialmente, de lesões da cavidade oral e cabeça e pescoço) e ainda a sustentabilidade (assunto de ordem do dia).

Quais as expectativas para edição do congresso este ano?

Nesta 22.ª edição do congresso estamos a dar um salto qualitativo e com as expectativas altas. O local escolhido é um espaço próprio para este tipo de eventos e atraente, e ainda com a oportunidade de um número maior de participantes e com uma maior capacidade de oferecer condições aos patrocinadores/expositores que se associaram ao



ESTE ANO PARA ULTRAPASSAR LACUNAS NOUTROS SABERES, PROPUSEMOS COMO DESTAQUE A FISCALIDADE NA PROFISSÃO

congresso. Também pretendemos evoluir sociologicamente como profissão, e como associação. Faça-se jus à dedicação dos seus órgãos sociais porque têm conseguido um *upgrade* contínuo ao longo dos anos de associativismo. Na parte científica as expectativas são sempre muito elevadas uma vez que os oradores são conceituados e trarão novos *insights* para o conhecimento, troca de ideias e melhores práticas na área da Higiene Oral. A divulgação de trabalhos de investigação, feitos por higienistas, é também uma expectativa muito aguardada pelos congressistas.

Realizou-se também, em abril, um curso de pré-congresso? O que abordou neste curso? A importância da abordagem multidisciplinar no doente com SAOS (Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono) – O Papel do Higienista Oral na SAOS.



Qual a importância do mesmo e de que forma se relaciona com o Congresso?

Atualmente é notória a importância da equipa multidisciplinar na abordagem do paciente com a Síndrome de Apneia Obstrutiva de Sono. O higienista oral, pela proximidade de contacto com o paciente, pode estar mais atento e avaliar sinais de risco, bem como sinais e sintomas da presença de SAOS e encaminhar para os demais profissionais envolvidos (médicos-dentistas com especialização nesta área e pneumologistas). Este curso pretendeu demonstrar a importância da equipa multidisciplinar na SAOS e o papel do higienista oral no seio da mesma.

Quais são as principais tendências e avanços que os higienistas orais em Portugal devem estar cientes?

Devemos acompanhar as tendências e os avanços porque são inevitáveis, e os higienistas orais deverão estar preparados e motivados para as alterações que surgem. Existem múltiplas tendências e inovações que estão a moldar o presente e o futuro: o uso das tecnologias digitais como a teleconsulta, a Inteligência Artificial, *machine learning*, etc. A utilização de novas tecnologias e técnicas como ferramentas avançadas de instrumentação e aplicações móveis, levam à manutenção de uma boa Saúde Oral. A sustentabilidade também está

na ordem do dia e na Medicina Dentária envolve a incorporação de práticas ambientalmente conscientes na nossa rotina diária, incluindo a redução do consumo de recursos naturais, a minimização dos resíduos e a utilização de materiais e tecnologias menos prejudiciais ao meio ambiente. Estas tendências e inovações têm um enorme potencial para melhorar os cuidados prestados ao paciente, expandir o acesso e promover melhores resultados de Saúde Oral. À medida que a tecnologia e as técnicas continuam a evoluir, podemos esperar ainda mais avanços no campo da higiene oral nos próximos anos.



ATUALMENTE É NOTÓRIA A IMPORTÂNCIA DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA ABORDAGEM DO PACIENTE COM A SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DE SONO

A APHO defende a multidisciplinaridade. Pode pormenorizar a importância deste trabalho com outras especialidades médicas para a Saúde Oral e vice-versa?

A colaboração interprofissional entre higienistas orais e outros profissionais de saúde é cada vez mais importante no sistema de saúde atual e é fundamental para se conseguir um atendimento integral aos pacientes. Como a Saúde Oral está ligada à saúde geral, os higienistas orais devem trabalhar com outros profissionais para garantir que os pacientes recebem o melhor cuidado possível, nomeadamente, na educação para a Saúde Oral e na identificação de pacientes em risco de doenças gengivais ou cáries e no desenvolvimento de um plano de cuidados que aborde esses riscos. Ao trabalharem juntos, os diferentes profissionais podem fornecer cuidados mais coordenados e abrangentes que atendam a todas as necessidades de saúde do paciente.

Como tem evoluído este cruzamento de informação? Ou como deveria evoluir na sua opinião?

Embora haja bons exemplos do trabalho multiprofissional, ainda há muito espaço para melhoria. Acima de tudo um compromisso com a comunicação, clareza de papéis, respeito, partilha de informações e formação e educação. Ao trabalhar para abordar estas áreas, os profissionais de saúde podem dar cuidados mais eficazes e abrangentes aos pacientes. 🌐

Novo estudo sobre a importância da Saúde Oral para a artrite reumatoide

Um estudo coreano foi publicado em fevereiro de 2023 no *Journal of Personalized Medicine*. Neste estudo, avaliou-se o estado da Saúde Oral, e de comportamentos de higiene oral com a ocorrência de AR numa coorte com mais de 2 milhões de pacientes incluídos neste estudo. Os resultados deste estudo comprovaram que melhores hábitos de higiene oral, onde se incluem escovagem e destarterização, podem estar associados com um decréscimo no risco de desenvolver AR.



A periodontite é definida como uma inflamação dos tecidos que suportam os dentes e que resulta na sua queda, bem como na destruição óssea alveolar¹. Este processo inflamatório inicia-se com uma inflamação local da cavidade oral por colonização de bactérias patogénicas

periodontais que por *shift* microbiano culmina em disbiose polimicrobiana^{2,3}. O processo de disbiose pode desencadear uma resposta inflamatória e, conseqüentemente, uma periodontite. Estudos demonstram que a periodontite pode levar ao desenvolvimento de diversas doenças sistémicas, tais como,

cancro, doenças metabólicas, cardiovasculares e neurológicas, através de um processo hiper-inflamatório não tratado e resultante disrupção da imunidade inata e adaptativa^{4,5}. Adicionalmente, a perda de dentes está associada ao aumento do risco de doenças sistémicas, tais como diabetes *mellitus*

(DM), doenças cardiovasculares, certos câncros e de doenças neurodegenerativas⁶⁻¹¹.

A artrite reumatoide (AR), que tem uma prevalência mundial de até 2%, é uma doença inflamatória crónica que se caracteriza por uma inflamação sinovial que culmina em danos articulares¹². Existem vários fatores de risco que estão associados a AR, nomeadamente fumar, infeções, obesidade e pré-disposição genética. Entre todos os fatores ambientais, começam a surgir evidências que sugerem que as periodontites pode ser um dos triggers.^{13,14}

A periodontite e a AR partilham diversos fatores de risco genéticos e ambientais. Em termos de fatores genéticos, existem alguns partilhados por ambas as doenças, nomeadamente, os epítipos dos antigénios da cadeia β dos leucócitos humanos (HLA) e da tirosina fosfatase (PTPN22)^{15,16}. O tabagismo estimula a citrulinização peptídica por parte das peptidil-arginina deaminase (PADs), que desencadeia uma resposta do anticorpo anticitrulinado (ACPA) da AR e piora periodontite^{17,18}. Adicionalmente, algumas bactérias periodontais, como a *Porphyromonas gingivalis* e a *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, são sugeridas como tendo um papel crucial na possível ligação entre a periodontite e a AR.

Esta possível relação bidirecional tem sido suportada por diversos estudos epidemiológicos. Nos EUA, doentes com AR mostraram um risco 1,8 vezes superior de desenvolver periodontite. Num outro estudo populacional, a periodontite foi também associada com o risco de AR. Doentes com AR têm uma maior probabilidade de desenvolver periodontites comparativamente com a população normal (OR 1,82, 95%CI 1,04-3,20)¹⁴. Num estudo populacional tailandês, doentes com historial de periodontite, apresentaram um risco elevado de diagnóstico de AR, comparativamente a doentes sem qualquer historial de periodontite.

Nesta publicação do *Journal of Personalized Medicine*, estudou-se a hipótese da possível associação entre Saúde



ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A PERIODONTITE PODE LEVAR AO DESENVOLVIMENTO DE DIVERSAS DOENÇAS SISTÉMICAS, TAIS COMO CÂNCRO, DOENÇAS METABÓLICAS, DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DOENÇAS NEUROLÓGICAS, ATRAVÉS DE UM PROCESSO HIPER-INFLAMATÓRIO NÃO TRATADO E RESULTANTE DISRUPÇÃO DA IMUNIDADE INATA E ADAPTATIVA^{4,5}

Oral e comportamentos associados com o risco de AR numa coorte de base de dados da Coreia, com cerca de 2.239.586 participantes neste estudo. Neste estudo uma maior perda de dentes associou-se a um maior de risco de desenvolver AR, que é semelhante a outros estudos já publicados. Um estudo mostrou que a prevalência de perda de dentes era superior em doentes com AR, e a associação com perda total de dentes era robusta em doentes com AR seropositivo¹⁴. Esta associação entre AR e perda de dentes foi também evidente em jovens adultos¹⁹. O agravamento da periodontite pode potenciar o risco de perda de dentes, pelo que este estudo apoia indiretamente a ligação entre periodontite e a ocorrência de AR.

Apesar do estudo em questão não demonstrar ou provar qual o mecanismo adjacente a esta possível ligação entre periodontite, perda de dentes e AR, alguns estudos em investigação básica esclareceram esta associação. Algumas bactérias que são cruciais para o desenvolvimento da periodontite, foram sugeridas como responsáveis pela indução da autoimunidade em AR, uma vez que foram encontradas presença de patogénicos periodontais ou de ADN de patogénicos periodontais no líquido sinovial ou sêrum de doentes com RA^{20,21}. O ADN bacteriano de locais onde se desenvolve a periodontite é



transportado para as zonas de líquido sinovial de doentes com RA através da corrente sanguínea como ADN livre²¹⁰. Um dos patogénicos responsável pela periodontite, a *P. gingivalis*, consegue expressar PADs e produz péptidos citrulinados, que desencadeiam uma resposta dos ACPAs. Com a presença de vários fatores virulentos, a inflamação local da mucosa gengival e da membrana sinovial é aumentada por respostas pró-inflamatórias do sistema imunitário, devido ao processo de citrulinização e degradação proteica²². Em estudos feitos em ratos, a indução de periodontites e de AR associada a ACPAs, por parte de *P. gingivalis*, foi demonstrada²³. De destacar que a associação entre AR e periodontite e AR, especialmente em AR seropositiva, além de demonstrada noutros estudos^{14,24,25}, foi também demonstrada no presente estudo.

