ISSN: 1647-0486

omd

revista da ordem dos médicos dentistas

número 1
fevereiro 2009
trimestral

Nacional

Entrevista ao Bastonário
pág. 8 a 10

Destaque

Estudo:
Empregabilidade
pág. 12 a 19

A profissão na Europa:

Manual of Dental Practice

cadernos científicos
Páginas Centrais

CLAVAMOX DT, comprimidos revestidos por película, contendo 875 mg de amoxicilina na forma tri-hidratada e 125 mg de clavulanato de potássio. **Indicações Terapêuticas:** Tratamento das seguintes infecções bacterianas, quando causadas por microrganismos sensíveis ao CLAVAMOX: Infecções do tracto respiratório superior, como por exemplo, amigdalite recorrente, sinusite, otite média, tipicamente causadas por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae**, *Moraxella catarrhalis** e *Streptococcus pyogenes*; Infecções do tracto respiratório inferior, por exemplo, agudização da bronquite crónica, pneumonia lobar e broncopneumonia, tipicamente causadas por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae** e *Moraxella catarrhalis**; Infecções genito-urinárias, nomeadamente, cistite, uretrite, pielonefrite, infecções ginecológicas, tipicamente causadas por *Enterobacteriaceae** (principalmente *Escherichia coli**), *Staphylococcus saprophyticus* e *Enterococcus* species, e gonorreia causada por *Neisseria gonorrhoeae**; Infecções da pele e dos tecidos moles, tipicamente causadas por *Staphylococcus aureus**, *Streptococcus pyogenes* e *Bacteroides species**; Infecções ósseas e articulares, por exemplo osteomielite, tipicamente causadas por *Staphylococcus aureus**, em que uma terapêutica mais prolongada possa ser apropriada; Outras infecções, incluindo aborto séptico, sepsis puerperal, sepsis intra-abdominal. **Posologia recomendada:** Infecções Ligeiras a Moderadas: 875/125 mg administrados de 12 em 12 horas. Infecções Graves: 875mg/125mg administrados de 8 em 8 horas. INSUFICIÊNCIA RENAL: devem ser efectuados ajustes de dose tendo como base a dose máxima de amoxicilina recomendada. INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA: A posologia deve ser estabelecida com precaução; e a monitorização da função hepática deverá ser efectuada em intervalos regulares. IDOSOS: Não é necessário proceder a ajuste da dose. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à amoxicilina ou ao ácido clavulânico ou a qualquer um dos excipientes. CLAVAMOX não deve ser administrado a doentes com história de hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos, como por exemplo penicilinas e cefalosporinas. CLAVAMOX está contra-indicado em doentes com história prévia de icterícia/disfunção hepática associada à sua utilização. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos indesejáveis muito frequentes e frequentes são: diarreia, náuseas, vómitos e Candidíase mucocutânea. *Pouco frequentes* são: tonturas, cefaleias e dificuldade de digestão, erupção cutânea, prurido, urticária. Tem sido observado um aumento moderado dos valores da AST e/ou ALT em doentes em tratamento com antibióticos da classe beta-lactâmicos, desconhecendo-se o significado destes achados. Os efeitos adversos *raros* são: leucopenia reversível (incluindo neutropenia) ou trombocitopenia, eritema multiforme *Muito raros* são: agranulocitose e anemia hemolítica reversíveis, edema angioneurótico, anafilaxia, doença do soro e vasculite hipersensível. Prolongamento do tempo de hemorragia e do tempo de protrombina. Hiperactividade e convulsões. Colite associada a antibióticos (incluindo colite pseudomembranosa e colite hemorrágica). Língua negra pilosa. Hepatite e icterícia colestática. As alterações hepáticas são geralmente reversíveis. Contudo, podem ser graves e, em situações extremamente raras, foram referidos casos mortais. Síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, dermatite bulhosa e exfoliativa e pustulose exantematosa generalizada aguda (AGEP). Nefrite intersticial e cristalúria são também muito raros. **Apresentação e Preços:** Clavamox DT Comp. 1 g cx.16 P.V.P. €15.69 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €10.20 Utente: €5.49. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €13.18 Utente: €2.51. *Sob licença de SmithKline Beecham, plc UK. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM:* BIAL - Portela & Cª S.A.- À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado -PORTUGAL Capital Social €13.500.000 - Sociedade Anónima - Matrícula Nº 500 220 913 - Conservatória do Registo Comercial da Trofa - Contribuinte 500 220 913 - www.bial.com - info@bial.com. DIDSAM080703

índice

institucional | editorial

Editorial 4

Diplomacia da OMD apoia integração internaconal dos PALOP 5

Um congresso de recordes 6

A Associação Dentária Lusófona 7

O Álbum dos 10 anos da OMD 7

Perspectiva de futuro 8

ELEIÇÕES EM 2009 9

N ovas instalações da delegação sul da OMD 10

institucional | destaque

Inquérito à empregabilidade e situação profissional em 2008 12

nacional | c. deontológico

A mudança de paradigma? 20

nacional | acessoria juridica

Médicos dentistas no Mercado Único Europeu 24

Assistentes Dentárias 25

nacional | saúde oral

"cheque-dentista" alargado em 2009 26

EM FINAIS DE 2008 2.500 MÉDICOS ADERIRAM AO "CHEQUE-DENTISTA" 26

Em 2007, em Portugal, Tabaco faz 12.615 mortes 29

nacional | ordem

Processo OMD, Autoridade da concorrência 31

2008 EM REVISTA 31

Ordem apoia sociedades científicas 32

OMD no conselho consultivo 33

Recepção de contributos para a revisão do Estatuto da OMD 34

Ordem adquire instalações nos açores 34

Assembleia Geral Ordinária aprovou orçamento para 2009 36

Renovação de cédulas profissionais 36

nacional | congresso

XVII Congresso da OMD: Aposta ganha, venha o próximo 38

"Eu estou na política" 39

Testemunhos de convidados 40

ABCD distingue OMD 41

Expo-Dentária 2008: reacções e comentários 42

nacional | geral

Médicos-dentistas no palco político 44

PROVAS ACADÉMICAS REALIZADAS NA FAC. DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIV. DO PORTO 44

SPEMD: 90 ANOS 46

internacional | europa

Manual Of Dental Practice 2008 48

PRESIDENTE DO CED APRESENTA MANUAL DA MEDICINA DENTÁRIA NA EUROPA 48

Posição do CED sobre proposta de directiva de cuidados de saúde transfronteiriços 49

internacional | lusofonia

ABO: a importância das parcerias 50

África: a medicina dentária na terra prometida 51

Medalha Tiradentes atribuída à OMD e ao bastonário 52

FDI: influência global, acção local 52

FDI: mais de um século a forjar a liderança 53

TRAZER PARA PORTUGAL O CONGRESSO DA FDI 53

internacional | global

FDI aprova novas declarações de princípios 54

O International College of Dentists (ICD) 56

ANTÓNIO DE VASCONCELOS TAVARES 56

lazer | em viagem

No Pico: A pairar nas nuvens 58

Artigos assinados e de opinião remetem para as posições dos respectivos autores, não reflectindo, necessariamente, as posições oficiais e de consenso da OMD.

FICHA TÉCNICA

Revista nº: 1
Fevereiro de 2009
Trimestral

Propriedade e Edição
Ordem dos Médicos Dentistas

Direcção
Director:
Orlando Monteiro da Silva
Director-adjunto:
João Braga

Conselho Editorial
Bastonário da OMD
Presidente da Assembleia Geral da OMD
Presidente do Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD
Presidente do Conselho Directivo da OMD
Presidente do Conselho Fiscal da OMD

Conselho Científico
Presidente: Pedro Leitão
António Ginjeira
Gil Alcoforado
João Carlos Ramos
Pedro Correia

Sede e Redacção
Av. Dr. Antunes Guimarães, 463
4100-080 Porto, Portugal
Telefone: +351 226 197 690
revista@omd.pt

Redacção
Ordem dos Médicos Dentistas
Chefe de redacção:
Cristina Gonçalves
Redacção: Carlos Duarte

Publicidade
Inédia – Consultoria e Estratégia de Comunicação, Lda

Rua 25 de Abril, 35 – 1º -
2665-201-Malveira, Portugal

Tel.: 21 771 80 30
publicidade.omd@inedia.pt

Edição Gráfica:
Inédia – Consultoria e Estratégia de Comunicação, Lda

Paginação:
Capitão Pop, Lda

Impressão:
Multiponto

NIPC 502840579

Periodicidade: Trimestral

Distribuição: Gratuita

Tiragem: 7.500 exemplares

Depósito Legal: 285 271/08

ISSN: 1647-0486

Caros colegas,

Este ano de 2009 apresenta desafios particulares para o exercício da profissão.
O abrandamento da actividade económica é perceptível em Portugal de há alguns anos a esta parte. Agora, a crise financeira que se faz sentir um pouco por todo o mundo debilitou de sobremaneira a capacidade económica das famílias em Portugal. Nós, médicos dentistas, profissionais liberais, assalariados ou exercendo em regime de percentagem, mas quase todos dependentes dos pagamentos directa ou indirectamente efectuados pelos nossos doentes, sabemos bem quanto o menor rendimento disponível das famílias afecta a procura dos nossos serviços.
Trata-se de uma crise que, pela nossa parte, médicos dentistas, nos deve abrir a um processo de adaptação. Uma adaptação que pode trazer novas oportunidades de actuação e novas respostas aos desafios.
É a dinâmica da vida em todos os seus sentidos…
Adaptação no sentido de aprimorarmos os aspectos ligados à gestão e racionalização dos recursos vários que são inerentes ao exercício da profissão. Por exemplo:
Na atenção comparativa à relação preço/qualidade dos materiais que utilizamos no nosso dia-a-dia;
Na racionalização em termos de número e vencimentos do pessoal auxiliar, assistentes dentários ou outros, em função da intensidade da nossa actividade;
Nos investimentos supérfluos ou adiáveis em equipamentos e tecnologia;
No baixar de expectativas irrealistas ou há muito desenquadradas da realidade do exercício da profissão em Portugal;
No estabelecimento de parcerias e/ou sociedades com outros colegas;

Editorial

Na fixação de honorários, nomeadamente em esquemas mais complexos que a cobrança de um preço único por acto médico dentário: um exemplo é a prática de honorários bipartidos, que incluem um montante fixo e um montante variável, exigindo aos pacientes o pagamento de uma jóia acrescido de um montante variável por cada acto disponibilizado.
As oportunidades, essas, decorrem, por exemplo:
da adaptação dos nossos honorários à disponibilidade dos nossos doentes;
da diferenciação clínica nas diversas áreas da medicina dentária;
da auto disponibilização de tempos livres adicionais, tão importantes numa profissão como a nossa, ajudando a uma realização complementar a nível pessoal e familiar;
do aproveitamento do maior tempo disponível para melhorar a nossa relação com os doentes;
de um relacionamento com os doentes numa perspectiva holística, no sentido da informação detalhada sobre as terapêuticas disponíveis;
de um acompanhamento mais aprofundado de aspectos variados ligados à gestão eficiente dos nossos consultórios;
de um acompanhamento adequado e próximo da evolução da nossa situação em termos fiscais;
de uma promoção, enquadrada em termos éticos, da nossa actividade e dos serviços que prestamos;
de uma aposta e sentido de aprofundamento e diversificação da nossa formação contínua;
da análise de novas oportunidades em termos profissionais.
Enfim, numa palavra, as crises são ameaças e oportunidades. Temos que identificá-las e aproveitar as oportunidades, eliminando aquela "gordura supérflua" que se vai acumulando com o tempo, aproveitando para tomar decisões tantas vezes adiadas por falta de tempo e/ou motivação.
A Ordem dos Médicos Dentistas continuará a acompanhar de perto a realidade portuguesa e europeia, identificando tendências, antevendo consequências e, sobretudo, informando os médicos dentistas.
Neste quadro, o "Dossier dos Novos Membros", o "Guia de Abertura de Clínicas", os "Números da Ordem" e, de uma forma geral, a informação que a OMD veicula, são instrumentos extremamente importantes para os colegas. E um médico dentista devidamente informado estará em melhores condições para ser bem sucedido profissionalmente.
Desejo a todos um 2009 que preencha todas as expectativas que nele depositamos!■

Orlando Monteiro da Silva
Bastonário

Diplomacia da OMD apoia integração internacional dos PALOP

O congresso de Novembro de 2008, em Santa Maria da Feira, longe das vistas do público, constituiu-se como um grande palco para o que se pode designar de uma "diplomacia silenciosa da OMD" a favor do desenvolvimento, afirmação e reforço da capacidade e papel das instituições socioprofissionais e científicas da Lusofonia no mundo da medicina dentária. O objectivo principal é proporcionar oportunidades de exercício profissional aos médicos dentistas de Portugal.

Os dirigentes da OMD, com destaque para o seu bastonário, protagonizaram durante os três dias do congresso múltiplas iniciativas destinadas a estreitar as relações com a medicina dentária dos PALOP e promover e facilitar a sua integração nos circuitos profissionais e científicos internacionais.
Entretanto, os representantes da medicina dentária dos países africanos de língua oficial portuguesa marcaram uma importante presença no evento, reflectindo o que Orlando Monteiro da Silva, bastonário da Ordem, considera serem "as excelentes relações institucionais, e até pessoais, com os dirigentes destes países".
"Temos a obrigação de nos empenharmos para que também esses países possam disponibilizar melhores cuidados de saúde oral, mantendo a consciência de que ainda há um longo caminho pela frente, dada a precariedade dos cuidados de saúde ali existentes", reflecte o bastonário.
Orlando Monteiro da Silva destaca o esforço que a OMD desenvolve "para incluir as associações dentárias dos PALOP no circuito internacional da medicina dentária".
"Com esse objectivo, durante o congresso, promovemos a reunião do presidente da Federação Dentária Internacional (FDI), Roberto Vianna, e do Presidente da Associação Brasileira de Odontologia, Norberto Lubiana, com Avelino Chilandala e Antonino Veiga, respectivamente da associação angolana e da associação cabo-verdiana de medicina dentária", adianta o bastonário, lembrando que "em 2006, a OMD já tinha promovido a inscrição das associações dentárias de Angola, Guiné-Bissau e Timor-Leste na FDI, com Cabo-Verde neste ano a reunir também as condições para solicitar a sua adesão a este importante organismo". "É necessário dar internacionalmente a máxima visibilidade à realidade da profissão nestes países de língua e expressão portuguesa", refere o bastonário, considerando que "a melhor forma para nos aproximarmos destes países não é apenas por via de intenções, muitas vezes mal interpretadas e ultrapassadas, relativas à "velha" cooperação. É, isso sim, através de realidades e acções concretas, no nosso caso, a partilha da mesma profissão".

Expandir as fronteiras da medicina dentária portuguesa

Concretizando a colaboração da OMD com as associações de medicina dentária dos PALOP, Orlando Monteiro da Silva relembra que "a Ordem tem assinado protocolos de cooperação, por exemplo, para intercâmbio de conferencistas em congressos, os quais contribuem para o fortalecimento científico da medicina dentária nestes países", e aponta como exemplo ter sido a OMD, em 2007, "a impulsionadora e apoiante do *I Congresso de Medicina Dentária de Angola*".

> "Queremos expandir as fronteiras de actuação da medicina dentária portuguesa não apenas em África, mas também a Oriente"

O bastonário destaca, ainda, o facto de alguns deles "pelas suas realidades, constituírem uma possibilidade de exercício profissional para médicos dentistas oriundos de Portugal e do Brasil, dois países onde há uma pletora a nível profissional". "Também ao nível do ensino, as faculdades portuguesas e brasileiras têm ali um campo de actuação potencialmente muito interessante", considera.
"Queremos expandir as fronteiras de actuação da medicina dentária portuguesa não apenas em África, mas também a Oriente, como demonstra a nossa entrega a projectos como a realização do *Congresso Sino-Português de Medicina Dentária,* em Macau".■

Num breve balanço, o bastonário, Orlando Monteiro da Silva, destaca o sucesso deste congresso dos 10 Anos da OMD, comprovado pelos números - foram batidos todos os recordes em congressistas, expositores e visitantes. Destaca, ainda, o reconhecimento, pelos convidados institucionais estrangeiros, do "patamar de excelência atingido pela medicina dentária portuguesa em poucos anos". E, relativamente à participação de conferencistas inscritos na OMD, deixa a promessa de que, futuramente, a Ordem virá a reforçar a aposta na "prata da casa".

Um congresso de recordes

E apostas futuras na "prata da casa"

Num balanço do Congresso de 2008 da OMD, o bastonário, Orlando Monteiro da Silva, considera que a "medicina dentária portuguesa está de parabéns, assim como a comissão organizadora e científica, pois "conseguimos oferecer um programa científico de elevada qualidade e, na parte da Expo-Dentária, temos um *feedback* muito positivo de expositores e visitantes". "Atingimos números recorde de participação a todos os níveis", congratula-se.

Explica que no ano das comemorações do 10º Aniversário da OMD, "entendeu-se celebrar a maturidade científica da medicina dentária em Portugal convidando apenas conferencistas inscritos na Ordem a participarem no programa científico do congresso. Não é a questão da nacionalidade que está em causa. Isso não faria sentido numa Ordem que tem inscritos profissionais oriundos de mais de 30 nacionalidades diferentes. Tratou-se, isso sim, de assinalar a vitalidade da profissão em Portugal".

Paulo Rompante
Presidente da comissão organizadora

Para Orlando Monteiro da Silva, a grande dificuldade "foi a selecção de prelectores face à qualidade e quantidade da oferta disponível". Mas, acrescenta, "foi uma aposta ganha e, reconhecidamente, de enorme pertinência". Antecipando o futuro, revela que "apesar do Congresso 2009 voltar à fórmula original - combinação de palestrantes de grande qualidade, estrangeiros e inscritos na Ordem –, futuramente será seguida uma linha de aposta estratégica na "prata da casa".

Referindo-se às reacções à iniciativa, o bastonário considera-as "muito animadoras", quer da parte dos médicos dentistas, quer dos expositores presentes, destacando que os convidados institucionais estrangeiros, nomeadamente do Brasil, "ficaram absolutamente surpreendidos com o facto de, em poucos anos de existência, a medicina dentária portuguesa ter alcançado tão elevado patamar de excelência". Revela, ainda, que "também o nosso convidado especial, Roberto Vianna, presidente eleito da FDI, a entidade máxima mundial da medicina dentária, me transmitiu, de forma muito empenhada, esse mesmo reconhecimento".■

A Associação Dentária Lusófona

A base das relações do futuro

Perspectivando o futuro das relações da OMD com os países da Lusofonia, Orlando Monteiro da Silva destaca o papel da Associação Dentária Lusófona (ADL)

"É uma associação destinada a promover o estudo, a formação contínua e o exercício da medicina dentária nos países lusófonos, mediante a colaboração estreita entre as respectivas entidades responsáveis, bem como a melhoria e desenvolvimento da cooperação das relações profissionais internacionais, usando a língua portuguesa como meio de união e de promoção", explica.

A ADL pretende aglutinar todos os países de língua e expressão portuguesa e, ao mesmo tempo, através da sua filiação na FDI e na CPLP (Comunidade de Países de Língua Portuguesa), assumir-se como interlocutor oficial. "O contributo do actual presidente, Miguel Nobre, e do anterior - e primeiro -, Manuel Fontes de Carvalho, fundador da ADL foi determinante", realça o bastonário.

Orlando Monteiro da Silva, assinalando "o papel muito activo que a OMD tem mantido nas organizações internacionais - europeias, mundiais e de língua portuguesa - e declara, convictamente: "posso assegurar que a medicina dentária portuguesa e os seus profissionais estão cada vez mais prestigiados em termos internacionais. Isso é muito importante para criação de oportunidades de exercício profissional".■

ASSOCIAÇÃO DENTÁRIA LUSÓFONA

O Álbum dos 10 anos da OMD

Uma memória da construção da Ordem

Álbum dos 10 anos da OMD "era uma obra necessária e que já se justificava", considera o bastonário da OMD, Orlando Monteiro da Silva. "Veio fazer justiça à Instituição OMD e, principalmente, a todos os envolvidos na sua génese e consolidação, em especial, aos que fizeram parte dos órgãos sociais anteriores", justifica.

"Não foi fácil recolher a informação e, sobretudo, dar-lhe um tratamento adequado, historicamente comprovado e factual", refere o bastonário, reconhecendo que "certamente nem tudo e todos foram focados, pois tal seria praticamente impossível". "Mas julgo que o balanço final é francamente positivo e, sobretudo, reflectiu, de uma forma isenta, a verdade dos factos". Na sua opinião a obra tem o papel "importante de relembrar o esforço" que tem sido feito ao longo das últimas décadas "para garantir a dignificação da profissão e, consequentemente, a prestação de melhores cuidados de saúde oral em Portugal". "Estou certo que este livro vai contribuir para um melhor conhecimento da profissão e da Ordem dos Médicos Dentistas", diz, lembrando, no entanto, que "somos uma classe em construção, ainda com um longo caminho a percorrer".

Orlando Monteiro da Silva faz questão de proferir uma palavra de apreço a todos aqueles que ocuparam cargos nos Órgãos Sociais da Ordem, destacando que "o que a Ordem é hoje deve-se ao contributo de todos, pelo que deixo um agradecimento, em nome da Instituição, pelo vosso desempenho".

Não concluiu sem deixar de referir uma gaffe "lamentável", apenas descoberta posteriormente: "a obra deu enfoque, com foto, a todos os Presidentes das Comissões Organizadoras do Congresso e, lamentavelmente, o colega e amigo António Ginjeira, responsável pelo Congresso 2002, não constou… mas, sei que ele não se importa".■

Álbum 10º Aniversário OMD

A Ordem dos Médicos Dentistas assinalou o seu 10º Aniversário com a publicação de um álbum que retrata a evolução da medicina dentária em Portugal. Trata-se de uma obra historicamente comprovada e factual.

Se é médico dentista e não teve oportunidade de levantar o álbum durante o Congresso Anual da OMD 2008, poderá solicitar um exemplar à Bial, parceiro imprescindível à concretização deste projecto, através do endereço electrónico info@bial.com. Deverá mencionar o seu número de cédula profissional, nome e morada.

O álbum também poderá ser levantado nas delegações da OMD em Lisboa e no Funchal. A distribuição do álbum está limitada ao stock existente.

Entrevista

PERSPECTIVA DE FUTURO

Em entrevista à Revista da OMD o bastonário, Orlando Monteiro da Silva, depois do sucesso do último congresso, faz o balanço dos grandes momentos de 2008 e deixa uma visão estratégica e de futuro para a ordem, a medicina dentária e a profissão, detalhando um vasto conjunto de projectos e iniciativas estruturantes com arranque previsto para 2009.

P - Qual o balanço do desempenho da ordem em 2008?
Orlando Monteiro da Silva (OMS) - Desde já diria que a medicina dentária portuguesa está de parabéns. Tivemos um grande congresso em simultâneocom as comemorações do 10º Aniversário da Ordem. O balanço é muito positivo em ambos os casos.

P - O congresso de 2008 bateu todos os recordes...
OMS - Exactamente. Registamos números recorde de participação a todos os níveis. Este foi um congresso da celebração e demonstrativo da vitalidade da profissão e da maturidade já alcançada pela medicina dentária em Portugal, expressas num programa científico que optou, no espírito do 10º aniversário da ordem, por incluir apenas palestrantes inscritos na OMD. Foi uma aposta arriscada, mas reconhecidamente ganha. O nível científico surpreendeu os nossos convidados institucionais estrangeiros.

P - A Expo-Dentária também tem importância no Congresso. A componente comercial atraiu mais expositores? E visitantes?
OMS - Mais expositores, 122 no total, e mais visitantes, cerca de 5.900. Também a possibilidade que foi dada aos expositores de integrarem as comemorações oficiais do 10º Aniversário da OMD serviu como reconhecimento do importante papel que os nossos parceiros comerciais e laboratórios têm tido no avanço da profissão em Portugal.

P - Entre as representações estrangeiras ao congresso, a Lusofonia esteve presente em força, um verdadeiro palco diplomático...
OMS - As relações institucionais, e até pessoais, da OMD com - e entre - os dirigentes destes países são as melhores. E o congresso foi um palco diplomático aproveitado pela ordem para reforçar essas relações e aprofundar uma série de projectos estratégicos e de cooperação muito concretos, quer favoráveis ao desenvolvimento da medicina dentária e da saúde oral no espaço de lusofonia, quer de maior integração e protagonismo das associações profissionais e científicas lusófonas nas instituições internacionais. Durante o congresso promovemos diversas reuniões de trabalho em torno de projectos concretos envolvendo o presidente da FDI, Roberto Vianna, o presidente da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Norberto Lubiana e Avelino Chilandala e Antonino Veiga, respectivamente das associações angolana e cabo-verdiana.
Há que referir que estamos a expandir as fronteiras da medicina dentária não apenas em África, mas também a Oriente, como demonstra a nossa entrega a projectos como a realização do *Congresso Sino-Português de Medicina Dentária*, em Macau. O objectivo primordial destas acções é o de abrir portas nestes países para o exercício profissional dos médicos dentistas.

P - A Associação Dentária Lusófona (ADL) tem aqui um papel essencial?
OMS - A ADL é uma associação envolvendo as associações dos diferentes países lusófonos, destinada a promover o estudo, a formação contínua e o exercício da medicina dentária nos respectivos territórios. Um outro objectivo é filiação da ADL na FDI e na CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa).

P - Depois do sucesso e dos recordes batidos, o que se pode esperar do próximo congresso?
OMS - O próximo congresso realiza-se em Lisboa. Só podemos esperar sempre mais e melhor. A comissão organizadora, liderada pela nossa colega Natália Lucas Nunes, está há muito a trabalhar no Congresso. Penso até ser a comissão que, de todas, mais antecipadamente está no terreno. O que, naturalmente, aumenta as probabilidades de êxito.

P - Haverá surpresas?
OMS - As surpresas serão para divulgar atempadamente, senão deixam de o ser...

Fundação da Medicina Dentária com vocação social

P - Em relação à Fundação da Medicina Dentária. Como surge esta ideia?
OMS - A ideia da Fundação surge essencialmente de um conjunto de interessantes oportunidades que têm, ao longo destes anos, vindo a ser propostas à Ordem, mas que, no entanto, estão fora da vocação da OMD ou não se enquadram no seu perfil legal e estatutário. Assim, não podendo responder a essas solicitações e oportunidades - algumas das quais não são passíveis de delegação noutras instituições – se tenha considerado essencial o estabelecimento de uma Fundação da Medicina Dentária vocacionada para a prossecução adequada dessa funções. Será mais uma instituição ao serviço da evolução da medicina dentária portuguesa.

> "O próprio Governo (...) está interessado em se constituir, futuramente, como um parceiro da Fundação da Medicina Dentária"

P - Qual o papel da Fundação?
OMS - Essencialmente, de âmbito social, na promoção do voluntariado, na assistência social a grupos particularmente desfavorecidos da população. Também na promoção da profissão, da qualidade na medicina dentária, da atribuição de bolsas de estudo e prémios por excelência clínica e de investigação; na mobilização de energias, sinergias e recursos por parte da indústria e laboratórios, da sociedade civil, das autarquias e de outras fundações. O próprio Governo, por via do excelente relacionamento institucional com a Ordem, está interessado em se constituir, futuramente, como um parceiro da Fundação da Medicina Dentária.

> No apoio aos recém-licenciados, estivemos e continuaremos a estar muito atentos, disponibilizando uma série de instrumentos acompanhamento e apoio

P - Quais os principais objectivos?
OMS - O grande objectivo será o da promoção e acesso à medicina dentária, particularmente pelos grupos mais desfavorecidos da nossa população. Objectivos de índole social, fundamentalmente. Outro objectivo prioritário será o da divulgação de saídas profissionais, em Portugal e estrangeiro, particularmente para os colegas mais jovens.

P - Que vantagens trará para a população e para a classe?
OMS - Para a população, maior acesso à medicina dentária, maior conhecimento e informação sobre as modernas possibilidades da profissão. Para a classe, uma instituição independente, sem corporativismos, mobilizadora das energias e recursos da sociedade civil, que ajudará à promoção da saúde oral e dos médicos dentistas. A fundação será uma entidade que estimulará a participação cívica e comunitária dos médicos dentistas.

P - Qual o balanço que faz deste último ano de 2008 ao nível da actividade da Ordem?
OMS - Julgo que o último ano foi uma pedra angular para a profissão. Algumas expectativas, muito importantes, foram cumpridas em 2008, fruto de esforços continuados ao longo dos últimos anos. Destaco algumas.
Deu-se início à implementação do "cheque-dentista". Recorde-se que em Junho iniciou-se oficialmente o programa, após o desenvolvimento de uma aplicação informática de raíz. Mais para o final do ano, foi anunciado o alargamento do programa a todas as crianças do ensino público e doentes portadores de HIV.
A nível interno, a Ordem adquiriu novas instalações para as delegações de Lisboa e da Região Autónoma dos Açores. Implementámos uma nova cédula profissional e substituímos o anterior Boletim Informativo por uma nova publicação científico-profissional, a Revista da Ordem dos Médicos Dentistas. Editámos, ainda, o álbum comemorativo do 10º Aniversário da OMD.
No apoio aos recém-licenciados, estivemos e continuaremos a estar muito atentos, disponibilizando uma série de instrumentos, acompanhamento e apoio: o "Estudo sobre a empregabilidade", o "Guia de Abertura de Clínicas", "Os Números da Ordem", o "Guia do Médico Dentista", a divulgação das condições de exercício profissional na Europa e apoio administrativo.
A nível de comunicação com o grande público, importantes iniciativas, como por exemplo as denúncias sobre preços gratuitos praticados pelas seguradoras, o combate ao exercício ilegal, entre muitas outras.

ELEIÇÕES EM 2009

P - O próximo ano de 2009 será também um ano eleitoral...?
OMS - O próximo ano de 2009 será um ano eleitoral, um ano de decisão. Teremos eleições europeias, autárquicas, legislativas e eleições na OMD. É altura de se começarem a mostrar novas propostas e alternativos dentro da profissão. É obvio que os momentos eleitorais são momentos essenciais.

P - Será candidato em 2009?
OMS - Assumirei as minhas responsabilidades ponderando: os superiores interesses da Ordem; os projectos em curso; as responsabilidades nacionais e internacionais assumidas. Há um determinado número de projectos que, pela sua importância estratégica e pela dinâmica que foi colocada na sua abordagem, tem que ser obrigatoriamente continuados. São projectos estruturais que não podem ser alvo de jogos ou disputas eleitorais. Seja no plano nacional, como no internacional, compromissos e responsabilidades foram assumidos. São interesses superiores da Ordem e consequentemente da medicina dentaria portuguesa. Estes terão que ser salvaguardados. E, friso, são projectos que não poderão ser utilizados para interesses menores, de circunstancia ou politiqueiros.
Pessoalmente, sempre estive disponível para defender as grandes causas da medicina dentária portuguesa.
Não deixarei de o estar de um dia para o outro, sem mais nem menos.
Será disponibilizada nesta revista um espaço para cada uma das candidaturas que venham a ser formalizadas.

"A OMD é hoje o grande referencial da profissão em Portugal. Julgo que ninguém já terá qualquer dúvida quanto isso".

"Estamos neste momento a negociar com o Governo dois aspectos fundamentais: a introdução da medicina dentária na área da medicina do trabalho; e um sistema de comparticipação dos actos de medicina dentária prestados pelos médicos dentistas nos seus consultórios aos utentes do SNS".

Projectos para o futuro

P - Quais os projectos que tem para o futuro?
OMS - São muitos e diversos. A Ordem é um projecto em constante construção. No entanto, alguns são os mais prioritários e, mesmo, decisivos para a evolução futura da Ordem, pelo que merecem referência e destaque especiais.
Assim, em primeiro lugar, há que assegurar que a Ordem continue a ser uma instituição independente, impermeável a pressões ilegítimas, a interesses comerciais ou outros.
Estamos neste momento a negociar com o Governo dois aspectos fundamentais: a introdução da medicina dentária na área da medicina do trabalho; e um sistema de comparticipação dos actos de medicina dentária prestados pelos médicos dentistas nos seus consultórios aos utentes do SNS.
O aprofundamento do trabalho de colaboração institucional com as entidades oficiais no sentido de alargar o programa "cheque-dentista" a novos grupos da população é outra das prioridades. Já temos grávidas, idosos no rendimento mínimo, crianças, mas queremos mais.
A prioridade seguinte vai no sentido de implementar várias especialidades em medicina dentária através de título profissional certificado pela Ordem.
Depois, temos a criação da Fundação da Medicina Dentária, já anteriormente referida.
Igualmente decisivo é proceder à alteração do Estatuto da Ordem, adequando-o a Bolonha, modernizando-o e regionalizando a estrutura da Ordem nas Regiões Autónomas e no Continente, através de órgãos sociais regionais representativos, eleitos pelos membros - Conselhos Regionais -, com representação e direito a voto no Conselho Directivo Nacional.
A introdução de um sistema de certificação e qualidade nos consultórios e clínicas dos médicos dentistas é outra das prioridades.
De seguida, para que a Ordem cubra a totalidade das regiões do país, há que proceder à abertura de uma delegação na Região Centro.

P - E outros projectos?
OMS - Temos muitos outros projectos, menos visíveis, mas que asseguram a vitalidade da Ordem e da profissão. A OMD é hoje o grande referencialda profissão em Portugal. Julgo que ninguém já terá qualquer dúvida quanto isso. E, naturalmente, que nos encontramos entusiasmados com a expectativa de continuar esta dinâmica positiva.
A profissão, os médicos dentistas, têm enormes oportunidades pela frente, mesmo em momentos que conjunturalmente parecem mais difíceis. Por exemplo, o prestígio que a nossa medicina dentária atingiu em termos internacionais permite que muitos colegas se integrem no mercado de trabalho de outros países. A Lusofonia é também um mercado de trabalho com enorme potencial. O "cheque-dentista", sobretudo com a abertura às crianças, vai também criar ou alargar mercado, particularmente com a adesão das crianças, cerca de 190 mil, dos 4, 5, 7, 10 e 13 anos. Esse impacto vai-se sentir gradualmente neste ano de 2009.■

A partir de 14 de Fevereiro

Novas instalações da delegação Sul da OMD

É com enorme satisfação que comunicamos a abertura das novas instalações da Delegação da Região Sul da Ordem dos Médicos Dentistas no dia 14 de Fevereiro.
Cumpre-se, assim, uma aspiração antiga de dotar o espaço físico de Lisboa com as necessárias condições de representação institucional e, sobretudo, de apoio aos colegas, em particular os da Região Sul do País.
Os trabalhos de requalificação das novas instalações foram executados pela Gernuno, empresa com extensa experiência na construção e remodelação de espaços médicos, e o projecto de arquitectura foi da responsabilidade do arquitecto Andreas Heinrich Mörschel, da BMM Arquitectos.
Informamos que todos os contactos para a delegação deverão ser efectuados para a morada ao lado indicada.■

Horário de Funcionamento:
9:00 - 13:00 horas
14.00 - 18:00 horas

Provisoriamente
até Junho de 2009:
11:00 – 13:00 horas
14:00 – 18:00 horas

Campo Grande, 28 – 7.º B
1700-093 Lisboa – Portugal

Telefone +351 217 941 344
Fax +351 217 993 551
E-mail: omdlisboa@omd.pt

institucional | destaque

Resultados e evolução

Inquérito à empregabilidade e situação profissional em 2008

O número de profissionais inscritos na OMD tem vindo a aumentar a um ritmo de 14% ao ano desde 1993. É importante para a Ordem e para os seus associados compreender e acompanhar a evolução da situação profissional da classe, tanto dos médicos dentistas já instalados no mercado de trabalho, como dos recém-licenciados, pelo que solicitou ao Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto (SHEFMUP), pelo terceiro ano consecutivo, a recolha e análise de informação sobre a situação profissional dos seus associados.

As informações recolhidas nestes últimos três anos permitem avaliar, além da situação profissional actual e alguns indicadores referentes ao mercado de emprego, a evolução dos indicadores da situação profissional ao longo deste período, referiu João Braga, secretário-geral da OMD, na apresentação dos resultados do inquérito durante o congresso em Santa Maria da Feira.