A falta de higiene oral é um fator associado a periodontites e a perdas de dentes. Estudos recentes demonstraram que a higiene oral está relacionada, não só com processos inflamatórios locais mas também com diversas doenças sistémicas^{7,8,11,26}. Uma melhoria na higiene oral mostra ser preventiva para doenças sistémicas como a hipertensão, DM, e doença renal terminal (ESRD)^{9,27,28}. A escovagem de dentes, com frequência superior a duas vezes diárias, traduz-se num menor risco de doença cardiovascular em doentes com hipertensão⁷. Adicionalmente esta associação entre hábitos de higiene oral e a doença, foi também demonstrada em doentes com AR^{29,30}. *Khare et al* identificaram, num grupo submetido a terapêutica não cirúrgica para periodontite, uma melhoria nos parâmetros de AR comparando com o grupo sem qualquer intervenção²⁹. O estudo em questão corrobora estas observações, e demonstra que uma melhor higiene oral reduz o risco de desenvolver AR. Apesar das limitações que podem estar associadas, este estudo coreano demonstra e suporta a importância de que melhorar a higiene oral é benéfico para a prevenção de AR. Mais estudos

são necessários, no entanto, para esclarecer quais os mecanismos envolvidos e responsáveis pela relação entre a higiene oral e AR, para num futuro poderem existir biomarcadores do início da doença como preditores de risco de desenvolver AR. ●

Referências:

- Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primers* 2017;3(1):17038.
- Hajishengallis G, Liang S, Payne MA, et al. Low-Abundance Biofilm Species Orchestrates Inflammatory Periodontal Disease through the Commensal Microbiota and Complement. *Cell Host Microbe* 2011;10(5):497-506.
- Krutyholowa A, Strzelec K, Dziedzic A, et al. Host and bacterial factors linking periodontitis and rheumatoid arthritis. *Front Immunol* 2022;13.
- Hajishengallis G. Periodontitis: from microbial immune subversion to systemic inflammation. *Nat Rev Immunol* 2015;15(1):30-44.
- Martínez-García M, Hernández-Lemus E. Periodontal Inflammation and Systemic Diseases: An Overview. *Front Physiol* 2021;12.
- Song T-J, Chang Y, Jeon J, Kim J. Oral health and longitudinal changes in fasting glucose levels: A nationwide cohort study. *PLoS One* 2021;16(6):e0253769.
- Kim J, Kim HJ, Jeon J, Song T-J. Association between oral health and cardiovascular outcomes in patients with hypertension: a nationwide cohort study. *J Hypertens* 2022;40(2):374-81.
- Lee K, Lee JS, Kim J, et al. Oral health and gastrointestinal cancer: A nationwide cohort study. *J Clin Periodontol* 2020;47(7):796-808.
- Chang Y, Woo HG, Lee JS, Song T. Better oral hygiene is associated with lower risk of stroke. *J Periodontol* 2021;92(1):87-94.
- Woo HG, Chang Y, Lee JS, Song T-J. Association of Tooth Loss with New-Onset Parkinson's Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Parkinsons Dis* 2020;2020:4760512.
- Song T, Kim J, Kim J. Oral health and changes in lipid profile: A nationwide cohort study. *J Clin Periodontol* 2020;47(12):1437-45.
- Kim H, Sung Y-K. Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Korea. *Journal of Rheumatic Diseases* 2021;28(2):60-7.
- Chen H-H, Huang N, Chen Y-M, et al. Association between a history of periodontitis and the risk of rheumatoid arthritis: a nationwide, population-based, case-control study. *Ann Rheum Dis* 2013;72(7):1206-11.
- de Pablo P, Dietrich T, McAlindon TE. Association of periodontal disease and tooth loss with rheumatoid arthritis in the US population. *J Rheumatol* 2008;35(1):70-6.
- Bonfil JJ, Dillier FL, Mercier P, et al. A "case control" study on the rôle of HLA DR4 in severe periodontitis and rapidly progressive periodontitis. *J Clin Periodontol* 1999;26(2):77-84.
- Kallberg H, Padyukov L, Plenge RM, et al. Gene-gene and gene-environment interactions involving HLA-DRB1, PTPN22, and smoking in two subsets of rheumatoid arthritis. *Am J Hum Genet* 2007;80(5):867-75.
- Winkelhoff AJ van, Bosch-Tijhof CJ, Winkel EG, Reijden WA van der. Smoking Affects the Subgingival Microflora in Periodontitis. *J Periodontol* 2001;72(5):666-71.
- Klareskog L, Stolt P, Lundberg K, et al. A new model for an etiology of rheumatoid arthritis: Smoking may trigger HLA-DR (shared epitope)-restricted immune reactions to autoantigens modified by citrullination. *Arthritis Rheum* 2006;54(1):38-46.
- Kim J-W, Park J-B, Yim HW, et al. Rheumatoid arthritis is associated with early tooth loss: results from Korea National Health and Nutrition Examination Survey V to VI. *Korean J Intern Med* 2019;34(6):1381-91.
- Ogrendik M, Kokino S, Ozdemir F, Bird PS, Hamlet S. Serum antibodies to oral anaerobic bacteria in patients with rheumatoid arthritis. *MedGenMed* 2005;7(2):2.
- Martínez-Martínez RE, Abud-Mendoza C, Patiño-Marin N, Rizo-Rodríguez JC, Little JW, Loyola-Rodríguez JP. Detection of periodontal bacterial DNA in serum and synovial fluid in refractory rheumatoid arthritis patients. *J Clin Periodontol* 2009;36(12):1004-10.
- Hajishengallis G, Lamont RJ. Breaking bad: Manipulation of the host response by <sc>P</sc> orphyromonas gingivalis. *Eur J Immunol* 2014;44(2):328-38.
- Courbon G, Rinaudo-Gaujous M, Blasco-Baque V, et al. Porphyromonas gingivalis experimentally induces periodontitis and an anti-C-CP2-associated arthritis in the rat. *Ann Rheum Dis* 2019;78(5):594-9.
- Schmickler J, Rupprecht A, Patschan S, et al. Cross-Sectional Evaluation of Periodontal Status and Microbiologic and Rheumatoid Parameters in a Large Cohort of Patients With Rheumatoid Arthritis. *J Periodontol* 2017;88(4):368-79.
- Mikulis TR, Payne JB, Yu F, et al. Periodontitis and Porphyromonas gingivalis in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2014;66(5):1090-100.
- Pagano S, Coniglio M, Valenti C, et al. Biological effects of Cannabidiol on normal human healthy cell populations: Systematic review of the literature. *Biomed Pharmacother* 2020;132:110728.
- Baeza M, Morales A, Cisterna C, et al. Effect of periodontal treatment in patients with periodontitis and diabetes: systematic review and meta-analysis. *J Appl Oral Sci* 2020;28:e20190248.
- Chang Y, Woo HG, Park J, Lee JS, Song T-J. Improved oral hygiene care is associated with decreased risk of occurrence for atrial fibrillation and heart failure: A nationwide population-based cohort study. *Eur J Prev Cardiol* 2020;27(17):1835-45.
- Khare N, Vanza B, Sagar D, Saurav K, Chauhan R, Mishra S. Nonsurgical Periodontal Therapy decreases the Severity of Rheumatoid Arthritis: A Case-control Study. *J Contemp Dent Pract* 2016;17(6):484-8.
- Nguyen VB, Nguyen TT, Huynh NC-N, Nguyen KD, Le TA, Hoang HT. Effects of non-surgical periodontal treatment in rheumatoid arthritis patients: A randomized clinical trial. *Dent Med Probl* 2021;58(1):97-105.



CIÊNCIA, SAÚDE, PESSOAS

CADA CASO É DIFERENTE, CADA PACIENTE É ÚNICO



Os problemas existem.
Nós temos a solução.

BTI Biotechnology Institute Portugal

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

Medicina Dentária integrativa ganha espaço em Portugal

No Porto, em março, decorreu o 6.º Congresso Internacional de Medicina Dentária e Saúde Integrativa. Falámos com membros da comissão organizadora que revelam que, em Portugal, a abordagem da Medicina Dentária de forma integrativa está a conquistar jovens médicos dentistas.

Texto: Sara Pelicano



Antonino Gomes

• Médico dentista
e coordenador adjunto

Nos dias 24 e 25 de março de 2023, decorreu no Porto o 6.º Congresso Internacional de Medicina Dentária e Saúde Integrativa. O evento contou com a presença de oradores nacionais e internacionais que ao longo de dois dias foram abordando os mais variados temas. Cristina Gottlieb, presidente da Sociedade Brasileira de Odontologia e Saúde Integrativa (SBOSI), e Antonino Gomes, médico dentista e coordenador adjunto, integraram a direção do congresso. Para Antonino Gomes a Medicina integrativa é essencialmente multidisciplinidade, ou seja, “é a união de conceitos para procurar para o nosso paciente a terapia mais apropriada em busca da saúde integral”. Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, Antonino Gomes, partilhou que a evolução da Medicina Dentária integrativa em Portugal tem passado essencialmente por apresentar na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) “as competências integrativas (acupuntura, laser terapia e ozonoterapia) que estão no processo da OMD de criação e implementação das competências setoriais em Medicina Dentária”. O mesmo responsável adiantou ainda que “estamos a trabalhar cada vez mais em evidências científicas que comprovam a mais-valia de terapias que complementam o êxito de tratamentos e, apresentar aos jovens médicos dentistas este novo conceito de saúde integral”.

Quando falamos em Medicina Dentária integrativa, é preciso estar a par de aspetos como “implantes sem metal (Zir-

cónio), hipnose clínica, dentina como biomaterial, ozonoterapia, terapia neural, microbioma oral, utilização de técnicas integrativas na Medicina Dentária do sono, bruxismo e dor orofacial e disfunção temporomandibular”. A terminar, Antonino Gomes considera que “na atualidade há uma tendência à modernização das técnicas e uma valorização da saúde geral do paciente como fator primordial para o sucesso de qualquer procedimento, daí a integração de conceitos e terapias para obtermos maior êxito. Os jovens já observam sob esta perspetiva e a tendência é um crescimento constante da Medicina Dentária integrativa em Portugal”.

Cristina Gottlieb acrescentou ainda que “a Medicina Dentária integrativa tem sido bastante difundida e cada vez mais os pacientes procuram este tipo de tratamento humanizado e acolhedor. Porém algumas práticas integrativas são milenares, como é o caso da Medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica e tibetana. Outras mais recentes como acupuntura; homeopatia; habilitações de odontologia antroposófica e ozonioterapia; fitoterapia; hipnose; laserterapia; biofísica-biorressonância e terapia floral”. A presidente da SBOSI comentou ainda que em alguns países este conceito de Medicina Dentária integrativa já está mais enraizado, mas em Portugal estão ainda a dar-se os primeiros passos. “Em países como Brasil e Alemanha este assunto já está muito adiantado, sendo validado pelos conselhos específicos da Medicina Dentária.

Portugal está apenas a começar esta linda jornada que propõe ao paciente o equilíbrio e o bem-estar não somente do corpo, mas também da alma e do espírito. Essa abordagem é muito relevante, principalmente quando entendemos que as doenças orais são responsáveis por 80% dos problemas de saúde total uma vez que se refletem a distância pelo corpo”.

RETIRAR METAIS PESADOS DA CAVIDADE ORAL

No Congresso um dos temas abordados foi a importância de retirar metais pesados da cavidade oral e das novas tendências de materiais com maior aceitação pelo organismo do paciente como os implantes de zircónia. Neste âmbito, falou-se sobre os implantes Patent feitos em zircónia consolidado por ítrio, que se destacam no mercado por terem uma “uma topografia de superfície única projetada para uma cicatrização rápida e segura do tecido duro e forte adesão do tecido mole (selagem do tecido mole)”, explicou



NO CONGRESSO UM DOS TEMAS ABORDADOS FOI A IMPORTÂNCIA DE RETIRAR METAIS PESADOS DA CAVIDADE ORAL E DAS NOVAS TENDÊNCIAS DE MATERIAIS COM MAIOR ACEITAÇÃO PELO ORGANISMO DO PACIENTE COMO OS IMPLANTES DE ZIRCÓNIA



Cristina Gottlieb

• Presidente da SBOSI

Marco Waldner

• CEO da Patent

Marco Waldner, CEO da Patent, que salientou que “a chave para o seu sucesso é a combinação única do *design*, material e a topografia de superfície”. Marco Waldner salientou ainda que a diferenciação deste produto já está comprovada por estudos independentes que revelam que após cinco e oito anos de colocação do implante não foi detetada nenhuma peri-implantite.

Marco Waldner faz um balanço positivo do mercado português e diz estarem “ansiosos para consolidar e fortalecer a nossa base de clientes existente e continuar a crescer de forma sustentável. Por isso, continuamos focados nos cursos de formação da Patent para garantir uma aplicação bem-sucedida do sistema de implante na prática clínica dos nossos cirurgiões”. 🌟

Saúde Oral e diabetes *mellitus*

Uma relação simbiótica onde a prevenção é fundamental

O impacto da diabetes na Saúde Oral foi um dos temas abordados no 19.º Congresso Português de Diabetes. A palestra de Manuel Marques Ferreira não deixou qualquer dúvida sobre a relação estreita entre a diabetes e as periodontopatias e sobre a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no acompanhamento do doente diabético.

Texto: Rita Vassal



Manuel Marques Ferreira

O programa do 19.º Congresso Português de Diabetes, organizado Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), no Centro de Congressos do Algarve de 16 a 18 de março de 2023, incluiu no segundo dia do encontro uma conferência dedicada ao tema “Impacto da diabetes na Saúde Oral”.

Armando Braz, assistente graduado em Medicina Geral e Familiar e médico dentista graduado em Ortodontia, e José Soares, enfermeiro na Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, presidiram ao momento que contou com uma

palestra a cargo de Manuel Marques Ferreira, médico dentista, especialista em Ortodontia e professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Coube a Armando Braz abrir os trabalhos a lembrar o projeto-piloto que, em 2017, começou a implementar as consultas de Medicina Dentária nos Cuidados de Saúde Primários e determinou, precisamente, que os primeiros doentes a serem referenciados fossem os doentes com diabetes *mellitus* (DM).

Na apresentação do tema, o presidente referiu ainda que se os especialistas em Cardiologia e os médicos dentistas já trabalham em articulação e de forma sinérgica no acom-

panhamento dos doentes com patologia cardíaca, nomeadamente os que têm dispositivos implantados no coração, e a mesma visão de acompanhamento conjunto deve ser aplicada aos doentes diabéticos, uma vez que existe “uma relação bidirecional entre a Saúde Oral e a diabetes”, rematou.

A “ÍNTIMA LIGAÇÃO” ENTRE A DIABETES E OS PROBLEMAS DE SAÚDE ORAL

O ponto de partida da palestra de Manuel Marques Ferreira era falar sobre o impacto da DM na Saúde Oral, nomeadamente com o desenvolvimento da cárie dentária, de periodontopatias, com a boca seca e com as várias infeções e lesões da cavidade oral e respetiva dificuldade de cicatrização. Afinal, frisou o professor universitário “todos sabemos que há uma dificuldade [generalizada] de cicatrização nos doentes diabéticos, mas por vezes esquecemo-nos que a boca faz parte do ser humano” e essa dificuldade também é igualmente sentida na cavidade oral, que nem sempre recebe a atenção devida por parte dos profissionais de saúde que seguem os doentes com DM.

Ao abordar a influência da DM na Saúde Oral, Manuel Marques Ferreira começou por abordar a “íntima ligação” que existe entre a DM e a boca seca, cuja etiopatogenia está diretamente relacionada com a neuropatia diabética, “que leva a alterações das glândulas salivares pela hiperglicemia e pela poliúria, que leva à hipossalivação, com alteração da viscosi-



dade salivar, com o aumento da glicose na saliva, o aumento da concentração de mucina e a redução de determinadas substâncias antibacterianas que, por sua vez, levam à xerostomia, ao aumento da prevalência da cárie dentária e ao desenvolvimento de periodontite e da periodontite apical”.

No que diz respeito às periodontites, o especialista começou por apresentar o modelo conceitual da relação entre periodontite e a neuropatia diabética, publicado em 2019 na *Diabetes Research and Clinical Practice*. Este modelo “relaciona a periodontite e as infeções da cavidade oral com a libertação de interleucinas – IL-1 β , IL-6, e TNF α – que a nível orgânico vão levar ao aumento da proteína C reativa (PCR), que levam ao aumento da glicemia e, conseqüentemente, ao aparecimento da neuropatia diabética”.

Noutro estudo, desta feita nacional – *Dental caries, diabetes mellitus, metabolic control and diabetes duration: a systematic review and meta-analysis* - realizado por Ana Coelho, aluna doutoranda da Universidade de Coimbra, em que Manuel Marques Ferreira foi um dos coautores, procurou-se avaliar a relação entre Saúde Oral e DM em 69 artigos incluídos na revisão sistemática e em 40 artigos incluídos na metanálise. O trabalho, publicado no *journal Wiley*, concluiu “que os doentes com diabéticos tipo 1 têm uma alta prevalência e risco de cárie dentária e a significância clínica desta conclusão é que os fatores de risco de cárie dentária devem ser incluídos na prevenção e programas de prevenção individualizados da saúde”, citou o orador. Outro trabalho da mesma autora – *Dental caries and bacterial load in saliva and*

dental biofilm of type 1 diabetics on continuous subcutaneous insulin infusion – publicado no *Journal of Applied Oral Science* (JAOS), e em que Manuel Marques Ferreira também foi coautor, avaliou a quantidade de *Streptococcus spp.* e *Lactobacillus spp.* na saliva de pessoas com diabetes tipo 1 e em pessoas não diabéticas. Segundo explicou o palestrante, verificou-se nesta avaliação que “que os doentes diabéticos tipo 1 têm uma alta prevalência de cárie dentária, de dentes restaurados e de grande falta de dentes”, citou o palestrante.

Os números explicam a relação estreita entre a DM e as doenças periodontais. Como sublinhou o médico dentista, por um lado, é conhecida a elevada prevalência da DM, que afeta cerca de 5% da população mundial, sendo a grande maioria, cerca de 90%, pessoas diagnos-



NA PESSOA COM DIABETES EXISTE UMA MAIOR PREVALÊNCIA DA PERIODONTITE APICAL, O DOBRO DO QUE ACONTECE EM DOENTES NÃO DIABÉTICOS

MANUEL MARQUES FERREIRA

ticadas com DM tipo 2, com conhecidas consequências ao nível da saúde cardiovascular e de morte.

Por outro lado, a prevalência das periodontopatias é igualmente elevada, atinge entre 34% e 61% nos adultos, e estudos epidemiológicos demonstram a associação entre periodontopatias e doenças sistémicas, nomeadamente a DM, a doença coronária, e podem também ter consequências ao nível da gravidez, com maior ocorrência de partos prematuros e baixo peso à nascença.

Em suma, frisou, “as periodontopatias têm uma repercussão na diabetes e a diabetes tem uma repercussão nas periodontopatias”.

PERIODONTITE: A SEXTA COMPLICAÇÃO MAIS FREQUENTE DA DIABETES

Manuel Marques Ferreira aprofundou a relação entre a periodontite e a DM lembrando que a periodontite começa por uma inflamação gengival junto à margem da gengiva “que, se não for tratada, vai evoluir para periodontite”, colonizada por bactérias *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* e *Tannerella forsythia* responsáveis pelas infeções, apontando o facto de os doentes com DM terem “três vezes mais infeções do que os doentes não diabéticos”.

E segundo o especialista, a periodontite leva também ao aumento da glicemia, ao aumento da sondagem periodontal, que resulta numa maior colonização bacteriana e na formação

de biofilme bacteriano, que, em conjunto, vão levar a mais infeções, ao aumento da glicemia e a uma maior dificuldade no controlo das infeções. Ou seja, há uma relação bidirecional entre a DM e as periodontites, que são “a sexta complicação mais frequente da diabetes”.

Na infeção periodontal, as bactérias acabam por ir diretamente circular para a corrente sanguínea, provocar uma bacteremia que terá repercussões a nível hepático, a nível cardíaco, no pâncreas, no cérebro, no rim, no cólon, sem esquecer que, nas formas mais graves, a periodontite resulta na destruição do osso e na consequente perda de dentes.

Segundo o estudo *The interrelationship between diabetes, IL-17 and Bone Loss*, publicado por Zhen Huang *et al.* em 2020, a interleucina mais ligada à perda de osso é a IL-17, tendo este trabalho revelado que a DM aumenta a IL-17, com consequências ao nível do agravamento da inflamação gengival, da indução da osteoclastogénese por sobre-regulação do TNF e do RANKL, que leva ao aumento dos osteoblastos e à destruição do osso.

Outra entidade igualmente importante na Saúde Oral do doente com diabetes é a periodontite apical, atualmente mais facilmente detetável graças aos meios diagnósticos complementares de imagem tridimensional dos maxilares.

A etiologia da periodontite apical, além da cárie dentária, está relacionada com desenvolvimento da necrose pulpar, “porque os doentes diabéticos têm também problemas vasculares e a polpa é um tecido irrigável, o que traz a estes doentes maior probabilidade de fazer necroses e mais probabilidade de, perante uma pequena cárie, desenvolverem estas infeções periodontais apicais”, explicou Manuel Marques Ferreira. Estas infeções levam à libertação de mediadores pró-inflamatórios - IL-1 α , IL-1 β - e TNF α que estão relacionados com a diabetes, com as nefropatias e as doenças cardiovasculares.

O orador citou também um estudo publicado em 2015 na revista *Endocrine* no qual ficou demonstrado que “na pessoa com diabetes existe uma maior prevalência da periodontite apical, o dobro do que acontece

em doentes não diabéticos” e nestes casos o prognóstico da cicatrização da periodontite apical “é reservado, devemos ter algum cuidado e alertar o doente”, sublinhou.

Em 2014, o próprio Manuel Marques Ferreira publicou um estudo na revista da Ordem dos Médicos, sobre a influência da DM no sucesso do tratamento endodôntico, no qual avaliou 737 casos de doentes diabéticos e não diabéticos, no qual concluiu que o sucesso do tratamento endodôntico era menor nos doentes diabéticos do que nos doentes não diabéticos”.

Manuel Marques Ferreira abordou também uma condição que nem sempre recebe a devida atenção: o líquen plano. “Trata-se de uma patologia inflamatória imunitária pré-maligna da mucosa oral e muitas vezes os diabéticos aparecem com este tipo de lesões que podem ter várias formas”, explicou o especialista. A mais frequente é o líquen reticular, que representa mais de 83% dos casos, e também existe o líquen erosivo, o descamativo ou a língua atrófica e todos podem desenvolver-se devido ao facto de a hiperglicemia alterar o sistema imunitário, conduzir ao stresse oxidativo e a uma inflamação crónica persistente.

Um estudo publicado em 2020 - *Prevalence of oral lichen planus in patients with diabetes mellitus: a cross-sectional study* - verificou que os doentes sem



NA INFEÇÃO PERIODONTAL, AS BACTÉRIAS ACABAM POR IR DIRETAMENTE CIRCULAR PARA A CORRENTE SANGUÍNEA, PROVOCAR UMA BACTEREMIA QUE TERÁ REPERCUSSÕES A NÍVEL HEPÁTICO, A NÍVEL CARDÍACO, NO PÂNCREAS, NO CÉREBRO, NO RIM, NO CÓLON



DM, “tinham muito menos líquen” e as conclusões deste trabalho apontam para uma associação entre a DM e o líquen plano. “A prevalência do líquen plano em doentes com DM tipo 2 é maior do que em doentes não diabéticos”, frisou o orador.

O que acontece muitas vezes nos doentes diabéticos com periodontite é a perda de dentes, nomeadamente perante um caso de periodontite irreversível pode estar indicado fazer a extração desses dentes para não agravar, com consequências ao nível da eficácia mastigatória e da qualidade de vida do doente.

Em suma, Manuel Marques Ferreira sublinhou que “um bom controlo da glicemia reduz as comorbilidades relacionadas com a diabetes e reduz a probabilidade de perda de dentes”, acrescentando que o deficiente controlo da DM leva também ao insucesso dos implantes e pode até ser uma contraindicação para a colocação de implantes, importantes para melhorar a qualidade de vida dos doentes.

ORTODONTIA: DIABETES CONDICIONA RESULTADOS

A terminar a preleção, Manuel Marques Ferreira abordou ainda a relação da diabetes com a Ortodontia. Sendo um procedimento no qual existe uma movimentação dos dentes que induz um processo inflamatório assético do ligamento periodontal e das estruturas vizinhas, ocorre também uma libertação de interleucinas e do RANKL e uma disbiose oral em resultado de uma maior dificuldade em realizar a higiene oral, o que acaba por aumentar o risco de periodontite.

Quando a Ortodontia é realizada em doentes com DM, estes estão mais suscetíveis a hemorragias à sondagem e a bolsas periodontais mais profundas e, após o alinhamento, os doentes com DM tipo 2 apresentam níveis mais elevados de marcadores pró-inflamatórios.

Em modo de conclusão, o orador reconheceu que “o controlo adequado da glicemia é fundamental para prevenir as cáries e as patologias periodontais”. 🌐

“A SAÚDE ORAL E A DIABETES ESTÃO INTIMAMENTE LIGADAS”

Manuel Marques Ferreira falou com a Saúde Oral à margem da conferência e voltou a frisar que “a Saúde Oral e a diabetes estão intimamente ligadas”. Segundo o especialista, “o descontrolo da diabetes leva a uma inflamação sistémica crónica e as doenças orais, nomeadamente as periodontites e as periodontites apicais, levam ao aumento de determinados fatores inflamatórios que vão influenciar o controlo da diabetes e vão dificultar a ação da insulina no controlo desses doentes diabéticos”.