A população alvo foi constituída pelos indivíduos inscritos na OMD à altura do início do estudo, aos quais foi enviado por correio electrónico e postal um questionário estruturado, anónimo, de administração directa, tendo sido obtida informação de carácter geral, nomeadamente sexo, idade, distrito(s) onde exerce a sua actividade profissional, local e ano de conclusão da licenciatura em Medicina Dentária. Foi ainda questionado se exerciam actualmente a profissão, o tipo de relação laboral com a entidade patronal, o número de períodos de trabalho e o número médio de consultas realizadas por semana. Nesta última avaliação (2008) foram também incluídas questões sobre as convenções estabelecidas entre o consultório onde o médico dentista exerce a sua actividade profissional e algum subsistema de saúde.

Foram recepcionados até à data do fim do estudo, a 20 de Outubro de 2008, 1936 questionários, representando 33,7% de respondentes, número significativamente mais elevado que em anos anteriores (p=0,004).

Principais resultados e conclusões

Responderam ao questionário 1105 mulheres e 763 homens, uma distribuição por sexos semelhante à registada em 2006 e 2007 (p=0,174). A proporção de participação foi significativamente mais elevada por parte das mulheres (41,0% das inscritas na OMD) do que dos homens (25,1% dos inscritos na OMD) (p<0,001).

As idades desta amostra eram significativamente mais elevadas do que a analisada nos anos anteriores (p<0,001) e, tal como nos dois anos anteriores, observou-se uma maior proporção de indivíduos licenciados pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) (26,6%). Verificou-se um aumento significativo da participação proporcional de colegas licenciados pela Universidade Fernando Pessoa (UFP) e uma redução dos licenciados no Instituto Superior de Ciências da Saúde–Norte (ISCS-Norte). De notar, ainda, uma redução consistente no número de licenciados por universidades brasileiras (p<0,001).

Dos médicos dentistas que actualmente exercem a sua profissão, 43,8% referiu trabalhar exclusivamente por conta própria. Em valores medianos, os médicos dentistas realizaram 45,5 consultas, distribuídas por nove períodos semanais e esperaram menos de um mês para iniciar o exercício da sua actividade profissional.

A maioria dos que responderam a este questionário (67,9%) referiu que o consultório em que exercia a actividade tinha pelo menos uma convenção com um subsistema de saúde e quase 50% referiram atender, em média, até 20% de pacientes convencionados. A convenção mais frequente foi a SAMS/SAMS-Quadros (46,6%), seguida dos Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos (42,3%). De referir, ainda, que estes médicos dentistas eram significativamente mais jovens, mais frequentemente tinham completado a licenciatura em Portugal e uma proporção significativamente maior tinha concluído a sua licenciatura após 2001. Foi também observado que estes trabalhavam, em média, um número significativamente superior de turnos por semana e atendiam também, em média, um maior número de consultas.

A proporção de desemprego entre os médicos dentistas manteve-se constante entre 2006 (1,3%), 2007 (1,1%) e 2008 (1,5%) (p=0.630). Foi também semelhante entre os três anos em avaliação, a proporção de médicos dentistas que não exerce a profissão há mais de seis meses (p=0,706).

Verificamos que, globalmente, os médicos dentistas mais velhos e mais novos, assim como os licenciados pela UFP, tinham uma maior probabilidade de não exercem a sua actividade profissional. A grande maioria dos médicos dentistas que actualmente não exercem a profissão indicam a categoria "Outro" como principal motivo para este facto (43,3%), e a razão mais frequentemente referida para o não exercício da actividade profissional é a continuação de estudos, quer de pré-graduação, quer de pós-graduação. A reforma e a diminuição de pacientes foram os dois outros motivos mais frequentemente referidos pelos médicos dentistas (ambas com 13,3%).

As estratégias predominantemente referidas na procura de inserção no mercado de emprego foram a procura por anúncios em jornais e a entrega de curriculum vitae em clínicas e consultórios. Em comparação com os anos anteriores, aumentou o número de dentistas que recorreu à inserção de anúncios em jornais e os que recorreram a consulta e inserção de anúncios na bolsa de emprego da OMD.

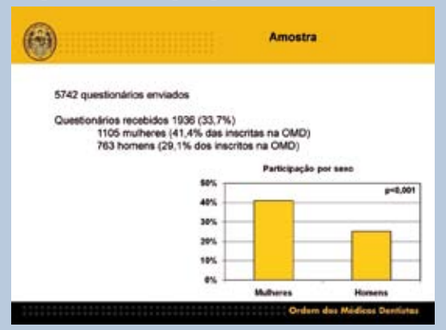
Limitações

Não podemos deixar de referir algumas limitações decorrentes deste trabalho. A proporção de participação neste estudo foi relativamente baixa, o que de alguma forma poderá dificultar, ou mesmo inviabilizar, a inferência para a totalidade da população dos médicos dentistas. Esta baixa proporção pode ser explicada: pela natureza dos questionários - de administração directa, enviado por correio, uma abordagem atractiva em termos de recursos humanos e económicos, tendo como principal desvantagem a baixa proporção de respostas obtidas; e pelo curto período de tempo do estudo, que decorreu num período máximo inferior a dois meses entre o envio dos questionários e a recepção das respostas.■

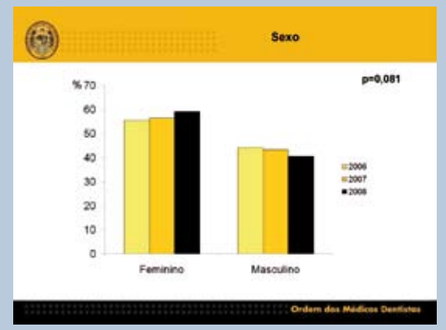
"A maioria dos que responderam a este questionário (67,9%) referiu que o consultório em que exercia a actividade tinha pelo menos uma convenção com um subsistema de saúde e quase 50% referiram atender, em média, até 20% de pacientes convencionados"

institucional | destaque

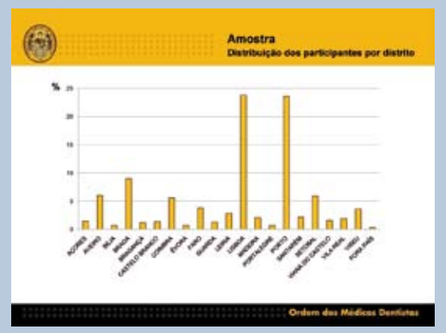
Inquérito à empregabilidade (cont.)



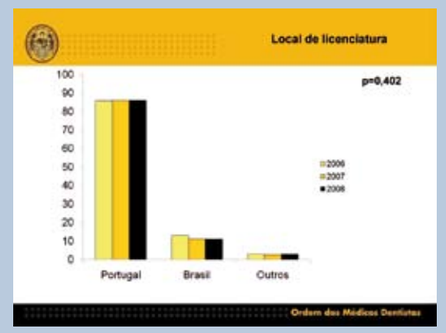
1 – Foram devolvidos à data do fim do estudo, 20 de Outubro de 2008, 38 questionários (proporção de resposta – 1,2%) por correio electrónico e 1898 questionários (proporção de resposta – 33,1%) por correio regular. Globalmente, a proporção de resposta foi de 33,7%, significativamente mais elevada que a verificada em anos anteriores (p=0,004).
Responderam a este questionário 1105 mulheres e 763 homens, sendo a distribuição por sexos semelhante à dos médicos dentistas que responderam em 2006 e 2007 (p=0,174). A proporção de participação foi significativamente mais elevada por parte das mulheres (41,0% das inscritas na OMD) do que dos homens (25,1% dos inscritos na OMD) (p<0,001).



4 - A distribuição por sexos nesta amostra de 2008 foi semelhante à dos médicos dentistas que responderam em 2006 e 2007 (p=0,174). Observa-se uma maior proporção de respostas por parte das médicas dentistas.



2 - Os distritos do Porto e de Lisboa são aqueles onde se concentra um maior número de médicos dentistas que participaram no estudo, embora este factor reflicta, provavelmente, pura e simplesmente que é nestes distritos que trabalham mais médicos dentistas.

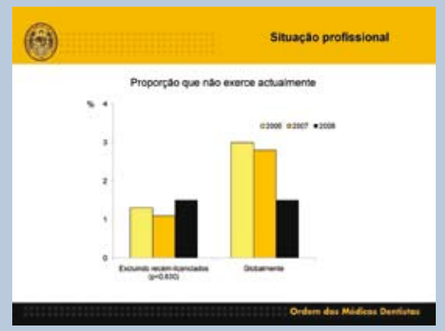


5 – A proporção de participantes licenciados em Portugal, Brasil ou outros países não se alterou significativamente entre 2006, 2007 e 2008 (p=0,402).

3 – A proporção de recém-licenciados inscritos na OMD diminuiu, mas na recolha da amostra deste ano, à data de início do estudo os indivíduos recém-licenciados de 2008 não estavam ainda inscritos na OMD.

6 - Foi encontrada uma maior proporção de licenciados pela FMDUP (26,6%). Verificou-se uma proporção de 11% de licenciados provenientes de faculdades de Universidades Brasileiras, embora quando comparada com os anos anteriores observamos uma redução consistente do número de licenciados por Universidades deste país (p<0,001). Quando comparados com os resultados dos dois anos anteriores, foi verificado um aumento significativo da proporção de médicos dentistas licenciados pela UFP e uma redução dos licenciados pelo ISCS-Norte.

7 – Quando comparamos os três anos de avaliação, observamos um aumento significativo do número mediano de anos desde a conclusão da licenciatura.



8 - A proporção de desempregados manteve-se constante entre 2006 e 2007, quer globalmente (2,8% em 2007 e 3,0% em 2006), quer excluindo os recém-licenciados em cada ano (1,1% em 2007 e 1,3% em 2006). Este ano observámos uma proporção de desempregados de 1,5%. Este resultado deverá ser comparado com os dados de 2006 e 2007, excluindo os recém-licenciados desses anos. Como podemos observar, a proporção de desempregados manteve-se constante quando comparamos os três anos (p=0,630).

9 – Não existiam diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo em relação aqueles médicos dentistas que referiram não exercer a sua actividade profissional (p=0,424).

10 e 11 - Os médicos dentistas desempregados eram significativamente mais velhos (4,7%, p<0,001) e tinham obviamente concluído a sua licenciatura há mais tempo (4.1%).

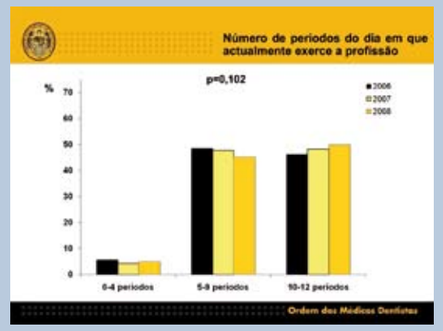
11

12 - Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na proporção de desempregados em relação ao país onde o médico dentista conclui a licenciatura.

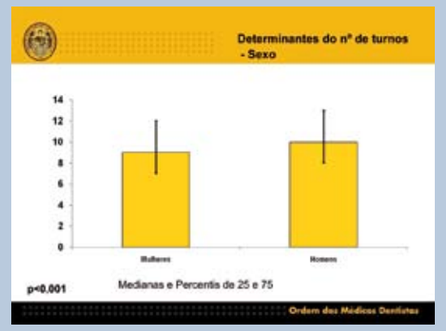
Inquérito à empregabilidade (cont.)

13 – Foi verificado que os médicos dentistas desempregados eram mais frequentemente licenciados pela UFP (p=0,043).

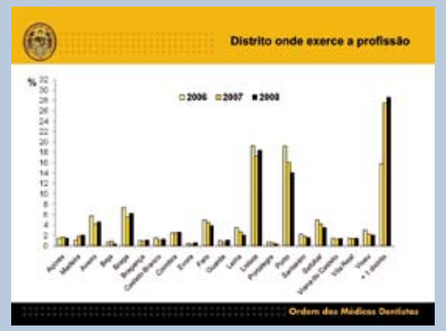
16 - A maioria dos médicos dentistas que responderam a este questionário (67,9%) referiu que o consultório no qual exercia a sua actividade profissional tinha pelo menos uma convenção com um subsistema de saúde.



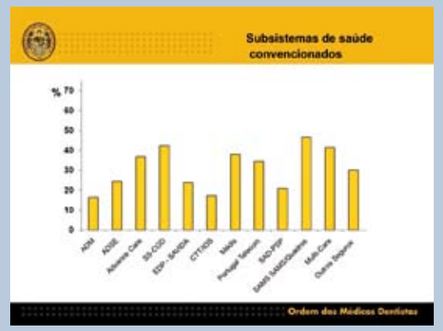
19 a 21 - De uma forma geral e em valores medianos, os médicos dentistas realizaram 45,5 consultas distribuídas por 9 períodos por semana e esperaram menos de um mês para iniciar o exercício da sua actividade profissional. Não foram encontradas diferenças nestes indicadores de desempenho ao longo dos três anos avaliados.



22 a 25 - Os homens fazem significativamente mais turnos e realizam mais consultas por semana. Os médicos dentistas com idade inferior a 40 anos reportaram significativamente mais turnos ocupados e os com idade entre os 31 e 50 anos, mais consultas realizadas por semana (p<0,001).

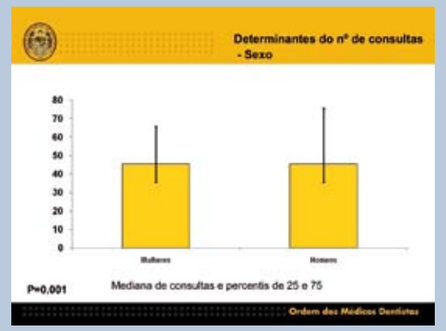


14 – Ao longo destes três anos verificamos um aumento da proporção de médicos dentistas que referem exercer a sua actividade profissional em mais do que um distrito e uma diminuição daqueles que referem exercer a sua actividade no distrito do Porto.



17 - A convenção mais frequentemente referida foi a SAMS SAMS/Quadros (46,6%) seguida da SS-CGD (42,3%) e da Multi-Care (41,4%).

20

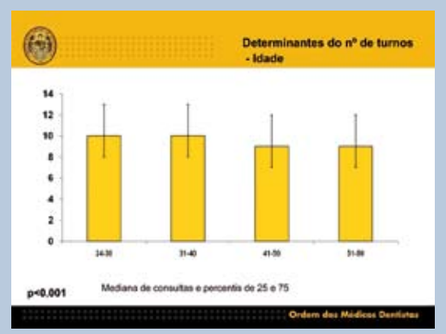


23

15 - Dos médicos dentistas que actualmente exercem a sua profissão, 43,8% referiu trabalhar exclusivamente por conta própria (p0,001).

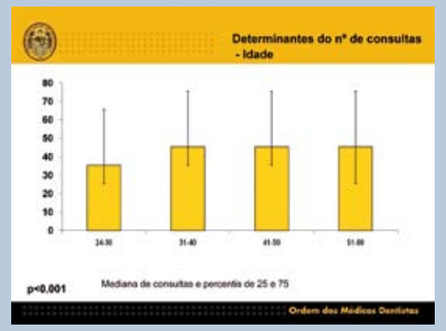
18 - Quase 50% (47,2%) dos médicos dentistas que referiu que o consultório no qual exercia a sua actividade profissional tinha pelo menos uma convenção com um subsistema de saúde, referiram atender em média até 20% de pacientes convencionados.

21

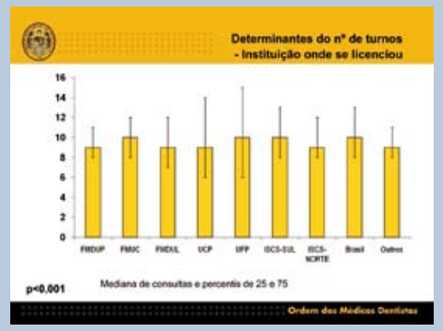


24

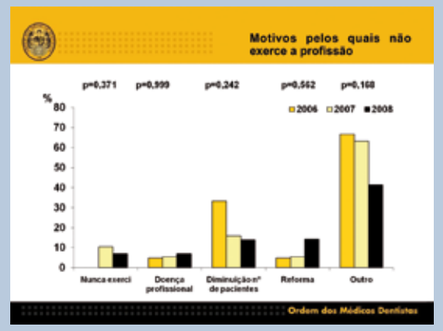
Inquérito à empregabilidade (cont.)



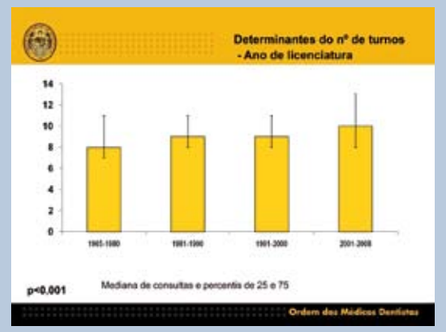
25



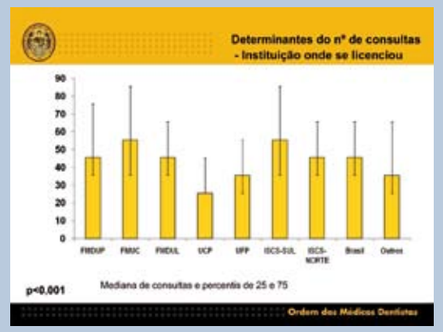
28 e 29 - Os licenciados no Brasil reportaram trabalhar significativamente mais turnos por semana (p<0,001), contudo sem atender mais pacientes.



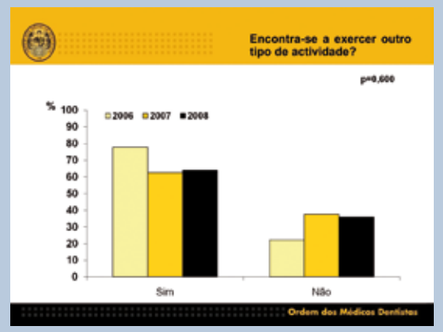
31 - Relativamente à frequência dos motivos para não exercer a profissão, as informações referentes à categoria "nunca exerci a profissão", não poderão ser comparadas com os anos anteriores, uma vez que, como já foi referido, os recém-licenciados de 2008 não estavam incluídos na listagem da OMD na altura do início do estudo. Assim, verificámos que a categoria "Outro" foi aquela com maior frequência de resposta (43,3%), seguida da opção reforma e diminuição do número de pacientes (ambas com 13,3%), não existindo diferenças entre estas razões nos três anos avaliados.



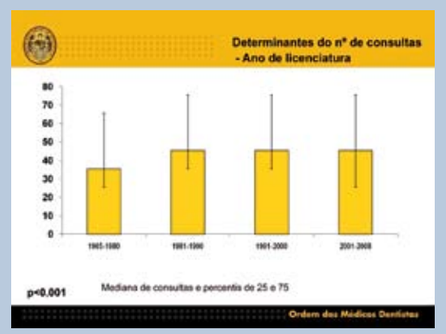
26 e 27 - Os licenciados mais recentemente demoraram significativamente mais a iniciar o exercício da actividade profissional e são o grupo que ocupa mais turnos por semana (p<0,001).



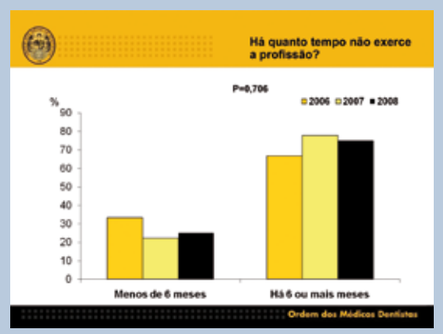
29



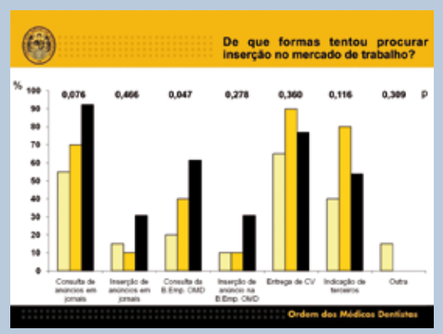
32 - A proporção de indivíduos desempregados que refere o exercício de outra actividade profissional que não medicina dentária foi de 34,6%, e também em relação a esta variável não foram encontradas diferenças nos três anos de avaliação.



27



30 - A proporção de médicos dentistas que não exerce a profissão há mais de seis meses entre aqueles que não exercem a profissão, foi semelhante entre 2006, 2007 e 2008 (p=0,706).



33 – Em relação às formas de inserção no mercado de emprego, as estratégias predominantes foram a procura de anúncios em jornais e a entrega de curriculum vitae em clínicas e consultórios. Em comparação com os anos anteriores, aumentou o número de dentistas que recorreu à inserção de anúncios em jornais e os que recorreram a consulta e inserção de anúncios na bolsa de emprego da OMD.

Sistemas CAD/CAM | Instrumentos | Sistemas de Higiéne | Unidades de Tratamento | Radiologia

Conforto Inovação Terapia Sivision

A Dentalforyou, distribuidora oficial da Sirona em Portugal, apresenta-lhe a sua mais recente e sofisticada Unidade de Tratamento - **TENEO®**. Uma **nova forma de simplicidade!** Baseada num conjunto de operações muito simples, aliada a um design único e um conforto sem precedentes, a nova **TENEO®** é um equipamento tecnológico que congrega eficiência e qualidade de trabalho. Venha-a conhecer em www.dentalforyou.pt e apaixone-se pela **nova forma de simplicidade.**

- Disponível em 4 versões à sua medida;
- Elemento do Odontólogo com kit de implantologia ou endodontia integrado;
- Ecrã táctil intuitivo e configurável ao seu método de trabalho;
- Comunicação com PC acessível através de porta USB.

The Dental Company sirona

DENTALFORYOU - DISTRIBUIDOR OFICIAL SIRONA EM PORTUGAL

CONVITE - Apresentação do Sistema Sirona CEREC 3

Local dos eventos:
Clínica do Parque da Cidade - Matosinhos

Apresentações mensais.
Inscrições limitadas (sem encargos).
Envie o seu pedido de inscrição para comercial@dentalforyou.pt a fim de receber mais informações e o seu boletim de inscrição.

Contacto: Ricardo Alves: 918839602

DentalforYou

Rua António Sérgio, 173 - 4820-161 Fafe
Tel.: 253498163 | Fax.: 253498165
Armando Vilhena: 917589130
Ricardo Alves: 918839602
www.dentalforyou.pt comercial@dentalforyou.pt

ASSISTÊNCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA EM TODO O PAÍS

A mudança de paradigma?

O ano de 2008 revelou uma crise profunda na chamada globalização. De facto constata-se que o modelo económico tão tido como ideal e perfeito está, senão esgotado, pelo menos moribundo. Refiro-me ao paradigma que nos norteou, pelo menos nos últimos vinte anos, e que se centra nas "sacrosantas" leis do mercado, ou seja, no modelo micro-económico da oferta e da procura. Esta escola, que geralmente se denomina por neo-liberalismo, foi aceite e implementada por quase todos aqueles que tinham capacidade de decisão.
Começa agora a chegar-se à conclusão que o tão "maldito" papel regulador do Estado, ou de instituições por ele criadas, é afinal uma peça essencial para que o desastre económico não seja total (volta Keynes, que estás perdoado!). De facto, e como já referia este notável economista britânico, o *laissez-faire* da oferta e da procura é insuficiente para o desenvolvimento económico.

"Parece haver uma vontade de mudança deste paradigma"

À Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), como definidora e reguladora da medicina dentária, cabe assegurar e fazer respeitar o direito dos doentes a uma medicina dentária qualificada. Temos portanto, aqui, o valor *prima facie* que nos distingue -- o primado dos superiores interesses dos doentes.
A OMD não tem, nem está no seu ADN, qualquer vocação de tipo empresarial ou comercial. Pelo que, ser apelidada de "associação de empresas" ou acusada de "cartelização" é, no mínimo, desajustado e próprio de quem percebe pouco da relação médico dentista -- doente (MD-D).
Tem-se caminhado, neste mundo global, para um modelo muito simplista, fundamentado no tal *laissez-faire* - o mercado resolve!
Ou seja, quanto maior a oferta, melhor para os interesses do doente, uma vez que aumenta o acesso aos cuidados de saúde por via de uma descida do valor dos honorários.
Não está provado que os superiores interesses dos doentes se resumam, apenas, a um baixo valor de honorários. Vários estudos sobre satisfação dos doentes não suportam esta premissa.
Quando se tentam importar modelos generalistas da economia do *laissez-faire*, rapidamente se constata que estes não se aplicam, na sua totalidade, à nossa realidade.

"Não está provado que os superiores interesses dos doentes se resumam, apenas, a um baixo valor de honorários."

Como disse, este modelo é simplista. A deflação dos honorários só poderia ter esse tal efeito se tivesse sido acompanhada por uma deflação generalizada dos custos dos consultórios ou clínicas (deflação no custo das instalações, no valor dos arrendamentos, no preço dos equipamentos, no preço dos consumíveis, etc.), ou seja, por uma deflação generalizada da economia. Como tal não aconteceu, rapidamente a deflação dos honorários se aproximou do valor do custo dos tratamentos, criando alguma crise na medicina dentária privada. Por outro lado, se a deflação da economia de um país é negativa, por analogia também a deflação dos honorários o é, pois pode levar a uma estagnação do investimento, quer na renovação ou aquisição de equipamentos, quer na formação contínua dos médicos dentistas, com a

AS BOCAS SAUDÁVEIS PEDEM.

maxius
Iodeto de tibezónio
Eficácia para a sua boca e garganta.

MAXIUS® SOLUÇÃO PARA GARGAREJAR

DUPLA ACÇÃO, ANTI-SÉPTICA E ANALGÉSICA.
EFICAZ NA HIGIENE E PROFILAXIA
DA CAVIDADE ORAL.

Maxius® é a solução eficaz no alívio dos sintomas
e tratamento das afecções da boca.
O Iodeto de Tibezónio tem acção viricida
e anti-bacteriana sobre micro-organismos Gram+,
designadamente, Streptococcus e Staphylococcus.
Maxius® é um medicamento seguro,
sem interacção com outros fármacos
e sabor a água tónica.

Ref.ª 002-2009

Denominação do medicamento, forma farmacêutica e composição qualitativa e quantitativa: Maxius®, pastilhas com e sem açúcar, contêm 5 mg de iodeto de tibezónio por pastilha com sabor a menta. Maxius®, solução para pulverização bucal e solução para gargarejar contêm 0,5 mg de iodeto de tibezónio por mililitro com sabor a água tónica. Indicações terapêuticas: Maxius® está indicado no tratamento de inflamações e infecções da orofaringe nomeadamente estomatites (excluindo graves), gengivites, odinofagia e faringite (excluindo amigdalite). Posologia e modo de administração: Pastilhas: Chupar uma pastilha 4 a 6 vezes ao dia. Solução para gargarejar: Na higiene da cavidade oral e para profilaxia, bochechar ou gargarejar com 1 colher de sopa de Maxius® diluído em igual volume de água, 2 a 3 vezes ao dia após as refeições. Nos casos onde é necessária uma acção mais enérgica, recomenda-se a utilização do produto puro (1 colher de sopa). Solução para pulverização bucal: Aplicar 3 ou 4 pulverizações 4 a 6 vezes ao dia. Contra-indicações: Hipersensibilidade conhecida ao iodeto de tibezónio ou a qualquer outro constituinte de Maxius®. Advertências e Precauções especiais de utilização: As pastilhas não devem ser usadas por crianças com menos de 6 anos de idade, dado o risco de asfixia por aspiração acidental. As pastilhas com açúcar contêm maltitol, doentes com doenças hereditárias raras de intolerância à frutose não devem tomar este medicamento. Efeitos indesejáveis: Não foram relatados nas doses recomendadas. A administração de doses excessivas, poderá ocasionalmente provocar sialorreia, redução do paladar e perda do apetite. Data da Revisão do texto do RCM: Setembro 2008. Para mais informações deverá contactar o Titular da A.I.M.

JABA RECORDATI

consequente implicação na qualidade da medicina dentária praticada.
O modelo assente na deflação de honorários como meio de resolver os problemas de assistência médico-dentária da população é, pois, e no meu entender, um modelo que é desajustado e se encontra esgotado.

Custo/qualidade dos tratamentos e boas práticas clínicas

Deverá existir, preferencialmente, um equilíbrio muito criterioso na relação custo/qualidade dos tratamentos. E na definição deste equilíbrio, a OMD não pode deixar de ser considerada um parceiro válido, tanto mais que lhe compete a pronúncia sobre as boas práticas clínicas.
Diversos sistemas complementares de reembolso ou pagamento de tratamentos dentários têm vindo a ser desenvolvidos no nosso país, como sejam os chamados seguros de saúde, as convenções e outros tipos de contratos a favor de terceiros – infelizmente, alguns destes sistemas, também estão a afinar pelo diapasão da deflação dos honorários e até, nalguns casos, na inadmissível prestação gratuita de tratamentos.
Reconhecendo o princípio da liberdade contratual, devo alertar para o facto de que a prática de tratamentos dentários gratuitos generalizados constitui infracção deontológica, pelo que os médicos dentistas que aceitem contratos com estas características devem ter plena consciência das suas responsabilidades profissionais.
A Medicina Dentária é exercida, no nosso país, maioritariamente como profissão liberal. Esta forma de exercício tem particularidades próprias das quais se destacam, referindo o definido pela Federação Dentária Internacional:

- A orientação para o bem-estar individual do doente, existindo uma responsabilidade ética particular para com este enquanto indivíduo;
- Uma relação directa e personalizada que se estabelece entre o médico dentista e o doente, o que implica uma obrigação particular de administrar os cuidados de saúde necessários, assim como uma obrigação de confidencialidade para com terceiros.
- Liberdade de escolha do médico dentista pelo doente. Auto-responsabilização do doente pela sua saúde.

O conceito de livre escolha pelo doente

Exposto isto, levanta-se uma questão ética da maior importância. Nesses sistemas de contratos, em que o médico dentista contrata directamente com determinada empresa e esta, por sua vez, contrata directamente com os seus clientes, fornecendo-lhes uma listagem dos "seus médicos dentistas" estará ou não cerceada a livre escolha do médico dentista pelo doente? Onde fica a relação contratual médico dentista–doente?
A relação médico dentista–doente (MD-D) tem protecção jurídica, sendo considerada uma relação contratual, que consiste numa mútua vontade entre as partes – o doente deseja ser tratado e o médico dentista propõe-se tratá-lo; na boa-fé – ambas as partes desejam cumprir o contratado; na liberdade contratual – o médico dentista e o doente têm a liberdade de estabelecer os termos e o conteúdo do que acordam, dentro das normas legais.
Neste contexto, podemos afirmar que um dos superiores interesses dos doentes é a sua autonomia na livre escolha do "seu" médico dentista.

Media e consentimento informado

Não menos importante na relação MD-D é termos em consideração os tempos actuais de grande mediatização da actividade médica em geral e da actividade médica dentária em particular. De facto, os media, em relação à saúde, são ávidos de dois temas: os grandes sucessos da medicina e o erro médico. Assuntos como o juízo clínico, a incerteza clínica, o risco inerente ao acto clínico, a responsabilidade do doente pela sua saúde, são muitas vezes considerados pelos meios de comunicação como "desagradáveis", que não "vendem" e, portanto, escamoteáveis. Promove-se, assim, uma "cultura" maniqueísta e dicotómica entre "os bons" e "os maus", em que o que é valorizado, à semelhança do pronto-a-vestir e do pronto-a-comer, é o "pronto-a-curar".
Falta nestas prestações mediáticas o entendimento daquilo que é a iliteracia em saúde por parte da população e da cada vez maior necessidade de um esclarecimento válido, componente essencial do consentimento informado, em que se afastem, de todo, as tentações de garantias, de sucesso e se abandone a noção, algo paternalista, de um plano de tratamento, a favor de formas mais válidas de propostas de tratamento.
Concluindo. Os tempos são difíceis. Mas, com menor empenho no *laissez-faire* do mercado, apostando na regulação adequada da profissão e no dinamismo de uma relação médico dentista-doente autónoma e não espartilhada por terceiros, pode mos aproveitar a crise para dar "a grande pedrada no charco".
Mudança de paradigma?
Um bom 2009.■

João Aquino
Presidente do Conselho Deontológico
e de Disciplina da OMD

"devo alertar para o facto de que a prática de tratamentos dentários gratuitos generalizados constitui infracção deontológica"

"na liberdade contratual – o médico dentista e o doente têm a liberdade de estabelecer os termos e o conteúdo do que acordam, dentro das normas legais"

"o que é valorizado, à semelhança do pronto-a-vestir e do pronto-a-comer, é o "pronto-a-curar"

Médicos dentistas no Mercado Único Europeu

Avanço da cooperação administrativa entre os países da UE

É provável que a sigla "IMI" não soe familiar a muitos dos cidadãos europeus. O despertar da cidadania activa à escala global, com a consciência de que somos europeus a par de sermos portugueses, passa, sobretudo, por um exercício pessoal de procura e acesso à informação.

Filipa Carvalho Marques

As oportunidades e os benefícios do mercado único são variados e precisam, no entanto, de actos concretos de concertação entre os Estados-membro, que facilitem aos cidadãos o uso das liberdades que a Europa lhes oferece.

Os médicos dentistas, bem como as restantes profissões regulamentadas na Directiva 2005/36/CE, têm hoje a possibilidade de prestar serviços além-fronteiras e de abrir clínicas dentárias noutros mercados da União, gozando do reconhecimento automático dos seus diplomas para efeitos do pleno exercício da profissão fora do seu mercado de origem.

É naturalmente esperado que a Directiva de Reconhecimento das Qualificações Profissionais produza os resultados desejáveis, traduzidos numa maior mobilidade, e bem assim, na garantia de uma série de direitos dos migrantes.

O Sistema IMI - Sistema de Informação do Mercado Interno é, para o efeito, uma ferramenta fundamental à larga escala europeia.

Contudo, feita a contabilidade comunitária, na prática, existe um sem número de entidades dos 27 Estados-membro da UE e dos três países da EFTA que integram o Espaço Económico Europeu (EEE), que funcionam como agentes de primeira linha na aplicação de regras europeias harmonizadas e das leis nacionais.

Esta visão dá-nos espontaneamente a noção das dificuldades na aplicação e controlo das normas, quer pelo desconforto dos países em relação à supervisão externa dos seus sistemas internos, quer pela diversidade cultural de cada um, ou ainda pelas frequentes dúvidas no enquadramento jurídico dos novos benefícios.

Apresentação do IMI

Avancemos na apresentação do IMI, como o fez a UE.

O IMI é, na sua essência, um instrumento electrónico de ligação em rede entre os Estados-membro, para intercâmbio de informações, numa base diária de partilha e troca de dados sobre os profissionais em trânsito pela Europa.

Foi proposto e aprovado pela primeira vez em Março de 2006, no quadro da Estratégia de Lisboa, tendo em conta o espírito da cooperação administrativa capaz de dar vida ao mercado único, tal como este foi concebido.

A implementação é faseada e, no primeiro momento, orienta-se para a boa aplicação da Directiva de Qualificações Profissionais e da Directiva de Serviços. (2006/123/CE).

Na óptica do utilizador, o IMI é um utensílio multilingue criado para os 27 Estados-membro e contempla as 23 línguas oficiais da UE.

Isto é possível por recorrer às novas tecnologias e integrar serviços de tradução humana e automática da Comissão Europeia, aplicados a cada pedido e resposta informativos.

Perpassa-nos, através do IMI, um princípio de descentralização do controlo europeu. O que apenas se torna possível através do reforço da confiança entre países, culturas e cidadãos. É notoriamente uma vitória de todos os Estados-membro e da União, no sentido de um todo político-social, ao ultrapassar as idiossincrasias nacionais em prol do bem comum dos profissionais e das populações.

> "A OMD está activamente envolvida nesta estrutura global que agora arranca"

Benefícios do IMI

Tomando como exemplo a situação de um médico dentista português, que pretenda exercer medicina dentária num país comunitário distinto do seu país de origem, podemos já adiantar alguns dos benefícios do IMI: O país de destino poderá estabelecer um contacto electrónico regular, fácil e célere com a OMD. As autoridades reguladoras da profissão em cada Estado terão acesso — por via de um sistema de pergunta/resposta *standard* — a todas as informações relevantes sobre o migrante, permitindo ao médico dentista economizar tempo e recursos no arranque da profissão fora de portas.