Na perspetiva do professor universitário, a Medicina Geral e Familiar “é a especialidade que mais facilmente controla os doentes”, ainda assim, não existe o hábito e o princípio instituído nos profissionais de Cuidados de Saúde Primários de avaliar a cavidade oral destes doentes de forma a prevenir as complicações na Saúde Oral associadas à DM. O especialista defendeu “o trabalho de equipa a boa relação entre especialidades para o bem dos nossos doentes” que, em última análise, resultará numa melhor Saúde Oral e numa melhor saúde geral.

Implantes extra-curtos (5,5 e 6,5 mm)
com carga imediata ferulizados a outros implantes curtos,
em pontes de dois ou três implantes

Estudo retrospectivo com seguimento a longo prazo



Eduardo Anitua DDS, MD, PhD

- Prática privada em Implantologia Oral, Eduardo Anitua Institute, Vitoria, Espanha.
- Investigador clínico, Eduardo Anitua Foundation, Vitoria, Espanha.
- University Institute for Regenerative Medicine and Oral Implantology - UIRMI (UPV/EHU - Fundación Eduardo Anitua), Vitoria, Espanha.

INTRODUÇÃO

Hoje em dia consideramos implantes curtos aqueles de comprimento igual ou inferior a 8,5 mm, embora existam artigos científicos que elevam esta medida para 10 mm; e implantes extra-curtos aqueles cujo comprimento é igual ou inferior a 6,5 mm¹⁻⁴. Os implantes curtos e extra-curtos implicam hoje em dia técnicas cirúrgicas amplamente utilizadas em Implantologia, permitindo-nos reabilitar setores com reabsorção vertical extrema tanto na maxila como na mandíbula, evitando técnicas de regeneração com maior morbidade para o paciente^{5,6}. Estes implantes têm taxas de sobrevivência comparáveis e por vezes até superiores às dos implantes de comprimento “convencional”, situando-se atualmente em 98-99%⁵⁻⁸ apesar de serem utilizados em situações mais desfavoráveis, com um menor volume ósseo residual e, portanto, que a *priori* deveriam ter uma maior taxa de insucesso ou com-

plicações. Tal como a utilização destes implantes, outra técnica que é quase rotineiramente introduzida nas clínicas dentárias é a carga imediata. Consideramos que um implante deve ser imediatamente carregado quando uma prótese funcional é colocada sobre o implante entre a inserção do implante e 72 horas^{9,10}. O torque de inserção do implante é ainda hoje um fator determinante, sendo aceites gamas superiores a 20 Ncm para múltiplas próteses e entre 20 e 45 Ncm para implantes unitários^{9,10}. Existem poucas publicações que referem carga imediata em implantes curtos, encontrando taxas de sobrevivência para os implantes estudados entre 87 e 96,6%¹¹⁻¹⁷, embora nestes números tenhamos de ter em conta a heterogeneidade tanto dos protocolos incluídos nos estudos como dos comprimentos dos implantes, uma vez que o termo “curto”, como vimos no início, engloba vários comprimentos. Do mesmo modo, as características morfológicas dos grupos de implantes incluídos nos estudos são também diferentes e isto pode ter influência no equilíbrio para um ou outro ponto da taxa de sobrevivência relatada. No que diz respeito à carga imediata de implantes extra-curtos, existem vários estudos publicados sobre este assunto, embora menos do que sobre implantes curtos. A sobrevivência destes implantes quando carregados imediatamente varia entre 98-100%¹⁵⁻²². Este grupo é menos heterogéneo em termos de comprimento e, além disso, como há menos estudos, os protocolos para a inserção de implantes, carga e tipo de prótese são também mais semelhantes. Uma das principais recomendações para este grupo de

implantes quando utilizados com carga imediata é a ferulização¹⁵⁻²², em conjunto com outros implantes que podem ser de comprimento semelhante (curto ou extra-curto) ou geralmente implantes de comprimento “convencional”. No presente estudo, com base nesta hipótese, propomos a ferulização de implantes extra-curtos (5,5 e 6,5 mm de comprimento) a outros implantes curtos e extra-curtos para avaliar a sua sobrevivência a longo prazo e verificar se estes conjuntos compostos por implantes extra-curtos e curtos têm uma sobrevivência semelhante à outros estudos em que os implantes são ferulizados a outros implantes de comprimento convencional.

MATERIAL E MÉTODOS

Analisámos retrospectivamente implantes extra-curtos (5,5 e 6,5 mm de comprimento) inseridos na maxila e na mandíbula com carga imediata, ferulizados a outros implantes curtos e extra-curtos (5,5-8,5 mm de comprimento) numa clínica privada em Vitoria, Espanha, durante o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2015.

Todos os pacientes foram estudados antes da inserção de implantes através de modelos de diagnóstico, exame intra-oral e tomografia dentária (Cone-beam) posteriormente analisados utilizando *software* específico (BTI-Scan II). Antes da inserção do implante, foi utilizada uma pré-medicação antibiótica constituída por amoxicilina 2 g por via oral uma hora antes da intervenção e paracetamol 1 g por via oral (como analgésico). A principal variável estudada foi a sobrevivência do implan-

te extracortical e as variáveis secundárias estudadas foram: perda óssea crestal assim como a existência de complicações cirúrgicas e protéticas durante o tempo de seguimento. As complicações biológicas e protéticas foram objetivadas através da revisão dos registos médicos dos pacientes. Perda de retenção (aparafusada), fratura de qualquer dos componentes protéticos, fratura do implante ou prótese e quebra da cerâmica foram considerados como critérios de falha da prótese. Para a estimativa da perda óssea marginal, foi tomado um comprimento conhecido nas radiografias (comprimento do implante) como referência para calibrar as medidas tomadas nestas radiografias. A partir da calibração, o *software* utilizado calcula as medições reais (Sidexis XG; Sirona Dental Systems, Bensheim, Alemanha). A perda óssea da crista marginal foi calculada através da medição desde o colo do implante até ao primeiro local onde o contacto osso-implante era evidente. Os implantes foram inseridos pelo mesmo cirurgião, utilizando a técnica de perfuração biológica²³⁻²⁴ e sob anestesia local. Uma vez inseridos os implantes, foram colocados os transepteliais Multi-im, nos quais as medições foram efectuadas para a prótese imediatamente carregada, que foi colocada 24-48 horas após a cirurgia.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

O implante foi a unidade de análise para a estatística descritiva em termos de localização, dimensões do implante e medições radiográficas. O paciente era a unidade de medida para a análise da idade, sexo e história médica. A variável primária era a sobrevivência do implante e as variáveis secundárias eram a perda óssea mesial e distal e a altura final da crista óssea alcançada após a inserção e carregamento do implante.

Foi realizado um teste Shapiro-Wilk com os dados obtidos para verificar a distribuição normal da amostra. As variáveis qualitativas foram descritas por análise de frequência. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio padrão. A sobrevivência dos implantes foi calculada utilizando o método de Kaplan-Meier. Os dados foram analisados com SPSS v15.0 para windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

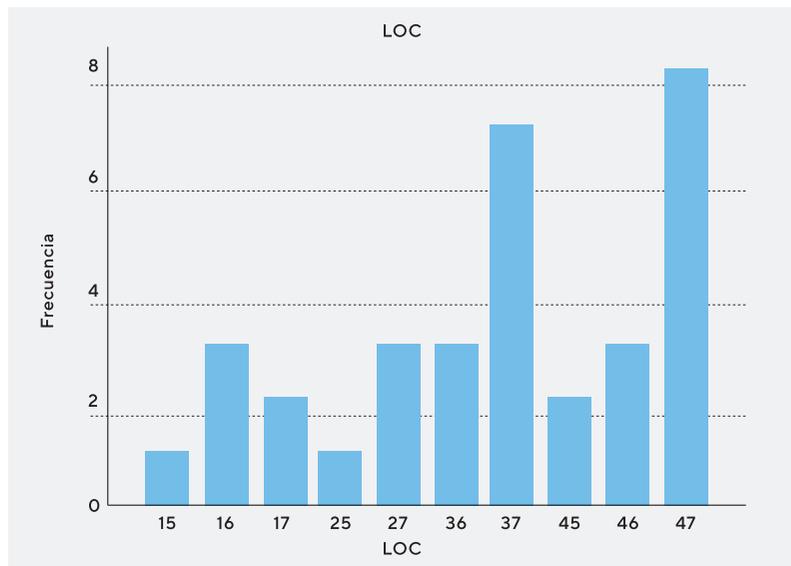


Figura 1. localizações dos implantes incluídos no estudo.

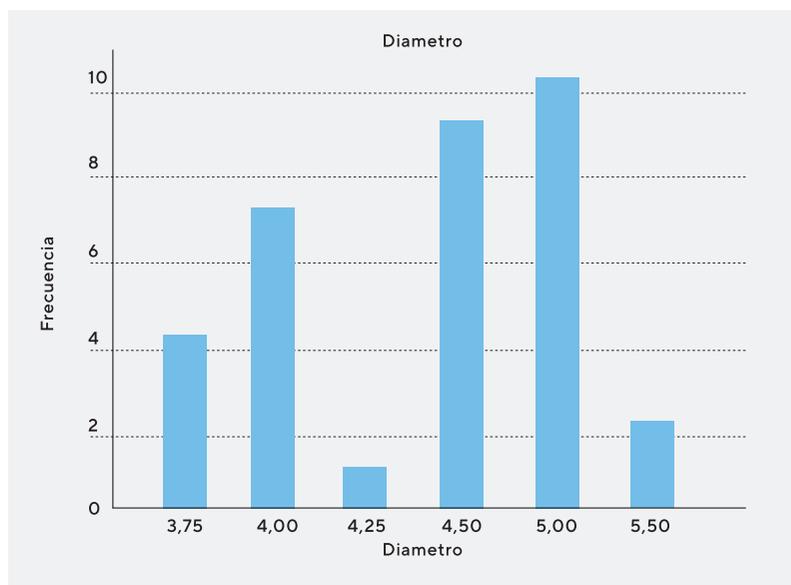


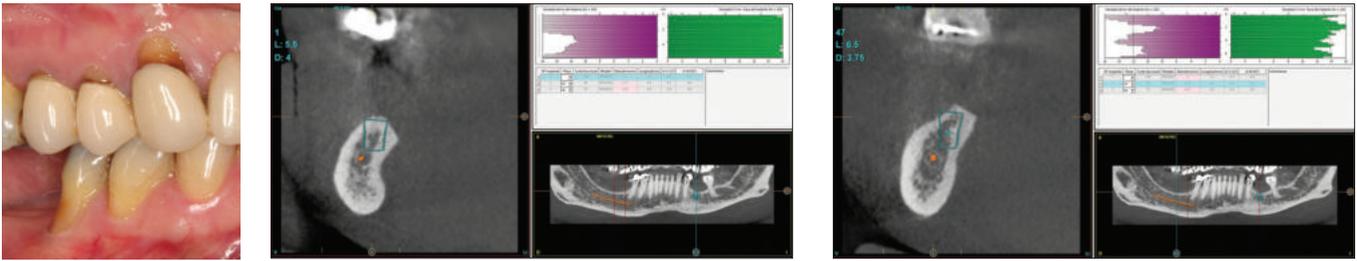
Figura 2. diâmetro dos implantes principais incluídos no estudo.

RESULTADOS

Foram recrutados 20 pacientes e inseridos 33 implantes que preenchiam os critérios de inclusão como implantes principais. Foram encontrados um total de 33 outros implantes curtos com comprimentos que variavam entre 5,5 e 8,5 mm. Em 17 dos casos, as pontes foram encontradas consistindo em três implantes, com os comprimentos destes terceiros implantes variando de 6,50 a 8,50 mm. Dez dos pacientes eram do sexo feminino, com uma idade média de 65 anos (+/- 11,25; variação de 60-79 anos). Dos implantes principais, 78,8%

foram inseridos na mandíbula, sendo a posição mais frequente a 47.^a posição em 24,2% dos casos, seguida da 37.^a posição em 21,2% dos casos. Na maxila, o local mais frequente foi a posição 16 (9,1%). Todos os locais de implantes incluídos no estudo são mostrados na figura 1.

Os diâmetros dos implantes incluídos como implantes principais no estudo variaram de 3,75 mm a 5,50 mm, sendo o diâmetro mais frequente 5 mm (30,3%), seguido de 4,50 mm (27,3%). Os diâmetros restantes dos implantes principais são mostrados na figura 2.



Figuras 3-5. Imagem inicial do paciente com os cortes de planeamento dentário Cone-beam.

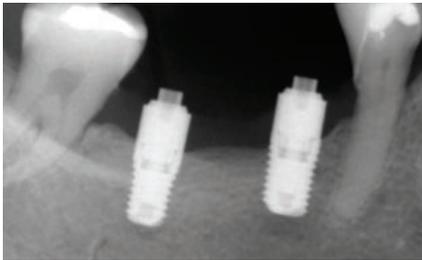
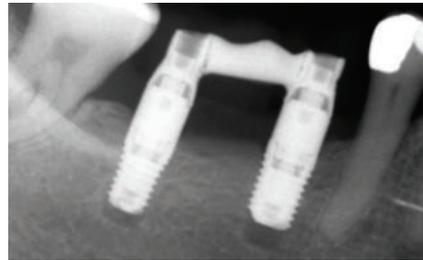


Figura 6. radiografia Periapical após a inserção do implante.



Figuras 7-8. Imagens da carga imediata e da prótese definitiva após 6 anos de seguimento de um dos casos incluídos no estudo. Ambos os implantes são implantes extra-curtos, divididos numa ponte de duas unidades.



A perda óssea mesial média do implante principal foi de 0,22 mm (+/- 0,66) e a perda óssea distal média do implante principal foi de 0,40 mm (+/- 0,82). A perda óssea mesial média dos implantes estriados foi de 0,19 mm (+/- 0,23) e a perda óssea distal média dos implantes estriados foi de 0,37 (+/- 0,57). O tempo médio de seguimento de todos os implantes foi de 58,67 meses (+/- 36,41; intervalo 48-136 meses). O torque médio de inserção alcançado para os implantes estudados foi de 35 Ncm (+/- 10,75; intervalo de 25-45 Ncm). Durante o tempo de seguimento, não foi observado qualquer falha de nos implantes estudados. Todos os implantes foram reabilitados com próteses sobre transepteliais (Multi-im), aparafusadas tanto na prótese imediatamente carregada como na prótese definitiva. As próteses de carga imediata foram em 100% dos casos feitas de resina com uma barra metálica articulada e as próteses definitivas foram feitas de metal-cerâmica com estruturas CAD/CAM, com correção da angulação em 40,7% dos casos. As figuras 3-8 mostram imagens de um dos implantes incluídos no estudo.

DISCUSSÃO

Os implantes curtos e extra-curtos com carga imediata mostram uma taxa de sobrevivência de 87% (Alvira-González et al.)¹³, 95,7% (Maló et al.)¹⁴, 96,6% (Cannizzaro et al.)¹⁶ respetivamente em diferentes estudos consultados. Os dados fornecidos pelo nosso grupo de estudo em outros estudos internacionais atingem 100% de sobrevivência^{11,12,20-23}, como na série de casos apresentada neste artigo. O facto de serem ferulizados a outros implantes curtos não diminuiu a taxa de sucesso dos implantes, embora o facto de vários implantes curtos ou extra-curtos estarem unidos indique uma maior atrofia do osso alveolar residual e uma pior situação de partida para os implantes inseridos²⁵. Atingir uma estabilidade primária correta nestes casos é essencial para se conseguir uma carga imediata sem complicações ou maiores falhas associadas a micro-movimentos nas fases iniciais da osseointegração²⁶⁻²⁸. Portanto, fatores como o torque de inserção, morfologia do implante, sequência de preparo alveolar e qualidade óssea na área onde o implante é inserido, são fundamentais^{20-24,26-28}. Um protocolo de inserção correto e um planeamento cuidadoso de todos os casos, individualizando a sequência de perfuração de

acordo com o leito recetor e o implante a ser inserido, é fundamental, especialmente neste tipo de situação de carga imediata em implantes com uma superfície de contacto mais pequena, tais como implantes curtos e extra-curtos^{29,30}. Outro ponto que pode fazer a diferença neste tipo de situação é a superfície do implante. A modificação da superfície do implante oferece vantagens como o menor tempo de osteointegração, o que é fundamental em casos de carga imediata e ainda mais em implantes curtos e extra-curtos. Neste caso, a superfície única acelerou o tempo de integração, tornando o tempo de espera menos crítico e conseguindo a união com o osso circundante em menos tempo, como foi demonstrado em estudos anteriores sobre esta superfície³¹⁻³². As perdas ósseas relatadas no presente estudo podem ser consideradas semelhantes às de outros estudos (perdas de 0,4-0,5 mm com um ano de seguimento ou 1,25 mm +/- 0,99 mm com três anos de seguimento^{10,13-17,33}), em que os implantes foram ferulizados a outros implantes (curtos e longos), pelo que podemos concluir que a ferulização de implantes extra-curtos a outros implantes curtos não é um fator de risco que aumente a perda óssea ou a taxa de insucesso, mesmo que tenha sido realizada

uma carga imediata. Além disso, o tempo de seguimento deste estudo é mais longo e o fator de carga imediata em todo o córtex estudado é um fato diferencial, sobre o qual existem menos publicações. Em todos os estudos atuais, a colocação de implantes curtos com outros implantes curtos obteve resultados semelhantes à colocação de implantes mais longos, sem diferenças estatisticamente significativas³⁴⁻³⁶.

CONCLUSÕES

Os implantes curtos e extra-curtos podem ser utilizados com os protocolos atuais de carga imediata sem aumento de perda da crista óssea ou da taxa de falha do implante. Da mesma forma, a colocação de implantes curtos ou extra-curtos não mostra diferenças em relação à colocação de implantes mais longos, de acordo com a literatura e os dados deste estudo retrospectivo.

Bibliografia:

1. Tutak M, Smektala T, Schneider K, Golebiewska E, Sporniak-Tutak K. Short dental implants in reduced alveolar bone height: a review of the literature. *Med Sci Monit.* 2013;19:1037-1042.
2. Queiroz TP, Aguiar SC, Margonar R, de Souza Faloni AP, Gruber R, Luvizuto ER. Clinical study on survival rate of short implants placed in the posterior mandibular region: resonance frequency analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2015;26:1036-1042.
3. Feldman S, Boitel N, Weng D, Kohles SS, Stach RM. Five-year survival distributions of short-length (10 mm or less) machined-surfaced and osseotite implants. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2004;6:16-23.
4. Gastaldi G, Felice P, Pistilli R, Barausse C, Trullenque-Eriksson A, Esposito M. Short implants as an alternative to crestal sinus lift: a 3-year multicentre randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol.* 2017;10(4):391-400.
5. Lemos CA, Ferro-Alves ML, Okamoto R, Mendonça MR, Pellizzer EP. Short dental implants versus standard dental implants placed in the posterior jaws: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2016 Apr;47:8-17.
6. Altaib FH, Alqutaibi AY, Al-Fahd A, Eid S. Short dental implant as alternative to long implant with bone augmentation of the atrophic posterior ridge: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *Quintessence Int.* 2019;50(8):636-650.
7. Neldam CA, Pinholt EM. State of the art of short dental implants: a systematic review of the literature. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2012 Aug;14(4):622-32.
8. Anitua E, Orive G. Short implants in maxillae and mandibles: a retrospective study with 1 to 8 years of follow-up. *J Periodontol* 2010;81:819-826.
6. Atieh MA, Zadeh H, Stanford CM, Cooper LF. Survival of short dental implants for treatment of posterior partial edentulism: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2012; 27:1323-1331.

7. Anitua E, Alkhraisat MH. 15-year follow-up of short dental implants placed in the partially edentulous patient: Mandible Vs maxilla. *Ann Anat.* 2019 Mar;222:88-93.
8. Anitua E, Orive G, Aguirre JJ, Andia I. Five-year clinical evaluation of short dental implants placed in posterior areas: a retrospective study. *J Periodontol.* 2008 Jan;79(1):42-8.
9. 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.
10. Al-Sawai AA, Labib H. Success of immediate loading implants compared to conventionally-loaded implants: a literature review. *J Investig Clin Dent.* 2016 Aug;7(3):217-24.
11. Anitua E. Immediate Loading of Short Implants in Posterior Maxillae: Case Series. *Acta Stomatol Croat.* 2017;51:157-162
12. Anitua E, Flores J, Flores C, Alkhraisat MH. Long-term Outcomes of Immediate Loading of Short Implants: A Controlled Retrospective Cohort Study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2016;31:1360-1366.
13. Alvira-González J, Díaz-Campos E, Sánchez-Garcés MA, Gay-Escoda C. Survival of immediately versus delayed loaded short implants: A prospective case series study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015;20:e480-8.
14. Maló P, de Araújo Nobre MA, Lopes AV, Rodrigues R. Immediate loading short implants inserted on low bone quantity for the rehabilitation of the edentulous maxilla using an All-on-4 design. *J Oral Rehabil.* 2015;42:615-23.
15. Rossi F, Lang NP, Ricci E, Ferraioli L, Marchetti C, Botticelli D. Early loading of 6-mm-short implants with a moderately rough surface supporting single crowns—a prospective 5-year cohort study. *Clin Oral Implants Res.* 2015;26:471-477.
16. Cannizzaro G, Leone M, Torchio C, Viola P, Esposito M. Immediate versus early loading of 7-mm-long flapless-placed single implants: a split-mouth randomised controlled clinical trial. *Eur J Oral Implantol.* 2008;1:277-92.
17. Degidi M, Piattelli A, Iezzi G, Carinci F. Immediately loaded short implants: analysis of a case series of 133 implants. *Quintessence Int.* 2007;38:193-201.
18. Anitua E, Flores C, Flores J, Alkhraisat MH. Clinical Effectiveness of 6.5-mm-Long Implants to Support Two-Implant Fixed Prostheses in Premolar-Molar Region: The Influence of Immediate Loading and the Length of Splinting Implant. *J Prosthodont.* 2019 Feb;28(2):e688-e693.
19. Amato F, Polara G, Spedicato GA. Immediate Loading of Fixed Partial Dental Prostheses on Extra-Short and Short Implants in Patients with Severe Atrophy of the Posterior Maxilla or Mandible: An Up-to-4-year Clinical Study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2020 May/ Jun;35(3):607-615.
20. Anitua E, Piñas L, Escuer-Artero V, Fernández RS, Alkhraisat MH. Short dental implants in patients with oral lichen planus: a long-term follow-up. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2018 Apr;56(3):216-220.
21. Anitua E, Flores J, Flores C, Alkhraisat MH. Long-term Outcomes of Immediate Loading of Short Implants: A Controlled Retrospective Cohort Study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2016 Nov/ Dec;31(6):1360-1366.
22. Anitua E, Flores C, Flores J, Alkhraisat MH. Clinical Effectiveness of 6.5-mm-Long Im-