O preço unitário das comunicações entre os Estados-membro diminui substancialmente e estes ganham condições para poderem cumprir as suas obrigações legais, sem desculpas para hiatos temporais desajustados.

A OMD está activamente envolvida nesta estrutura global que agora arranca. A alicerçar esta fase piloto do IMI, acontecem acções de formação dos que serão futuros utilizadores deste sistema.

A experiência das simulações a que temos assistido apura-nos o espírito europeu ao estabelecer um grande vértice de convergência entre Estados. Sabemos quem é quem na orgânica de envergadura da Europa e, sobretudo, sabemos que perguntas colocar nos campos específicos do direito comunitário em defesa do profissional, através de questionários estruturados e harmonizados entre Estados. Tudo isto, por meio de uma única ligação institucional sob a égide da Comissão, em vez de 29 relações inter-estatais.

> "A experiência das simulações a que temos assistido apura-nos o espírito europeu"

Acresce que não se perderam as garantias relevantes no domínio da protecção dos dados pessoais. As administrações nacionais conhecem a exacta medida da informação que pode ser trocada, os interlocutores autorizados e registados como tal e as circunstâncias em que se permite a troca de informações.

Como nota final, cabe referir a grande utilidade e empenho que se percebem neste projecto, sendo capital para o desempenho das funções de regulação e, principalmente, para garantir o desejo de mobilidade europeia de todos os médicos dentistas que assim o entendam e que passam a contar com a operacionalidade do IMI.■

Filipa Carvalho Marques
Directora do Departamento Jurídico da OMD

Assistentes dentárias

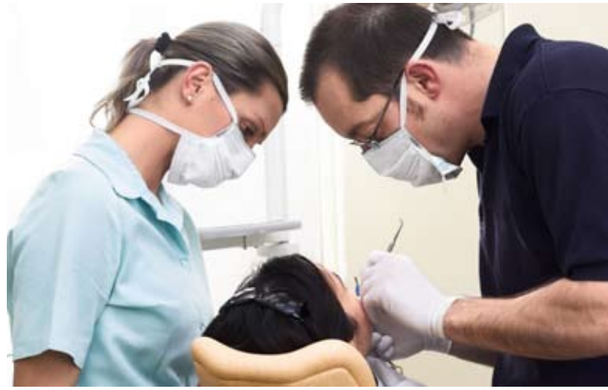
Aspectos do enquadramento legal

Existe actualmente um sem número de trabalhadores ao serviço de consultórios médicos, de medicina dentária, odontologia, fisiatria, radiologia, policlínicas, centros de enfermagem, etc. De entre os vários profissionais que prestam serviço no sector, destaca-se, pela sua importância prática e numérica, os assistentes de consultório, enquanto auxiliares do profissional médico na execução de trabalhos que não exijam preparação específica de determinadas técnicas.

A portaria 736/2006 de 26 de Julho veio regular de modo directo as condições de exercício dos trabalhadores administrativos, estabelecendo-se ao nível da duração do trabalho: i) limite máximo de trabalho 40 horas semanais, ii) o direito do trabalhador a um dia de descanso por semana, para além do dia de descanso semanal obrigatório; iii) limite anual de 120 horas de trabalho suplementar.

No que concerne especificamente à adaptabilidade do horário de trabalho, a portaria referida é omissa, não especificando qualquer regime próprio a este respeito, pelo que a determinação do horário de trabalho dos assistentes será feita nos termos do código do trabalho. Desta forma, dentro das 40 horas de trabalho semanal, compete ao empregador definir os horários de trabalho dos assistentes, atendendo às exigências de protecção de segurança e saúde dos mesmos, garantindo um intervalo de descanso diário de duração nunca inferior a uma hora e um período mínimo de descanso de 11 horas seguidas entre os dois períodos diários de trabalho consecutivos.

No que concerne aos feriados, a Portaria veio consagrar que além dos feriados obrigatórios devem ser ainda observados a terça-feira de Carnaval e o feriado municipal da localidade.



Uma das muitas questões práticas que se colocam diversas vezes ao profissional médico prende-se com a cessação da relação laboral existente com o assistente. Ora, quanto a esta questão não estabeleceu o diploma em causa qualquer regulamentação específica e peculiar, pelo que se aplicará o disposto no Código do Trabalho – em vias de alteração – quanto a tal matéria. A cessação da relação de trabalho, salvo os casos em que este cessa por acordo ou por verificação do seu termo, por iniciativa da entidade patronal apenas se pode verificar mediante despedimento por justa causa, necessariamente precedido do competente procedimento disciplinar, observando-se, para o efeito, os tramites legalmente impostos, nomeadamente no que se refere às garantias de defesa do trabalhador, sob pena de procedência de impugnação do despedimento pelo funcionário, com a sua consequente reintegração ou pagamento de indemnização em sua substituição.■

GALI MACEDO & ASSOCIADOS
Advogados

EM FINAIS DE 2008 2.500 MÉDICOS ADERIRAM AO "CHEQUE-DENTISTA"

Às 65 mil grávidas e 90 mil idosos já abrangidos pelo "cheque-dentista", juntam-se 190 mil crianças e adolescentes, num investimento de mais de 25 milhões de euros. Paulo Melo, Membro do Conselho Directivo da Ordem dos Médicos Dentistas, vê esta medida como "bastante positiva", e espera que no futuro "outros grupos possam ser abrangidos por este programa". "O facto de alargar o programa a 190 mil crianças é bastante significativo, revelando que o governo começou a perceber a importância da saúde oral e entendeu a bondade e potencialidades deste programa, pelo que alargou o leque de pessoas abrangidas" refere o médico, declarando-se convencido que "a actual equipa e a dinâmica do projecto aumentam o potencial de abrangência do programa".
O interesse e aceitação do programa pela classe dos médicos dentistas reflecte-se no número de profissionais que já aderiram ao programa. Segundo Paulo Melo, "numa população e cerca de 6 mil médicos dentistas, 2.500 já aderiram ao programa, o que equivale a quase 50% da classe". Na sua opinião "este é um programa que interessa não só ao médico dentista como, muito especialmente, à generalidade da população, respondendo às necessidades de ambos".

"Cheque-dentista" alargado em 2009

Pacientes portadores de VIH

No dia 1 de Dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a SIDA, a ministra da Saúde, Ana Jorge, anunciou o alargamento, em 2009, do Programa Nacional de Saúde Oral, "cheque-dentista", aos doentes infectados pelo VIH.

O Ministério da Saúde anunciou, no final de 2008, o alargamento do Programa Nacional de Saúde Oral às crianças e adolescentes. Assim, todas as crianças com 7, 10 e 13 anos, que frequentam a escola, vão ter acesso a tratamento dentário.
Em declarações à revista da OMD durante o Congresso de Novembro, o secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro, adianta que, nos casos de escolas abrangidas por centros de saúde com técnico de saúde e higiene oral, "todas as crianças irão ser observadas no próprio espaço escolar", recebendo, as que revelem patologia, o respectivo "cheque-dentista". "Nos casos - infelizmente maioritários - onde esse técnico não exista, as crianças receberão, desde logo, um primeiro cheque para consulta com um médico dentista, que determinará da necessidade de cheques suplementares", explica o governante, adiantando que "para as crianças de 7 e 10 anos, existirão 2 cheques disponíveis, e para as crianças de 13 anos, 3 cheques, atribuídos em função das necessidades identificadas".
Manuel Pizarro acrescenta, ainda, que "haverá

mais 20 mil cheques disponíveis para situações de cáries dentárias em dentição não definitiva, identificadas nas crianças dos 4 e 5 anos pelos médicos de família ou pelos higienistas orais dos centros de saúde e que exijam tratamento", acrescentando, a terminar, "haver disponibilidade para dar início a uma intervenção mais exigente, mas também necessária, de tratamento das cáries na dentição não definitiva".■

Às crianças e jovens

Ainda não estava cumprido um ano desde a implementação do programa "cheque–dentista" e o secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro, foi ao nosso Congresso confirmar a intenção da abertura do programa a todas as crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos que frequentam as escolas públicas.

A alocução do Secretário de Estado na cerimónia de abertura do Congresso da OMD confirmou aquilo que a actual ministra da Saúde, Ana Jorge, tinha tornado público dias antes, na discussão do Orçamento de Estado. Aliás, convém sublinhar que o orçamento para a saúde oral voltou a subir, passando agora de perto de 20 milhões de euros para cerca de 25 milhões.
A decisão de alargar o "cheque–dentista" às crianças e adolescentes já a partir de 2009 é um motivo de satisfação para a OMD, nomeadamente para mim, enquanto representante da OMD nas comissões que discutem estratégias de Saúde Oral na Direcção Geral da Saúde e para o nosso Bastonário, Orlando Monteiro da Silva, por todo o esforço que tem feito para alargar o acesso da população a cuidados de saúde oral e, consequentemente, alargar o leque de utentes que recorre aos serviços dos nossos consultórios.
Ao aumentar o número de pessoas abrangidas pelo "cheque–dentista" o actual governo reconhece que o programa tem de corrido de uma forma bastante satisfatória, avalizando as medidas e orientações tomadas. Por outro lado, **este alargamento do programa, confirma a estratégia adoptada pelos responsáveis da OMD de sensibilização dos responsáveis governamentais para apostarem na utilização das infra-estruturas já existentes - as clínicas e os consultórios privados de medicina dentária - e a contratualização de serviços tem sido a mais adequada face à actual realidade política e económica.**
O "cheque-dentista" irá, assim, abranger em 2009:

- Grávidas
- Idosos inscritos no complemento solidário
- Crianças e Jovens
- Portadores de VIH

Crianças

Sobre este assunto alertamos os colegas para algumas particularidades:
1. Todas as crianças de 7, 10 e 13 poderem ter acesso ao "cheque–dentista", estimando-se em cerca de 190 mil as abrangidas.
2. Abre-se um novo processo de adesão para os médicos dentistas. Os que já aderiram aos anteriores programas apenas terão que informar a DGS se querem aderir a este, ou não. Os que apenas quiserem aderir ao Programa de Saúde Oral para Crianças e Jovens poderão fazer a sua inscrição especificamente para este programa. Todos os dados de inscrição e utilização dos "cheques–dentista" serão registados no programa informático SISO, numa nova extensão que está a ser finalizada pela equipa da Universidade de Aveiro.
3. O valor do "cheque-dentista" será o mesmo, isto é, 40€. O primeiro será entregue no início do ano lectivo nas escolas, o segundo será emitido pelo médico dentista e terá validade até Agosto de cada ano. Com estes dois cheques espera-se que o médico dentista realize determinados actos, apenas sobre a dentição permanente, perfeitamente discriminados na Circular Normativa da DGS que regulamenta este programa e que se aconselha a consulta no site da OMD ou no site da DGS, em microsite específico da saúde oral.
Assim,
a) Nas crianças de 7 anos, o médico dentista com o primeiro "cheque-dentista" terá que tratar, ou selar, 2 primeiros molares e com o segundo "cheque-dentista" tratará ou selará os outros

"Todas as crianças de 7, 10 e 13 [podem] ter acesso ao "Cheque–Dentista", estimando-se em cerca de 190 mil as abrangidas"

Paulo Melo

dois primeiros molares. No caso da criança ainda não ter os primeiros molares erupcionados, será adiada a intervenção para o ano lectivo seguinte.

b) Nas crianças de 10 anos, o médico dentista selará os pré-molares que entender necessário e tratará os que tiverem cárie. Sendo que, no primeiro "cheque", deverão ser tratados/selados pelo menos dois dentes prémolares.

c) Nos jovens de 13 anos, o médico dentista com o primeiro "cheque-dentista" terá que tratar, ou selar, dois segundos molares e com o segundo "cheque-dentista" tratará ou selará os outros dois segundos molares. No caso da criança ainda não ter os segundos molares erupcionados será adiada a intervenção para o ano lectivo seguinte. Neste caso, existe, ainda, a possibilidade do médico dentista emitir um terceiro "cheque-dentista" para realizar tratamento noutros dentes que apresentem lesões de cárie.

d) Outra questão importante é o facto de não estarem contemplados tratamentos em dentes decíduos.

e) Existe, no entanto, a possibilidade de intervenção em algumas crianças de 5 anos com a dentição decídua apresentando várias lesões de cárie, com "cheques–dentista" especiais emitidos pelos médicos de família.

4. Relativamente ao alargamento do programa a pacientes portadores do VIH, ainda está a ser estudada a forma como vai ser implementado, prevendo-se que aconteça logo após a introdução do Programa para Crianças e Jovens.

Este programa do "cheque-dentista", que se iniciou em fins de Maio do ano passado, contém inúmeras inovações, sendo já considerado um modelo de estudo para a Europa. A OMD tem estado bastante envolvida em todo este processo e considera fundamental o êxito deste programa para que a Saúde Oral dos portugueses venha a melhorar. O excelente relacionamento entre os responsáveis pelo programa, na DGS, e os representantes da OMD, tem permitido avanços significativos na planificação e implementação de uma estratégia de Saúde Oral integrada para os portugueses.

> "Este programa do "cheque-dentista (…) contém inúmeras inovações, sendo já considerado um modelo de estudo para a Europa".

Indubitavelmente, deu-se início a uma nova era na medicina dentária portuguesa e na saúde oral dos portugueses.

Paulo Melo

Em 2007, em Portugal

Tabaco faz 12.615 mortes

O tabagismo é o principal causador de morbilidade e mortalidade de livre consumo. As medidas de prevenção ao consumo do tabaco, de uma forma global, não têm tido o efeito pretendido.

Nos países mais desenvolvidos, e de uma forma resumida, há uma tendência para a diminuição da incidência de fumadores no sexo masculino e um aumento nos adolescentes e no sexo feminino, especialmente nas mulheres com maior grau de instrução. Nos países subdesenvolvidos tem havido um crescimento exponencial do seu consumo. Por tudo isto, a taxa de consumo de tabaco global continua em crescendo, estimando-se que o número de mortes provocadas pelo tabaco cresça dos 5 milhões actuais, para os 10 milhões em 2020.

> "O tempo gasto por consulta para incluir este tipo de acompanhamento, é de três a cinco minutos"

A relação entre o tabaco e o cancro do pulmão, cancro oral e doenças cardiovasculares, e a mortalidade que lhes está associada, faz do tabaco o inimigo público nº 1. Em Portugal, o tabagismo é responsável por 11,7% do total das mortes, segundo um estudo efectuado em 2007 e apresentado no "Portugal sem Fumo 2007". Mais precisamente por 12.615 mortes. As mulheres representam 23,5% e os homens 76,5%. Mais, as doenças provocadas pelo tabagismo levam a um gasto do Sistema de Saúde na ordem dos 489 milhões de euros por ano.

Papel do médico dentista

No caso do cancro oral, a associação ao tabaco é particularmente evidente. Por exemplo, num estudo americano, 8 em cada 10 pessoas com cancro oral eram fumadoras. O cancro oral é o 6º cancro mais frequente, com uma incidência de 2,8% e uma taxa de mortalidade elevada, (seis em cada dez doentes morrem nos primeiros cinco anos após o seu diagnóstico), pelo que deve constituir uma preocupação para todos os médicos dentistas. Não podemos esquecer que o papel do médico dentista é extremamente importante no que toca ao seu diagnóstico, e que o tratamento do cancro oral será mais eficaz, quanto mais precocemente for diagnosticado e iniciado o seu tratamento.

> "O XVI Congresso anual da OMD em Lisboa foi o primeiro congresso médico «smoke-free»"

O tipo de tratamentos que os médicos dentistas realizam faz com que os doentes os visitem regularmente; por esta razão, têm espaço para poderem desempenhar um papel de enorme importância no aconselhamento da desabituação do tabaco nos doentes fumadores, realizando consultas de cessação tabágica. O tempo gasto por consulta para incluir este tipo de acompanhamento é de três a cinco minutos. E exercido de uma forma regular, este dispêndio de tempo resulta em taxas de abandono na ordem dos 5 a 7%, que são muito encorajadoras, comparadas com as resultantes das consultas realizadas pelos Clínicos Gerais, de 15 a 20 %.

OMD e as campanhas antitabágicas

É um dever da OMD incentivar os seus membros em envolverem-se em campanhas e programas de promoção da Saúde na vertente relacionada com o combate ao tabagismo, actuando de uma forma concertada, Estado / associações médicas / associações de utentes, colaborando todos neste esforço global.

Nesse sentido, e durante o período em que a lei 37/2007 permaneceu em debate público, a OMD contribui com propostas como por exemplo a inclusão nos currículos das licenciaturas responsáveis pela formação de técnicos de saúde, formação na área da prevenção e tratamento do tabagismo e a comparticipação estatal nos medicamentos substitutos da nicotina. Também defendemos a selecção de uma ou duas fotografias, a serem impressas e expostas nos maços de tabaco, que evidenciassem a associação do tabaco com o cancro da cavidade oral.

Traduzimos para português o documento da FDI "Tobacco and Oral Health". Trata-se de um manual de conduta que foi distribuído a todos os médicos dentistas.

O XVI Congresso anual da OMD, em Lisboa, foi o primeiro congresso médico "smoke-free", e nesse Congresso divulgamos os dados obtidos do

Luís Filipe Correia

Em Portugal o tabagismo é responsável por 11,7% do total das mortes, segundo um estudo efectuado em 2007 e apresentado no "Portugal sem Fumo 2007". Mais precisamente por 12.615 mortes.

inquérito efectuado à classe, em Setembro de 2007.

Continuaremos a organizar eventos de promoção anti-tabágica, como o realizado a 31 de Maio de 2008, no dia Mundial Sem Tabaco, no Palácio de Cristal, em parceria com a Câmara Municipal do Porto e um Laboratório Farmacêutico.

Por proposta da própria DGS estamos a elaborar um documento de normas de orientação clínica para a cessação tabágica para utilização na consulta de medicina dentária. Este documento será nuclear para criar a formação direccionada aos médicos dentistas no que toca à "cessação tabágica" e motivar os colegas a aplicá-la como prática habitual nas suas consultas.

Fazemos parte, com um representante da OMD, da Comissão Técnico-consultiva da DGS. Esta comissão, criada com a própria lei, tem como objectivo principal prestar assessoria técnica, assim como colaborar com o Director Geral da Saúde na definição e implementação de programas ou iniciativas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

Por proposta da própria DGS estamos a elaborar um documento de normas de orientação clínica para a cessação tabágica para utilização na consulta de medicina dentária.

Como nota final de rodapé, o tabagismo é uma das principais preocupações em Saúde Pública. É uma obrigação de qualquer técnico de saúde promover a salutogenese. E é no contributo para o ganho de padrões de qualidade na saúde, com o consequente efeito na qualidade de vida da população, que toda a comunidade médica trabalha. Pois, então, tornemo-nos elementos activos no combate ao tabagismo.

Luís Filipe Correia
Coordenador do Grupo de Trabalho
Tabaco e Saúde Oral

"Em Portugal o tabagismo é responsável por 11,7% do total das mortes, segundo um estudo efectuado em 2007 e apresentado no "Portugal sem Fumo 2007". Mais precisamente por 12.615 mortes. As mulheres representam 23,5% e os homens 76,5%. Mais, as doenças provocadas pelo tabagismo levam a um gasto do Sistema de Saúde na ordem dos 489 milhões de euros por ano."

Número 1 • Fev 2009 • Trimestral

Cadernos Científicos

Ordem dos Médicos Dentistas

Revista da Ordem dos Médicos Dentistas

Área Editorial

Convite à publicação

Quando aceitei o convite para integrar o Conselho Editorial dos Cadernos Científicos da nova Revista da Ordem dos Médicos Dentistas estava consciente do desafio que o lançamento de uma nova revista representava. O projecto editorial atraiu-me, já que estando a OMD firmemente empenhada na formação contínua dos médicos dentistas, pareceu-me boa a ideia a de reunirmos, numa única revista, a vertente sócio-profissional, um espaço reservado aos assuntos do Conselho Deontológico e de Disciplina e um caderno dedicado a artigos científicos.

Esta substituição do boletim por um espaço mais alargado e a retoma de alguns aspectos positivos da antiga revista da OMD pareceu-me bastante positiva, pelo destaque que, a partir de agora, já é possível conferir a alguns assuntos e pela profundidade com que é possível tratar matérias que não podiam senão ser afloradas no exíguo espaço do Boletim. E agora, com o extra dos Cadernos Científicos. Mas cedo me assaltaram algumas preocupações.

O panorama editorial nacional em medicina dentária é um mar semeado de escolhos, dos quais um dos maiores será, sem dúvida, o deserto de artigos científicos para publicar. Já disso me tinha apercebido, fruto de alguma colaboração com outras revistas. E a falta de artigos para publicação é um espectro que paira sobre qualquer conselho redactorial.

Contudo, estou confiante que os colegas que estão actualmente empenhados em diversos programas de pós-graduação — e que são algumas dezenas — terão, certamente, muitos e bons trabalhos para partilhar com toda a classe. E não só destes colegas esperamos receber artigos, mas de todos os médicos dentistas serão bem-vindos os artigos que nos queiram enviar.

de todos os médicos dentistas serão bem-vindos os artigos que nos queiram enviar. A produção de artigos científicos e clínicos é um reflexo da pujança e do valor científico da nossa classe

A produção de artigos científicos e clínicos é um reflexo da pujança e do valor científico da nossa classe. É também o produto do muito trabalho desenvolvido pelos colegas que os escrevem e a leitura de um artigo escrito em Português representa uma maneira simples de tomarmos contacto com alguns aspectos menos frequentes da nossa actividade, com novas maneiras de resolver velhos problemas, ou com uma sistematização de alguns tipos de patologias ou terapêuticas.

Esperamos e contamos com a colaboração de todos!

António Ginjeira
Membro do Conselho Científico dos CC

Composição do Conselho Científico

Pedro Leitão (Presidente)
António Ginjeira
Gil Alcoforado
João Carlos Ramos
Pedro Correia

Sumário

1 • Área Editorial
Editorial CC
António Ginjeira

2 • Terapêutica
Crise asmática - - abordagem urgente
Rui Manuel Silva Rocha
Rafael F. M. Azevedo Pinto
Pedro Luís Domingues Nunes

8 • Prostodontia
Incidência de fracturas em próteses fixas metalo-acrílicas versus metalo-cerâmicas na reabilitação de desdentados totais
Fernando Almeida
Ana Marques Pais

14 • Periodontia
Recobrimento radicular do 11 - caso clinico
Sérgio Calvão de Melo
Artur Nunes da Silva

Terapêutica

Crise asmática – abordagem urgente

Autor: Rui Manuel Silva Rocha

Autores

Rui Manuel Silva Rocha
Mestrado Integrado em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte.

Rafael Fernando Magalhães Azevedo Pinto
Mestrado Integrado em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte.

Pedro Luís Domingues Nunes
Mestrado Integrado em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte.

Abstract

Asthma is characterized by a reversible obstruction, swelling and bronchial hyperreactivity. The diagnosis is based on clinical information and pulmonary function tests. Eosinophiles are an important characteristics of the asthma physiopathology. They produce bronchial constrictives and vasoactives that lead to bronchial hyperreactivity. Furthermore, the eosinophiles damage the neighbouring tissue by releasing proteinic contents from their granules.
The recommendations for asthma treatment are based on objective measures of the pulmonary function to evaluate the asthma severity and monitor the course of therapy; environmental control to avoid or eliminate the precipitant symptoms or crises; long term pharmacological therapy to treat and prevent the swelling of the air passage and also to treat the more acute cases. The bronchiodilaters B2-agonistic are the most widely used drugs for the treatment of asthma.
The aim of this work is to emphasise and inform the health professional, above all the dental doctors, for the way to intervene in the case of a crisis or aggravation of the disease. It is our intention to make known the more recent available recommendations for the treatment of asthma crises, as well as to make the health professionals more aware for the need to be adequately prepared to deal with asthma crisis.

Palavras Chave
Crise asmática; criança; abordagem urgente

Keywords
Asthmatic crisis; Children; urgency

Resumo

A Asma é caracterizada por obstrução reversível, inflamação e hiper-reactividade brônquicas. O diagnóstico é baseado em informações clínicas e testes de função pulmonar. Os eosinófilos são uma característica importante da fisiopatologia da asma. Eles produzem factores quimiotáxicos, broncoconstrictores e vasoactivos, que conduzem à hiper-reactividade brônquica. Além disso, os eosinófilos danificam o tecido circunvizinho, através da liberação do conteúdo proteico de seus grânulos.
As recomendações para o tratamento da asma são baseadas em medidas objectivas da função pulmonar para avaliar a gravidade da asma e monitorizar o curso da terapia; controlo ambiental para evitar ou eliminar factores precipitantes de sintomas ou crises; terapia farmacológica a longo prazo, para tratar e prevenir inflamação de via aérea e, também, para tratar as agudizações. Os broncodilatadores ß2-agonistas são a classe de fármacos mais usadas para o tratamento da Asma.[3]
O objectivo deste trabalho é despertar e informar os profissionais de saúde, sobretudo os médicos dentistas, para a intervenção em casos de crise ou exacerbação da doença. Pretende-se dar a conhecer as mais recentes indicações de intervenção imediata no tratamento das crises de Asma, bem como consciencializar os profissionais de saúde para a necessidade de se encontrarem adequadamente preparados em caso de crise urgente ou emergente.

A Asma brônquica no contexto sanitário mundial

De acordo com as referências existentes no Programa Nacional de Controlo da Asma, a Asma define-se como uma "doença inflamatória crónica das vias aéreas que, em indivíduos susceptíveis, origina episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse particularmente nocturna ou no início da manhã, sintomas estes que estão geralmente associados a uma obstrução generalizada, mas variável, das vias aéreas, a qual é reversível espontaneamente ou através de tratamento."[9]
Trata-se da doença crónica mais frequente na criança, sendo uma causa importante de perturbação da qualidade de vida, dado que se relaciona com alterações do sono, absentismo escolar e deficiente integração nas actividades de grupo, particularmente nas que envolvem esforço físico.[5]
No que respeita o conceito clínico, a definição de Asma, varia com a idade da criança. Na idade pré-escolar, é aceitável a definição estabelecida no Consenso Internacional de Pediatria de 1998: "Sibilância recorrente e/ou tosse persistente num contexto clínico evocativo de Asma brônquica, uma vez excluídas outras situações patológicas de obstrução das vias aéreas." Após os três anos, o diagnóstico torna-se progressivamente mais definitivo, e aos 6 anos é quase sempre possível pôr em evidência a classificação apoiada pela OMS: "A asma é principalmente uma doença inflamatória das vias aéreas, na qual os eosinófilos e mastócitos são relevantes, produzindo episódios recorrentes de tosse e pieira, muitas vezes associada com hiper-reactividade brônquica e limitação geralmente reversível do fluxo aéreo."[2]

O caso português

Sendo uma doença crónica frequente na criança e na população adulta, sabe-se que, em Portugal, a prevalência média da Asma atinge mais de 11,0% da população no grupo etário dos 6-7 anos, 11,8% no dos 13-14 anos8e 5,2% no dos 20-44 anos, estimando-se que o número total de doentes possa ultrapassar os 600.000. Assim, um em cada 15 portugueses, provavelmente, sofrerá de asma. No nosso país, a prevalência da doença nas crianças será de cerca de 10%, estimando-se entre 3 a 4% a prevalência de crianças asmáticas com formas persistentes moderadas a graves, ou seja, um risco acrescido de agudização. Actualmente, verifica-se um aumento nas taxas de incidência e de prevalência, particularmente nos grupos etários pediátricos.[10]

Fig.1 – Adaptado de: National Heart, Lung and Blood Institute; 2007.

Epidemiologia e Etiologia I

A anomalia básica nos episódios de Asma é a hiper-reactividade das vias respiratórias a estímulos específicos e inespecíficos. Todos os doentes mostram bronco — constrição reforçada em resposta à inalação de metacolina ou histamina (bronco - constritores inespecíficos). Alguns doentes poderão ser classificados como afectados por alérgica; nestes os sintomas pioram com a exposição a pólens ou outros alérgenos. É característico eles terem uma história pessoal e/ou familiar de outras doenças alérgicas, como rinite, urticária e eczema. As provas cutâneas com alérgenos são positivas; IgE sérica pode estar aumentada. Estudos de bronco — provocação podem ter respostas positivas à inalação de alérgenos específicos.
Um número importante de asmáticos não tem história de alergias e não reage às provas cutâneas ou e bronco - provocação com alérgenos específicos. Muitos destes desenvolvem broncospasmo depois de uma infecção respiratória superior (IRS). Diz-se que têm uma Asma idiopática.
Os sintomas pioram nalguns doentes com o exercício ou exposição ao ar frio ou a estímulos ocupacionais. Muitos notam sibilância acrescida depois de uma IRS a vírus ou em resposta a stress emocional.

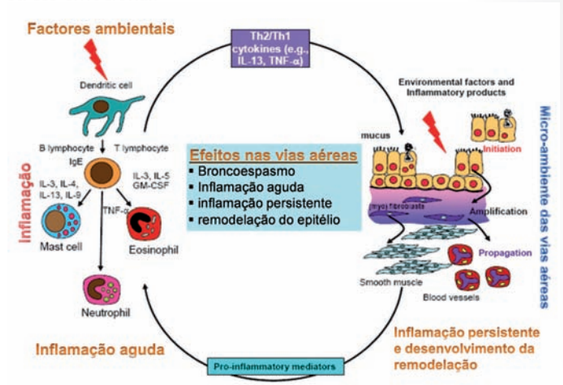


Fig.2 – Adaptado de: National Heart, Lung and Blood Institute; 2007.

Patogenia[1]

O denominador comum subjacente à diátese asmática é a hiper-irritabilidade inespecífica da árvore traqueobrônquica. A etiologia da hiper-reactividade das vias respiratórias na Asma é desconhecida, mas a inflamação destas vias parece desempenhar um papel fundamental. A reactividade das vias respiratórias pode oscilar, e as oscilações estão correlacionadas com sintomas clínicos. A reactividade das vias respiratórias pode ser aumentada por uma serie de factores: alergénicos, farmacológicos, ambientais, ocupacionais, infecciosos, relacionados com o exercício e emocionais. Entre os mais frequentes estão os alérgenos transmitidos por via aérea, aspirina, bloqueadores adrenérgicos ß (p. ex. propanolol, timolol), sulfitos nos alimentos, poluição atmosférica (ozono, dióxido de azoto) e infecções respiratórias.

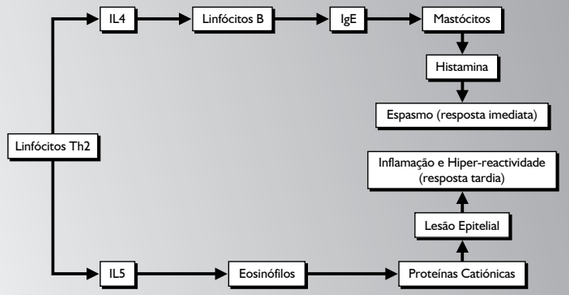


Fig.3 – Adaptado de : Vilarinho L.; 2002.

Fisiopatologia

É aceite que nas crianças com asma, as infecções virais das vias aéreas superiores são co-factores que desempenham um papel importante na exacerbação da obstrução brônquica e são causa de aumento da morbilidade e consequente número de hospitalizações.
Como refere F. D. Martinez, a obstrução recorrente das vias aéreas com sibilância é a via final comum para muitos e diferentes mecanismos da doença atópica e estes podem coexistir determinando diferentes graus de gravidade e/ou persistência de sintomas.
Martinez refere ainda que a asma parece ser determinada por uma combinação "genética e ambiente" que predispõe para um atraso na maturação do sistema imune durante os primeiros anos de vida. Como consequência deste "atraso", ocorre a sensibilização alérgica naquela idade, o agravamento da hiper-reactividade brônquica e alterações da função pulmonar que persistirão na idade adulta.[2]

Classificação de Gravidade das Crises de Asma[4]

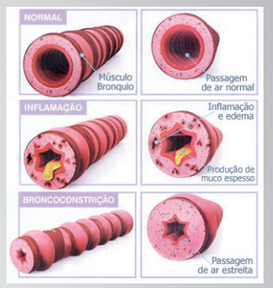


Fig.4 – Adaptado de: Pueri Clínica da Criança; 2003

Na actual classificação, a Asma classifica-se em controlada, parcialmente controlada e não controlada. No entanto, as crises de asma podem ainda classificar-se do seguinte modo, quando o doente apresenta os seguintes sinais e sintomas:

- Crise Ligeira
- Crise Moderada
- Crise Grave
- Crise com Paragem Respiratória Iminente

PARAMETRO	LIGEIRA	MODERADA	GRAVE	PARAGEM RESPIRATÓRIA EMINENTE
Consciência	Pode estar agitado	Geralmente agitado	Agitado	Sonolento ou confuso
Dispneia	Consegue andar, tolera o decúbito	Consegue falar, prefere estar sentado	Sentado, tronco em anteflexão	Não reactivo
Dispneia Na criança	Ao andar	Falar/Chorar Dificuldade na alimentação	Em repouso Recusam alimentação	
Estado de consciência	Normal/Ansioso	Agitado	Agitado	Sonolento/ /Confuso
Diaforese	Ausente	Presente	Presente	Presente
Freq. Respiratória (idade crianças) <1 ano 1 - 5 anos > 6 anos	Normal <50/min <40/min <30/min	50 - 60/min 40 - 50/min 30 - 40/min	> 60/min > 50/min > 40/min	
Tiragem supra-esternal	Não	Sim	Sim	Movimento toraco-abdominal paradoxal
Sibilos	Moderados no final da expiração	Bem audíveis em toda a expiração	Geralmente audíveis em toda a expiração	Ausentes
Tempo expiratório	Prolongado	Prolongado	Muito prolongado	Difícil de avaliar
Pulso	<100 ppm	100 - 120 ppm	>120 ppm	Bradicárdia
Pulso/minuto (ppm) Idade crianças <1 ano 1 - 5 anos >6 anos	<150/min <120/min <110/min	150 - 170/min 120 - 140/min 110 - 130/min	> 170/min > 140/min > 130/min	Bradicardia
Cianose	Ausente	Ausente	Presente	Presente

Quadro 1 – Critérios de avaliação da gravidade da Crise Asmática - (Adaptado do GINA 2005)

Na abordagem urgente do doente asmático, situação potencialmente fatal, importa ter a capacidade de identificar a gravidade, conhecer detalhadamente os fármacos, os seus mecanismos de actuação, a sua segurança e eficácia, as doses e vias de administração, bem como de actuar imediatamente.
A diferenciação dos cuidados na abordagem da criança asmática, nomeadamente com acessibilidade a novos fármacos e vias de administração, particularmente por via inalatória, e a divulgação dos novos conceitos das alterações fisiopatológicas subjacentes à Asma brônquica, permitiu a instituição e divulgação de novos protocolos de actuação terapêutica na Asma em agudização, passando a recorrer-se à administração de bronco - dilatadores inalados, eventualmente associados à administração de corticóides sistémicos, por via oral ou endovenosa. A oxigenoterapia e outras medidas de suporte, como a hidratação, a antibioterapia e o apoio psicológico, mantêm as suas criteriosas mas indiscutíveis indicações.[5]

A intervenção dos profissionais de saúde - Avaliação clínica

A avaliação clínica e consequente reconhecimento da gravidade é fundamental e baseia-se na anamnese (crises anteriores, factores desencadeantes, duração, tratamento prévio, outras doenças...), exame objectivo e avaliação funcional respiratória (Quadro I), sendo ainda necessário valorizar a gravidade actual e passada das crises. Como critérios de mau prognóstico, referem-se a existência de cianose, bradicardia, exaustão, alterações da consciência, ausência dos sons respiratórios e má resposta à terapêutica de urgência.[5]

Componentes do Grau	Classificação do Grau de severidade (0-4 anos)			
	Intermitente	Persistente		
		Ligeira	Moderada	Grave
Sintomas	≤2 dias/ semana	>2 dias/ semana	Diariamente	Ao longo de todo o dia
Despertar Nocturno	0	1-2x/mês	3-4x/mês	>1x/semana
Uso de Agonistas Beta2, para controlo dos sintomas	≤2 dias/ semana	>2 dias/ semana, mas não diariamente	Diariamente	Várias vezes ao dia
Interferência com a actividade normal	Sem limitação	Limitação reduzida	Alguma limitação	Extremamente limitado

Componentes do Grau	Classificação do Grau de severidade (5-11 anos)			
	Intermitente	Persistente		
		Ligeira	Moderada	Grave
Sintomas	≤2 dias/ semana	>2 dias/ semana	Diariamente	Ao longo de todo o dia
Despertar Nocturno	≤2x/mês	3-4x/mês	3-4x/mês	Frequentemente 7x/semana
Uso de Agonistas Beta2, para controlo sintomas	≤2 dias/ semana	>2 dias/ semana, mas não diariamente	Diariamente	Várias vezes ao dia
Interferência com a actividade normal	Sem limitação	Limitação reduzida	Alguma limitação	Extremamente limitado
Avaliação da Função pulmonar				

Quadros 2 e 3 – Adaptado de: National Heart, Lung, and Blood Institute - 2007.