- plants to Support Two-Implant Fixed Prostheses in Premolar-Molar Region: The Influence of Immediate Loading and the Length of Splinting Implant. *J Prosthodont.* 2019 Feb;28(2):e688-e693.
23. Anitua E, Alkhraisat MH, Pinás L, Orive G. Efficacy of biologically guided implant site preparation to obtain adequate primary implant stability. *Ann Anat* 2015;199: 9-15.
24. Anitua E, Carda C, Andia I. A novel drilling procedure and subsequent bone autograft preparation: a technical note. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2007;22:138-45. Erratum in: *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2007;22:309.
25. Nisand D, Renouard F. Short implant in limited bone volume. *Periodontol* 2000. 2014 Oct;66(1):72-96.
26. Gallucci GO, Hamilton A, Zhou W, Buser D, Chen S. Implant placement and loading protocols in partially edentulous patients: A systematic review. *Clin Oral Implants Res.* 2018 Oct;29 Suppl 16:106-134.
27. Radi IA, Ibrahim W, Iskandar SMS, AbdelNabi N. Prognosis of dental implants in patients with low bone density: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* 2018 Nov;120(5):668-677.
28. Atieh MA, Alsabeeha N, Duncan WJ. Stability of tapered and parallel-walled dental implants: A systematic review and meta-analysis. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2018 Aug;20(4):634-645.
29. Anitua E, Alkhraisat MH, Orive G. Novel technique for the treatment of the severely atrophied posterior mandible. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2013 Sep-Oct;28(5):1338-46.
30. Anitua E, Alkhraisat MH, Piñas L, Orive G. Efficacy of biologically guided implant site preparation to obtain adequate primary implant stability. *Ann Anat.* 2015 May;199:9-15.
31. Anitua E, Piñas L, Murias A, Prado R, Tejero R. Effects of calcium ions on titanium surfaces for bone regeneration. *Colloids Surf B Biointerfaces.* 2015;130:173-81.
32. Anitua E, Prado R, Orive G, Tejero R. Effects of calcium-modified titanium implant surfaces on platelet activation, clot formation, and osseointegration. *J Biomed Mater Res A.* 2015;103:969-80.
33. Papaspyridakos P, De Souza A, Vazouras K, Ghollami H, Pagni S, Weber HP. Survival rates of short dental implants (≤6 mm) compared with implants longer than 6 mm in posterior jaw areas: A meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2018 Oct;29 Suppl 16:8-20.
34. Anitua E, Flores C, Flores J, Alkhraisat MH. Clinical Effectiveness of 6.5-mm-Long Implants to Support Two-Implant Fixed Prostheses in Premolar-Molar Region: The Influence of Immediate Loading and the Length of Splinting Implant. *J Prosthodont.* 2019 Feb;28(2):e688-e693.
35. Faot F, Marcello-Machado RM, Hermann C, Fontão FNGK. Splinted wide-short implants in the posterior region of an atrophic mandible opposed by an edentulous maxilla: immediate loading and 1-year follow-up. *Gen Dent.* 2019 Jul-Aug;67(4):29-33.
36. Guljé FL, Meijer HJA, Abrahamsson I, Barwacz CA, Chen S, Palmer PJ, Zadeh H, Stanford CM. Comparison of 6-mm and 11-mm dental implants in the posterior region supporting fixed dental prostheses: 5-year results of an open multicenter randomized controlled trial. *Clin Oral Implants Res.* 2021 Jan;32(1):15-22.

Já conhece o kit para tornar a sua clínica mais sustentável?

A World Dental Federation (FDI) disponibiliza online um kit com um conjunto de ferramentas que vão ajudar a implementar estratégias mais sustentáveis na sua clínica.



No ano passado, a FDI lançou um kit de ferramentas sobre como tornar a Odontologia mais sustentável. Os consultórios odontológicos podem usar as ferramentas como um guia para tornar seu trabalho mais ambientalmente sustentável e, ao acompanhar o progresso, podem obter prémios de reconhecimento.

O objetivo desta iniciativa é “ajudar os consultórios odontológicos a entender quais as ações que podem ser tomadas para garantir que o seu trabalho é ambientalmente sustentável”, explica a FDI. Ao fornecer aos dentistas e equipas odontológicas as ferramentas e estratégias para implementar práticas mais ecológicas, bem como acompanhar o progresso, “a FDI espera contribuir para reduzir o impacto ambiental da profissão de maneira tangível”.

O kit de ferramentas foi desenvolvido após o lançamento de uma Declaração de Consenso sobre Saúde Oral Ambientalmente Sustentável, no início de 2022, que descreve os desafios e soluções para melhorar a sustentabilidade na Odontologia. Também reconhece que o setor da Saúde Oral tem a responsabilidade de fornecer atendimento ambientalmente sustentável sem comprometer o bem-estar do paciente.

“Dentistas e equipas odontológicas podem desempenhar um papel ativo na redução do impacto ambiental da Odontologia, enquanto protegem o atendimento ideal ao paciente. Este kit de ferramentas online para Odontologia sustentável é um passo para ajudar os consultórios odontológicos a adotarem medidas para reduzir sua pegada

de carbono”, disse Ihsane Ben Yahya, presidente da FDI. Acrescentando: “Espero que o nosso trabalho hoje tenha um impacto positivo nas gerações futuras, para que possam desfrutar de uma vida e um planeta saudáveis.”

O kit foi desenvolvido no âmbito do projeto de sustentabilidade em Odontologia da FDI e consiste numa plataforma interativa que orienta os utilizadores a direcionar as suas ações para práticas mais sustentáveis, fornecendo-lhes soluções práticas. Os dentistas podem realizar diferentes conjuntos de desafios e, posteriormente, ganhar prémios de reconhecimento de bronze, prata ou ouro. Os desafios interativos dão aos “jogadores” as ferramentas para aumentarem a consciencialização, implementar mudanças e tornarem-se mais ambientalmente sustentáveis. 🌱

GESDEN ONE

O SOFTWARE NA CLOUD

para gestão de clínicas dentárias.



A qualidade de sempre agora através da OrisLine.

As principais características do GESDEN ONE



Software totalmente na cloud



Disponível a partir de qualquer dispositivo
– android, ios ou Microsoft



Acessível em qualquer momento



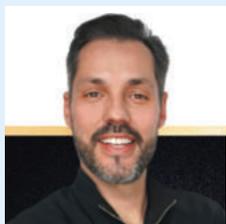
Fácil de usar e intuitivo



Atualizações automáticas sem que seja
preciso preocupar-se

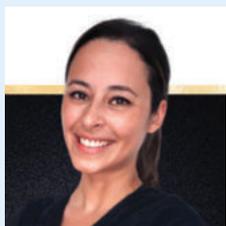
Resumo

MOCK-UP no encerramento de diastemas com facetas em cerâmica



Eduardo Bastos, MD

- Médico Dentista em Estética Dentária e Reabilitação Oral.
- Pós-graduação em Implantologia Dentária e em Medicina Estética Dentária.
- Pós-Graduado em Cirurgia Avançada em Alemanha e em Madrid.
- Fundador da Clínica Mint, Lisboa.



Rita Rodrigues, MD

- Médica Dentista.
- Clínica Mint, Lisboa.

A compreensão dos fatores que podem influenciar de forma positiva ou negativa a beleza de um sorriso é uma das chaves da reabilitação estética. Já bem descrita na literatura, a análise do sorriso, desde a inclusão na estética facial até ao esmiuçar da estética dentária, através dos seus macro e microelementos, fornece-nos de ferramentas úteis na resolução de problemas em pacientes cada vez mais exigentes com a aparência. Os diastemas, em particular, são considerados, na generalidade, como um atributo pouco atrativo que marca negativamente a aparência de um sorriso. Uma das formas de reso-

lução mais comum é a reabilitação dentária com facetas cerâmicas. A reabilitação estética de dentes anteriores pode, no entanto, ser uma tarefa bastante complexa, nomeadamente no sentido de satisfazer as expectativas de quem a procura. A pré-visualização do resultado final através da realização de um enceramento diagnóstico (*wax-up*) e prova intraoral no paciente (*mock-up*), com a possibilidade de ajustes e acertos, torna-se assim um facilitador da comunicação e sucesso do trabalho final.

INTRODUÇÃO

A beleza de um sorriso é um conceito considerado como algo subjetivo, mas que tem como característica fundamental o equilíbrio. A harmonia com a face, a simetria, a inexistência de desvios são metas que se pretendem alcançar em qualquer protocolo de construção de um “sorriso perfeito”.^{1,2}

A existência de intervalos ou espaços entre dentes anteriores adjacentes, conhecidos como diastemas,³ é considerada, na generalidade, como um atributo inatrativo, que marca negativamente a aparência de um sorriso, uma vez que toda a atenção do observador se foca neste aspeto, ao invés da composição dentária em geral.^{1,4,5}

A etiologia dos diastemas é variável, podendo ser atribuída a fatores hereditários ou de desenvolvimento, nomeadamente discrepâncias de tamanho, patologia oclusal, freio labial persistente, entre outros. Deste modo, as opções de tratamento são também múltiplas e apesar de idealmente a escolha ser guiada pelo diagnóstico, fatores económicos, disponibilidade de tempo e a motivação do paciente poderão ser influenciadores desta decisão.^{3,6}

As facetas cerâmicas são uma das soluções mais comuns para o encerramento de diastemas, no entanto estas requerem um planeamento prévio cuidado e pormenorizado, no sentido de manter boas proporções dentárias, sob pena de poder influenciar negativamente o sorriso caso as relações intra e interdentárias sejam ignoradas.^{5,7}

A análise do sorriso engloba não só a estética dentária, nos seus macro e micro elementos, como também a sua inclusão na face, que, por sua vez, não é estática, mas dinâmica.^{8,9} São atualmente considerados cinco componentes, aquando do planeamento de reabilitações anteriores. São eles 1) Estética facial – forma e equilíbrio da face, nas suas proporções e simetrias; 2) Estética orofacial – relação maxilo-mandibular e da linha média dentária com a face, nos seus paralelismos de referências; 3) Estética oral – relação dos lábios com as arcadas, dentes e gengiva; 4) Estética dento-gengival – relação do tecido rosa com as peças dentárias; 5) estética dentária – anatomia primária, secundária e terciária individual e relação interdentária.⁸ Uma boa avaliação de todos estes parâmetros através da história e exame clínicos, fotografias, vídeos e modelos de estudo é melhor o ponto de partida para o estabelecimento de um bom plano de tratamento do paciente de hoje, cada vez mais exigente no sentido de conseguir uma boa aparência, jovem, bonita e natural.^{6,9}

Por consequência, o enceramento diagnóstico é também ele mandatário na reabilitação estética.¹⁰ O glossário de termos prostodônticos define o *wax-up* como um procedimento diagnóstico no qual são executadas em cera sobre um modelo diagnóstico as restaurações planeadas,



por forma a determinar os procedimentos clínicos e laboratoriais ideais para atingir a estética e função desejadas.¹¹ Neste sentido, este torna-se essencial para a equipa de restauração, que envolve médico e técnico de prótese, não só por facilitar a comunicação entre ambos, como a execução do trabalho final.^{10,12}

A transposição deste projeto para o meio intraoral, por sua vez, vai otimizar ainda mais este fluxo de trabalho ao incluir o paciente nesta comunicação de equipa. O *mock-up* surge, assim, como uma ferramenta útil, eficaz e objetiva, de avaliação das restaurações propostas quanto ao cumprimento dos requisitos estéticos do paciente, ainda sem que qualquer procedimento irreversível seja executado.^{13,14}

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 anos, género feminino, compareceu na consulta para avaliação do estado de Saúde Oral e demonstrando algum descontentamento quanto à estética do seu sorriso, particularmente pela presença de diastemas entre os incisivos superiores.

Após avaliação clínica e realização de exames complementares de diagnóstico, procedeu-se a um registo fotográfico, o qual permitiu evidenciar o motivo de insatisfação da paciente. (Imagens 1-5).

Apesar da condição oral hígida, a presença de espaços entre os dentes 12, 11, 21, 22 e 23 e o formato triangular-retangular dos dentes anteriores constituíam aspetos que inibiam a paciente de sorrir de maneira correspondente à sua personalidade alegre e extrovertida.

Após uma conversa que inclui a explicação das várias opções de tratamento optou-se pelo planeamento de uma reabilitação estética do setor antero-superior com facetas em cerâmica, a ser iniciada após a realização de um estudo diagnóstico com recurso a enceramento e prova deste na boca – *mock-up*. Para tal foram também executados na mesma consulta impressões preliminares em alginato (Orthoprint, Zhermack).

Numa segunda consulta, após a obtenção de um modelo encerado em laboratório dos 6 dentes anteriores, seguindo diretrizes clínicas, foi executada uma chave em silicone (A Silicone HP Putty e Light, DEHP). Nessa guia foi colocada resina acrílica (Structur 2 SC, Voco) de simulação da futura reabilitação e assim inserida sobre dentes da paciente. Findo o tempo de polimerização, a chave foi removida e o resultado observado. Foram, nesta fase, tirados novos registos fotográficos. (Imagens 6-10)

Dada a drástica mudança no sorriso, a paciente questionou-se acerca da manutenção de um diastema mediano, ainda que de menores dimensões. Tal foi executado no *mock-up* ainda em boca, com a abertura de um pequeno espaço na linha média para apreciação. Foram, então, feitas fotografias extraordinárias da alteração sugerida pela paciente. (Imagens 11 e 12)

Após uma análise comparativa, optou-se por avançar pela reabilitação estética com completo encerramento dos espaços interproximais do setor anterior, sem a manutenção do diastema mediano. O resultado final foi o desejado e correspondente à expectativa da paciente. (Imagens 13-18)

DISCUSSÃO

Um dos aspetos mais importantes no tratamento de pacientes é o diagnóstico, sendo que só após a sua determinação deverá ser ditada a resolução do problema apresentado. Num plano de tratamento guiado pela estética, o diagnóstico, além de incluir a avaliação da queixa do paciente e dos dados obtidos de um exame objetivo e meios complementares, deve compreender os desejos e expectativas do paciente.¹⁵

Os tratamentos do setor anterior são desafiantes e uma boa comunicação paciente-médico-técnico de laboratório é essencial. Tanto o clínico, como o técnico poderão realizar o melhor tratamento, mas se o resultado não for ao encontro aos desejos do paciente, desde que estes sejam realistas, o esforço de equipa é inútil. Assim, o uso de um *mock-up* para informar o paciente do possível resultado final antes de realizar qualquer tipo de procedimento restaurador nos seus dentes é não apenas uma grande ajuda como também uma forma de obter um “consentimento verdadeiramente informado”.^{16,17}

Na via puramente técnica de comunicação entre clínica e laboratório também esta etapa é essencial para a obtenção de um fluxo de trabalho eficaz e eficiente. No modelo tridimensional, os dentes encerados apresentam a configuração ideal, adaptada ao paciente, no sentido em que a partir de certas referências anatómicas é possível redesenhar contornos dentários indo ao encontro das proporções áureas e às orientações estéticas fornecidas. No entanto, a visão de dentes num modelo nem sempre é semelhante à visão com lábios e face.^{5,10,12,18}

Após a aceitação do tratamento por parte do paciente e de ter provido o técnico de laboratório com todas as informações necessárias para a confecção de determinado trabalho, o enceramento diagnóstico e o *mock-up* podem ainda servir o médico dentista como guias de preparação dentária e na confecção de restaurações provisórias.¹⁶ Seguindo os princípios da Medicina Dentária minimamente invasiva, a utilização de uma guia de silicone que fornece o volume final da reabilitação, possibilita o desgaste mínimo necessário para a sua colocação o que por sua vez contribui também para a maior longevidade das restaurações adesivas.^{3,5,19,20}

CONCLUSÕES

O encerramento de diastemas pode por vezes ser um desafio, especialmente pelo nível de exigência requerida num trabalho estético anterior. A Medicina Dentária evolui no sentido de prover ferramentas ao médico dentista que o permita trabalhar mais rápido, de forma previsível e obtendo sucesso imediato e com longevidade. No entanto, é sensato dedicar algum tempo e esforço a um bom planeamento antes de iniciar qualquer tipo de procedimento restaurador. O *mock-up* é uma ferramenta ao dispor que facilita o trabalho clínico, a comunicação labora-

torial e sobretudo possibilita uma maior facilidade em corresponder às elevadas expectativas de pacientes que cada vez estão mais atentos aos detalhes. 🌟

Referências Bibliográficas:

- Rodrigues CD, Magnani R, Machado MS, Oliveira OB. The perception of smile attractiveness Angle Orthod 2009; 79(4):634-9.
- Geevarghese A, Baskaradoss JK, Alsalem M, Aldahash A, Alfayez W, Alduhaimi T, Alehaideb A, Alsammahi O. Perception of general dentists and laypersons towards altered smile aesthetics. J Orthod Sci. 2019; 8:14.
- Erdemir U, Yildiz E. Esthetic and Funcional Management of Diastema. A Multidisciplinary Approach. Springer International Publishing Switzerland, 2016.
- Reis GR, Oliveira LP, Vilela AL, Menezes MS. Mock-up: Previsibilidade e Facilitador das Restaurações Estéticas em Resina Composta. Rev Odontol Bras Central 2018; 27(81):105-111.
- Gurel G. The Science and Art of Porcelain Laminate Veneers. London, Quintessence Publishing Co. 2003.
- Silva LC, Matos C, Oliveira T, Melo P, Silva MJ. Encerramento de Diastemas. Revisão de Conceitos Teóricos a Propósito de um Caso Clínico. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2008; 49(3):133-139.
- Siqueira PM, Siqueira FE, Suguiera E, Castanheira GM, Tsuzuki FM, Sábio SS, Bispo CG. Proporção Áurea na Reabilitação de Múltiplos Diastemas com Laminados Vitrocerâmicos Reforçados com Dissilicato de Lítio. Arch Health Invest. 2019; 8(10):619-624.
- McLaren EA, Goldstein RE. The Photoshop Smile Design Technique. Compend Contin Educ Dent. 2018; 39(5):e17-e20.
- Coachman C, Calamita MA, Sesma N. Dynamic Documentation of the Smile and the 2D/3D Digital Smile Design Process. Int J Periodontics Restorative Dent. 2017;37(2):183-193.
- Romeo G, Bresciano M. Diagnostic and technical approach to esthetic rehabilitations. J Esthet Restor Dent. 2003;15(4):204-16.
- The Glossary of Prosthodontic Terms. Ninth Edition. J Prosthet Dent 2017; 117(5S):e1-e105.
- Simon H, Magne P. Clinically based diagnostic wax-up for optimal esthetics: the diagnostic mock-up. J Calif Dent Assoc. 2008; 36(5):355-62.
- Reshad M, Cascione D, Magne P. Diagnostic mock-ups as an objective tool for predictable outcomes with porcelain laminate veneers in esthetically demanding patients: a clinical report. J Prosthet Dent. 2008; 99(5):333-9.
- Teixeira L, Manarte P, Gavinha S, Domingues J, Monteiro B. Planeamento Estético na Restauração Directa de Dentes Anteriores: Técnica de Simulação Semi-Directa. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac 2008; 49(4):241-6.
- Derbabian K, Marzola R, Arcidiacono A. The science of communicating the art of dentistry. J Calif Dent Assoc. 1998; 26(2):101-6.
- Gurrea J, Bruguera A. Wax-up and mock-up. A guide for anterior periodontal and restorative treatments. Int J Esthet Dent. 2014; 9(2):146-62.
- Garcia PP, da Costa RG, Calgato M, Ritter AV, Correr GM, da Cunha LF, Gonzaga CC. Digital smile design and mock-up technique for esthetic treatment planning with porcelain laminate veneers. J Conserv Dent. 2018; 21(4):455-458.
- Donitza A. Creating the perfect smile: prosthetic considerations and procedures for optimal dentofacial esthetics. J Calif Dent Assoc. 2008; 36(5):335-40.
- Magne P, Belser U. Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition: a Biomimetic Approach. Quintessence Publishing Co, Inc. 2002.
- Magne P, Belser UC. Novel porcelain laminate preparation approach driven by a diagnostic mock-up. J Esthet Restor Dent. 2004;16(1):7-16.



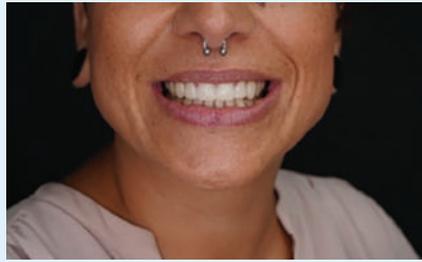
Imagem 1: Fotografia de sorriso inicial com dentes entreabertos



Imagem 2: Fotografia de sorriso inicial com dentes em oclusão



Imagens 3, 4 e 5: Fotografias intra-oris do sector antero-superior com contraste iniciais



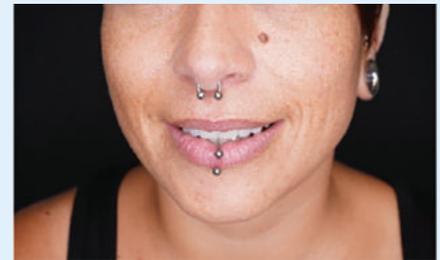
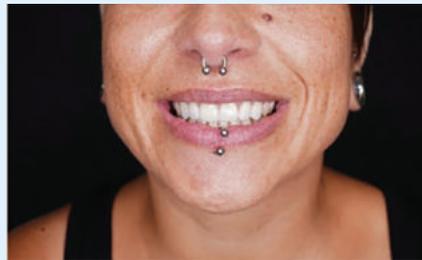
Imagens 6 e 7: Fotografias de sorriso com *mock-up*



Imagens 8, 9 e 10: Fotografias intra-orais do setor antero-superior com contraste e *mock-up*



Imagens 11 e 12: Fotografias do sorriso com *mock-up* alterado



Imagens 13, 14 e 15: Fotografias de sorriso finais, após cimentação de 6 facetas cerâmicas



Imagens 16, 17 e 18: Fotografias intra-orais do setor antero-superior com contraste finais, após cimentação de 6 facetas cerâmica

Vencer o Triângulo das Bermudas no setor da Dentária



Miguel Martins

• Presidente da Direção da Incisivos – Associação dos Empresários da Medicina Dentária

Apresentando-se 2023 como um novo grande desafio para todas as empresas, no setor da dentária já são visíveis os efeitos da inflação em cascata. E a reação natural de quem tem uma clínica é tentar resolver sem desenhar uma estratégia específica para esse contexto.

Consideremos o famoso Triângulo das Bermudas como analogia para perceber o que enfrenta a dentária. Num vértice, temos fornecedores, noutra os pacientes e, por fim, o governo, ramificado entre a conformidade legal e o incentivo fiscal aos empresários. No meio, as águas são a inflação, que funcionam como um remoinho gigante, influenciando a ondulação marítima nos vértices. Os fornecedores não se inibem de aumentar o valor dos consumíveis e serviços. A reboque da inflação (aqui está o efeito remoinho) aumenta-se tudo, o que alegadamente sofreu aumentos e o que claramente não sofreu. Desde o ano passado, com maior incidência em dezembro, é rara a semana em que não chegam e-mails e cartas às clínicas, com fornecedores a informarem que os seus preços vão subir. A argumentação parece decalcada de uma minuta que justifica a inevitabilidade, onde há até espaço para sublinhar que lamentam, mas só assim conseguem fazer face aos aumentos das suas matérias-primas ou fornecedores a montante.

Do lado do governo está a conformidade legal, onde o Estado se assume como regulador, mas tem vindo a intensificar o seu braço de inspetor. Regular não colhe

verba, atuar sim, e o dinheiro faz falta, até (leia-se, principalmente) à máquina governativa. Aqui poderíamos saltar para a analogia do Adamastor, o que não é possível porque a figura é mitológica e o braço inspetivo do Estado bem real.

Ao mesmo nível, encontramos a política de incentivos fiscais às empresas. Estando o mercado nacional dividido entre 2% de empregadores e 98% de empregados, é desconcertante ver a ausência de adoção por parte do governo das propostas da Confederação Empresarial de Portugal (CIP) para que os patrões possam continuar a garantir a sustentabilidade das empresas e, logo, do emprego que criam. Pior: chegam mais impostos, sobretudo indiretos, agravando a probabilidade de sobrevivência no atual contexto macroeconómico.

Por último, temos os pacientes. Cidadãos altamente pressionados pelas consequências da inflação, com a expressão máxima a verificar-se no aumento da Euribor e sua consequência direta nos créditos à habitação. Uma população também sufocada por impostos e a quem os empregadores não conseguem auxiliar mais, de tão ocupados estão em tentar sobreviver – convém lembrar que a malha empresarial nacional é composta, na esmagadora maioria, por micro e pequenas empresas, realidade bem refletida no setor da dentária. E para negócios desta dimensão, a sobrevivência torna-se uma batalha quase diária.

Voltando à dentária e a quem tem clínica própria: os centros de custo aumentam com a subida dos preços dos fornecedores; os impostos aumentam com as decisões em sede de Orçamento do Estado; a exigência da conformidade legal aumenta com o braço inspetivo do Estado; a afluência dos pacientes diminui porque, antes de se preocuparem com a Saúde Oral, têm a prestação da casa, a educação dos filhos, o supermercado, o combustível e a eletricidade. E mais nada, porque muitos já nem a isso conseguem fazer face.