Factores Precipitantes

Os sintomas de asma podem ocorrer ou agravar-se na presença de:
• Exercício físico
• Infecção viral
• Animais com pelo
• Exposição prolongada aos ácaros do pó doméstico
• Pólen
• Fumo, principalmente de tabaco e de lenha
• Alterações de temperatura do ar
• Emoções fortes, principalmente quando desencadeiam riso ou choro
• Produtos químicos inaláveis
• Fármacos, principalmente ácido acetilsalicílico e beta-bloqueadores.

Quadro 4 – Adaptado de Taketomo, Carol K.; Hodding, Jane H.; Kraus, Donna M..; 2005.

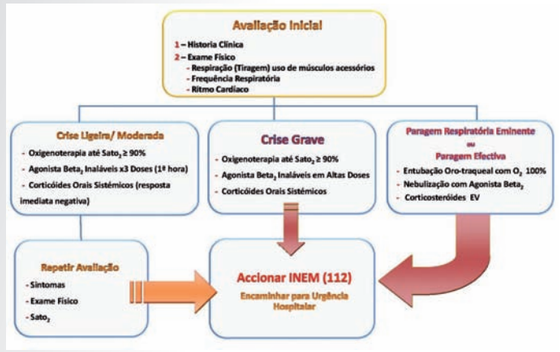
Terapêutica indicada

O tratamento imediato baseia-se na utilização precoce de bronco - dilatadores, sendo de preferir os agonistas ß2 de curta acção em nebulização, eventualmente associados ao brometo de ipratrópio. Seguem-se os corticóides em câmara expansora ou em aerossol e posteriormente corticóides EV e sabutamol sc em casos raros. Entre as medidas de suporte, salienta-se a importância da oxigenoterapia visando a obtenção de uma saturação de O2 superior a 95%.
A utilização dos corticosteróides sistémicos permite reduzir a morbilidade e mortalidade da doença, diminuindo a gravidade das crises e as taxas de internamento; são desprezíveis os efeitos secundários de um tratamento curto.[5] Excepcionalmente, e apenas em casos de anafilaxia pode-se ministrar adrenalina subcutânea.

Crise Asmática	
Fármaco	Via de Administração
Salbutamol 0,15mg/kg	Aerossol
Brometo de Ipratrópio 6 a 12µg/kg	Aerossol
Prednisolona 1 a 2mg/kg/dia (2 a 4x/dia)	Via Oral
Metilprednisolona 1 a 2 mg/kg/dia	Endovenoso
Hidrocortisona 4 a 8 mg/kg/dia (intervalo de 2 a 6h)	Endovenoso

Fármacos não recomendados no tratamento da Crise Asmática
• Sedativos (estão estritamente contra-indicados)
• Mucolíticos (podem agravar a crise)
• Sulfato de magnésio

Quadros 5 e 6 – Fonte: Taketomo, Carol K.; Hodding, Jane H.; Kraus, Donna M..; 2005.



Quadros 7 – Adaptado de: National Heart, Lung, and Blood Institute - 2007.

Conclusão

Os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de crianças asmáticas devem possuir a competência necessária para saber identificar e intervir em caso de crise ou exacerbação da doença. Do mesmo modo devem ser proficientes na manipulação e administração da terapêutica inalatória. Tal, implica receber uma formação adequada, pressupondo reciclagem a intervalos regulares.
A referência para consultas especializadas das crianças com formas mais graves de doença será fundamental no controlo destes quadros clínicos, permitindo obter ganhos de saúde muito significativos.■

Bibliografia

01) Braunwald E., Fauci A. S., Kasper D. L., Hauser S. L., Longo D. L., Jameson J. L.; *Harrison Manual de Medicina;* Mc Graw Hill; 16ª Edição; p.668; 2006.
02) Chieira L.; *Protocolos de investigação e terapêutica da asma grave na criança; Rev Portuguesa Imunoalergologia;* 14 (Supl 2): 87 – 93; 2006.
03) *Pueri Clínica da Criança; Pediatria – Asma;* Saúde Infanti; 2003
04) Comissão de Coordenação do Programa da Asma; *Programa Nacional de Controlo da Asma - Direcção-Geral da Saúde*; Lisboa 28 p.;2000.
05) Direcçao Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e Adolescentes; *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica Volume II*; Lisboa; 2005; (Orientações Técnicas; 14).
06) Elcio O., Vianna R. M., Proença C. A.; *Asma Brônquica: O Presente e o Futuro;* Medicina, Ribeirão Preto; 229-240, Abr./Jun. 1998.
07) "Global Initiative for Asthma" – GINA.
08) Global Strategy for Asthma Management and Prevention. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute; *Guidelines for the diagnosis and management of Asthma;* NIH, Publication number 02-3659, 2002.
09) National Heart, Lung and Blood Institute; *Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Asthma Education and Prevention Program*;Expert Panel Report 3; 2007.
10) Rev. Pneumologia VII; *Programa Nacional de Controlo da Asma* (4): 323; Lisboa; Direcção-Geral da Saúde; 2000.
11) Taketomo, Carol K.; Hodding, Jane H.; Kraus, Donna M. – *Pediatric dosages handbook*. 12th Edition. Lexi Comp. 2005.
12) Vilarinho L.; *Crise asmática na Criança; Proposta de Normatização de tratamento para o CPPHO*; Serviço de Pneumologia Pediátrica da Universidade Federal da Bahia; 2002.

PROTOCOLO
ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

UMA PARCERIA ENTRE A ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS E A CAIXA SÓ PODE SER UM PROTOCOLO ENTRE ESPECIALISTAS.

Tendo em conta que os Médicos Dentistas exercem uma actividade altamente especializada, a Caixa não poderia deixar de criar um protocolo igualmente especializado.

Se é profissional liberal por conta própria, porque valorizamos a sua actividade empresarial, oferecemos-lhe um conjunto de produtos financeiros com condições especiais, quer esteja a planear o início do projecto ou necessite de incrementar a actividade. Assim, para além de competitivas linhas de financiamento, soluções de leasing ou de renting, sugerimos-lhe: O **Cartão Caixaworks**, cartão de crédito que permite financiar as necessidades de tesouraria da sua clínica, a taxas de juro muito competitivas; a **Conta de Gestão Automática de Tesouraria** que associa três contas – uma conta à ordem, uma conta de poupança e uma conta corrente – e que, em final de dia, garante de forma automática, uma gestão de tesouraria eficaz; a **Solução netcaixa**, que integra equipamentos terminal de ponto de venda (TPA) e cartões de pagamento, com taxas e comissões vantajosas.

Se possuir uma conta Caixaordenado, a Caixa possibilita-lhe antecipar o ordenado e confere-lhe isenção de despesas de manutenção. Com o serviço Caixadirecta – por telefone ou internet – poderá gerir as suas aplicações financeiras com toda a comodidade, controlar as suas contas e até agendar e domiciliar pagamentos. Se pretender um financiamento, saiba que também terá acesso a condições especiais em termos de taxas e comissões no Crédito para Habitação, no Crédito Pessoal para qualquer finalidade e na Solução Automóvel.

Para maior detalhe ou esclarecimento de dúvidas sobre toda a Oferta que o Protocolo lhe garante, não deixe de consultar o seu Gestor Dedicado, uma Agência da Caixa ou o serviço Caixadirecta pelo telefone 707 24 24 24.

Crédito à Habitação e Multiopções: Isenção da comissão de estudo da operação e redução em 50% nas despesas de avaliação para novas operações. Redução de 0,15 p.p. ao spread em vigor, até ao limite mínimo de 0,35%. Crédito Pessoal: Isenção da comissão de abertura do processo e redução de 0,50 p.p. até à taxa mínima de 6,45% ou taxa variável indexada à Euribor a 6 meses com redução de 0,50 p.p. ao spread em vigor, até ao mínimo de 0,50% (no caso de operação garantida por hipoteca ou cativação de operações financeiras). Solução Automóvel: Taxas a partir de Euribor a 1 mês acrescidas de 0,75%, independentemente do prazo do contrato.

Caixa Geral de Depositos

Prostodontia

Incidência de fracturas em próteses fixas metalo-acrílicas versus metalo-cerâmicas na reabilitação de desdentados totais

Autor: Fernando Almeida

Autores

Fernando Almeida
Doutorada pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, com a Tese "Carga Imediata sobre Implantes".
Professor Convidado do Mestrado de Implantologia e Reabilitação Oral do Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte.
Coordenador do Curso de Formação de Implantologia - Centro de Formação FA.
Director Clínico da Clínica de Medicina Dentária dos Carvalhos (Porto) e da Clínica Infante de Sagres (Lisboa).

Ana Marques Pais
Licenciada pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, em 2006.
Exercício de Medicina Dentária na Clínica de Medicina Dentária dos Carvalhos.

Abstract

Objective
The aim of this retrospective study was to compare the failures of total fixed metal-acrylic prostheses (TFMAP) versus total fixed metal-ceramic prostheses (TFMCP) caused by fractures of the aesthetic part and/or metal framework.
Materials and methods
84 fully edentulous patients, in one or both jaws, of whom 52 were rehabilitated with TFMAP and 32 rehabilitated with TFMCP. The mean follow-up was 1 year and 6 months.
Results
There were 20 prosthetic failures in patients with TFMAP (38% of cases) and 5 in patients with TFMCP (16% of cases), which forced the removal of the structure to repair in the laboratory or to repeat the procedure.
Discussion
The TFMAP are less costly than the TFMCP but require more maintenance and additional laboratory work due to the incidences of fractures that occur after the placement.
Conclusion
In cases of implant-supported by full-arch rehabilitations, the TFMCP is preferable, because it had a lower incidence of fractures, minor maintenance after placement as well as the highest satisfaction level in patients.

Palavras Chave
reabilitações totais implanto-suportadas; metalo-acrilico; metalo-cerâmica; insucesso protético

Keywords
implant-supported full-arch rehabilitations; metal-acrylic; metal-ceramic; prosthetic failures

Resumo

Objectivo
Este estudo retrospectivo pretende comparar os insucessos das próteses totais fixas metalo-acrílicas (PTFMA) versus próteses totais fixas metalo-cerâmicas (PTFMC) causados por fracturas da parte estética e/ou das infra-estruturas metálicas.
Materiais e métodos
84 doentes totalmente desdentados, dos quais 52 foram reabilitados com PTFMA, e 32 reabilitados com PTFMC. O follow-up médio foi de 1 ano e 6 meses.
Resultados — Aconteceram 20 insucessos protéticos nos doentes com PTFMA (38% dos casos) e 5 nos doentes com PTFMC (16% dos casos) que obrigaram à remoção da estrutura para conserto em laboratório ou para repetição do trabalho.
Discussão
As PTFMA são menos dispendiosas que as PTFMC mas requerem mais consultas de manutenção e trabalho laboratorial adicional devido à incidência de fracturas que ocorrem após a colocação.
Conclusão
Nos casos de reabilitações totais com implantes, são preferíveis as PTFMC, por apresentarem menor incidência de fracturas, menor manutenção pós-colocação e logo grau de satisfação mais elevado para os doentes. Apenas o custo poderá ser um condicionante negativo a ter em conta comparado com as PTFMA.

Introdução

A reabilitação de desdentados totais com prótese fixa implanto-suportada (PFIS) é bem conhecida e documentada em artigos científicos com número adequado de doentes seguidos durante mais de 5 anos.[1] Há inclusivamente estudos com follow-up de 15 anos que mostram altas taxas de sucesso implantar, acima dos 90%.[2-4]
No entanto, entre a colocação dos implantes e a reabilitação com a PFIS era pressuposto um tempo de espera de 3 a 6 meses.[4] Nos últimos anos, desenvolveram-se protocolos com base em estudos apropriados que possibilitam a reabilitação imediata de desdentados totais com PFIS.[5-8]
A PFIS em desdentados totais pode ser suportada por um número limite mínimo de 4 implantes, estrategicamente localizados, imediatamente após a cirurgia.[5-8] No entanto, preferimos um suporte adicional com mais implantes por arcada (6 implantes na maxila, 4 a 6 implantes na mandíbula) porque facilita o processo na fase inicial pelas seguintes razões:

1) A colocação do número limite de 4 implantes obriga, em caso de insucesso de um implante, à recolocação de um novo e um tempo de espera adicional;
2) A colocação de um número superior a 4 implantes possibilita a eventual não colocação em carga de algum ou alguns implantes sem adequada estabilidade inicial (torque de inserção ≤ 35 Ncm) [9, 10]
3) Nos casos de extracções e colocação imediata de implantes podem acontecer factos inesperados como retracção dos tecidos moles ou inclinações desfavoráveis difíceis de compensar proteticamente, que podem condicionar o suporte em algum implante.

Alsaadi e col[11], da Faculdade de Medicina de Leuven, coordenado superiormente pelo Prof. Daniel van Steenberghe, num estudo retrospectivo sobre o impacto do insucesso implantar salientam "do ponto de vista protético, um doente que tenha cinco ou seis implantes colocados (desdentado total) se perder um ou dois por vezes não é necessário recolocá-los porque o tratamento protético (o único com o qual o doente se preocupa) pode ser terminado com sucesso".
Assim, a perda de um implante na fase inicial com a reabilitação com próteses fixas provisórias, pode não obrigar à colocação de um novo facilitando a restauração definitiva, se tiverem sido colocados mais de quatro implantes bem distribuídos ao longo da arcada porque sabemos que o insucesso implantar acontece exactamente na fase inicial, ou seja, nos primeiros meses.
As PFIS de uma forma geral podem ser em metal-acrílico ou metal-cerâmica. O insucesso protético, por fractura do metal ou da parte estética pode obrigar à repetição do trabalho condicionando o doente e o profissional com evidentes prejuízos para ambos, tanto de custos adicionais como de satisfação.

Objectivo

O principal objectivo deste estudo retrospectivo foi avaliar a incidência de fracturas da parte estética, acrílico nas próteses totais fixas metalo-acrílicas (PTFMA) e cerâmica nas próteses totais fixas metalo-cerâmicas (PTFMC), assim como da estrutura metálica.

Material e Métodos

1 – Amostra
Estudo retrospectivo em 84 doentes, desdentados totais maxilares, mandibulares ou bi-maxilares reabilitados com PFIS. Não foram excluídos bruxómanos, fumadores ou doentes crónicos.
52 doentes foram reabilitados com PTFMA de infra-estrutura em titânio maquinado CAD-CAM – Computer-Aided Design – Computer-Aided Manufacturing – (PIB – Procera Implant Bridge – NobelBiocare, Sweden®) dos quais 24 doentes com reabilitação das duas arcadas, 14 só na arcada maxilar e 14 só na arcada mandibular, e 32 foram reabilitados com PTFMC de infra-estrutura fundida – 21 com reabilitação das duas arcadas, 7 só na arcada maxilar e 4 só na arcada mandibular.
O número médio de implantes por arcada foi de 6 implantes para a maxila e 5 implantes para a mandíbula.
O follow-up médio foi de 1ano e 6meses, variando entre os 3anos e os 3meses.
2 – Critérios de sucesso e insucesso protético
Foram considerados insucessos os casos em que ocorreram fracturas, quer da parte estética quer do metal, que obrigaram à remoção da estrutura para conserto em laboratório ou para repetição do trabalho.
Não foram considerados insucessos pequenas fracturas do acrílico ou da cerâmica reparadas com instrumentos rotativos numa só sessão
3 – Análise estatística
A análise foi efectuada utilizando o programa de análise estatística SPSS® v.15.0.

Resultados

1 – Consultas pós-colocação
47 dos 84 doentes necessitaram voltar à nossa clínica devido a variados problemas protéticos (fracturas da parte estética, fracturas do metal, desapertos, descimentações, fracturas do pilar e dos parafusos). Dos doentes reabilitados com PTFMA, 71% necessitaram de recorrer à clínica após a colocação da estrutura definitiva enquanto dos doentes com PTFMC apenas 31% tiveram essa necessidade ($p<0,001$).
A maior percentagem das consultas pós-colocação deveu-se a fracturas da parte estética – 68,1% das consultas. Dos doentes com PTFMA, 52% sofreram fractura do acrílico contra 16% dos doentes reabilitados com PTFMC em que ocorreu fractura da cerâmica ($p=0,001$).
As fracturas de metal só se verificaram nas PTFMA em 5 casos constituindo 10% da amostra. Estes casos implicaram uma nova estrutura que foi solicitada à NobelBiocare AB Procera, Sweden, com base no ficheiro computorizado que resultou da digitalização.
Foram feitas novas próteses em 13 dos doentes com PTFMA, 5 devido a fracturas do metal e 8 a fracturas do acrílico (25% do total de doentes com PTFMA).
Nas PTFMC foi repetida a cerâmica em 4 das 5 estruturas que sofreram fractura (13% dos doentes com PTFMC).

1.1 – Insucessos protéticos
Foram considerados insucessos os casos em que ocorreram fracturas, quer da parte estética quer do metal, que obrigaram à remoção da estrutura para conserto em laboratório ou para repetição do trabalho.
Assim, aconteceram 20 insucessos protéticos nos doentes com PTFMA (38% dos casos) e 5 nos doentes com PTFMC (16% dos casos).

1.2 – Custos acrescidos
Todas as consultas necessárias após a colocação das reabilitações totais fixas acarretaram custos acrescidos. Os reapertos das estruturas, cimentações, fractura de pilares e as pequenas fracturas do acrílico nas PTFMA implicaram apenas custos em termos de consulta (ocupação do consultório, tempo dispendido pelo clínico) enquanto as consultas devido a grandes fracturas do acrílico nas PTFMA ou da cerâmica nas PTFMC implicaram, além destes, custos a nível laboratorial. A mediana dos custos de consulta para as PTFMA foi de 160€, enquanto para as PTFMC foi de 80€ ($p>0,001$). A mediana do custo laboratorial foi de 180€ para as PTFMA e de 419€ para as PTFMC ($p=0,001$). O custo total foi maior nas PTFMC que nas PTFMA (mediana = 457 e 240, respectivamente).

1.3 – Grau de satisfação
Através de entrevistas aos doentes, concluímos que 66% dos doentes com PTFMA se mostram muito satisfeitos com as reabilitações, 26% moderadamente satisfeitos e 9% não totalmente satisfeitos ou desapontados. Nos doentes com PTFMC, as percentagens foram de 79,7 e 14%, respectivamente ($p>0,05$). Esta diferença não é estatisticamente significativa.

2 - Fracturas e Bruxomania
Relacionando as fracturas da parte estética com a bruxomania, verificamos que dos 27 doentes que sofreram fracturas do acrílico nas PTFMA, 26 eram bruxómanos (96%) ($p<0,05$) assim como os 5 doentes com fractura da infra-estrutura metálica (100% bruxómanos) ($p>0,05$).
Nos doentes com PTFMC, todas as fracturas da cerâmica ocorreram em bruxómanos (100%) ($p<0,05$).
Nos doentes com PTFMC, todas as fracturas da cerâmica ocorreram em bruxómanos (100%) ($p<0,05$).

Discussão

1 - Fracturas do acrílico
Alguns artigos já publicados identificaram problemas relacionados com o uso do acrílico sobre uma infra-estrutura em metal em PFIS, pois estas não têm qualquer suporte dentário ou mucoso que permita resiliência ou amortecimento das cargas

mastigatórias como acontece nas próteses removíveis. Como os implantes não têm praticamente movimento vertical, o impacto mecânico é absorvido pela estrutura protética podendo sofrer fracturas coesivas.

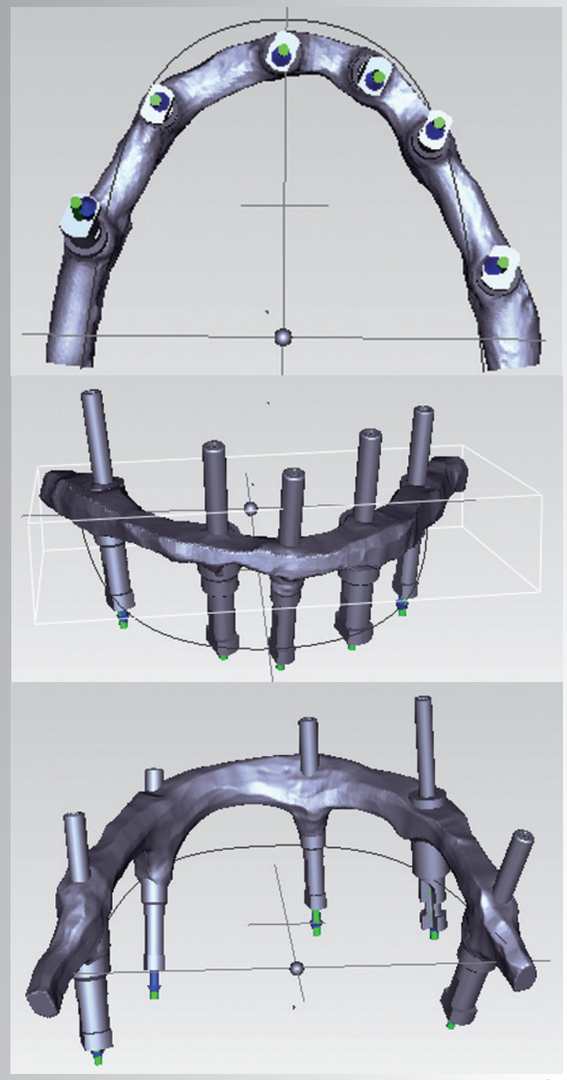


Fig. 1, 2 e 3 – Digitalização da infra-estrutura em titânio CAD-CAM de uma PTFMA (PIB, NobelBiocare®)

Bergendal e Palmqvist (1999)[12] reabilitaram 85 doentes com PTFMA com infra-estrutura em titânio soldado a laser e 81 com PTFMA com infra-estrutura em ouro (grupo controlo). Após 5 anos, foram observadas 17 fracturas do acrílico nas PTFMA com infra-estrutura em titânio (25%) e 7 nas PTFMA com infra-estrutura em ouro (11%).

Örtop e col (1999)[13] reabilitaram 155 doentes com PTFMA mandibulares com infra-estrutura em titânio soldado a laser, apoiadas em 4/6 implantes. Foram registadas 31 fracturas do

Fig. 4, 5 e 6 – PTFMA num desdentado total.

-acrílico – 20% – aos 5 anos. Os autores referem uma taxa de sucesso cumulativo protético de 95,9% após os 5 anos de follow-up pois só contaram como insucesso as próteses que foram feitas de novo (6 próteses – 4 devido a fractura da infra-estrutura, 1 por estar demasiado volumosa e outra por se ter colocado

um novo implante).

Aos 10 anos (Örtop e col, 2006)[14], registaram-se 43 do acrílico – 28%. A taxa de sucesso protético baixou para 92,8% aos 10 anos (mais 3 próteses repetidas por fractura da infra-estrutura).

No estudo de Eliasson e col (2000)[15], 119 doentes foram reabilitados com próteses totais fixas mandibulares, apoiadas em 4 implantes, 118 delas PTFMA e uma PTFMC. As fracturas do acrílico ocorreram em 25 doentes – 21% – num total de 61 vezes. Estas fracturas foram mais frequentes nos doentes que apresentavam também PTFMA maxilares.

Göthberg e col (2003)[16] seguiram 75 doentes desdentados totais pelo menos numa arcada, reabilitados com PTFMA com infra-estrutura em ouro. 17 dos 75 doentes – 23% – seguidos durante 3 anos apresentaram insucessos com o acrílico (fracturas, descolamento de dentes) atribuíveis, segundo os autores, a erros técnicos e/ou sobrecarga ou, em alguns casos, relacionadas com os acessos aos parafusos, sendo que foram mais comuns na maxila do que na mandíbula.

Duncan e col (2003)[17] reabilitaram 19 desdentados totais com próteses removíveis acrílicas maxilares e PTFMA aparafusadas mandibulares. Os autores concluíram ao fim de 3 anos de follow-up que 13 dos doentes (68%) tiveram fracturas do acrílico nas PTFMA mandibulares. Segundo os autores, todas as reparações, excepto uma, foram efectuadas em laboratório o que significa custo adicional pós-colocação tanto para o clínico como de laboratório, que os autores não valorizam.

Jemt e Johansson (2006)[4], num estudo em 76 doentes desdentados maxilares reabilitados com PTFMA com infra-estrutura em liga de ouro e cantilevers entre 7 e 12mm de comprimento, identificaram 73 fracturas do acrílico após 5 anos de follow-up. No entanto, não é descrita a extensão destas fracturas nem a necessidade ou não de remoção das próteses para conserto em laboratório. A taxa de sucesso protético considerado pelos autores foi de 90,6%, pois só foram considerados 5 insucessos devido à perda dos implantes de suporte e não a problemas relacionados com a prótese.

No nosso estudo verificamos também uma grande percentagem de fracturas da parte acrílica nas PTFMA – 52% dos doentes com fracturas do acrílico. 38% (20 doentes) necessitaram de reparação ou repetição do trabalho em laboratório.

1.1 – Fracturas do acrílico e bruxismo

Dos 27 doentes que sofreram fracturas do acrílico nas PTFMA, 26 eram bruxómanos (96%) ($p<0,05$). No desdentado total não é fácil a identificação do bruxismo, podendo este ser diagnosticado somente após a colocação dos implantes e da prótese definitiva.21 A presença ao exame clínico de tórus mandibular ou palatino assim como o desgaste excessivo das próteses ou dos dentes remanescentes pode ser indicador de hábitos parafuncionais. Assim, parece muito importante ter em conta os efeitos negativos das forças oclusais e do bruxismo nas reabilitações com PTFMA.

2 – Fracturas do metal

O estudo de Duncan e col (2003)[17], identificou as possíveis causas das fracturas das estruturas metálicas atribuindo-as à inadequada espessura do metal, cantilevers demasiado compridos, ligas pouco resistentes ou desenhos impróprios da estrutura. Cantilevers com mais de 15 mm de comprimento estão associados a maior probabilidade de falha das próteses fixas implanto-suportadas.[19]

Bergendal e Palmqvist (1999)[12] referiram 5 fracturas da infra-estrutura em titânio soldado a laser em 67 doentes, após 5 anos de follow-up.

Örtop e col (2006)[14] encontraram 20 doentes com fractura de metal (12,9%) em 155 reabilitados com PTFMA com infra-estrutura em titânio soldado a laser após dez anos de follow-up. 18 destas fracturas ocorreram na zona do último implante.

No nosso estudo também verificamos uma percentagem semelhante – 10% – pois 5 dos 52 doentes reabilitados com PTFMA apresentaram fractura da infra-estrutura metálica. Todos os casos de fractura do metal aconteceram em bruxómanos. Assim, o desenho da estrutura, o braço suspenso, a espessura do metal e o aconselhamento do uso de goteira de relaxamento parecem-nos relevantes. Três das fracturas do metal ocorreram nos cantilevers distais e uma junto à entrada do um parafuso, onde a espessura de metal é menor. Até hoje não há um estudo adequado que demonstre qual o comprimento limite do cantilever e se varia em função da estrutura metálica ser CAD-CAM ou fundida ou ainda se depende também do material de recobrimento, acrílico ou cerâmica.

3 – Fracturas da cerâmica e bruxismo

Dos 32 doentes com PTFMC, 5 sofreram fracturas da cerâmica, um deles por 2 vezes, mas não ocorreu nenhuma fractura do metal. Todas as fracturas aconteceram em bruxómanos ($p<0,05$) e por isso as considerações acima descritas a propósito das PTFMA mantêm-se também para os doentes com PTFMC.

Fig. 7 – Infra-estrutura em metal de uma PTFMC

Fig. 8 – PTFMC num desdentado total

Um estudo in-vitro[20] mostrou que as estruturas em cerâmica reduzem o stress transmitido à infra-estrutura e aos parafusos

durante a carga estática, transmitindo muito menos stress nas mesmas condições de impacto quando comparada com a resina acrílica. Assim, estes autores sugerem que em doentes com bruxismo cêntrico é preferível a reabilitação com PTFMC por apresentarem melhor distribuição de carga. Se o doente é portador de bruxismo excêntrico, haverá um contínuo movimento de contacto das superfícies mastigatórias mas menos impacto vertical.

A experiência com estruturas metalo-cerâmicas em reabilitações totais parece ter um índice de sucesso bastante superior às estruturas em metalo-acrílico.[21]

Nas PTFMC, encontramos arcos completos, com os 12 elementos ferulizados ou segmentados em duas ou três partes – 6+6, 5+7 ou 4+4+4 elementos. Devido ao pequeno número de casos de fracturas, não encontramos nenhuma relação estatística entre a segmentação e a ocorrência de fracturas. No entanto, sempre que possível devemos segmentar as PTFMC, pois em caso de fractura é mais fácil e menos demorado desmontar um segmento do que o arco total. Os custos laboratoriais de reparação de um segmento também são obviamente diferentes porque normalmente é necessário efectuar uma nova ceramização do segmento em causa. No nosso estudo, em 4 dos 5 doentes com fractura, foi necessário refazer a cerâmica. O custo laboratorial deste trabalho é de aproximadamente 70€ por cada elemento cerâmico, o que deu totais de 280, 490 e 840€ nas repetições de segmentos de 4, 7 e 12 elementos, respectivamente.

4 – Grau de satisfação

A frequência com que os doentes têm de vir à clínica devido a algum problema com as próteses após a colocação reflecte-se no grau de satisfação em relação ao trabalho efectuado. 71% dos doentes com PTFMA precisaram de voltar à clínica após a colocação do trabalho enquanto que nas PFTMC somente se verificou em 10% dos doentes essa necessidade ($p<0,001$). Assim, 66% dos doentes com PTFMA mostram-se muito satisfeitos com as reabilitações, 26% moderadamente satisfeitos e 9% não totalmente satisfeitos ou desapontados. Nos doentes com PTFMC, as percentagens foram de 79,7 e 14%, respectivamente ($p>0,05$).

5 – Custos acrescidos

Todas as consultas necessárias após a colocação das reabilitações totais fixas acarretaram custos acrescidos. Os reapertos das estruturas, cimentações, fractura de pilares e as pequenas fracturas do acrílico nas PTFMA implicaram apenas custos em termos de consulta (ocupação do consultório, tempo dispendido pelo médico) enquanto as consultas devido a grandes fracturas do acrílico nas PTFMA ou da cerâmica nas PTFMC implicaram, além destes, custos a nível laboratorial. A mediana dos custos de consulta para as PTFMA foi de 160€, enquanto que para as PTFMC foi de 80€ ($p>0,001$). A mediana do custo laboratorial foi de 180€ para as PTFMA e de 419€ para as PTFMC ($p=0,001$). O custo total foi maior nas PTFMC que nas PTFMA (mediana=457 e 240, respectivamente).

Conclusão

A escolha do material para uma reabilitação fixa total implanto-suportada total não deve ficar limitada ao custo do tratamento até à colocação. A frequência de complicações e a necessidade de tratamentos suplementares e de manutenção a *posteriori* também devem ser considerados.

Em doentes bruxómanos parece aconselhável a reabilitação com PTFMC, redução ou inexistência de cantilevers e aconselhamento de goteira oclusal de relaxamento.

Bibliografia

01) Jemt T, Lekholm U. *Implant treatment in the edentulous maxillae: a 5-year follow-up report on patients with different degrees of jaws resorption*. Int J Oral Maxillofac Implants, 1995; 10: 303-311.
02) Adell R, Lekholm U, Rockler B, Brånemark PI. *A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw*. Int J Oral Surg, 1981; 10: 387-416.
03) Ekelund JA, Lindquist LW, Carlsson GE, Jemt T. *Implant treatment in the edentulous mandible: a prospective study on Brånemark system implants over more than 20 years*. Int J Prosthodont. 2003 Nov-Dec;16(6):602-8.
04) Jemt T, Johansson J. *Implant treatment in the edentulous maxillae: a 15-year follow-up study on 76 consecutive patients provided with fixed prostheses*. Clin Implant Dent Relat Res. 2006; 8(2):61-9.
05) Kinsel RP, Liss M. *Retrospective analysis of 56 edentulous dental arches restored with 344 single-stage implants using an immediate loading fixed provisional protocol: statistical predictors of implant failure*. Int J Oral Maxillofac Implants. 2007 Sep-Oct; 22(5):823-30.
06) Ibañez JC, Tahhan MJ, Zamar JA, Menendez AB, Juaneda AM, Zamar NJ, Monqaut JL. *Immediate occlusal loading of double acid-etched surface titanium implants in 41 consecutive full-arch cases in the mandible and maxilla: 6- to 74-month results*. J Periodontol. 2005 Nov; 76(11):1972-81.
07) Degidi M, Piattelli A, Felice P, Carinci F. *Immediate functional loading of edentulous maxilla: a 5-year retrospective study of 388 titanium implants*. J Periodontol. 2005 Jun; 76(6):1016-24.
08) Horiuchi K, Uchida H, Yamamoto K, Sugimura M. *Immediate loading of Brånemark System implants following placement in edentulous patients: a clinica report*. Int J Oral Maxillofac Implants. 2000; 15(6): 824-830.
09) Wanenberg B, Froum SJ. *A retrospective study of 1925 consecutively placed immediate implants from 1988 to 2004*. JOMI, 2006. Volume 21, number 1, page 71-80.
10) Bogaerde LV, Rengert B, Wendelhag I. *Immediate/ Early function of Brånemark System® TyUniteTM implants in fresh extraction sockets in maxillae and posterior mandibles: an 18-month prospective clinical study*. Clinical Implant Dentistry and Related Research, 2005, volume 7, supplement 1, page S121-S130.
11) Alsaadi G, Quirynen M, Komarék A, van Steenberghe D. *Impact of local and systemic factors on the incidence of late oral implant loss*. Clin Oral Impl Res, 2008; 19: 670-676.
12) Bergendal B, Palmqvist S. *Laser-welded titanium frameworks for implant-supported fixed prostheses: a 5-year report*. Int J Oral Maxillofac Implants. 1999. 14: 69-71.
13) Örtop A, Linden B, Jemt T. *Clinical experiences with laser-welded titanium frameworks supported by implants in the edentulous mandible: a 5-year follow-up study*. Int J Prosthodont. 1999; 12: 65-72.
14) Örtop A, Jemt T. *Clinical experiences with laser-welded titanium frameworks supported by implants in the edentulous mandible: a 10-year follow-up study*. Clin Implant Dent Relat Res. 2006; 8(4):198-209.
15) Eliasson A, Palmqvist S, Svenson B, Sondell K. *Five-year results with fixed complete-arch mandibular prostheses supported by 4 implants*. Int J Oral Maxillofac Implants. 2000; 15: 505-510.
16) Göthberg C, Bergendal T, Magnusson T. *Complications after treatment with implant-supported fixed prostheses: a retrospective study*. Int J Prosthodont 2003, 16: 201-207.
17) Duncan JP, Nazarova E, Vogiatzi T, Taylor, TD. *Prosthodontic complications in a prospective clinical trial of single-stage implants at 36 months*. Int J Oral Maxillofac Implants. 2003; 18: 561-565.
18) Tee-Khin N, Cheng AC, Lee H e col. *The management of a completely edentulous patient using simultaneous maxillary and mandibular CAD/CAM-guided immediately loaded definitive implant-supported prostheses: a clinical report*. J Prosthet Dent, 2008; 99: 416-420.
19) Capelli M, Zuffetti F, Del Fabbro M, Testori T. *Immediate rehabilitation of the completely edentulous jaw with fixed prostheses supported by either upright or tilted implants: a multicenter clinical study*. Int J Oral Maxillofac Implants. 2007. 22: 639-644.
20) Davis, D.M., Rimrott R., Zarb G. A. *(1988) Studies on frameworks for osseointegrated prostheses: Part 2. The effect of adding acrylic resin or porcelain to form the occlusal superstructure*. International Journal of Oral and Maxillofacial Implants 3: 275-280.
21) Naert I., Quirynen M., van Steenberghe D., Darius P. *(1992) A six-year prosthodontic study of 509 consecutively inserted implants for the treatment of partial edentulism*. The Journal of Prosthetic Dentistry 67: 236-245.

soluções profissionais - dentistas

para segurança de quem assegura os sorrisos /
conte com apoio em toda a sua vida

**vida privada
vida profissional**

Damos-lhe o apoio necessário para garantir um sorriso em todas as áreas da sua vida.