A ESTRATÉGIA INDIVIDUAL DE CADA EMPRESÁRIO DA MEDICINA DENTÁRIA TEM DE SER CIRCUNSCRITA A DUAS ATUAÇÕES: MANTER O FOCO NA PRESTAÇÃO DO MELHOR SERVIÇO DE SAÚDE ORAL E ESTAR ATENTO À ATUALIDADE, INTERNA E EXTERNA, AJUSTANDO AS HABITUAIS ROTINAS AOS INPUTS RECOLHIDOS

Perante este cenário, a estratégia individual de cada empresário da Medicina Dentária – seja médico dentista, higienista oral, gestor ou outro – tem de ser circunscrita a duas atuações: manter o foco na prestação do melhor serviço de Saúde Oral e estar atento à atualidade, interna e externa, ajustando as habituais rotinas aos *inputs* recolhidos.

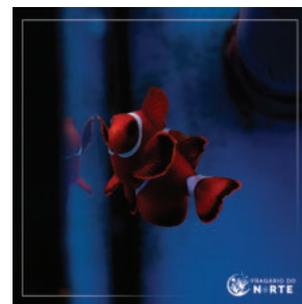
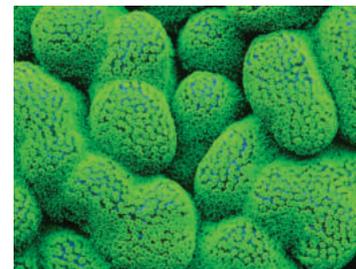
A primeira linha de atuação permite fazer balanços diários do que pode melhorar e, assim, evitar que o âmago do negócio se deteriore – não há pior consequência do que um atendimento mediano a quem já vai com esforço à clínica. A segunda permite deixar cair procedimentos que fazem menos sentido agora, reforçando o investimento humano da operação em áreas-chave, além de diminuir o risco de seguir estratégias de “achologia”, produzidas em particular pelo ruído das redes sociais.

Como vencer então o Triângulo das Bermudas da dentária? Só a navegação orientada pela estratégia das duas linhas de atuação conseguirá manter o barco à tona em tão desafiante travessia, até chegarmos a novos mares, mais calmos e prósperos onde o crescimento voltará a estar em cima da mesa. 🌊

João Mouzinho

“Um aquário é como um sorriso: É na harmonia do conjunto que reside a sua beleza”. É o que inspira João Mouzinho, médico dentista fundador da Molar Clinic, no Porto, na atividade que elegeu como *hobby*: a aquariofilia.

Mais do que um passatempo, a aquariofilia é, para João Mouzinho, fundador da Molar Clinic, uma paixão que já vem de família. “Desde bebé que me lembro de ter aquários (de água doce quente) em casa. Quando fui para o Porto estudar, mesmo com o pouco tempo disponível que a vida de estudante universitário implica, construí um pequeno aquário de água salgada na minha residência”, recorda o dentista. Apesar de também praticar corrida e pádel e de ser um colecionador de arte urbana, é como aquariófilo que diz relaxar verdadeiramente da agitada prática clínica. “Quando chego a casa não vejo mais dentes, nem penso mais em dentes. Desligo completamente da Medicina Dentária, do trabalho e dos problemas... E ‘atiro-me’ à minha paixão!”, conta à Saúde Oral. “A maioria das pessoas chega a casa e senta-se no sofá. Eu chego a casa, arregaço as mangas e meto as mãos dentro do aquário porque há sempre um coral que se virou ou que está à procura da luz, um caranguejo que largou uma pedra ou um camarão que decidiu saltar... À semelhança das pessoas que vão à rua com o cão, eu meto as mãos dentro de água e trato dos meus bichinhos”, conta. Quem entra na casa de João Mouzinho dificilmente consegue desviar o olhar do aquário de 1.500 litros. Isto porque “quem não está familiarizado com a aquariofilia acha que um aquário é pouco mais do que um recipiente com um peixinho dourado a nadar de um lado para outro... Mas, os aquários de água salgada são o fundo do mar autêntico”, explica o dentista, acrescentando que a organização do aquário obedece a princípios de paisagismo.



“Quando olhamos para um aquário, habitualmente temos um conjunto de rochas muito altas do lado esquerdo e outro de rochas centrais, para que as pessoas percebam que a água está em movimento; já a disposição dos corais baseia-se nas cores – juntamos os verdes com os vermelhos, por exemplo – e depois temos os peixes, que andam por ali a fazer o seu bailado”, descreve. Segundo o especialista em Implantologia e facetas, “um aquário é como um sorriso: é na harmonia do conjunto que reside a sua beleza”. “Os peixes, as rochas ou os corais não valem por si só, tal como cada um dos dentes de um sorriso não ‘brilha’ sozinho”, justifica.

A aquariofilia é uma atividade que, à semelhança da Medicina Dentária, exige muito tempo e muito estudo. “É preciso ser-se um pouco biólogo, químico, arquiteto, engenheiro, artista, médico e farmacêutico... Para conhecer a química da água, ajustar o ambiente, diagnosticar potenciais doenças nos

animais e tratar em conformidade”, sublinha João Mouzinho.

Atualmente, e porque está a mudar de casa, o aquário de 1.500 litros de água foi destruído e os animais (corais e peixes) estão todos no Fragário. Na nova residência do dentista, haverá espaço para um novo aquário, que está a ser construído de raiz em Barcelona, à base de acrílicos pretos e foscos, aberto por cima e que pretende replicar dois ambientes em simultâneo: a vista de cima (lagoa) e do fundo do mar. “Bora Bora Project” é o nome desta “nova coqueluche”, inspirada no local para onde o dentista viajou em lua-de-mel e onde viu “os corais mais bonitos até hoje”.

De acordo com João Mouzinho, não se é um verdadeiro aquariófilo se não se praticar esta atividade imbuído da cultura de proteção da natureza e da conservação das espécies. “Não compramos nada selvagem, nem tiramos nada do mar. Se tirarmos, temos que devolver. O que está no mar, ao mar pertence!”, defende. ●



ZIRKONZAHN APRESENTA NOVO SCANNER INTRAORAL DETECTION EYE

O novo scanner intraoral Detection Eye da Zirkozahn permite uma digitalização mais fácil da arcada do paciente, realizada em menos de 60 segundos. Em comunicado de imprensa, a empresa explica que “o scanner é fácil de usar e a opção de duas pontas diferentes (padrão e pequena) permite

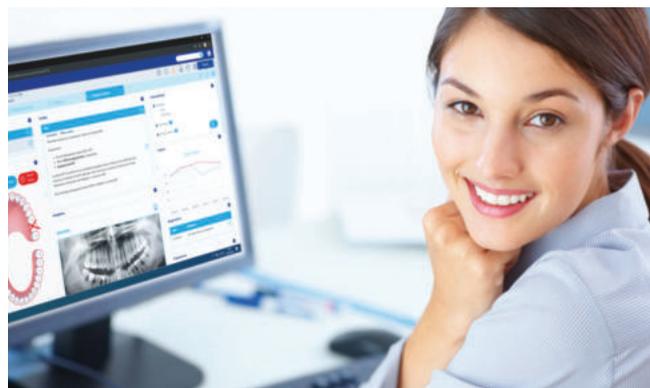
um procedimento mais confortável para o paciente. Leve, compacto e ergonómico, assegura um processo simplificado devido à digitalização sem pó”. Uma vez capturados os dados, estes podem ser fácil e rapidamente transferidos para o módulo Model Maker, para desenhar um modelo. O modelo criado é então transferido para o novo *software* Zirkozahn.Slicer, onde é colocado na plataforma de impressão e, se necessário, é possível gerar suportes especiais. O *software* é concebido para o fluxo de trabalho dentário e é fornecido com configurações pré-estabelecidas para um processo de impressão sem interrupções e bem calibrado. Os dados da impressão 3D podem ser transferidos para as impressoras P4000 da Zirkozahn. O sistema de impressão P4000 3D funciona idealmente em combinação com a resina Resin Waterbased Beige da Zirkozahn. Esta resina é particularmente adequada para a produção de modelos dentários e apresenta baixos valores de retração, realizando objetos impressos altamente estáveis e reproduzíveis. O modelo pode ser limpo num banho ultra-sónico e depois polimerizado na L300 Post-Curing Lamp.



ALIGN TECHNOLOGY LANÇA SOFTWARE INVISALIGN SMILE ARCHITECT

Invisalign Smile Architect é um *software* de planeamento de tratamento orto-restaurador que permite aos médicos dentistas integrar a terapia com aligners transparentes nos seus planos de tratamento integrados. Combina o alinhamento dos dentes com o plano restaurador numa única plataforma.

Invisalign Smile Architect combina o planeamento de tratamento facial e orto-restaurador com a plataforma de *software* ClinCheck 3D, proporcionando flexibilidade para responder às diversas necessidades dos pacientes. Auxilia os médicos dentistas na conceção de uma abordagem *end-to-end* para os seus pacientes, com planos de tratamento minimamente invasivos que preservam a estrutura saudável e natural do dente. O novo *software* pode transformar os planos digitais de tratamento ao proporcionar aos médicos dentistas uma maior flexibilidade, consistência das preferências de tratamento e a capacidade de aceder e modificar o plano de tratamento em tempo real. Isto permite aos médicos dentistas planear o caso com o objetivo do tratamento final em mente, em harmonia com o rosto do paciente, e permite excelentes resultados ao mesmo tempo que preserva a estrutura do dente saudável.



ORISLINE PORTUGAL DISPONIBILIZA EM PORTUGAL O SOFTWARE GESDEN ONE

A OrisLine Portugal, uma marca do grupo Henry Schein One, distribui soluções informáticas dentárias há mais de 15 anos, e desde o dia 3 de abril de 2023, que comercializa o GesDen One, o *software* na *cloud* para gestão de clínicas dentárias da Infomed, uma empresa espanhola do mesmo grupo. Esta parceria reforça a sinergia entre portefólios das empresas do grupo Henry Schein One, tornando possível agregar ainda mais valor a um mercado em constante crescimento, com particular atenção às necessidades específicas do setor dentário e uma abordagem de 360 graus aos seus clientes.

GesDen One é uma solução que pretende dar resposta às principais necessidades das clínicas dentárias portuguesas que requerem um *software* flexível e dinâmico, possível de utilizar a partir de qualquer lugar em qualquer dispositivo comum e com conexão à internet. A equipa da OrisLine será responsável tanto pela distribuição comercial como pelo apoio técnico do *software* GesDen One. 🌐

Digitalize a sua clínica dentária para
aumentar a produtividade

Powered by



SAVE THE DATE

DIA

13

MÊS

05

ANO

23

Local: Porto Salvo, Oeiras

- **10h30 - Receção**
- **10h45 - 6 Passos para levar o negócios de bom a excelente** | Carlos Gil, business coach
- **11h45 - Coffee Break**
- **12h - Digitalizar para humanizar** | Dra. Clara Panão, DentalCare Lisboa
- **12h30 - Digitalização - a perfeita aliada** | Dra. Isabel Coutinho, Clínicas Alinea Premium Oral Care
- **13h - Almoço**
- **14h15 - 8,8 milhões de portugueses estão online. E nós?** | Paulo Rossas, especialista em marketing digital

Inscreva-se até **10 de maio de 2023.**

Evento gratuito.



VarioSurg3

SISTEMA DE CIRURGIA ULTRASSÓNICA

MODELO **VarioSurg3**
REF. **Y1002726**

- Aplicações:
Cirurgia Óssea
Elevação do Seio
Cirurgia Periodontal
Cirurgia Endodôntica
- Três modos:
Cirurgia, Endodontia, Periodontia (9 programas)
- Modo ráfaga selecionável
- Intensidade de luz LED regulável
- Modo de autolimpeza
- Função de retroiluminação

4.899€*

~~11.835€*~~



COM DUPLA LUZ

LED

Inclui:
Kit Básico
H-SG1
SG3
SG5
SG6D
SG7D
SG11



2ª PEÇA DE MÃO COM CABO



MODELO **VarioSurg3**
REF. **E1133001**