De acordo com a experiência internacional e o conhecimento aprofundado adquiridos pela AXA, desenvolvemos um conjunto de opções adequadas a si e à sua actividade. Respondemos às necessidades da vida dos médicos dentistas, tanto no plano privado como no profissional, para assegurar o seu bem-estar em qualquer altura.

Conheça as combinações de coberturas personalizadas que a AXA tem para si.

A solução AXA para que sorria sempre tranquilo.

Linha Exclusiva
21 794 30 26 | 226 081 526
medicos.dentistas@axa-seguros.pt

redefinimos / standards
AXA

Periodontia

Recobrimento radicular do 11 - caso clínico

Autor: Sérgio Calvão de Melo

Autores

Sérgio Calvão de Melo
Médico Dentista - ITI Member
Clínica Privada - Braga

Artur Nunes da Silva
Médico Dentista
Clínica Privada – Porto

Abstract

Re-Covering of a gingival recession of Miller's class III.
Despite being a case of a cautious prognosis, we could obtain a good radicular re-covering with this technique.
Its description

Keywords

Periodontal surgery; gingival graft; gingival recession.

Resumo

Recobrimento de uma recessão de CL. III de Miller.
Apesar de ser um caso de prognóstico reservado, obtivemos com esta técnica um bom recobrimento radicular.
Sua descrição.

Introdução

O caso que agora apresentamos diz respeito a uma recessão radicular, Cl. III de Miller, num indivíduo do sexo masculino com 30 anos de idade.
História clínica sem patologias dignas de realce.
Não nos foi possível determinar a causa da recessão.
O paciente recorreu à nossa consulta por motivos estéticos.
Depois de analisado o caso propusemos ao paciente um recobrimento parcial da sua recessão através dum enxerto conjuntivo livre.
Estas recessões gengivais foram classificadas por Miller em quatro classes:
Cl. I – A recessão gengival não atinge a união mucogengival; não há perda óssea nem de tecido mole interdentário.
Cl. II – Recessão de tecido marginal até à união mucogengival, podendo até ultrapassá-la; não há perda óssea nem de tecido mole interdentário.
Cl. III – Recessão de tecido gengival até à união mucogengival, podendo até ultrapassá-la; há perda de osso ou tecido mole interdentário. Esta é apical ao limite cimento-adamantino, mas coronária à extensão apical da recessão de tecido marginal.
Cl. IV – Recessão de tecido marginal para lá da união mucogengival. A perda óssea interdentária extende-se a um nível apical relativamente à extensão da recessão do tecido marginal.
O motivo da apresentação do caso clínico deve-se a alguma complexidade técnica do procedimento cirúrgico e ao resultado obtido.

Fig. 1

Descrição do caso

O comprometimento estético da lesão era grande. (Fig. 1)
Começámos por aplanar a superfície radicular exposta, com uma broca diamantada.
Polimos a mesma com uma taça de borracha e pasta abrasiva para uma completa remoção da placa bacteriana.
Com ácido cítrico condicionámo-la.
Lavámos, em seguida, com soro fisiológico salino frio.
Devido à profundidade da lesão optámos por fazer um enxerto de tecido conjuntivo livre, recolhido na zona palatina do 3.º sextante. (Figs 2, 3, 4 e 5)

A solução destas situações é sempre cirúrgica:	Percentagem média de recobrimento total
a) enxerto gengival livre	57%
b) enxerto conjuntivo livre	66%
c) retalho de reposicionamento coronal	58%
d) retalho rotacional	43%
e) regeneração tecidular guiada	30%

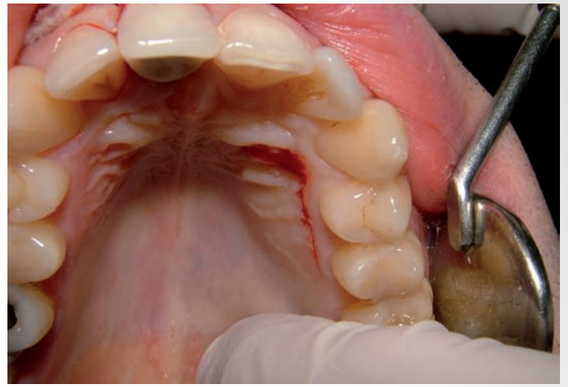


Fig. 2

Realizámos então o levantamento do retalho e a remoção do enxerto conjuntivo suficiente para recobrir a lesão. (Figs 3 e 4)

Fig. 3

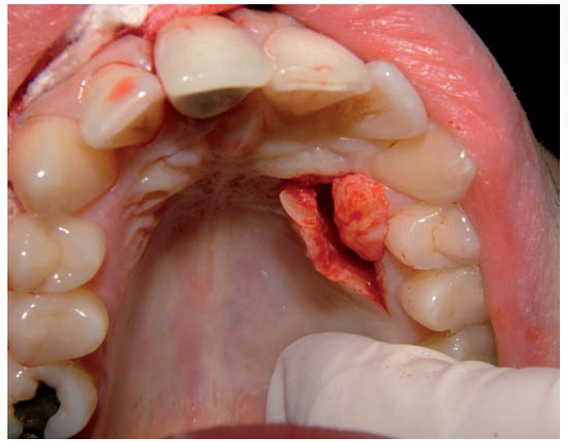


Fig. 4

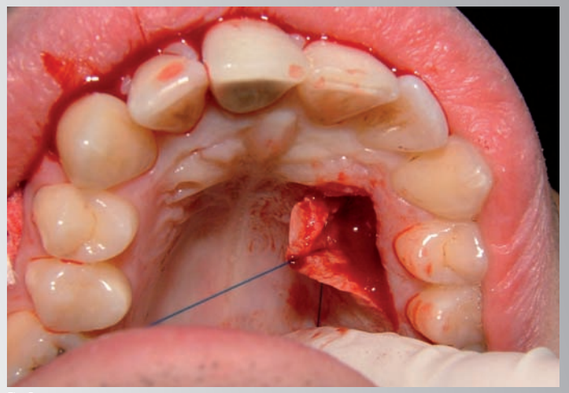


Fig. 5

Fizemos um retalho de espessura parcial, até cerca de 3mm para apical, relativamente à lesão. (Fig. 6)

Fig. 6

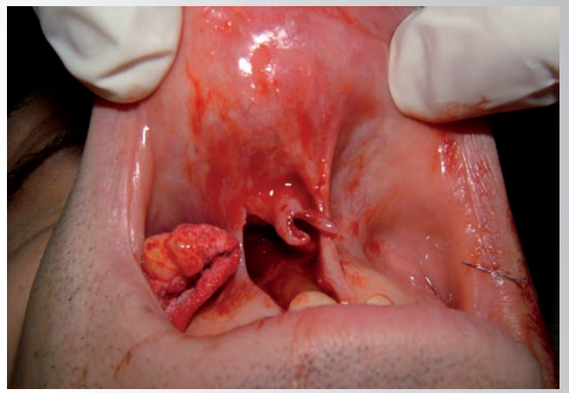


Fig. 7

Preparámos o retalho de reposicionamento coronal, de forma a que traccionado no sentido oclusal possa recobrir a zona exposta e o retalho conjuntivo. (Figs 7, 8 e 9)

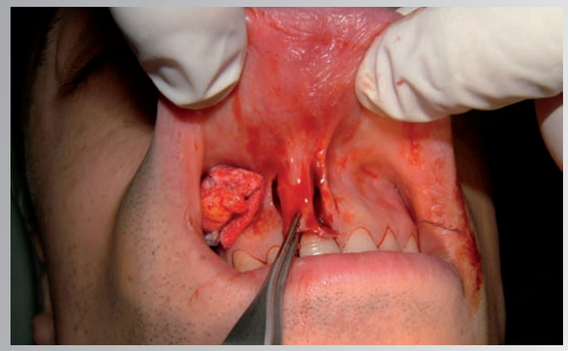


Fig. 8

Colocámos o enxerto de tecido conjuntivo no leito da recessão. (Fig. 9)

Fig. 9

Fixámo-lo então ao periósseo subjacente com sutura reabsorvível (Vycril 4x0). (Fig. 10)

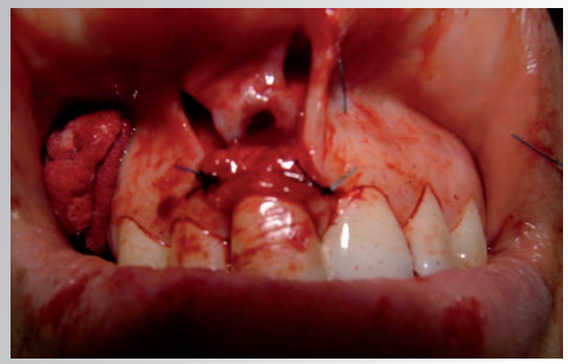


Fig. 10

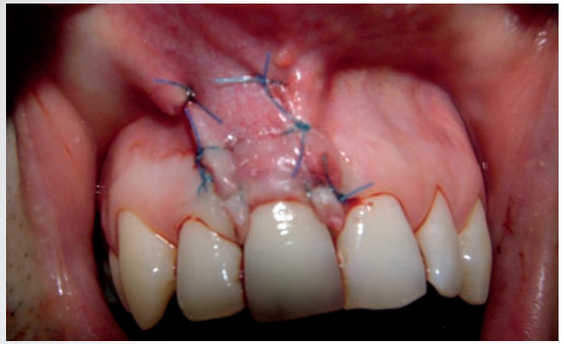


Fig. 11

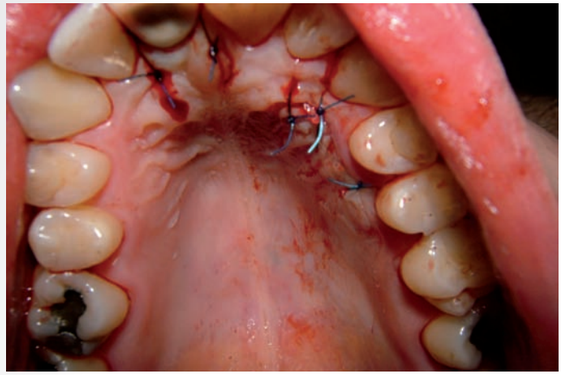


Fig. 12

No final da cirurgia foi medicado com AINE e antibiótico e instruído no sentido de fazer uma alimentação fria e líquida, não higienizar a zona intervencionada com escova e aplicação de gelo na zona do sulco naso-geniano direito. (Figs 11 e 12)
O pós-operatório decorreu sem complicações.
A sutura não reabsorvível foi removida 15 dias após o acto cirúrgico.
Controlado aos 8 e aos 15 dias.
As imagens finais foram realizadas três anos após a cirurgia. (Fig 13)

Fig. 13

Comentário

As indicações para o recobrimento radicular são:

- A estética;
- Hipersensibilidade dentinária;
- Controlo das cáries radiculares;
- Abrasões cervicais.

Os principais factores que levam à recessão gengival são:

- O traumatismo causado pela escova quando o paciente não faz a sua higiene oral com técnica de escovagem correcta;
- Inflamação periodontal induzida pela placa bacteriana;
- Iatrogénico.

Expectativas de resolução das recessões gengivais consoante a gravidade dos mesmas, segundo Miller: pode obter-se o recobrimento radicular completo apenas nas classes I e II; na classe III apenas podemos esperar um recobrimento parcial e na classe IV não se deve fazer o recobrimento radicular pois este não é passível de ser obtido.
Pelo resultado obtido neste caso consideramos o enxerto conjuntivo livre como uma solução a ponderar na resolução de casos desta complexidade.
A opção pela técnica do enxerto conjuntivo livre foi apoiada nos estudos de Sbordone, Daniel, Cheru e Jahnke que demonstraram que o enxerto de tecido conjuntivo origina um recobrimento radicular superior quando comparado com as outras técnicas cirúrgicas.
A percentagem média de recobrimento radicular completo com enxertos livres ou pediculados varia segundo Lind entre 30 e 66%, correspondendo a percentagem mais alta de recobrimento à técnica do enxerto conjuntivo livre.

Bibliografia

01) Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, 3.rd Ed. 577-598.
02) Paolantonio, M. *Treatment of gingival recessions by combined periodontal regenerative technique, guided tissue regeneration, and subpedicle connective tissue graft. A comparative clinical study.* J. Periodont. 2002 Jan; 73 (1): 53-62.
03) Daniel A, Cheru R. *Treatment of localised gingival recession with subpedicle connective tissue graft and free gingival auto graft -- a comparative clinical evaluation.* J Indian Dent Assoc. 1990 Dec; 61(12): 294-7.
04) Rahmani ME, Lades MA. *Comparative clinical evaluation of acellular dermal matrix allograft and connective tissue graft for the treatment of gingival recession.* J Contemp Dent Pract. 2006 May; 7 (2): 63-70.
05) Wang HL, Bunyaratavej P, Labadie M, Shyr Y, MacNeil RL. *Comparison of 2 clinical techniques for treatment of gingival recession.* J. Periodont. 2001 Oct; 72 (10): 1301-11.
06) Carranza, F. A., Carraro, J. J. *Mucogingival Techniques in periodontal surgery.* J. Periodont 35, 463-466.
07) Dorfman, H. S., Kennedy, J. E. e Bird, W. C. *Longitudinal evaluation of free autogenous gingival grafts.* J Clinical Periodontology 7, 316-324.
08) Edel, A. *Clinical evaluation of free connective tissue grafts used to increase the width of keratinazed gingival.* J Clinical periodontology 1, 185-196.
09) Bruno, J. F. *Connective tissue graft technique assuring wide root coverage.* International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 14, 127-137.
10) Brustein, D. *Cosmetic periodontics. Coronally repositioned pedicle graft.* Dental Survey 46, 22.

AGENDA
eventos científicos

Formação Contínua OMD ■
Eventos acreditados pela OMD ■
Eventos realizados por outras entidades ■

Em Portugal

26 e 27 de Fevereiro
■ **Cursos de radiodiagnóstico e radioprotecção**
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa
Porto

2 de Março
Curso de fim de dia
■ **Implantes Imediatos**
Hotel Villa Rica
Lisboa

19 a 21 de Março
■ **XVII Jornadas de Medicina Dentária do ISSCS - Egas Moniz**
Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz
Campus Universitário, Quinta da Granja
Monte da Caparica

6 de Abril
Curso de fim de dia
■ **Opções cerâmicas em prótese fixa: selecção, preparação e cimentação**
Hotel Tiara Park
Porto

6 a 10 de Abril
■ **Jornadas da Primavera**
Hotel CS São Rafael Suite Hotel
Albufeira

18 de Abril
Curso Teórico
■ **Actualização em Dentisteria e Endodontia**
Auditório da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (transmissão de videoconferência para o Porto e Região Autónoma da Madeira sujeita a um número mínimo de inscrições)
Lisboa

23 a 25 de Abril
■ **XXI Reunião Científica Anual da SPODF**
Aveiro

5 de Maio
Curso de fim de dia
■ **Traumatologia em Odontopediatria**
Espaço Físico da OMD
Região Autónoma da Madeira

11 de Maio
Curso de fim de dia
■ **Cirurgia plástica periodontal - o impacto da estética no tratamento**
Hotel Turismo
Braga

11 de Maio
Curso de fim de dia
■ **Branqueamento Dentário**
Hotel Faro
Faro

1 de Junho
Curso de fim de dia
■ **Biópsias na cavidade oral: quando, como e porquê?**
Hotel Montebello
Viseu

12 e 13 de Junho
■ **Cursos de radiodiagnóstico e radioprotecção**
Faro

11 de Julho
Curso de fim de dia
■ **Traumatologia em Odontopediatria**
Hotel Marina Atlântico
Região Autónoma dos Açores – S. Miguel

11 de Julho
Curso de fim de dia
■ **Endodontia mecanizada**
Hotel Marina Atlântico
Região Autónoma dos Açores – S. Miguel

14 de Setembro
Curso de fim de dia
■ **Endodontia em Odontopediatria**
Novotel
Setúbal

14 de Setembro
Curso de fim de dia
■ **Laser em Periodontologia, cirurgia e patologia oral**
Hotel Tiara Park
Porto

19 de Setembro
Curso Teórico
■ **Reabilitação Oral Multidisciplinar**
Auditório da Faculdade de Engenharia da Faculdade do Porto (com transmissão de videoconferência para Lisboa e Região Autónoma da Madeira sujeita a um número mínimo de inscrições)
Porto

12 de Outubro
Curso de fim de dia
■ **Novas técnicas de ancoragem em Ortodontia**
Hotel Villa Rica
Lisboa

16 e 17 de Outubro de 2009
■ **XXIX Congresso da SPEMD**
Lisboa

5 a 7 de Novembro
■ **XVIII Congresso da OMD**
Centro de Congressos de Lisboa
Lisboa

No Estrangeiro

24 a 28 de Março
■ **IDS 2009**
Koelnmesse
Colónia, Alemanha

29 e 30 de Maio
■ **Annual Meeting of European Society of Dental Ergonomics**
Cracóvia, Polónia

4 a 6 de Junho
■ **British Dental Conference and Exhibition**
Scottish Exhibition and Conference Centre
Glasgow, Escócia

4 a 6 de Junho
■ **Europerio 6**
Stockholm International Fairs and Congress Centre (Stockholmsmässan)
Estocolmo, Suécia

18 a 20 de Junho
■ **1st Neodent International Congress**
Curitiba, Panamá, Brasil

25 a 27 de Junho
■ **54th Meeting of the European Section of ICD**
Lisboa, Portugal

18 a 20 de Julho
■ **19.º Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro (CIORJ)**
Complexo RioCentro
Rio de Janeiro, Brasil

2 a 5 de Setembro
■ **FDI Annual World Dental Congress**
Suntec Singapore International Convention & Exhibition Centre
Singapura

9 a 11 de Outubro
■ **XXXIX REUNION SEPES**
Barcelona, Espanha

15 a 17 de Outubro
■ **37th International Expodental**
Milão, Itália

21 a 24 de Outubro
■ **Prague Dental Days International Congress**
Zofin Palace and National House
Vinohrady, República Checa

24 a 28 de Novembro
■ **ADF Congrès**
Palais des Congrès de Paris
Paris, França

9 a 11 de Dezembro
■ **Pan-European Dental Congress**
Kiev, Ucrânia

Novidade

COMPARTICIPADO!

ZALDIAR®

Analgesia Multimodal [1]

• Eficaz na dor moderada [rcm]

NOME: ZALDIAR .COMPOSIÇÃO: 37,5 mg de cloridrato de tramadol e 325 mg de paracetamol. Forma farmacêutica: Comprimido revestido por película. Indicações: tratamento sintomático da dor moderada a intensa. Posologia: dose inicial de dois comprimidos; intervalos não < 6h; dose máxima diária 8 comprimidos. Idade superior a 12 anos. Contra-indicações: Hipersensibilidade ao tramadol, paracetamol ou excipientes. .Intoxicação aguda pelo: álcool, hipnóticos, analgésicos de acção central, opiáceos ou psicotrópicos; Disfunção hepática grave; Epilepsia não controlada; insuficiência respiratória grave; não está indicado como terapêutica de substituição em doentes dependentes de opiáceos. Interacções: Inibidores da MAO, inibidores selectivos da recaptação de serotonina, antidepressores tricíclicos, antipsicóticos, analgésicos de acção central ou anestésicos locais.- Não se recomenda a utilização concomitante de opioides agonistas-antagonistas (nalbufina, buprenorfina, pentazocina). Efeitos indesejáveis: náuseas, tonturas e sonolência; hipertensão, palpitações, taquicardia, arritmia; cefaleias, tremor, contracções musculares involuntárias, parestesias, acufenos, ataxia, convulsões, confusão, alterações do humor (ansiedade, nervosismo, euforia), perturbações do sono, depressão, alucinações, pesadelos, amnésia, dependência do fármaco, abuso, visão turva, dispneia, vómitos, obstipação, xerostomia, diarreia, dor abdominal, dispepsia, flatulência, disfagia, melenas, aumento das transaminases hepáticas, sudação, prurido, reacções cutâneas (por exemplo, erupções cutâneas, urticária), albuminúria, alterações na micção (disúria e retenção urinária), arrepios, afrontamentos, dor torácica, - Têm sido observadas convulsões em doentes predispostos e a receber tratamento com tramadol e/ou tratados com fármacos que podem diminuir o limiar convulsivo. Deve ser usado com precaução em doentes com dependência de opiáceos, com traumatismo craniano, predispostos a convulsões, apresentando perturbações biliares, em estado de choque, com alteração da consciência de origem desconhecida, com problemas que afectam o centro respiratório ou a função respiratória ou com aumento da pressão intracraniana. Data da revisão do texto: Agosto 2007. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Grünenthal, S.A. - R. Alfredo da Silva, 16 - 2610-016 Amadora. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Escalão de comparticipação C (comparticipado a 37%) – PVP: €5,20

Bibliografia: (1) Edwards JE, et al. Combination analgesic efficacy: Individual patient data meta-analysis of single-dose oral tramadol plus acetaminophen in acute postoperative pain. J Pain Symptom Manage. 2002; 23:121-130.

GRÜNENTHAL
FRENTE A FRENTE COM A DOR

GRÜNENTHAL, S.A.
Rua Alfredo da Silva, 16 - 2610-016 Amadora - Portugal Tel.: 214 726 300 / Fax: 214 710 910
NC 500 101 965 - Soc. Anónima, Cap. Social € 3.785.000 - Mat. n.º 6815 da C. Cons. Reg. Com. Amadora

www.zaldiar.com / www.grunenthal.pt

Processo OMD

Autoridade da Concorrência

A Autoridade da Concorrência (AdC) tem utilizado os artigos 81º do Tratado CE e 4º da Lei nacional sobre concorrência (Lei nº 18/2003) contra diversas ordens profissionais em Portugal.
Serve-se do argumento de que as classes profissionais não podem estar, sequer, informadas, através de valores de referência, acerca dos honorários que são adequados cobrar por cada acto profissional, no caso concreto da OMD, por cada acto médico.
Entende ser, isto, uma alegada violação da Lei, por restringir a concorrência e distorcer o mercado livre.

O processo iniciou-se com uma fase administrativa na qual a AdC condenou a OMD em multa pela alegada existência de uma tabela de honorários, segundo a Autoridade, em vigor ainda no ano 2005.
A AdC pretendia que a OMD pagasse o montante de €160.181.00, segundo os cálculos da contra ordenação que a Autoridade imputava dolosa à Ordem.
Sucede que, a OMD recusou tais acusações e reagiu de imediato.
Interpôs recurso desta decisão da AdC para o Tribunal de Comércio de Lisboa, funcionando como 1.ª Instância.
Em resultado:

1. o Tribunal absolveu a OMD da prática dolosa de contra-ordenação de que era acusada.
2. e "Ficou o Tribunal convicto que desde Junho de 2004 que a OMD não tem em vigor qualquer tabela de honorários" (V. Sentença do Tribunal de Comércio)
3. e "De igual modo não faz sentido condenar a arguida a deixar de aplicar e a revogar a Tabela (…) porque esta, quanto à fixação de valores, já foi revogada em 2004." (V. Sentença do Tribunal de Comércio)

Consequentemente:

- O valor da coima caiu para €50.000
- Significa que a AdC perdeu a acção no valor de €110.181,00.

Porém, sempre que a OMD recorreu das decisões tomadas, a AdC recorreu também. Sustentando argumentos, na sua maioria não provados afinal em tribunal: a existência de tabelas, de processos sancionatórios, de dolo e tudo isto não provado como afirmaram os juízes envolvidos no decurso do processo.
Apenas restou a referência na letra do código deontológico a uma tabela, meramente indicativa desde 2004, e completamente inexistente já à data da decisão da AdC.
O processo continuou na 2ª instância por não admitir a OMD, ainda assim, qualquer recuo nesta matéria.
Foi então accionado o Tribunal da Relação de Lisboa, que, tendo embora confirmado a redução substancial da coima, não efectuou o chamado reenvio prejudicial obrigatório para o Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias, quando tal é obrigatório sempre que esteja em causa a aplicação não pacifica do direito comunitário e tenhamos chegado ao último grau possível de reacção judicial nacional.

O Futuro

A Ordem dos Médicos Dentistas sempre assumiu este processo na dianteira de reacção judicial contra os argumentos avançados pela AdC.
Reagirá brevemente junto da instância Europeia adequada ao efeito, porquanto a orientação do TJCE (Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias) no domínio da legislação sobre Concorrência, ainda recentemente desqualificou a questão das tabelas de honorários afastando-a da noção legal de contra ordenação no âmbito da livre concorrência no mercado interno.
De notar, não apenas o sustento legal desta actuação — por estar em causa o artigo 234º do TCE e a eventual violação, no julgamento da causa, do denominado princípio do "juiz legal" — mas também o principio orientador da AdC em todo este processo, sobre o qual, são de referir os pedidos dos associados que chegam à Ordem, sobre dúvidas dos honorários a cobrar em algumas intervenções tipo, para efeitos de justeza e adequação do acto médico face às necessidades do doente.

2008 EM REVISTA

NACIONAL

JANEIRO
OMD representada em Grupo Técnico Consultivo da DGS. A Direcção-Geral da Saúde convidou a Ordem dos Médicos Dentistas para integrar um Grupo Técnico Consultivo no âmbito da nova legislação de prevenção do tabagismo. O coordenador do Grupo de Trabalho "Tabaco e Saúde Oral" da OMD, Luís Filipe Correia, representou a Ordem neste projecto.

Distribuição do Simposium Terapêutico aos médicos dentistas. Durante 2008, a exemplo dos anos anteriores, foi distribuído o Simposium Terapêutico a todos os médicos dentistas que se inscreveram na Ordem e àqueles que, já inscritos, solicitaram este documento de trabalho.

MARÇO
Início do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO). Em Março dá-se início ao período de candidaturas dos médicos dentistas e médicos estomatologistas ao PNPSO, um programa de prestação de cuidados de saúde oral que segue um modelo inovador em Portugal.

MAIO
Sessões de esclarecimento cheque-dentista.

Para preparar a emissão dos primeiros "cheques-dentista", que começaram a ser (...)

(...) 2008 EM REVISTA

distribuídos em Maio, a Ordem realizou, no início do mês, duas sessões de esclarecimento, em Lisboa e Porto, destinadas a vários profissionais de saúde, tais como médicos dentistas, médicos estomatologistas, médicos de família e administrativos.

Ordem reúne pela primeira vez com a ministra da Saúde. Uma delegação da Ordem dos Médicos Dentistas reuniu com a nova ministra da Saúde, Ana Jorge, tendo sido discutido o funcionamento do programa "cheque-dentista".

Realização do II Congresso Regional da Ordem dos Médicos Dentistas. Cerca de 100 médicos dentistas provenientes dos Açores, Madeira e Continente participaram neste encontro científico, realizado na cidade açoriana de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira, nos dias 23 e 24 de Maio. Foram discutidos temas como cirurgia oral, dentisteria estética, ortodontia e periodontologia.

JUNHO

Ministério premeia qualidade formativa da OMD. O Ministério do Trabalho e Solidariedade Social atribuiu novamente à OMD a acreditação do IQF – Instituto para a Qualidade na Formação de Entidade (...)

Ordem apoia sociedades científicas

e propõe protocolo de cooperação

As sociedades científicas detêm um papel fundamental na evolução do exercício profissional da medicina dentária. Nesse sentido, a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) entende que é importante fomentar a criação e afirmação de mais sociedades científicas, assim como promover a dinamização das sociedades já existentes.

Após extensa reflexão e audição, o Conselho Directivo aprovou uma proposta geral de relacionamento da Ordem com as sociedades científicas constituídas e também com as que se venham a constituir.
Esta iniciativa tem como objectivos:

1. Aumentar continuamente a qualidade da medicina dentária;
2. Aumentar e melhorar a produção científica;
3. Estimular a organização de eventos internacionais em Portugal;
4. Aumentar o nível de informação da população;
5. Elevar o grau de diferenciação dos profissionais;
6. Aumentar a qualidade do serviço prestado;
7. Incrementar a procura dos serviços de medicina dentária.

A OMD propõe uma parceria com as sociedades científicas que manifestarem o seu interesse numa relação mais estreita e num envolvimento mais directo na concretização destes objectivos comuns.
Para a criação de novas sociedades científicas e para facilitar o processo de constituição das mesmas, a OMD fornece um Guião de Constituição Legal e uma Minuta de Estatutos.
De forma a estabelecer o protocolo com a OMD, as sociedades científicas poderão consultar as condições do Protocolo Geral de Cooperação e o Formulário de Candidatura.
Todos estes documentos podem ser descarregados a partir da secção "Sociedades Científicas" da página de internet da OMD (*www.omd.pt*).■

Natália Lucas Nunes

VANTAGENS PARA AS SOCIEDADES CIENTÍFICAS ADERENTES AO PROTOCOLO

- As sociedades científicas poderão promover acções científicas ou outras actividades com o apoio logístico da OMD;
- As sociedades científicas poderão reunir nas instalações da OMD mediante marcação prévia, respeitando a disponibilidade e as regras definidas pela OMD;
- As sociedades científicas poderão solicitar à OMD a divulgação de material científico de sua autoria;
- As sociedades científicas terão direito a um exemplar gratuito da publicação periódica da OMD;
- As sociedades científicas terão direito a reservar uma percentagem de espaço informativo na publicação periódica ou página de internet da OMD, de acordo com critérios definidos antecipadamente;
- As sociedades científicas, querendo, terão direito a requerer um processo simplificado de acreditação de eventos de sua iniciativa sem custos associados;
- As sociedades científicas poderão solicitar a inserção de uma hiperligação na página de internet da OMD.

VANTAGENS PARA A ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS E ASSOCIADOS

- A OMD poderá contar com a colaboração das sociedades científicas nos seus congressos e na promoção do programa de formação contínua da OMD;
- A OMD poderá contar com as sociedades científicas para a indicação de peritos destinados a programas de informação científica ou emissão de pareceres;
- A OMD poderá solicitar às sociedades científicas que divulguem os seus folhetos informativos;
- A OMD poderá contar com os recursos humanos das sociedades científicas para colaboração em grupos de trabalho.

OBRIGAÇÕES GERAIS DA ORDEM

- A OMD acautelará pela divulgação oportuna da informação disponibilizada pelas sociedades, considerando individualmente cada situação;
- A OMD cumprirá os compromissos assumidos a respeito da cedência de instalações requeridas quando disponíveis, a entrega de um exemplar gratuito da sua publicação e a acreditação de eventos adoptando um processo simplificado desde que cumprindo o regulamento da OMD para o efeito;
- A OMD comunicará às sociedades científicas o seu calendário de eventos até 1 de Outubro do ano anterior ao qual diz respeito;
- A OMD apoiará e promoverá acções científicas ou outras actividades cujo objectivo seja promover, defender e desenvolver uma área específica da saúde oral, da iniciativa das sociedades científicas, em consonância com o protocolo;
- A OMD contribuirá para a boa imagem das sociedades científicas e das suas actividades.

OBRIGAÇÕES GERAIS DAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- As sociedades científicas respeitarão sempre os exactos termos das informações comunicadas pela OMD, de acordo com o protocolo;
- As sociedades científicas deverão realizar eventos ou reuniões científicas com a periodicidade regular mínima de três anos;
- As sociedades científicas comprometem-se à não realização de eventos ou iniciativas em datas coincidentes com eventos ou iniciativas da OMD;
- As sociedades comprometem-se a enviar à OMD, no inicio de cada ano, o seu calendário de eventos previstos;
- As sociedades científicas contribuirão para a boa imagem da OMD e para o cumprimento das leis aplicáveis em vigor.

Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior:

OMD no Conselho Consultivo

A Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior solicitou à OMD a nomeação de um representante para o seu Conselho Consultivo.

A Agência tem como competência a avaliação e a acreditação das instituições de ensino superior e dos seus ciclos de estudos, bem como o desempenho das funções inerentes à inserção de Portugal no sistema europeu de garantia da qualidade do ensino superior, de acordo com os princípios formulados pela European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA) e adoptados pelos ministros dos Estados aderentes ao Processo de Bolonha.
Todas as instituições de ensino superior estão sujeitas à avaliação por parte deste organismo.
A Agência é dirigida por um conselho de administração e conselho curadores composto por personalidades de reconhecido mérito e especialização na área da garantia da qualidade do ensino superior e da ciência, cabendo-lhes as decisões em matéria de avaliação e de acreditação dos estabelecimentos e cursos do ensino superior.
A 17 de Dezembro de 2008 o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior tornou público o Conselho de Curadores e a composição do Conselho de Administração da Agência. Do Conselho de Administração fazem parte os professores Alberto Amaral, como presidente, Jacinto Jorge Carvalhal, João Duarte Silva e Paulo Santiago. O Conselho de Curadores é composto pelos professores Gomes Canotilho, que assegura a presidência, Alfredo Jorge Silva, António de Almeida Costa, Irene Fonseca e João Lobo Antunes.
O Conselho Consultivo constitui um órgão de aconselhamento em matéria de garantia da qualidade do ensino superior e de apoio às decisões do conselho de administração. Compete também a este órgão emitir parecer sobre o plano actual de actividades e sobre as grandes linhas de actuação e orientação estratégica da Agência.
É composto, entre outros, por:

- Dois representantes do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas;
- Dois representantes do Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos;
- Dois representantes da Associação Portuguesa do Ensino Superior Privado;
- Dois membros a designar pelas associações de estudantes do ensino superior, sendo um do ensino superior universitário e outro do ensino superior politécnico;
- Um representante de cada uma das ordens ou associações públicas profissionais existentes.■

Mais informação sobre a ENQA em: *www.enqa.eu*

(...) 2008 EM REVISTA

Formadora Acreditada nas áreas da educação e formação das Ciências Dentárias. A acreditação é uma operação de validação técnica e de reconhecimento da capacidade de uma determinada entidade para intervir no âmbito da formação profissional – desde organizar e realizar cursos, a diagnosticar necessidades de formação ou avaliar os seus impactos.

CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA
ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

JULHO

Processo de revisão de Estatutos da OMD. O Conselho Directivo da OMD deliberou em Julho dar início aos trabalhos preparatórios para revisão dos Estatutos da OMD, no sentido de adaptar as suas competências estatutárias, entre outras, às novas missões decorrentes da aplicação do Acordo de Bolonha.

Aquisição das novas instalações de Lisboa. Após ter sido adquirida em Julho de 2008, as novas instalações, situadas no prestigiado prédio «Campo Grande 28», foram sujeitas a obras de remodelação. A mudança para as novas instalações decorreu em Janeiro deste ano. A delegação de Lisboa oferece agora mais espaço, permitindo acolher reuniões, assembleias-gerais ou curso de fim-de-dia. (...)

(...) 2008 EM REVISTA

Renovação das cédulas profissionais.

SETEMBRO
OMD debate reforço do "cheque-dentista" com Governo. O bastonário reuniu a 29 de Setembro com o primeiro-ministo, José Socrates, e a ministra da Saúde, Ana Jorge. O primeiro-ministro elogiou o empenho dos médicos dentistas participantes no programa "cheque-dentista".

Guia do Médico Dentista 2008/09 distribuído à classe. Em Setembro todos os médicos dentistas receberam um CD-Rom com a edição revista e actualizada do "Guia do Médico Dentista 2008/09", que contém toda a legislação aplicável ao exercício profissional, os regulamentos internos e outros documentos de grande interesse para os médicos dentistas. O objectivo do Guia é permitir o acesso rápido, cómodo e fácil à informação mais relevante e útil sobre o exercício da medicina dentária.

OUTUBRO
Entrega do primeiro "cheque-dentista". Uma utente do Serviço Nacional de Saúde, no Centro de Saúde dos Olivais, em Lisboa, recebeu a 27 de Outubro a primeiro "cheque-dentista". (...)

Até 28 de Fevereiro:

Recepção de contributos para a revisão do Estatuto da OMD

A Ordem dos Médicos Dentistas encontra-se em fase de revisão do seu Estatuto. É importante uma participação activa da classe nesta reestruturação da norma fundamental.

A exigência dos presentes trabalhos de alteração visa responder aos recentes e actuais desafios que se colocam à Ordem.
Alguns dos motivos que sustentam esta necessidade de redefinição estatutária são:
- a adaptação dos títulos profissionais ao Processo de Bolonha;
- a redefinição dos critérios de acesso à profissão;
- a adequação da estrutura dorsal da OMD ao aumento exponencial de associados;
- a visão de uma orgânica distrital/regional;
- e algumas incongruências consagradas, no passado, em letra de lei.

Para o efeito, a OMD criou um endereço electrónico: estatuto@omd.pt, especificamente destinado ao envio das sugestões que entendam por bem dirigir-nos, de forma a proporcionar as condições, para uma ampla colaboração e empenho de todos, nesta importante função reguladora.
A Ordem agradece o envio de possíveis contributos até ao próximo dia 28 de Fevereiro, impreterivelmente, a fim de serem cumpridos os processos adequados em termos estatutários e perante a Assembleia da República.■

Ordem adquire instalações nos Açores

Os associados da Região Autónoma dos Açores vão beneficiar, a partir deste ano, de uma delegação situada em Angra do Heroísmo, na Ilha Terceira.

A Ordem dos Médicos Dentistas adquiriu, recentemente, as novas instalações compostas por uma fracção autónoma com dois escritórios, dois lugares de estacionamento e arrecadação, localizadas na Rua Dr. Aníbal Bettencourt, nº 242, na freguesia de Nossa Senhora da Conceição, na cidade Património da Humanidade.
Os Açores têm vindo a inovar na prestação de cuidados de saúde oral, nomeadamente pela criação do Boletim Individual de Saúde Oral e pela presença de médicos dentistas nos centros de saúde do Serviço de Saúde.
A futura delegação dos Açores vem juntar-se às já existentes em Lisboa e na Madeira.■

Nobel Biocare™

NobelActive™
Um novo rumo na implantologia.

Conexão protética de função dupla

Propriedade de condensação óssea

Orientação ajustável do implante para um posicionamento final ideal

Platform Shifting™ Incorporada

Elevada estabilidade inicial, até em condições ósseas desfavoráveis

VISITE-NOS NA IDS.
Data: 24-28 Março, 2009
Local: Colónia, Alemanha
Convention Center, Corredores D-E
Stand: Corredor 4.1 #A90/A91 – 641
Mais detalhes em www.ids-cologne.de

© Nobel Biocare 2009

O NobelActive™ cumpre, em simultâneo, os objectivos cirúrgicos e protéticos. O desenho das roscas do NobelActive™, que foi concebido para melhorar a estabilidade inicial, condensa de forma progressiva o osso durante a inserção. As afiadas lâminas de corte apicais permitem aos cirurgiões ajustar a orientação do implante de forma a obterem o posicionamento ideal da conexão protética. Os clínicos beneficiam de uma conexão protética cónica interna versátil e segura com u Platform Shifting™ (mudança da plataforma) incorporada sobre a qual podem obter resultados estéticos excelentes. Com base nos comentários dos clientes e na procura do mercado pelos produtos NobelActive™, a gama foi alargada, permitindo uma maior flexibilidade na selecção de componentes protéticos e implantes.

A Nobel Biocare é líder mundial em soluções dentárias comprovadas e inovadoras.

Para obter mais informações, contacte um Representante da Nobel Biocare no número 22 374 73 50 ou visite o nosso Web site.

www.nobelbiocare.com/nobelactive

(...) 2008 EM REVISTA

A OMD esteve presente na companhia da ministra da Saúde.

Cirurgia Oral Europeia reunida no Porto.
A European Federation of Oral Surgery Societies (EFOSS) representa as sociedades nacionais de cirurgia oral de Portugal, Espanha, França, Itália, Alemanha e Inglaterra. Realiza um congresso europeu com periodicidade bianual. O 5º Congresso EFOSS decorreu no Porto, com a colaboração da OMD, e contou com a participação de inúmeros conferencistas internacionais.

OMD coloca seguros de saúde sob investigação.
Face à actuação de alguns gestores de alegados seguros de saúde, a OMD apresentou uma denúncia aos organismos reguladores, em que expõe a actividade destas entidades. Como consequência, foi aberto um inquérito que pretende apurar a responsabilidade de alguns mediadores de seguros de saúde a actuar em Portugal.

NOVEMBRO
OMD comemora 10º Aniversário.

Concerto do Rodrigo Leão enche Casa da Música. Um concerto de Rodrigo Leão, acompanhado pelo Cinema Ensemble, (...)

Assembleia Geral Ordinária aprovou orçamento para 2009

Reuniu, no passado dia 13 de Dezembro de 2008, a Assembleia-Geral da OMD, na Fundação Eng.º António de Almeida, na cidade do Porto, pelas 16h30, tendo registado a presença de 29 colegas e 127 que se fizeram representar por procuração.
Da ordem de trabalhos constou, como ponto único, a discussão e votação do orçamento do Conselho Directivo para o ano de 2009, tendo este sido aprovado por unanimidade.
A mesa foi constituída pelo presidente, Gil Alcoforado, pela vice-presidente, Isabel Poiares Baptista e secretariada por Helena Rebelo e Ricardo Viveiros Cabral.

Renovação de cédulas profissionais

Mais de 5 mil associados renovaram gratuitamente as suas cédulas profissionais. A Ordem iniciou o processo de actualização em Julho de 2008, quando foi estabelecido um período de renovação sem custos, estendido até Agosto.
Também durante o último Congresso da OMD, em Novembro, foi dada aos associados uma oportunidade adicional para, a título gratuito, apresentarem a documentação necessária à renovação da sua cédula profissional. Num total de 6159 associados activos, cerca de 5077 actualizaram as respectivas cédulas profissionais durante os dois períodos gratuitos. Deste grupo, cerca de 255 encontravam-se em estado pendente por não terem enviado todos os documentos obrigatórios para completar o processo. Com menor expressão, cerca de 71 associados actualizaram a cédula profissional durante o período de pagamento regular.

A nova cédula profissional distingue-se das anteriores por incorporar elementos tecnológicos que aumentam a segurança e facilitam a identificação dos médicos dentistas, por exemplo em acções de formação, congressos e perante as entidades oficiais.
A validade da cédula anterior expirou a 31 de Dezembro de 2008. Se ainda não renovou a sua cédula profissional, proceda à respectiva actualização com a máxima urgência. Recordamos que as cédulas profissionais caducadas deixaram de ser válidas em todos os organismos oficiais.■

CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

O Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, aprovou a nova orgânica das Administrações Regionais de Saúde (ARS), nas quais se inclui a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, I.P.), tendo-lhes conferido a natureza jurídica de Instituto Público.
De acordo com o seu art.º 7.º, prevê a existência de um Conselho Consultivo, como órgão consultivo, de apoio e participação na definição das linhas gerais de actuação da ARS e tomadas de decisão do Conselho Directivo.
A OMD faz-se representar neste órgão consultivo pelo colega Nuno Montezuma de Carvalho, membro do Conselho Directivo.

SPIDIFEN Resumo das Características do medicamento (versão reduzida) DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: SPIDIFEN 400 mg granulado para solução oral; SPIDIFEN 600 mg granulado para solução oral; SPIDIFEN 400 mg Comprimidos, 400 mg comprimidos revestidos por película. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada saqueta de SPIDIFEN 400 mg contém 738 mg de Ibuprofeno,arginato, equivalentes a 400 mg de Ibuprofeno. Excipiente(s): Sacarose – 1770 mg; Sódio – 57 mg; Aspartamo (E951) – 60 mg; Cada saqueta de SPIDIFEN 600 mg contém 1105 mg de Ibuprofeno,arginato, equivalentes a 600 mg de Ibuprofeno. Excipiente(s): Sacarose – 1285 mg; Sódio – 85 mg; Aspartamo (E951) – 60 mg; SPIDIFEN 400 mg comprimidos: Cada comprimido revestido por película contém 738 mg de Ibuprofeno, arginato, equivalentes a 400 mg de Ibuprofeno. Excipiente(s): Sacarose – 16,7 mg; Sódio – 82,7 mg; Lista completa de excipientes, ver secção 6.1 do RCM completo. FORMA FARMACÊUTICA: O SPIDIFEN 400 mg e o SPIDIFEN 600 mg - Granulado para solução oral; SPIDIFEN 400 mg comprimidos - Comprimidos revestidos por película. Comprimidos de cor branca, com forma ovalada e ranhurados numa das faces (a ranhura não serve para dividir os comprimidos). INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS: O SPIDIFEN 400 mg e o SPIDIFEN 600 mg estão indicados no tratamento sintomático das seguintes situações: Como analgésico: Dor pós-traumática (entorses, contusões, luxações, fracturas), dor pós-cirúrgica (cirurgia geral, episiotomia, extracção dentária), odontalgias, cefaleia e dismenorreia. Outros processos dolorosos associados a inflamação. Como antirreumático: Osteoartrose, artrite reumatóide, artrite reumatóide juvenil, espondilite anquilosante, reumatismo extra articular. Como antipirético: Febre (adultos e crianças com mais de 6 anos). O SPIDIFEN 400 mg Comprimidos está indicado: Como analgésico: Cefaleia, dismenorreia primária, dor pós-traumática, dor pós-cirúrgica (cirurgia geral, extracção dentária). Como anti-reumático: Artrite reumatóide e osteoartrite. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Os efeitos indesejáveis podem ser minimizados utilizando a menor dose eficaz durante o menor período de tempo necessário para controlar os sintomas. Adultos: A posologia deverá ajustar-se à intensidade do quadro clínico a tratar. Em geral, a dose máxima diária recomendada é de 1200 mg de ibuprofeno (arginato), repartidos em 2 a 4 administrações. Em caso de tratamento crónico a posologia deverá ser ajustada à dose mínima de manutenção que proporcione o controlo adequado dos sintomas. Na artrite reumatóide podem ser necessárias doses superiores, no entanto, recomenda-se não ultrapassar a dose máxima diária de 2400 mg de Ibuprofeno (arginato). Na dismenorreia primária, recomenda-se uma dose diária de 400 mg de Ibuprofeno (arginato) até se obter o alívio da dor, sendo a dose máxima por administração de 400 mg de ibuprofeno (arginato) e a dose máxima diária de 1200 mg. Crianças: Spidifen, 400 mg e Spidifen 600 mg granulado para solução oral – Crianças dos 6 a 12 anos - A dose diária recomendada é de 20 a 30 mg/kg/dia de ibuprofeno (arginato), repartidos em 3 ou 4 tomas. Dose máxima 40 mg/kg/dia. Maiores de 12 anos – Dose igual à dos adultos. Idosos: A farmacocinética do Ibuprofeno não se altera nos pacientes idosos, pelo que não se considera necessário modificar a dose nem a frequência de administração. No entanto, tal como para outros AINEs, deverão adoptar-se precauções no tratamento destes pacientes, que são geralmente mais propensos aos efeitos secundários e têm mais probabilidade de apresentarem alterações da função renal, cardiovascular ou hepática e de receber medicação concomitante. Recomenda-se, por isso, iniciar o tratamento com a dose terapêutica mais baixa. Apenas após verificar que existe uma boa tolerância, poderá aumentar-se a dose até alcançar a estabelecida para a população em geral. Insuficientes renais: Convém adoptar precauções quando se utilizam AINEs em doentes com insuficiência renal. Em doentes com disfunção renal leve ou moderada deverá reduzir-se a dose inicial. Não se deverá utilizar Ibuprofeno em doentes com insuficiência renal grave. Insuficientes hepáticos: Embora não se tenham observado diferenças no perfil farmacocinético do Ibuprofeno em doentes com insuficiência hepática, aconselha-se a adopção de precauções com o uso de AINEs nestes doentes. Os doentes com insuficiência hepática leve ou moderada deverão iniciar o tratamento com doses reduzidas e ser cuidadosamente vigiados. Não se deverá utilizar Ibuprofeno em doentes com insuficiência hepática grave. CONTRA-INDICAÇÕES: O Ibuprofeno não deve ser administrado nos seguintes casos: • Hipersensibilidade conhecida ao princípio activo ou outros AINEs ou a qualquer dos excipientes da formulação. • Pacientes que tenham experimentado crises de asma, rinite aguda, urticária, edema angioneurótico ou outras reacções do tipo alérgico após terem utilizado substâncias de acção semelhante (por exemplo Ácido acetilsalicílico ou outros AINEs). • História de hemorragia gastrintestinal ou perfuração, relacionada com terapêutica anterior com AINE. • Úlcera péptica/hemorragia activa ou história de úlcera péptica/hemorragia recorrente (dois ou mais episódios distintos de ulceração ou hemorragia comprovada). • Doença inflamatória intestinal. • Insuficiência cardíaca grave. • Disfunção hepática grave. • Disfunção renal grave. • Pacientes com diátese hemorrágica ou outros transtornos da coagulação. • Terceiro trimestre de gravidez (ver 4.6. Gravidez e aleitamento). EFEITOS INDESEJÁVEIS: Gastrintestinais: Os eventos adversos mais frequentemente observados são de natureza gastrintestinal. Muito frequentes (>1/10): dispepsia, diarreia. Frequentes (>1/100, <1/10): náuseas, vómitos, dor abdominal. Não frequentes (>1/1000, >1/100): Hemorragias e úlceras gastrintestinais (em particular nos idosos), estomatite ulcerosa. Raras (<1/1000): perfuração gastrintestinal (em particular nos idosos), flatulência, obstipação, esofagite, estenose esofágica, gastrite. Exacerbação de doença diverticular, colite hemorrágica inespecífica, colite ulcerosa ou doença de Crohn. Também têm sido notificados, na sequência da administração de AINE, casos de hematemeses e melenas. Caso se produza hemorragia gastrintestinal, poderá causar anemia e hematemese. Pele e reacções de hipersensibilidade: Frequentes: erupção cutânea. Não frequentes: urticária, prurido, púrpura (incluindo a púrpura alérgica), angioedema, rinite, broncoespasmo. Raras: reacção anafiláctica. Muito raras (<1/10000): eritema multiforme, necrólise epidérmica, lúpus eritematoso sistémico, alopécia, reacções de fotossensibilidade, reacções cutâneas graves como a síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica aguda (síndrome de Lyell) e vasculite alérgica. Na maior parte dos casos em que foi comunicada meningite asséptica com Ibuprofeno, o doente sofria de alguma doença auto-imune (como lúpus eritematoso sistémico ou outras doenças do colagénio), o que pressupõe um factor de risco. Em caso de reacção de hipersensibilidade generalizada grave pode aparecer inchaço da face, língua e laringe, broncoespasmo, asma, taquicardia, hipotensão e choque. Sistema nervoso central: Frequentes: fadiga ou sonolência, cefaleia, tonturas e vertigens. Não frequentes: insónia, ansiedade, intranquilidade, alterações visuais, tinitus. Raras: reacção psicótica, nervosismo, irritabilidade, depressão, confusão ou desorientação, ambliopia tóxica reversível, transtornos auditivos. Muito raras: meningite asséptica (ver reacções de hipersensibilidade). Hematológicas: Pode prolongar o tempo de hemorragia. Os raros casos observados de transtornos hematológicos correspondem a trombocitopénia, leucopénia, granulocitopénia, pancitopénia, agranulocitose, anemia aplástica ou anemia hemolítica. Cardiovasculares: Parece existir uma maior predisposição por parte dos doentes com hipertensão ou transtornos renais a sofrer retenção hídrica. Edema, hipertensão arterial, e insuficiência cardíaca, têm sido notificados em associação ao tratamento com AINE. Os dados dos ensaios clínicos e epidemiológicos sugerem que a administração de Ibuprofeno, particularmente em doses elevadas (2400 mg diários) e em tratamento de longa duração poderá estar associada a um pequeno aumento do risco de eventos trombóticos arteriais (por exemplo enfarte do miocárdio ou AVC). Renais: Com base na experiência com os AINEs em geral, não se pode excluir a possibilidade de ocorrência de casos de nefrite intersticial, síndrome nefrótico e insuficiência renal. Hepáticas: Em casos raros observaram-se alterações da função hepática, hepatite e icterícia com Ibuprofeno racémico. Outras: Em muito raras ocasiões podem ver-se agravadas as inflamações associadas a infecções. DATA DA ÚLTIMA REVISÃO DO RCM: SPIDIFEN 400 mg granulado para solução oral; SPIDIFEN 600 mg granulado para solução oral – Mai. 2007; Spidifen 400 mg comprimidos – Fev. 2007; MEDICAMENTO SUJEITO A RECEITA MÉDICA. PREÇOS, APRESENTAÇÕES E ESCALÃO DE COMPARTICIPAÇÃO: SPIDIFEN 400 mg - caixa com 20 saquetas de granulado para solução oral PVP (IVA incluído) 3,50 €; Comparticipados pelo escalão B, Regime geral - Estado (69%) 2,42 €, Utente (31%) 1,08 ; Regime especial - Estado (84%) 2,94 €, Utente (16%) 0,56 €; SPIDIFEN 400 mg comprimidos - caixa com 30 comprimidos PVP (IVA incluído) 5,53 € (não comparticipado) SPIDIFEN 600 mg - caixa com 20 saquetas de granulado para solução oral PVP (IVA incluído) 4,67 €; Comparticipados pelo escalão B, Regime geral – Estado (69%) 3,22 €, Utente (31%) 1,45 €; Regime especial – Estado (84%) 3,92 €, Utente (16%) 0,75 €; Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado: Titular da AIM Zambon – Produtos Farmacêuticos, Lda. Rua Comandante Enrique Maya, 1; 1500-192 Lisboa; info@zambon.pt

www.zambon.pt

Zambon

Para que a dor desapareça como que por magia...

Spidifen 600 mg
ibuprofeno (arginato)
Granulado para solução oral
Via oral
Composição
Ibuprofeno 600 mg (arginato);
L-Arginina 555 mg; Aspartame
60 mg; Sacarose 1285 mg;

Spidifen®
Ibuprofeno-ARGINATO
Analgésico mais rápido
para a dor e inflamação

(...) 2008 EM REVISTA

tendo por cenário a Sala Suggia da Casa da Música, representou um momento de excelência nas comemorações do 10º Aniversário da OMD.

Álbum sobre a história da medicina dentária em Portugal. A OMD assinalou 10 anos de existência com a publicação de um álbum que retrata a evolução da medicina dentária em Portugal. Trata-se de uma obra historicamente comprovada e factual que foi distribuída a todos os médicos dentistas no último Congresso da OMD.

XVII Congresso da OMD. De forma a assinalar a maturidade científica da medicina dentária praticada em Portugal, este foi o primeiro Congresso da OMD constituído apenas por conferencistas inscritos na Ordem. Durante o Congresso, foram ainda atribuídas as Medalhas de Ouro da Medicina Dentária ao ex-ministro da Saúde António Correia de Campos e ao ex-dirigente da APMD João Correia.

Lançamento da Revista da Ordem dos Médicos Dentistas. Sucede ao Boletim Informativo da Ordem dos Médicos Dentistas que foi publicado 41 vezes. O número inaugural foi apresentado durante o Congresso. A Revista apresentou-se também com um Caderno Científico que funcionará como um instrumento privilegiado de promoção da capacidade científica da medicina dentária em Portugal.

OMD inicia publicação de newsletter electrónica. Para além da actualização (...)

XVII Congresso da OMD: Aposta ganha, venha o próximo

O XVII Congresso da OMD superou todas as expectativas, alcançando números que bateram todos os recordes: em congressistas, em visitantes e em expositores na Expo-Dentária. Para comemorar os 10 anos da Ordem dos Médicos Dentistas, foram convidados apenas oradores inscritos na OMD. Uma iniciativa considerada arrojada por alguns, mas que se revelou um sucesso.

Considerado um dos eventos mais marcantes da medicina dentária, o XVII Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas foi um sucesso, superando as expectativas da organização. Quer nas palestras, quer na Expo-Dentária, houve algumas surpresas agradáveis. Segundo Paulo Rompante, presidente da comissão organizadora, foi compensador todo o trabalho: "de forma simples, tudo correu bem, desde a acreditação, passando pelas diferentes palestras, até à Expo-Dentária". Assim, o balanço só poderia ser positivo. "Os conferencistas portugueses elevaram ainda mais a sua qualidade. As apresentações foram de grande nível", diz Paulo Rompante, destacando que em termos de logística "preparamos as coisas de forma a tornar o circuito simples", e "as pessoas sentiram que as coisas foram feitas e pensadas de forma a facilitar", acrescentando não ter sido solicitado para resolver qualquer problema complicado durante o evento.

Referindo-se à Expo-Dentária - local onde foram servidos os almoços de trabalho -, o presidente da Comissão Organizadora do Congresso mostra-se convicto de que "serviu para aproximar congressistas e visitantes das empresas que connosco também fizeram o congresso".

Referindo que "aos participantes agradou o facto dos oradores serem inscritos na OMD", Paulo Rompante revelou que essa opção só por prelectores da OMD "parecia inicialmente um risco", mas, no final, "revelou-se uma aposta ganha". "Essa opção foi, de facto, a grande diferença, não só relativamente ao último congresso, mas a todos os congressos anteriores. E todos os presentes sentiram isso de um modo que levou a que fosse também um congresso de sentimento de pertença".

Com sentimento ou não, os números não enganam. O número de congressistas subiu. O número de stands na Expo-Dentária também. Confrontado com a questão quanto à possibilidade de superar estes recordes no futuro, Paulo Rompante declara: "nós vamos carregar até ao próximo congresso esse fardo. Batemos involuntariamente todos os recordes - o maior número de congressistas e o maior número de empresas de sempre na Expo-Dentária - 122, que é um recorde a que vamos ficar associados".

Segundo o presidente da comissão organizadora, "tudo correu como previsto, sem transtornos". "Os comentários ao longo do congresso indicavam que tudo estava a funcionar de forma natural, sem imprevistos, com os horários a serem cumpridos, sem registo de qualquer agitação". Em termos organizativos e administrativos, explica, "fomos fazendo *briefings* ao longo do congresso, com regularidade, e julgo que resultou". Com expectativas tão altas e recordes batidos, poderia ser de esperar que o próximo congresso, em Lisboa, não superasse este êxito. No entanto, Paulo Rompante garante que tal não irá acontecer, pois as pessoas que trabalham com e na Ordem dos Médicos Dentistas já provaram que conseguem fazer um bom trabalho e surpreender os participantes nestes eventos.■

OS NÚMEROS DO CONGRESSO

Congressistas: 2391

- Médicos Dentistas: 1418
- Estudantes: 466
- Assistentes Dentárias: 301
- Técnicos de Prótese: 15
- Higienistas Orais: 36
- Outras categorias: 155

Conferencistas: 75

- Apresentações Científicas: 89
- Comunicações Livres: 26
- Posters: 63

Visitas à Expo-Dentária: 5897

- empresas expositoras: 122
- stands de 9m2 ocupados: 317

Staff

- Comissão Organizadora: 18
- Comissão Cientifico: 14
- Colaboradores: 20
- OMD: 14
- Informática: 3
- Audiovisuais: 11
- Staff Expositores: 1029
- Hospedeiras: 29
- Seguranças: 6
- Staff CCL: 7

"Eu estou na política"

Apreciando a homenagem de que foi alvo em Santa Maria da Feira, durante o congresso da OMD, Correia de Campos realça as boas relações que sempre teve com a Ordem e o esforço e dedicação com que esta classe abraçou a causa do "cheque-dentista". Defende que ainda se poderá alargar este projecto a outros grupos, em benefício da saúde oral. Quanto à política, diz-se presente, activo e disponível.

OMD: Como reage à atribuição desta medalha de ouro?

Correia de Campos (CC): Sinto-me muito gratificado, mas fico sempre na dúvida de saber se a mereço e se a continuarei a merecer. Acho que foi um acto de grande gentileza, uma distinção que me sensibilizou muito. Mas, sobretudo, eu interpreto-a mais como, não tanto de um ponto de vista pessoal, mas como um acto de inteligência da parte da Ordem dos Médicos Dentistas. Não é que não fosse inteligente não me dar a medalha, mas dá-la culmina um processo de as boas relações - um conjunto de relações que foram muito directas, muito francas, muito frontais em que as posições de umas partes estavam perfeitamente conhecidas das outras partes. Dizia-se até onde se podia ir e até onde não se podia ir. E houve uma conjugação de factores muito favoráveis. Isso foi um factor sorte, também. Uma conjugação de factores, que foi também o facto de haver recursos. Havia um grupo de jovens médicos dentistas dispostos a fazer coisas novas e diferentes e ainda não tão instalados na vida que já não quisessem mudar nada. Esse grupo de pessoas existiu. Havia instalações, recursos, eles tinham os seus próprios consultórios, os centros de saúde ainda têm alguns equipamentos e, sobretudo, havia também uma pequena folga financeira que foi conseguida ao longo de uma gestão pública da saúde muito rigorosa e exigente e que permitiu dar corpo a essa aspiração de sempre do Serviço Nacional de Saúde - criar um sistema de saúde dentária, ou de saúde oral, que não existia. Não existia nada organizado no país. Portanto, foi uma conjugação de factores favoráveis.

> "Estou satisfeito (...) por o Ministério da Saúde ter mantido a continuidade deste programa"

OMD: Se ainda estivesse no ministério até onde levaria o "cheque-dentista"?

CC: Já existia um programa de saúde escolar. Não nos pareceu bem destruir esse programa, embora houvesse sempre um potencial para ser aperfeiçoado, para ser melhorado. E, portanto, foi o que fizemos. Mantivemos esse programa, aperfeiçoando-o, dando-lhe mais recursos. Também fizemos um programa novo para grávidas e outro para os idosos mais pobres - aqueles que beneficiam do complemento solidário de pensão.

A linha a seguir era continuarmos nessa selecção de grupos em risco. As crianças e os adolescentes são muito importantes porque é nessas idades que se fixam os hábitos de higiene dentária e os hábitos de tratar dos dentes a tempo para manter a dentição originária, tanto quando possível, em vez de estar a fazer substituições mais radicais como acontece com as próteses totais, como acontece, sobretudo, no sistema dos países mais pobres, onde há menos manutenção de cuidados. E, portanto, isso foi um conjunto de circunstâncias favoráveis. Ter-se-ia prosseguido por aí. Ter-se-ia prosseguido, também, em relação aos diabéticos e, depois, à medida que o programa fosse sendo avaliado, certamente que se iria à saúde dos adultos ou aos idosos. Talvez primeiro aos idosos. Não apenas aqueles que estão na linhagem da pobreza, mas a todos os idosos, depois talvez os adultos. Eu acho que é o caminho natural. Estou satisfeito também por o Ministério da Saúde ter mantido a continuidade deste programa e deste processo. Acho que isso é muito positivo. É a melhor prova de que o processo foi bem preparado por todos os seus intervenientes.

OMD: Em relação à sua vida profissional e pessoal. Que planos tem para ao futuro? Pensa regressar à política?

CC: Não. Eu estou na política! Intervenho nos jornais, na televisão, faço comentário político, sou membro de uma assembleia municipal, sou membro da comissão nacional do meu partido. Portanto, não saí da política. Não penso é regressar ao Ministério da Saúde. Já fui uma vez secretário de estado e duas vezes ministro. Penso já não ter aí lugar. É preciso dar espaço a ideias novas e eu próprio também já não teria frescura nem interesse em regressar. Naturalmente, a política é uma devoção. Também é uma obrigação cívica e, portanto, não me excluo de colaborar em outras tarefas.■

(...) 2008 EM REVISTA

permanente do site de internet da OMD, em Novembro iniciámos a publicação da newsletter electrónica eNews OMD.

Inquérito sobre situação profissional do mercado de emprego em medicina dentária. Pelo terceiro ano consecutivo, a Ordem realizou um inquérito junto da classe com o objectivo de avaliar o estado e a evolução do mercado de trabalho em Portugal. O estudo foi apresentado pelo secretário-geral da OMD, João Braga, durante o Congresso, em Santa Maria da Feira.

DEZEMBRO

Ordem disponibiliza Manual of Dental Practice 2008. A Ordem disponibilizou em Dezembro, no seu site de internet, o documento de referência para compreender o exercício profissional da medicina dentária na Europa. Tal como nas edições dos anos anteriores, contém informação sistematizada e de fácil compreensão.

INTERNACIONAL

FEVEREIRO

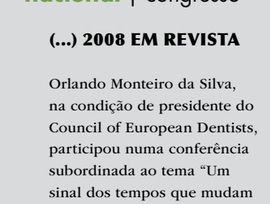
Orlando Monteiro da Silva discute mudanças na profissão. A convite da ANDI , Associação Nacional de Dentistas Italianos, (...)

(...) 2008 EM REVISTA

Orlando Monteiro da Silva, na condição de presidente do Council of European Dentists, participou numa conferência subordinada ao tema "Um sinal dos tempos que mudam ou um atentado à Profissão Liberal?"

MARÇO

Macau reúne profissionais da medicina dentária de Portugal, África e Ásia. Em Março realizou-se o II Congresso Dentário Sino-Português, organizado pela Associação Dentária de Macau. A Ordem dos Médicos Dentistas esteve representada pelo bastonário, Orlando Monteiro da Silva. Portugal esteve igualmente representado pelo médico dentista Pedro Trancoso que, por convite da organização do Congresso, apresentou uma comunicação sobre os "Efeitos orais co-laterais da radioterapia – Xerostomia".



O presente e futuro das políticas de saúde na União Europeia. A convite da Associação Dentária da Hungria (HDA), o presidente do Council of European Dentists (CED), Orlando Monteiro da Silva, participou numa mesa de discussão (...)

Testemunhos de convidados

Paulo Maló
Médico dentista

Eu tive oportunidade de espreitar para a parte da feira e está muito bonita. Também tive oportunidade de falar com o presidente do congresso que me disse que havia mais expositores este ano, embora mais pequenos devido à crise. Mas existem mais expositores, o que é uma coisa boa. Vejo palestras equilibradas e interessantes, portanto, só tenho que dar os meus parabéns a quem organizou o congresso.

Roberto Vianna
Presidente eleito da FDI

Esse congresso vem-se afirmando como um sucesso. É, cada vez mais, um congresso de calendário mundial. É extremamente interessante e responde à ansiedade de novos conhecimentos e de participação dos jovens. Este congresso oferece essa oportunidade de novidade, algumas vezes antecedendo mesmo o mercado. Por isso, muitos jovens marcam presença no convívio franco, descontraído, que o Congresso da OMD permite a todas as pessoas que o visitam.

Avelino Cachilandala
Vice-presidente da ANTEA

Para nós o comentário é de louvar à direcção, à ordem que há três anos nos envolve a todos e há três anos estamos abertos realmente a um diálogo muito pacífico. Talvez já estejamos a ser uma família que não vai ser fácil destruir. Uma grande experiência. E graças à OMD, também tivemos essa experiência, o ano passado, em Angola. Penso que estamos no bom caminho. Gostaríamos que tudo corresse bem para a Ordem dos Médicos Dentistas de Portugal, para que tenha uma presença maior em Angola.

Correia de Campos

A Ordem dos Médicos Dentistas tem uma grande vitalidade, tem um grande número de aderentes, de participantes e, naturalmente, trata-se também de uma área onde há inovações tecnológicas e materiais que estão sempre a aparecer, pelo que esta conjugação entre uma exposição de materiais, de inovações e de avanços científicos é absolutamente essencial.

Manuel Pizarro
Secretário de Estado da Saúde

Estou muito impressionado com a qualidade do congresso, com a qualidade institucional da sua organização e com a abertura que a OMD demonstra. Acho que reconhecer o passado e a história da profissão é muito importante para a afirmação do seu presente e do seu futuro. Por outro lado, julgo que também é muito gratificante verificar que a Ordem resolveu agraciar Correia de Campos, reconhecendo, claramente, o papel absolutamente decisivo que teve no alargamento da saúde oral ao conjunto dos portugueses. Acho que isso é um traço da governação de Correia de Campos que como tantos outros, fica para o futuro e que o país ficará em divida para com ele.

Newton Miranda de Carvalho
Secretário-Geral da ABO

Excelente. Acho que o nível científico deste congresso está muito alto. Não é surpresa para mim, mas quando fui ver o programa dos temas tratados e entrei em algumas palestras, fiquei surpreso com o nível de conhecimento do médico dentista português. Estão a um nível bem acima do que a gente poderia entender como o mínimo aceitável. Estão muito bem. Portugal está numa efervescência científica muito boa, está num momento histórico e científico muito bom. Nas faculdades daqui estão formando excelentes médicos dentistas e a um nível cientifico que só tenho dar os parabéns. Não foi surpresa para mim, mas foi uma constatação muito agradável verificar quão bem estão.

José Pedro Figueiredo
Presidente da SPEMD

O comentário tem naturalmente a ver com a grande, muito grande adesão de participantes e de inscritos, representativo do entusiasmo que os profissionais põem nos congressos da OMD. Tendo em conta que este é um congresso eminentemente cientifico, agrada especialmente à SPEMD. A nossa preocupação na sociedade científica é que os nossos profissionais sejam mais bem formados e estejam o mais actualizados possível, por um lado, e por outro, apraz-nos verificar que nas salas de conferências, nos corredores do congresso, há uma grande quantidade de pessoas, com as quais convivemos, proporcionando intercâmbio, reconhecimento e reencontros que são sempre muito interessantes do ponto de vista profissional.

Artur Lima
Representante da Região Autónoma dos Açores no Conselho Directivo da OMD

É sempre uma alegria. Vemos aqui gente que só encontramos de ano a ano. É sempre muito bem organizado. E mais uma vez, perdoem-me a vaidade, acho que o melhor evento na área da saúde que se faz em Portugal é o congresso da Ordem dos Médicos Dentistas. Sempre com milhares de colegas, sempre muito bem organizado, apelativo e para três dias de formação nos tempos que correm, também não é caro. Espero que a ordem proporcione aos colegas esta formação anual, que é também uma das suas funções. E aí a ordem também tem feito um magnífico trabalho, de que este congresso é o culminar. É digamos assim, o expoente máximo da formação contínua que a ordem desenvolve ao longo do ano.

Antonino Moreira da Veiga
Médico dentista
Cabo Verde

Na minha opinião, deve continuar. Os encontros deste género são importantes, pois é sempre bom trocar experiências, ver coisas novas e aceder à actualização profissional.

Paulo Murilo Fontoura Junior
Director de Congressos da ABO

Congressos é a minha área. Organizo os congressos da ABO no Rio de Janeiro, para 15 mil profissionais. É a primeira vez que eu venho ao congresso da OMD, mas sempre foi um congresso no qual eu me baseei e, não tenho vergonha de dizer, copiei muita coisa, desde o processo de divulgação, material de divulgação, material publicitário e design do congresso. Agora culminou com a minha presença. Tem uma organização que é simplesmente fantástica. É, sem dúvida alguma, um dos congressos mais bem organizados do mundo a que eu já fui. E já fui a vários.

ABCD distingue OMD

A Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas (ABCD) presenteou a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) com uma pequena placa simbólica, representativa do seu respeito e reconhecimento pelas conquistas da Ordem, em benefício da medicina dentária, não apenas portuguesa, mas mundial.

Luciano Moreira, presidente da ABCD, esteve presente no XVII congresso da OMD, aproveitando para homenagear este parceiro de há cinco anos. Na sua alocução destacou o "bom exemplo de gestão de liderança" da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), afirmando que "todos ganhamos com isso". Considerando a OMD como "uma entidade exemplar" e com pessoas muito ricas, que "trabalham efectivamente para melhorar a odontologia de Portugal e noutros países".

O Presidente da ABCD, realçando a grande dedicação dos dirigentes e funcionários da OMD, manifestou o seu apreço pelas "vitórias importantíssimas para os médicos dentistas em Portugal, que em outras palavras se traduz também em vitórias para toda a população de Portugal" alcançadas pela OMD.

A Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas é uma entidade nacional que representa a odontologia brasileira, há quase 100 anos, com cerca de 85 mil sócios no Brasil. Dos múltiplos desafios que hoje tem pela frente, o principal é, segundo o académico brasileiro, "a criação e implantação de mecanismos de controlo que regulamentem efectivamente a criação de novos cursos de odontologia, a prática dos profissionais, regras que façam com que os interesses comerciais sejam respeitados, mas não prevaleçam sobre os interesses da sociedade, sobre os interesses governamentais".

Luciano Moreira considera prioritário que se consciencializem "os gestores públicos de que a abertura de novos cursos, por exemplo os de odontologia, de medicina dentária devem depender da necessidade regional, abrindo em locais que efectivamente sejam necessários, para que não criem uma "piora" de mercado aumentando o nível de competição, em vez de aumentar o acesso da população ao tratamento, e não afectem a qualidade, porque a medicina dentária é fundamental para a saúde da população e tem que ser tratada com muita seriedade e muito respeito."

A ABCD tem como principal objectivo de futuro, tentar valorizar e garantir que a medicina dentária seja sempre e cada vez mais respeitada pela sua qualidade e pela excelência dos seus trabalhos. ■

(...) 2008 EM REVISTA

em que apresentou as actuais e futuras políticas de saúde no espaço da União Europeia relacionadas com o exercício da medicina dentária. O encontro realizou-se na conceituada Universidade Debrecen.

ABRIL

CED discute nova Directiva de Serviços de Saúde com DG Sanco. Bruxelas acolheu uma reunião entre o presidente do CED, Orlando Monteiro da Silva, e o director da Direcção-Geral da Saúde e da Protecção do Consumidor (DG Sanco), Andrzej Rysm. A DG Sanco, enquanto Direcção-Geral da Comissão Europeia, tem como principais missões a segurança alimentar (OGM, BSE, etc.), a saúde pública (tabaco, álcool, obesidade, SIDA, etc.), a informação e a protecção dos consumidores.

CED reuniu com instituição fundadora da União Europeia. Em Abril de 2008 o Council of European Dentists (CED) apresentou-se ao Comité Económico e Social da União Europeia (CESE), órgão consultivo da União (...)

(...) 2008 EM REVISTA

Europeia fundado em 1957, em Bruxelas. Os presidentes de ambas as organizações, Orlando Monteiro da Silva, do CED, e Dimitris Dimitriadis, presidente do CESE, discutiram os respectivos pontos de vista sobre a nova Directiva de Serviços de Saúde.

MAIO

Apresentação do Código de Ética da EU. Em Maio, a Ordem apresentava, pela mão do presidente do Conselho Deontológico e de Disciplina, João Aquino, o novo Código de Ética do Médico Dentista na União Europeia, adoptado em Assembleia-Geral do Council of European Dentists de 30 de Novembro de 2007. João Aquino afirmou "Este novo Código de Ética reflecte, na sua essência, aquilo que geralmente se designa por Projecto Europeu".

SETEMBRO

CED e CPME realizam mesa-redonda sobre nova directiva de saúde. O Parlamento Europeu acolheu a 11 de Setembro uma (...)

Expo-Dentária 2008
Reacções e comentários

A generalidade dos expositores ficou satisfeita com a Expo-Dentária 2008. Uns destacaram o nível científico das palestras, outros deram nota máxima às novas iniciativas, deixando alguns, ainda, sugestões para o futuro.

João Pedro Quintino, da ACE, notou uma maior presença de médicos dentistas, sendo positivo a nível comercial. "O congresso tem sido positivo para nós. O número de inscrições também excedeu as expectativas. Penso que tem sido um bom congresso até agora". A mesma opinião tinha **Aldina Pereira, da Biomet 3i**, para quem o espaço estava mais amplo "ligeiramente melhor em relação aos anos anteriores e a disposição dos stands está diferente".

Para a maioria dos expositores o cariz comercial da feira é o principal factor de atracção, tendo naquele recinto a oportunidade de falar com vários clientes. "Apesar de não termos tido grandes avalanches de gente, estamos satisfeitos com as pessoas que passaram e tivemos tempo para apresentar as nossas soluções", confirma **Júlio Amorim, da Nobel Biocare. Ana Silva, da Pierre Fabre Oral Care**, reforça ser "uma forma de contactarmos os nossos clientes de perto e de reforçarmos a parceria com os médicos dentistas com quem trabalhamos".

No entanto, há quem opte por estratégias diferentes: "a Astra é uma empresa que aposta muito na informação, na investigação e na comunicação daquilo que faz em termos de investigação e desenvolvimento de produtos. Todos os nossos produtos lançados no mercado têm um suporte científico muito forte e esse é o factor principal da nossa presença e da nossa comunicação. Mas, naturalmente, estamos presentes para vender e, nesse sentido, é sempre importante o contacto e a exposição permitidos pela feira", disse **Luís Godinho, da AstraTech Dental.**

A forma como os expositores atraem as pessoas também variou bastante. Se uns optaram por workshops, outros preferiram sortear iPods, mas a **Soibsa** superou qualquer uma das ofertas como confirmou **Nicolau Martins**. "A nossa atracção foi uma coisa única, que a própria organização já quis experimentar. É um simulador de Fórmula 1. Mas eu não quero dizer que a afluência do stand se deva a isso, pois temos feito algumas vendas e, na verdade, conseguimos os objectivos. No fundo, uma coisa atrai a outra e, pelos vistos, a Fórmula 1 foi uma novidade".

A Neodent esteve presente pela segunda vez na Expo-dentária. "Estamos há três anos aqui no mercado europeu e há 15 no Brasil, mas este ano tivemos maior procura do que no ano anterior. Acho que estamos a conseguir abrir um espaço em Portugal", disse **Nara Inês Silva**.

Luis Cervantes, da AXA, não deixou de tecer elogios à organização, bem como felicitar a Ordem dos Médicos Dentistas pelo seu aniversário. "Foi excelente do ponto de vista científico representando uma mais-valia para todos os congressistas. Por outro lado, também foi um momento de celebração e de festejo dos 10 anos da Ordem e o programa cultural também foi bastante interessantes e atraente. Mas destaco, essencialmente, a qualidade científica do congresso dando os meus parabéns à OMD".

Há quem deixe algumas sugestões para o futuro, como é o caso de **Victor Correia, da Voco**, para quem seria importante facilitar mais o acesso à Expo-Dentária. "Acho que poderemos sempre ter mais alguma animação, mais algum movimento, uma chamada de pessoas mais eficaz sobretudo através da distribuição de convites para quem não queira ir ao congresso mas só à feira. Porque há imensa gente que tem de andar a pedir os convites para ir à feira, pelo que poderia fazer-se um trabalho um pouquinho mais agressivo na distribuição dos convites para a feira." Já **Sílvia Costa, da Dental Leader**, aplaudindo as iniciativas deixa algumas propostas. "A feira esteve, como sempre, muito bem organizada. Gostaríamos que começasse um pouco mais tarde que as 8:30 e que terminasse um bocadinho mais tarde que as 19:00. A ideia dos almoços dentro da feira é óptima, no entanto, desejaríamos que houvesse mais mesas e cadeiras para todos nos podermos sentar. O programa científico é muito interessante, tem cada vez mais participantes e ficamos muito satisfeitos".

A Expo-Dentária revelou-se um sucesso não só em número de expositores e de visitantes, mas também em novidades e encomendas.■

AMBIMED
Operador de gestão de resíduos autorizado pela DGS em conformidade com a portaria n.º 174/97 de 10 de Março
Detentora de Unidades de Tratamento Licenciadas
Sistemas de Gestão da Qualidade e Ambiental Certificados de acordo com ISO 9001:2000 e ISO 14001:2004
eic eic
Gestão Integrada de Resíduos Hospitalares Perigosos
Grupo III (risco biológico)
Grupo IV (resíduos corto-perfurantes)
Gestão de Resíduos Líquidos Perigosos:
Revelador e Fixador
Gestão de Resíduos de Amálgama Dentária
Linha Azul: 808 200 246 | E-mail: ambimed@ambimed.pt

(...) 2008 EM REVISTA

mesa-redonda sobre a nova directiva de saúde, numa organização conjunta entre o Council of European Dentists (CED) e Comité Permanent Des Médecins Européens (CPME), com o patrocínio do eurodeputado austríaco Othmar Karas. A comissária europeia da Saúde, Androula Vassiliou, foi uma das ilustres participantes.

OUTUBRO

XV Congresso Internacional de Odontologia da Bahia (CIOBA). Uma delegação de médicos dentistas participou, à semelhança dos anos anteriores, no XV Congresso Internacional de Odontologia – Secção Bahia. No âmbito do protocolo de colaboração estabelecido com a OMD, decorreu em simultâneo o IV Congresso de Intercâmbio Profissional Bahia/Portugal.

PROVAS ACADÉMICAS REALIZADAS NA FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
NOVEMBRO DE 2008

Provas de Doutoramento em Medicina Dentária - ramo de conhecimento em Anatomia Dentária e Genética Orofacial:

Nome: Inês Morais Caldas
Título da Dissertação:
"Avaliação do dano oro-facial pós-traumático".
Classificação: Aprovada por unanimidade

Provas de Mestrado em Medicina Dentária Conservadora

Nome: Ana Sofia Amorim
Título da Dissertação:
"Influência da contaminação por saliva na microinfiltração de três sistemas adesivos"
Classificação: Aprovada com a classificação de Muto Bom por unanimidade

Nome: J. Cardoso Ferreira
Título da Dissertação:
"Estudo da Microscopia electrónica para avaliação da formação da camada híbrida e prolongamentos de resina de quatro adesivos total-etch de 5ª geração contendo diferentes solventes"
Classificação: Aprovado com a classificação de Muito Bom por unanimidade.

Médicos-dentistas no palco político

A presença de médicos dentistas na vida política – com intervenção a nível municipal, regional ou nacional - é hoje uma realidade. Artur Lima, Pedro Nunes Pinto e Ricardo Viveiros Cabral são três exemplos – todos açorianos - desse exercício de cidadania. A política seduziu-os e já não conseguem viver sem ela. Aproveitando a sua presença no Congresso a Revista da OMD foi à descoberta das suas motivações e como conciliam a vida profissional e política.

Artur Lima
O presidente

Artur Lima começou como vereador no município da Praia da Vitória, nos Açores, em 1999. Em 2001, torna-se deputado regional. Os desafios sucederam-se e hoje é vice-presidente nacional do CDS-PP Açores na Assembleia Regional e presidente do partido.
Considera o seu trabalho positivo. Para si, "é bom fazer alguma coisa pelas pessoas e saber que estas reconhecem o seu trabalho e dedicação". Quando aceitou o desafio de representar o CDS-PP nos Açores, aceitou também o papel de representante da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) na região. Pensou que esta poderia ser "uma forma de divulgar e promover a profissão de médico dentista". Era essencial, para si, ter um papel público activo na promoção da profissão. Por outro lado, sentia falta de um aspecto mais societário, mais humanista, mais abrangente que a medicina não lhe dava. "Para a nossa definição como pessoas, julgo que a politica é interessante porque nos dá uma formação fantástica em quase todas as áreas - sociais, públicas, económicas" diz, adiantando "que tem sido uma experiência de enriquecimento pessoal extraordinária". No entanto, considera que a vida política leva a um sacrifício familiar que o torna mais ausente do que gostaria. "Nos Açores não podemos ir de manhã e vir à noite como no Continente." diz, explicando que "quando se tem de ir de uma ilha à outra fica-se um dia ou dois, conforme o tempo o permite, pelo que a nível familiar convivo com essa desvantagem". "Tenho duas filhas muito novas", revela, adiantando que essa "ausência política só se consegue com o apoio da família – que felizmente é muito - que entende e apoia o marido e o pai nessas situações".
Artur Lima sente-se realizado na política, pelas propostas que tem feito. Ser médico dentista permitiu-lhe intervenções na área da saúde no plenário da Assembleia Regional dos Açores. "Actualmente, os Açores são a única região do país onde os médicos dentistas fazem parte dos quadros dos centros de saúde", revela, acrescentando que quando foi para os Açores "os médicos dentistas eram praticamente desconhecidos". Hoje, sente-se orgulhoso porque não só os médicos dentistas "são respeitadíssimos na Região Autónoma dos Açores", como por "ter lutado, quase até à exaustão, para que fossem integrados no serviço regional de saúde".

> "Os médicos dentistas são respeitadíssimos na Região Autónoma dos Açores"

Durante algum tempo foi o único deputado do seu partido, mas isso não o impediu de defender as suas ideias e apresentar propostas – primeiro nos transportes aéreos e só depois na saúde. Uma delas, única a nível nacional, é o COMPAMID, ou Complemento para Aquisição de Medicamentos para Idosos, "em que além da normal comparticipação a que todos temos direito, acrescentam, ainda, até 250 euros por ano para pagamento da parte que não é comparticipada".
Quanto à sua profissão, a medicina dentária, considera que nesta última década tem conhecido uma evolução científica e técnica extraordinária, sendo das áreas da saúde que mais se tem desenvolvido. Destaca, ainda, "haver um reconhecimento social dos profissionais pela comunidade" para o qual o trabalho da Ordem tem sido bastante importante. "A classe dos médicos dentistas tem uma imagem muito melhor do que tinha há 10 anos atrás. Isto deve-se, naturalmente, ao esforço de muitos, mas fundamentalmente ao trabalho e dedicação de Orlando Monteiro da Silva e da equipa que com ele trabalha, que têm marcado uma época e que espero continuem a marcar, porque acho que ainda falta concretizar algumas coisas do seu projecto, para o qual três anos não chegam, mas que deixam sementes para o futuro". Conclui, afirmando esperar que o actual bastonário "esteja disponível para concretizar esse projecto até ele estar devidamente implementado".

> "Nós como classe, sem sermos demasiado corporativistas, temos que ser mais exigentes"

Destaca o facto do governo estar a mostrar interesse pela saúde oral, apontando como exemplo disso o "cheque-dentista". No entanto, Artur Lima espera que os projectos não se fiquem por aí. Ele gostaria que os médicos dentistas fizessem parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para que a população tivesse acesso a um dentista nos hospitais, nos centros de saúde, como tem a médicos de outras especialidades. "As pessoas estão sensibilizadas para a saúde oral, mas 30% a 40% das pessoas não procuram cuidados de saúde oral e algumas, quando procuram, já chegam em muito mau estado".
O presidente do CDS-PP Açores defende a existência de um programa nacional de promoção da saúde oral, que envolva médicos dentistas e outros profissionais da área, à semelhança do que acontece noutras especialidades da saúde. "Julgo que nós, como classe, sem sermos demasiado corporativistas, temos que ser mais exigentes e temos que fazer ver que somos fundamentais para essa estratégia".
Artur Lima olha para o futuro da medicina dentária com preocupação. Para si existem muitos jovens a licenciarem-se na área, o que pode dar origem a excesso de profissionais no mercado, levando a uma precariedade da profissão e pondo em causa a qualidade do trabalho dos médicos dentistas.■

Ricardo Viveiros Cabral
O coordenador

Ricardo Viveiros Cabral, outro açoriano, já há alguns anos cooperava com o governo quando, há cinco anos, passou para a linha da frente no serviço à comunidade e à região onde vive. Por estar num regime de não exclusividade, consegue ainda conciliar as duas funções: politico e médico dentista.
A medicina dentária nos Açores teve sempre uma outra margem de autonomia em relação ao Continente e por isso tiveram estratégias e abordagens diferentes, que passaram, nomeadamente, pela constituição da Comissão de Saúde Oral nos Açores, da qual Ricardo Viveiros Cabral assumiu a coordenação. Os 16 centros de saúde existentes no arquipélago têm medicina dentária, podendo assim prestar assistência à população que não tem capacidade económica para se dirigir aos cuidados privados. Na Região existe, ainda, uma alternativa de reembolso do valor das consultas em consultórios privados. A Ordem dos Médicos Dentistas esteve sempre presente e acompanhou de perto a evolução que a medicina dentária e a saúde oral tiveram na Região Autónoma, bem como os projectos ali implementados. "O bastonário da OMD esteve sempre muito perto das nossas políticas, apoiando e marcando presença em reuniões de saúde oral que nós realizamos de dois em dois anos, em vários centros de saúde".

> "A população dos Açores está contente com a possibilidade de resolver os seus problemas no sistema público, de uma forma segura, com qualidade"

Para Ricardo Viveiros Cabral, "a população dos Açores está contente com a possibilidade de resolver os seus problemas no sistema público, de uma forma segura, com qualidade". O seu objectivo é alargar ainda mais o número de consultas, o número de serviços e reduzir os índices de cárie dentária e fluorose dentária, que nos Açores são um problema, aproximando os indicadores regionais das metas apontadas pela Organização Mundial de Saúde para 2020.
A diminuição dos índices das doenças nos Açores deve-se, por um lado, ao facto dos médicos dentis-

Nome: Luís Coelho Silva
Título da Dissertação:
"Avaliação da eficácia dos aparelhos de fotopolimerização existentes na clinica da faculdade de medicina dentária da Universidade do Porto"
Classificação: Aprovado com a classificação de Muito Bom por unanimidade.

Nome: Patrícia Teixeira Pires
Título da Dissertação:
"Comparação das propriedades adesivas de um sistema total-etch e self-etch no esmalte pré-condicionado com ozono"
Classificação: Aprovado com a classificação de Muito Bom por unanimidade.

Nome: Célia Eduarda Marques
Título da Dissertação:
"Estudo do remanescente dentinário após o preparo para colocação de espigões radiculares em molares inferiores"
Classificação: Aprovado com a classificação de Bom com Distinção por unanimidade.

SPEMD: 90 ANOS

A Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD), fundada com cerca de três dezenas de associados e hoje contando cerca de três milhares, está prestes a comemorar o seu 90º aniversário. A SPEMD toma para si "aquela que é a sua vocação histórica" ao assumir-se como uma sociedade preocupada com as questões científicas do exercício da profissão, da estomatologia e da medicina dentária. "Desde há bastante tempo, que entendo e defendo - e nós na SPEMD entendemos e defendemos - que a medicina dentária e a estomatologia portuguesa têm a melhor qualidade, de nível absolutamente idêntico ao que de melhor se pratica em qualquer país desenvolvido" disse à Revista da OMD, José Pedro Figueiredo, presidente da SPEMD. A SPEMD desenvolve uma actividade científica importante e relevante que se traduz ao longo do ano em reuniões científicas, temáticas, incluindo um congresso e uma intensa participação social na comunidade através do "Mês da Saúde Oral" e das campanhas das "12 horas para Gengivas Sãs". No ano em que comemora nove décadas de existência, José Pedro Figueiredo revela estarem já a trabalhar no próximo congresso e noutros eventos ligados às comemorações do aniversário da sociedade. "Para uma sociedade científica isto é absolutamente original. Não há em Portugal nenhuma sociedade científica médica com tantos anos de existência e com uma actividade tão continuada e esperamos que em 2009 possamos traduzir isso publicamente perante a população e perante os nossos colegas, justificando o entusiasmo que sempre vamos pondo nas missões da SPEMD."

tas integrarem o Serviço Regional de Saúde, mas também pela acção preventiva junto das escolas, dos idosos e da população em geral, visto que "todos os médicos dentistas que estão nos centros de saúde, para além do tratamento curativo, desenvolvem acções preventivas nas escolas". Hoje todas as ilhas tem médicos dentistas e o dinheiro que anteriormente se gastava nas deslocações, foi investido na prevenção e na área pública.
Na opinião de Ricardo Viveiros Cabral "informar não basta". Tem de haver uma educação da população. Daí as intervenções nas escolas. "Hoje, todas as crianças nos Açores sabem usar o fio dental". Os benefícios que os programas têm trazido são reconhecidos por todos os partidos, inclusive a oposição.
Aos médicos dentistas que queiram ir para os Açores, Ricardo Viveiros Cabral diz, em tom de convite, "que o podem fazer, pois existe a possibilidade de trabalho, uma vez que há concursos a abrir constantemente".■

Pedro Nunes Pinto
A nova geração

Pedro Nunes Pinto, outro médico dentista com actividade nos Açores, inicia-se na vida política em 2004, a convite de Artur Lima, para se filiar no CDS-PP, passando assim de cidadão anónimo a militante do partido. Um ano depois, apresenta-se como candidato cabeça de lista à Câmara Municipal da Praia da Vitória. Não venceu as eleições, mas o bichinho na política estava entranhado e, assim, comprometeu-se a seguir uma vida política activa. Em 2006 é convidado por Artur Lima para adjunto parlamentar. Considerou o desafio importante e impossível de recusar, tendo consciência que a medicina dentária iria passar para segundo plano. Desde então tem conseguido conciliar as duas paixões, pois exercer política profissionalmente consome muito tempo, deixando para a medicina dentária apenas cerca de duas horas ao final do dia, no consultório.
Embora não estivesse envolvido no processo, Pedro Nunes Pinto vê o Plano Regional de Saúde Oral como "um processo bom no sentido em que, um governo que podia ter nomeado comissários políticos não o fez. Nomeou profissionais e deu total liberdade aos profissionais para fazerem um trabalho. Foram profissionais da área que elaboraram o programa coerente que tem objectivos definidos e tem estratégias. Daí os Açores serem a única região do país onde há um boletim de saúde oral.".

> "os Açores [são] a única região do país onde há um boletim de saúde oral"

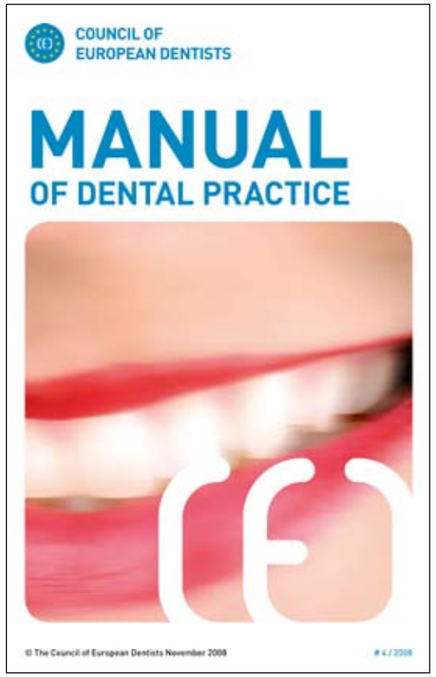
No entanto, muito ainda se pode fazer, alerta para o facto de algumas administrações de centros de saúde "estarem a desvirtuar o trabalho de prevenção", para tentar mostrar números. "Actuam no tratamento deixando para segundo plano a prevenção". Pedro Nunes Pinto aposta no aumento do número de profissionais para que "se possam fazer tratamentos sem descurar a prevenção, pois é esta que vai trazer no futuro jovens e adultos saudáveis. Assim, crê que se devia condicionar mais a actuação dos centros de saúde por um objectivo comum".
Quanto ao futuro profissional, Pedro Nunes Pinto ainda está em fase de reflexão, pois como o próprio afirma "para exercer politica ou se está ou não se está. É fácil toda a gente opinar. E todos temos opinião sobre tudo. Agora, quem está na política tem que ter opiniões fundamentadas e para as opiniões para serem fundamentadas é necessário tempo, é necessário estudar, é necessário acompanhar". E esse tempo será roubado à medicina dentária. Para já vai continuar empenhado na política e neste projecto por acreditar que pode ajudar a população. "Eu gostava de conseguir contribuir para que no meu partido deixasse de pensar regionalmente, na Madeira e nos Açores e no Continente, e começasse a pensar mais em termos globais, ou seja um CDS global, em que faz coisas aqui e faz coisas lá".■

Presidente do CED apresenta Manual da Medicina Dentária na Europa

O CED (Council of European Dentist), é uma estrutura que representa mais de 320 mil médicos dentistas da União Europeia, de países candidatos à adesão e de países observadores - como a Suíça, Noruega e Islândia.
Foi fundado em 1961, sob os auspícios da Comissão Europeia, sendo o interlocutor da profissão junto das instituições europeias, nomeadamente, Parlamento, Comissão Europeia e Conselho Europeu.
A função do CED é a de acompanhar e pronunciar-se sobre todos os aspectos legais, jurídicos e políticos directa ou indirectamente ligados ao exercício da profissão na Europa.
Esta última edição do EU Manual of Dental Practice (Manual da Medicina Dentária na Europa) pretende ajudar todos os colegas europeus, decisores políticos e a sociedade de uma forma geral, disponibilizando informação sobre todos os aspectos relativos às profissões da saúde oral na Europa.
Num contexto de crescente mobilidade dos profissionais e doentes no espaço europeu, estou certo que será uma ferramenta extremamente útil para todos.
O documento está disponível na íntegra na área de membro do site da OMD (www.omd.pt) assim como no site do CED (www.eudental.eu).

Orlando Monteiro da Silva
Presidente do CED

Manual of Dental Practice 2008



CED - Council of European Dentists

O Manual of Dental Practice 2008, editado pelo Council of European Dentists (CED), é o documento de referência para compreender o exercício profissional da medicina dentária na Europa. Contém informação sistematizada e de fácil compreensão.

Os capítulos por países, 32 no total, foram criados de forma a conter informação sobre leis, códigos deontológicos e outros regulamentos com descrição da realidade de cada país. As informações presentes no Manual foram sugeridas e validadas pelas várias associações profissionais que compõem o CED.
Tal como muitos outros profissionais, os médicos dentistas têm demonstrado uma vontade crescente de procurar novas oportunidades, exercendo a sua profissão fora do país de origem.
A capacidade de mobilidade dos médicos dentistas e a possibilidade de trabalharem noutros países nunca foi tão grande, dando origem a um aumento considerável de solicitações, junto das associações nacionais, sobre o exercício profissional na União Europeia (UE).
Para além dos 27 países da UE, a Islândia, o Liechtenstein, a Noruega e a Suíça foram incluídas no Manual, assim como a Croácia, uma vez que se trata de um Estado candidato à adesão.
Nos capítulos iniciais é possível encontrar informação geral sobre a UE, descrição das directivas comunitárias relevantes para os médicos dentistas, direitos adquiridos e liberdade de circulação, análises comparativas dos diferentes sistemas de prestação de serviços de medicina dentária, cuidados de saúde e cuidados de saúde oral na UE, formação académica e pós-graduada, bem como dados sobre ética e deontologia. Contém, igualmente, informações detalhadas sobre os sistemas de saúde (características, estrutura, regulamentação política, grupos que têm acesso a cuidados de saúde) e o exercício da medicina dentária em cada um dos 32 países.
A edição 2008 distingue-se das anteriores por compilar mais informação sobre dados de saúde, incluindo informação sobre índices de cáries dentárias em crianças, bem como edentulismo ou fluoretação. Também aumentam os dados sobre as escolas e estudantes de medicina dentária. O Manual inclui ainda mais informação sobre o registo de médicos dentistas e assistentes dentários. Pela primeira vez foram introduzidos dados sobre branqueamento dentário, normas de radiação ionizante e regulamentação sobre resíduos perigosos.■

Posição do CED sobre proposta de directiva de cuidados de saúde transfronteiriços

COUNCIL OF EUROPEAN DENTISTS

O Council of European Dentists adoptou, por unanimidade, um parecer sobre a proposta de directiva relativa à aplicação dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços durante a última Assembleia Geral da organização, realizada a 28 de Novembro de 2008. Do documento destacam-se alguns dos pontos mais relevantes.

Embora a deslocação de doentes tenha sido muito publicitada, relativamente à medicina dentária apenas um pequeno número de doentes procuram cuidados de saúde oral noutros Estados membros. A decisão dos doentes, por norma, não é baseada em necessidades médicas ou na falta de disponibilidade do tratamento no estado de origem, nem na procura de um mais elevado nível de qualidade. A decisão é tomada em relação com o volume da contribuição financeira do próprio doente e com cobertura de certos tratamentos pelo sistema de segurança social ou pelo seguro do doente. Estes factores tornam a mobilidade dos doentes na área da saúde oral um tanto diferente da mobilidade noutras áreas dos cuidados de saúde.
O CED acolhe com agrado a directiva proposta pela Comissão Europeia. Apoiamos as medidas destinadas a clarificar os direitos dos doentes, a proteger a sua segurança, a melhorar a qualidade do serviço e a partilhar informação e boas práticas, mesmo tendo presente que o novo artigo 152 do Tratado de Lisboa ainda não se encontra em vigor e que, portanto, a UE não detém poderes primários relacionados com a estruturação dos sistemas de saúde e segurança social dos Estados membros. Contudo, uma directiva de estruturação deixa necessariamente muitas questões por resolver e podemos prever muito debate, controvérsia e trabalho para implementar as disposições nos Estados membros, já que se colocarão muitos desafios às decisões a tomar em todas as fases do processo legislativo.
O CED salienta a importância dos tratamentos continuados e de uma forte relação entre médico dentista e doente. O tratamento dentário exige frequentemente uma série de consultas para planear e executar eficazmente o tratamento e posterior acompanhamento. A qualidade geral do tratamento é difícil de assegurar quando os doentes estão geograficamente afastados do médico dentista – tal como geralmente acontece quando os doentes recorrem a tratamentos noutros países. Consequentemente, o CED não acredita que se deva promover a mobilidade dos doentes na área dos cuidados dentários
A qualidade e segurança dos serviços de saúde podem ser melhor asseguradas através da existência de requisitos mínimos de formação para profissionais de saúde; da promoção de códigos de ética desenvolvidos pelas organizações Europeias de profissionais de saúde no contexto de cuidados transfronteiriços; do contínuo desenvolvimento profissional; e pelo compromisso com a prática profissional baseada na segurança do doente. O CED acredita que normas éticas e profissionais podem ser

O CED Interlocutor da Comissão Europeia
O Council of European Dentists (CED) é a organização que representa os profissionais da saúde oral na UE, representando mais de 320 mil dentistas através de 32 associações nacionais de médicos dentistas. Fundado em 1961 para aconselhar a Comissão Europeia em assuntos relacionados com a saúde oral, o CED promove um elevado nível de qualidade na prestação de cuidados de saúde oral e uma prática profissional centrada efectivamente na segurança do doente em toda a Europa.

melhor desenvolvidas a nível nacional ou regional. Não acreditamos que a Comissão Europeia tenha algum papel na definição destas normas.
Os doentes devem ser informados que a qualidade dos tratamentos depende do seu correcto planeamento, incluindo o acompanhamento posterior necessário. Os doentes devem ter acesso a informação clara sobre a disponibilidade e os procedimentos para receber reembolso dos custos com cuidados de saúde no estrangeiro. A informação sobre o acesso a serviços de saúde noutros países da UE deve ser objectiva e não incluir qualquer *ranking*. Embora apoiemos fortemente a criação de pontos de contacto nacionais, não estamos convencidos que o disposto na proposta de directiva sobre a disponibilidade de informação – válida – seja suficientemente forte.
O CED acolhe com agrado a disposição segundo a qual os serviços de saúde deverão ser prestados de acordo com a legislação do Estado membro onde decorre o tratamento. Acreditamos que a proposta de directiva deveria ainda estipular claramente que a responsabilidade de regulação, no contexto da mobilidade dos doentes, recai sobre o Estado membro onde decorre o tratamento.
O CED apoia as disposições da proposta de directiva sobre uma cooperação alargada entre os Estados membros, incluindo: o reconhecimento mútuo de prescrições, a criação de redes Europeias de referência, e-saúde e a gestão de novas tecnologias da saúde. Acreditamos que estas medidas contribuirão para um aumento da qualidade e da segurança e para um melhoramento dos cuidados com os doentes e da relação custo–eficácia a longo prazo.
O papel do "Comité de Implementação" proposto na directiva deve ser rigorosamente definido e limitado aos assuntos que não invadam directamente o papel dos Estados membros na organização dos seus sistemas de saúde.■

> Os doentes devem ser informados que a qualidade dos tratamentos depende do seu correcto planeamento, incluindo o acompanhamento posterior necessário.

ABO: A importância das parcerias

Newton Miranda de Carvalho

"a abertura de novos cursos, por exemplo os de odontologia e de medicina dentária devem ser dependentes da necessidade regional"

Presente no Congresso da OMD, em Novembro último, em Santa Maria da Feira, esteve Newton Miranda de Carvalho, secretário-geral da ABO (Associação Brasileira de Odontologia), entidade com quem a OMD mantém uma parceria baseada na convergência de interesses e esforços na resolução de problemas comuns à medicina dentária de ambos os países.
Em declarações à revista da OMD, Newton Miranda de Carvalho, revela que "a associação ABO e a OMD estão hoje a desenvolver trabalhos e a implementar permutas e intercâmbios científicos", no sentido de se darem a conhecer mutuamente as respectivas realidades nos dois países.
O responsável da ABO encara a iniciativa portuguesa do "cheque-dentista" como favorável para os profissionais da medicina dentária e para a população, que de outra forma não teria acesso aos cuidados de saúde oral. Considera que "é na troca de ideias e experiências que está a riqueza da relação de ambos os organismos". "Por exemplo, a criação do "cheque-dentista" é, para nós, uma novidade, pois não há nada parecido no Brasil" diz o dirigente da ABO, acrescentando que "talvez a criação do "cheque-dentista" em Portugal venha a evitar problemas que nós tivemos no Brasil, justamente porque não tínhamos esse recurso".
E reforça a importância da troca de experiências: "vemos o que acontece aqui e levamos o que é bom para o Brasil e, ao inverso, a OMD fica a conhecer o que não deu certo no nosso país, evitando os mesmos erros em Portugal". O secretário-geral da ABO destaca o problema da empregabilidade que tem assolado o Brasil. Se por um lado, no Brasil, existe um dentista para cada 700 cidadãos, por outro existem pessoas a 300 ou 500 quilómetros de um dentista. O objectivo da associação é solucionar estes problemas, não descurando aquelas iniciativas que se têm revelado grandes sucessos para a odontologia.
A Associação Brasileira de Odontologia (ABO) surge em 1949 como União Odontológica Brasileira. Só em 1962 adoptaria a actual designação. Representada vale nas 27 unidades federativas do Brasil, através de Secções Estaduais, forma a conhecida REDE ABO, estendendo a sua influência a todo o país. O seu objectivo é promover a Odontologia no Brasil e internacionalmente, valorizar o cirurgião-dentista no contexto técnico-científico e sociocultural e contribuir para a promoção da saúde oral. Actualmente, com 220 mil dentistas, é a mais representativa instituição deste grupo profissional, tanto junto da população como dos poderes políticos.■

África: A medicina dentária na terra prometida

A medicina dentária em África ainda está em fase de implementação e crescimento. O ensino universitário nesta área quase não existe, ou existe apenas a nível privado, o que dificulta o acesso à formação. Daí que muitos dos profissionais que ali exercem sejam estrangeiros.
África é o segundo continente com mais população da Terra, com mais de 900 milhões de habitantes, numa área de cerca de 30 milhões de km². A história de alguns dos 52 países que o compõem, está ligada a Portugal, como é o caso de Angola e Cabo-Verde, de que recolhemos o testemunho dos representantes das respectivas organizações de medicina dentária presentes no Congresso da OMD, em Santa Maria da Feira.

Antonino Veiga

Cabo Verde: Médicos estrangeiros e oferta privada

Em Cabo Verde, a medicina dentária é o parente pobre da medicina. Além de se registar um grande défice de especialistas, não estando disponível em todas as ilhas, a medicina dentária não integra o sistema nacional de saúde, revela Antonino Veiga, lembrando que esta é uma área muito jovem. "Antes da independência não tínhamos nenhum dentista, depois houve um médico dentista e um estomatologista", diz, adiantando que hoje se assiste a um "salto qualitativo e quantitativo". "Presentemente temos um número bastante grande de médicos dentistas, de diversas formações e origens, registando-se uma preponderância de profissionais do Brasil, seguidos de Cuba e também de Portugal", diz o responsável cabo-verdiano.
"Apesar da área da medicina dentária estar a evoluir, isso acontece mais frequentemente a nível privado", afirma, explicando assistir-se a um esforço de investimento individual, privado, em clínicas, que disponibilizam serviços à população.
Através de protocolos, o Ministério da Educação do país africano consegue que alguns jovens cabo-verdianos ingressem em faculdades estrangeiras, no entanto, para Antonino Veiga, os médicos dentistas deveriam ter um papel activo na definição dos programas de educação e de saúde. "Havendo dentistas organizados a trabalhar num programa de saúde oral a nível do país, acompanhamento pelo Ministério da Saúde, avaliação do programa e correcção dos erros que possam ser cometidos, as coisas podem tomar um rumo diferente", refere o dirigente cabo-verdiano a finalizar.■

Angola: Falta faculdade pública

A medicina dentária e a estomatologia estão a implantar-se aos poucos em Angola, "mas ainda há muito para fazer", declarou, aquando do Congresso da OMD de 2008 à revista da OMD Avelino Cachilandala, vice-presidente da Associação Nacional dos Técnicos de Estomatologia de Angola (ANTEA), constituída há três anos.
"Nós temos em Angola assistência dentária e estamos agora a trabalhar na prevenção – que deveria ter começado há muito tempo, mas está a dar os primeiros passos", refere o especialista angolano.
A ANTEA apoia os profissionais e recém-licenciados da área, explica, considerando que "seria uma beleza" um congresso como o da OMD também em Angola, reunindo "profissionais de todo o mundo, inclusive de alguns países amigos, dos PALOP".
Revelando o empenho da ANTEA na sensibilização da juventude angolana para a medicina dentária e a estomatologia, Avelino Cachilandala manifesta o desejo de "assistir à abertura de uma faculdade pública que permitisse a mais jovens seguir a medicina dentária", adiantando existirem três faculdades privadas, com cursos atractivos, mas "com as propinas caras e uma duração de seis anos, estando fora do orçamento de muitos jovens".■

Avelino Cachilandala

Medalha Tiradentes

Atribuída à OMD e ao bastonário

Pela forma inteligente e decisiva como Orlando Monteiro da Silva enfrentou algumas questões determinantes e relevantes para o futuroda medicina dentária.

Por ocasião das comemorações do seu 10º Aniversário, em Novembro de 2008, a Ordem dos Médicos Dentistas, na pessoa do seu bastonário, Orlando Monteiro da Silva, foi condecorada com a "Medalha de Tiradentes", em reconhecimento dos serviços prestados em favor da medicina dentária.

A "Medalha Tiradentes" – cuja designação remete para o nome do mártir da independência do Brasil, Joaquim José da Silva Xavier, popularmente conhecido por "Tiradentes", em alusão à sua profissão – é a mais alta condecoração concedida pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, distinguindo personalidades brasileiras e internacionais que tenham prestado serviços relevantes à causa pública.

A condecoração atribuída ao bastonário e à OMD foi imposta, em cerimónia realizada durante o Congresso da OMD, em Santa Maria da Feira, por Valdecir da Fonseca, presidente da Associação Luso-Brasileira de Saúde Oral (ABOP), que salientou tratar-se de uma homenagem à OMD pelos seus 10 anos e um "reconhecimento" pelo trabalho de Orlando Monteiro da Silva à frente da instituição "pela forma inteligente e decisiva como enfrentou algumas questões determinantes e relevantes para o futuro da medicina dentária".■

FDI: Influência global, acção local

Num mundo globalizado, a integração profissional dos médicos dentistas já não se limita ao próprio país de origem ou de formação. Um fenómeno relativamente ao qual as diversas associações dão crescente atenção. "Se em alguns países existem muitos médicos dentistas, que começam a ficar sem emprego, existem outros onde a preocupação com a saúde oral ainda não é uma prioridade, e os médicos dentistas e formadores nesta área são escassos", refere o presidente eleito da FDI, Roberto Vianna, adiantando que "a FDI e os seus membros associados levam em conta estes fenómenos e as realidades locais quando escolhem os países para realização das suas reuniões e congressos, tendo por objectivo sensibilizarem os profissionais, os governos e a população local para as questões e problemas da saúde oral". Estas iniciativas da FDI têm permitido influenciar positivamente o desenvolvimento da saúde oral e da medicina dentária em vários países. E cita o exemplo da China, que só após a realização de uma conferência mundial sobre flúor e de um congresso mundial de odontologia passou a reconhecer a importância deste produto na saúde oral. Aponta igualmente a Índia, onde através da filiada local, a FDI teve um papel fundamental na sensibilização dos dirigentes para a importância da saúde oral e para a abertura da indústria farmacêutica do país também aos produtos de saúde oral. "A presença da FDI nestes dois países e em toda a Ásia está a marcar a diferença para o desenvolvimento da saúde oral e da medicina dentária", declara Roberto Vianna, acrescentando que isso passou, também, pela eleição de quatro representantes desta região para o Conselho da Federação.■

> "Se em alguns países existem muitos médicos dentistas, que começam a ficar sem emprego, existem outros onde a preocupação com a saúde oral ainda não é uma prioridade"

FDI: Mais de um século a forjar a liderança

Há mais de 100 anos que a FDI luta pela saúde oral. Com membros de todo o mundo e congressos organizados em diferentes países, a federação pretende informar e sensibilizar as populações nas matérias que lhes são mais desconhecidas.

A Federação Dentária Internacional (FDI), fundada em 1900, em Paris, é uma das mais antigas instituições médicas internacionais. Começou por ser uma associação de França, Inglaterra e Alemanha. Nas primeiras décadas funcionava como um clube, tendo um papel mais recreativo do que político-social e científico. Hoje, fazem parte da federação cerca de um milhão de membros, de 160 países. Trabalha nas áreas política, administrativa e educativa. Segundo Roberto Vianna, "o trabalho da FDI é levar a parte de ensino, actualização, desenvolvimento tecnológico à profissão através da educação continuada e da educação à distância, dispondo de centros regionais em todo o mundo, que acompanham o desenvolvimento educacional nas respectivas áreas, intervenção que associa à pesquisa através da International Association for Dental Research".

Na era da globalização a FDI, embora pouco conhecida entre os profissionais de Saúde, vai liderando os processo de desenvolvimento da medicina dentária em várias regiões do mundo, quer por via do conhecimento, quer por via da contribuição política permitida pela participação de dirigentes de diferentes origens. "Nos últimos 10 anos tivemos um presidente da Malásia, outro da Coreia, outro da Bélgica, temos um presidente do Canadá, e eleito um presidente do continente sul-americano".

Apesar de centenária, a FDI não é muito conhecida entre os profissionais de saúde. Algo que Roberto Vianna espera mudar promovendo a divulgação do trabalho da instituição junto dos médicos dentistas, odontologistas e da população em geral. Para Roberto Vianna esse trabalho passa pela sensibilização para a saúde oral. "Cada vez mais sabemos que a saúde começa pela boca. E sabemos que a boca, que é uma especialidade tratada por nós todos, é extremamente interactiva no corpo humano. Quando vemos tantas doenças mortais começarem pela boca apercebemo-nos do grande contributo para a Saúde dado pelos profissionais da medicina dentária".

Trinta e seis anos como professor associado de uma grande universidade brasileira e três décadas de trabalho na FDI, granjearam a Roberto Vianna grande prestígio que agora quer usar para chegar a todos os odontologistas e médicos dentistas dos países de expressão portuguesa.

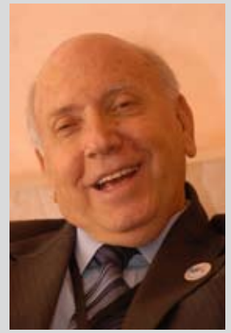
Associação Dentária Lusófona

Em sua opinião, a Associação Dentária Lusófona (ADL), filiada da FDI, tem um papel muito importante no apoio e desenvolvimento da medicina dentária nos países de língua portuguesa. Criada em Janeiro de 2004, à semelhança de outras associações membros da FDI - como a British Commonwealth e a GADEF, a ADL pretende desenvolver científica e tecnicamente a medicina dentária e promover os cuidados da saúde oral nos países lusófonos. Para Roberto Vianna "o facto de nós colocarmos na linguística o laço lusófono é igualmente válido e importante para a parte profissional e tenho a certeza que vai trazer muitos pontos úteis para a profissão e para os dentistas". E adianta: "quando se olha um continente, com os olhos de dentista, questionamos: o que é que os dentistas fazem?; qual a relação profissional entre os dentistas africanos e a população africana? E podemos logo concluir que a saúde oral não é uma prioridade, nem entre a população, nem entre os governos. E aí os médicos dentistas tem um papel fundamental - embora muitas vezes os profissionais africanos que investiram na sua formação e trabalham em África, tendo como prioridade a população, se sintam um pouco frustrados, o que leva muitos a emigrarem para grandes centros". Assim, Roberto Vianna defende a necessidade "de um grande trabalho de sensibilização dos governos e das populações para a saúde oral, sendo o dentista o elo entre ambos "Uma sensibilização para a qual a ADL em associação com a FDI podem desempenhar um papel decisivo".■

> "O facto de nós colocarmos na linguística o laço lusófono é igualmente válido e importante para a parte profissional"

Trazer para Portugal o Congresso da FDI

A FDI realiza todos os anos um congresso internacional, em diferentes partes do mundo. O próximo será em Singapura e, em 2010, em Salvador da Bahia, no Brasil. No entanto, Portugal poderá ser uma hipótese de futuro. "Portugal tem tudo para fazer esse congresso. Está na hora de fazermos esse congresso. Na Europa, poucos são os países que podem realizar um congresso mundial, que tenham as condições que Portugal tem para realizar um congresso mundial na Europa", afirmou à Revista da OMD, Roberto Vianna, presidente eleito da FDI.■



Roberto Vianna
Presidente eleito da FDI

Roberto Vianna é, há 36 anos, professor associado do Departamento de Odontopediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - onde se licenciou em Odontologia e também fez o doutoramento após um mestrado em Odontopediatria na Universidade de Indiana, nos Estados Unidos. Lecciona noutras universidades sendo ainda "chairman" do Centro de Colaboração para Pesquisa e Promoção em Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde na UFRJ, membro da ABO, "expert" no Comité de Desenvolvimento Odontológico e Promoção de Saúde Bucal da FDI e membro do Comité Científico da American Dental Association Journal (Jada).

No último congresso da FDI, no Dubai, foi eleito, com 69% dos votos, presidente da federação, estando a sua tomada de posse agendada para Setembro de 2009, em Singapura. Até lá, Roberto Vianna acompanhará os trabalhos da FDI e colaborará com o actual presidente.

internacional | global

FDI aprova novas declarações de princípios

O último Congresso da FDI–World Dental Association aprovou três novas declarações de princípios para a medicina dentária mundial que publicamos nesta edição na íntegra e traduzidas para português.

São elas: "Os substitutos do açúcar e o seu papel na prevenção da cárie dentária", "Recomendações para os ensaios clínicos de materiais de restauração" e "Protectores bucais para desporto".
Outras nove declarações de princípios foram revistas e podem ser consultadas pelos médicos dentistas registados no site da Ordem (www.omd.pt) na secção "Exercício Profissional".

Os substitutos do açúcar e o seu papel na prevenção da cárie dentária

Adoptada pela Assembleia Geral: 26 de Setembro de 2008, Estocolmo, Suécia

Os substitutos não cariogénicos do açúcar são bastante utilizados em medicamentos, comidas e doces, incluindo pastilhas elásticas, gomas e bebidas. Sorbitol, xilitol, sacarina, aspartamo, sucralose e acessulfamo K são alguns destes substitutos.
O uso destes substitutos do açúcar pode ter contribuído, até certo ponto, para a diminuição da prevalência da cárie dentária nos países industrializados. Nos últimos anos, tem-se investigado o potencial da utilização de substitutos não cariogénicos do açúcar em bebidas e pastilhas elásticas de forma a promover a remineralização das lesões iniciais das cáries. O efeito anti-cariogénico dos próprios substitutos do açúcar ainda não foi comprovado por evidência científica. Contudo, o aumento do fluxo salivar quando se mastiga pastilhas elásticas pode ter um efeito de prevenção da cárie dentária.

A FDI World Dental Federation apoia as seguintes opiniões generalizadas sobre os substitutos do açúcar:

- Muitos substitutos do açúcar são não cariogénicos
- Quando os substitutos não cariogénicos são utilizados em vez dos açucares nas comidas e bebidas, reduz-se o risco de cáries dentárias
- Os substitutos do açúcar não cariogénicos, quando usados em produtos tais como doces, pastilhas elásticas e bebidas, reduzem o risco de cáries dentárias
- O uso regular de pastilha elástica que contém adoçantes não cariogénicos, tais como xilitol, desempenha um papel na prevenção das cáries dentárias devido à sua natureza não cariogénica e ao efeito estimulador da salivação.■

Tradução revista por:
Paulo Rompante e Paulo Melo

BIBLIOGRAFIA

1. Matsukubo T and Takazoe I, Sucrose substitutes and their role in caries prevention
International Dental Journal 2006 56(3) 119-30
2. Burt B The use of sorbital and xylitol sweetened gum in caries control.
J Am Dent Assoc 2006 137(2) 190-6

Protectores bucais para desporto

Adoptada pela Assembleia Geral: 26 de Setembro de 2008, Estocolmo, Suécia

Contexto

Todos os participantes em actividades desportivas, recreativas ou de competição, correm o risco de sofrer lesões orais, independentemente da idade, sexo ou nível técnico[1-3]. Lesões orais traumáticas podem, também, ocorrer em actividades ou exercícios que não implicam contacto[1-3]. Os estudos têm consistentemente demonstrado que um protector bucal feito à medida, com uma espessura labial e oclusal adequada, proporciona uma protecção significativa contra lesões intraorais através de uma superfície protectora resistente que distribui e dissipa as forças de impacto. Contudo, não existem dados suficientes para afirmar que os protectores bucais previnem concussões cerebrais.
Um estudo por meta-análise[2], demonstrou que o risco geral de sofrer lesões durante a prática desportiva era 1.6 - 1.9 mais elevado para aqueles que não usam protectores bucais. Um estudo[4] sobre equipas de basquetebol universitário demonstrou que os atletas que usavam protectores bucais feitos à medida sofreram substancialmente menos lesões orais que aqueles que não os usavam.
Os dados[1] sugerem que os protectors bucais feitos à medida oferecem o melhor nível de protecção e conforto para o utilizador; que os protectores bucais moldados na boca (semi-adaptáveis) são menos adequados; e que os protectores bucais fabricados em série oferecem o menor nível de protecção e de conforto para o utilizador.

Declaração

A FDI World Dental Federation recomenda:

- que as associações de medicina dentária nacionais promovam, junto do público e dos profissionais de saúde oral, os benefícios do uso de protectores bucais incluindo a prevenção das lesões orais e faciais.
- que sejam profissionais de saúde oral devidamente habilitados a determinar se os seus doentes participam em quaisquer desportos ou actividades que acarretem o risco de lesão oral.
- que, independentemente da idade, todos os que participem nesse tipo de desportos ou actividades usem protectores bucais
- que os doentes sejam esclarecidos sobre os benefícios do uso de protectores bucais na prevenção das lesões orais e faciais, incluindo aconselhamento adequado sobre tipos de protectores bucais, as suas propriedades, custos e requisitos de manutenção.■

Tradução revista por:
Nuno Montezuma de Carvalho

BIBLIOGRAFIA

1. American Dental Association Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations; American Dental Association Council on Scientific Affairs. Using mouthguards to reduce the incidence and severity of sports-related oral injuries.
J Amer Dent Assoc 2006 137: 1712-1720
2. Knapik JJ, Marshall SW, Lee RB, Darakjy SS, Jones SB, Mitchener TA, de la Cruz GG, Jones BH. Mouthguards in sport activities: history, physical properties and injury prevention effectiveness.
Sports Med 2007 37: 117-144
3. Kumamoto DP, Maeda Y. A literature review of sports-related orofacial trauma. Gen Dent 2004 52: 270-280 4 Labella CR, Smith BW, Sigurdsson A. Effect of mouthguards on dental injuries and concussions in college basketball.
Med Sci Sports Exerc 2002 34: 41-44
4. Labella CR, Smith BW, Sigurdsson A. Effect of mouthguards on dental injuries and concussions in college basketball.
Med Sci Sports Exerc 2002 34: 41-44

Recomendações para os ensaios clínicos de materiais de restauração

Adoptada pela Assembleia Geral: 26 de Setembro de 2008, Estocolmo, Suécia

Contexto

Os critérios para a avaliação clínica de materiais de restauração (critérios "Ryge" ou dos Serviços Públicos de Saúde dos Estados Unidos - 'United States Public Health Service USPHS') foram publicados no início dos anos 70. Contudo, desde então, sofreram inúmeras alterações de forma pouca ordenada e, mais ainda, os materiais de restauração melhoraram consideravelmente. Consequentemente, recomenda-se um novo protocolo de avaliação clínica.

Declaração

Devido aos elevados custos dos ensaios clínicos de materiais de restauração exige-se que a sua concepção seja normalizada, quantificável, sensitiva, confiável e válida.
Os ensaios clínicos são necessários tanto no contexto académico, para avaliar novos materiais e técnicas (estudos de eficácia), como num contexto prático para avaliar o seu desempenho no "terreno" (estudos de efectividade).
Antes da realização de um ensaio clínico deve obter-se a aprovação ética necessária.
Os critérios biológicos, funcionais e estéticos devem ser avaliados durante um periodo de tempo adequado.
A análise estatística deve incluir uma provisão para restaurações que não possam ser avaliadas, por exemplo através do uso de análise de sobrevivência (tabela de mortalidade).
A FDI World Dental Federation recomenda que os estudos sobre materiais de restauração utilizem formatos relevantes e critérios de avaliação publicados na seguinte referência.■

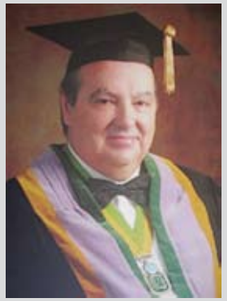
Tradução revista por:
João Carlos Ramos

BIBLIOGRAFIA

1. Hickel R, Roulet J-F, Bayne S et al. Recommendations for conducting controlled clinical studies of dental restorative materials.
Clin Oral Invest 2007 11:5-33, J Adhes Dent 2007 9 (Supp 1): 121-147,
Int Dent J 2007 57(5): 300-30

Declarações de princípios revistas

- **Apoio às normas ISO**
Tradução revista por João Braga
- **Cancro Oral**
Tradução revista por Otília Lopes
- **O fluoreto e a promoção** da saúde dentária
Tradução revista por
Paulo Rompante e Paulo Melo
- **O uso da acupunctura na medicina dentária**
Tradução revista por
Susana Traila
- **Prevenção da doença oral**
Tradução revista por
Paulo Rompante e Paulo Melo
- **Promover a saúde dentária através da fluoretação da água**
Tradução revista por
Paulo Rompante e Paulo Melo
- **Promover a saúde dentária através da pasta dentífrica fluoretada**
Tradução revista por
Paulo Rompante e Paulo Melo
- **Qualidade dos implantes dentários**
Tradução revista por
Ricardo Faria Almeida
- **Tabaco ou Saúde Oral**
Tradução revista por
Luís Filipe Correia



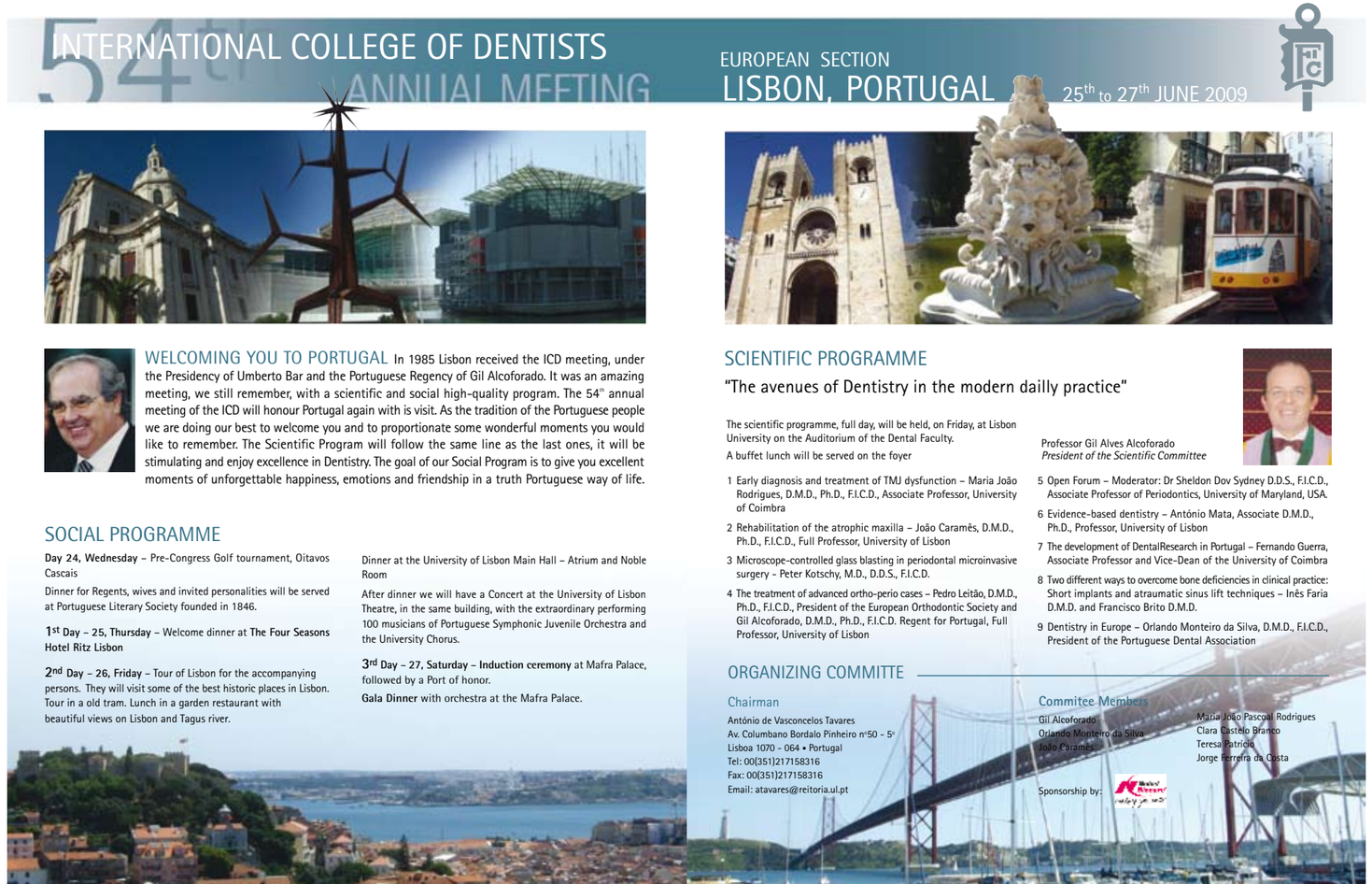
Perfil: António de Vasconcelos Tavares

António de Vasconcelos Tavares foi eleito presidente da Secção Europeia do International College of Dentists (ICD) em Junho de 2007, tendo tomado posse em 2008, para um mandato de dois anos.
O cargo agora ocupado por António de Vasconcelos Tavares é o resultado merecido de muitas décadas dedicadas ao serviço da ciência e da sociedade.
Escolheu seguir a profissão do pai ao licenciar-se em Medicina na Universidade de Lisboa, em 1968.
Posteriormente, tirou uma pós-graduação em prostodontia no Instituto de Estomatologia do Hospital de Salpêntriére, na Faculdade Pierre e Marie Curie da Universidade Paris VI.
Em 1994 alcançou o doutoramento, com nota máxima, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, sobre cirurgia plástica e reconstrutiva ("Implantes de alumínio e zircónio, estudo comparativo experimental"), baseado no trabalho de investigação desenvolvido no Instituto Gulbenkian de Ciência.

O International College of Dentists (ICD)

Com 82 anos de existência e cerca de 11 mil membros, distribuídos por 13 secções e 34 regiões do globo, o ICD (International College of Dentists) é uma organização socioprofissional, de referência mundial, dedicada ao reconhecimento da excelência e serviços meritórios e ao progresso sustentado da profissão dentária, tendo como fim último o benefício da humanidade.

Fundado no Outono de 1926 durante o 6º Congresso Internacional de Filadélfia por Louis Ottofy, nascido em Budapeste, e Tsururkich Okumura, de Tóquio, começa efectivamente a funcionar no dia 1 de Janeiro de 1927. Louis Ottofy, era filho de um talentoso Professor de Física da Universidade de Bucareste, do qual veio a herdar muitas das qualidades. Em 1874 emigra para os Estados Unidos e aí se fixa com a família. Desde cedo que inicia uma brilhante carreira, obtendo três licenciaturas: Medicina, Medicina Dentária e Direito. Trabalha durante 32 anos nas Filipinas e no Japão com Tsururkich Okumura de quem se torna amigo e em conjunto publicam um vasto número de trabalhos científicos. Regressa do Japão em 1920 e é, talvez aí, no jantar de despedida em que é homenageado, que lhe surge a ideia de fundar o College. A separação dos amigos é dolorosa, sobretudo de Tsururkich, pois nessa época a troca de experiências e conhecimentos, profissionais e pessoais, era problemática, os congressos quase inexistentes e as comunicações difíceis. Só em 1926 se voltariam a encontrar nos Estados Unidos onde, entretanto, Ottofy fora eleito Presidente do Colégio Americano de Cirurgia Oral. No Congresso de Filadélfia Louis não perde a oportunidade e anuncia os planos para a criação de uma grande organização mundial que daria corpo ao seu sonho. Concederia o título de *fellowship* aos dentistas que tivessem tido uma actuação profissional eminente, em qualquer local do mundo. Ao mesmo tempo que difundiriam uma informação científica actualizada, os novos *fellows* comprometiam--se, também, a promover as mais cordiais relações socioprofissionais com os colegas de outros países assumindo encontrarem-se, anualmente, numa reunião conjunta de elevado nível científico.
Os *Fellows* europeus desempenharam um importante papel nos anos iniciais de desenvolvimento do College e, talvez por isso, cerca de dez anos após ter sido criado, no final dos anos 30, vários países europeus - França, Espanha, Holanda, Bélgica, Suíça, Alemanha, Itália, Inglaterra, Noruega, Suécia e Dinamarca - já tinham o seu regente e uma estrutura organizada. A 13 de Julho de 1955, e uma vez mais durante um Congresso, da American Dental Society of Europe, forma-se a V secção do ICD, "The European Section". Na génese da criação desta secção autónoma do ICD está Philip Diar, seu primeiro Presidente, alcunhado *Father of the European Section*, era um dinâmico médico australiano, especializado na Universidade da Pensilvânia em Prótese Fixa e que se fixou em Lausanne, onde exerceu durante 41 anos.
A Secção Europeia era, em 1956, constituída por 5 distritos, abarcando cada um vários países. Portugal pertencia ao distrito 1 que também compreendia a França, Itália e Espanha. A nossa representação estava entregue ao prestigiado médico estomatologista Gil Alcoforado que foi o primeiro regente português e que, em 1992, ascende ao elevado cargo de Presidente da Secção Europeia. Foi, até 2008, o único presidente português.
A regência de Portugal esteve posteriormente entregue a Jorge Leitão a quem sucedi até 2007, ano em que fui eleito presidente Europeu, sendo a regência do nosso país entregue ao distinto Gil Alves Alcoforado.
Hoje a Secção Europeia, a que me honro de presidir, é constituída por 28 países ou distritos e conta com cerca de um milhar de membros.
Anualmente, e satisfazendo um dos propósitos da sua fundação, realiza-se, geralmente em Junho, uma reunião com uma vertente científica de excelente qualidade e que tem o seu ponto mais alto na cerimónia de investidura dos novos *fellows* apresentados pelos regentes dos respectivos países e aceites previamente pela direção europeia na sua habitual reunião do ano anterior.
É precisamente sobre essa reunião, cuja língua oficial é o inglês, e em especial a sua vertente científica, aberta apenas aos *Fellows*, mas para onde o Presidente tem o privilégio de poder convidar cerca de uma centena de profissionais do seu próprio pais, que vos apresento o aliciante programa.



WELCOMING YOU TO PORTUGAL

In 1985 Lisbon received the ICD meeting, under the Presidency of Umberto Bar and the Portuguese Regency of Gil Alcoforado. It was an amazing meeting, we still remember, with a scientific and social high-quality program. The 54th annual meeting of the ICD will honour Portugal again with is visit. As the tradition of the Portuguese people we are doing our best to welcome you and to proportionate some wonderful moments you would like to remember. The Scientific Program will follow the same line as the last ones, it will be stimulating and enjoy excellence in Dentistry. The goal of our Social Program is to give you excellent moments of unforgettable happiness, emotions and friendship in a truth Portuguese way of life.

SOCIAL PROGRAMME

Day 24, Wednesday – Pre-Congress Golf tournament, Oitavos Cascais

Dinner for Regents, wives and invited personalities will be served at Portuguese Literary Society founded in 1846.

1st Day – 25, Thursday – Welcome dinner at **The Four Seasons Hotel Ritz Lisbon**

2nd Day – 26, Friday – Tour of Lisbon for the accompanying persons. They will visit some of the best historic places in Lisbon. Tour in a old tram. Lunch in a garden restaurant with beautiful views on Lisbon and Tagus river.

Dinner at the University of Lisbon Main Hall – Atrium and Noble Room

After dinner we will have a Concert at the University of Lisbon Theatre, in the same building, with the extraordinary performing 100 musicians of Portuguese Symphonic Juvenile Orchestra and the University Chorus.

3rd Day – 27, Saturday – Induction ceremony at Mafra Palace, followed by a Port of honor.

Gala Dinner with orchestra at the Mafra Palace.

SCIENTIFIC PROGRAMME

"The avenues of Dentistry in the modern dailly practice"

Professor Gil Alves Alcoforado
President of the Scientific Committee

The scientific programme, full day, will be held, on Friday, at Lisbon University on the Auditorium of the Dental Faculty.
A buffet lunch will be served on the foyer

1 Early diagnosis and treatment of TMJ dysfunction – Maria João Rodrigues, D.M.D., Ph.D., F.I.C.D., Associate Professor, University of Coimbra
2 Rehabilitation of the atrophic maxilla – João Caramês, D.M.D., Ph.D., F.I.C.D., Full Professor, University of Lisbon
3 Microscope-controlled glass blasting in periodontal microinvasive surgery - Peter Kotschy, M.D., D.D.S., F.I.C.D.
4 The treatment of advanced ortho-perio cases – Pedro Leitão, D.M.D., Ph.D., F.I.C.D., President of the European Orthodontic Society and Gil Alcoforado, D.M.D., Ph.D., F.I.C.D. Regent for Portugal, Full Professor, University of Lisbon
5 Open Forum – Moderator: Dr Sheldon Dov Sydney D.D.S., F.I.C.D., Associate Professor of Periodontics, University of Maryland, USA.
6 Evidence-based dentistry – António Mata, Associate D.M.D., Ph.D., Professor, University of Lisbon
7 The development of DentalResearch in Portugal – Fernando Guerra, Associate Professor and Vice-Dean of the University of Coimbra
8 Two different ways to overcome bone deficiencies in clinical practice: Short implants and atraumatic sinus lift techniques – Inês Faria D.M.D. and Francisco Brito D.M.D.
9 Dentistry in Europe – Orlando Monteiro da Silva, D.M.D., F.I.C.D., President of the Portuguese Dental Association

ORGANIZING COMMITTE

Chairman

António de Vasconcelos Tavares
Av. Columbano Bordalo Pinheiro nº50 – 5º
Lisboa 1070 – 064 • Portugal
Tel: 00(351)217158316
Fax: 00(351)217158316
Email: atavares@reitoria.ul.pt

Commitee Members

Gil Alcoforado
Orlando Monteiro da Silva
João Caramês
Maria João Pascoal Rodrigues
Clara Castelo Branco
Teresa Patrício
Jorge Ferreira da Costa

Sponsorship by:

Agradeço reconhecido ao bastonário e à Direcção da Ordem dos Médicos Dentistas, por quem tenho profunda consideração, a oportunidade de vos fornecer esta breve informação sobre o que é o ICD e quais os seus objetivos.

Com amizade e consideração,

António de Vasconcelos Tavares
Presidente da Secção Europeia
do International College of Dentists (ICD)

internacional | global

Já em 2002 é eleito *dean* da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Nesse ano assume o cargo de Pró-Reitor da Universidade de Lisboa, tendo sido reeleito para as mesmas funções em 2006, com a responsabilidade sobre o departamento de cultura, desporto, relações internacionais, publicações e associações académicas das oito Faculdade da Universidade de Lisboa e 22 mil estudantes.
Por diversas ocasiões António de Vasconcelos Tavares foi chamado a representar a Medicina Dentária em Portugal. Em 1996 foi nomeado conselheiro do Ministério da Saúde para a saúde oral, função que ocupou até 2003. Em paralelo, durante o mesmo período, assumiu o cargo de Chief Dental Officer para Portugal na União Europeia.
António de Vasconcelos Tavares exerce, ainda, clínica privada em conjunto com outros colegas. Para além da atividade académica e da prática clínica, é também um entusiasta do desporto automóvel, a ponto de ter sido presidente da Federação Portuguesa de Automobilismo e Karting entre 1997 e 2006, sendo desde 2001 um dos 14 membros eleitos do Conselho Mundial da Federação Internacional de Automobilismo (FIA), órgão principal do desporto automóvel mundial.

Açores

No Pico: A PAIRAR NAS NUVENS

Ergue-se em majestosa imponência no meio do Atlântico, tocando o céu. É o Pico, a ilha montanha – segunda maior dos Açores –, que se eleva desde o mar até 2.351 metros de altura, dominando a paisagem. Uma visão esmagadora e inquietante, que interpela a pequenez humana.

Foto: Inédia / Carlos Duarte

Nas localidades da Candelária e Criação Velha, entre as rochas negras e duras de pedra vulcânica nascem vinhas, num rendilhado de muros que protegem as uvas dos ventos agrestes do mar, formando uma paisagem tão absolutamente única que a Unesco a classificou, em 2004, como Património da Humanidade. É a Paisagem Protegida da Cultura da Vinha da Ilha do Pico - onde se produz o afamado "verdelho" do Pico, que reconhece um património ímpar no mundo.

Experiência única, capaz de criar memórias para a vida, é a subida ao cimo da montanha - o Pico. A subida ao planalto inicia-se na Casa de Apoio à Montanha, um centro de interpretação que acolhe os visitantes com detalhada informação sobre a paisagem protegida. No caminho até ascendente encontram-se lagoas aninhadas em cones de velhos vulcões e atravessa-se o silêncio venerável de uma natureza estranhamente intocada….A chegada ao alto é um momento de revelação. O olhar perde-se na imensidão, o deslumbramento embarga-nos a voz no mais puro espanto. Naquele cimo do mundo…alguns sentirão a presença do ente divino…outros lavarão a alma, sentindo-se, literalmente, nas nuvens, com o mundo aos pés

Outrora centro da indústria baleeira, o Pico soube reconverter aos tempos as velhas tradições. A caça à baleia deu lugar ao WhaleWatching – naquelas águas avistam-se com frequência golfinhos e cachalotes. E as memórias das artes dos baleeiros estão impecavelmente preservadas no Museu dos Baleeiros.

Em convívio com uma natureza que teima em preservar o seu exotismo e autenticidade de sempre, desfruta-se a calma de um tempo lento. Muito é o património a descobrir nas Lajes do Pico ou São Roque do Pico - as mais importantes vilas da ilha. Mas há que fazer uma romagem pela beira-mar - Cabrito, Arcos, Lajido e Porto Cachorro, com as suas casas com paredes em pedra negra forjada nas entranhas vulcânicas.

Para alojamento, uma oferta única é, inquestionavelmente, a rede de Adegas do Pico – casas tradicionais, adaptadas a turismo de habitação, quase todas à beira mar, que descansam embaladas pelo bater ritmado das ondas, oferecendo, além de qualidade e conforto, uma imensa paz…

Uma viagem que faz memória… ■

A Revista da Ordem dos Médicos Dentistas pretende estimular a discussão em torno da medicina dentária em Portugal.

Correio do leitor

Para isso, a partir da próxima edição, teremos um espaço do correio do leitor que divulgará as reflexões remetidas pelos médicos dentistas. Em simultâneo, também poderão ser enviados artigos de opinião de índole profissional para publicação, ao cuidado do director da revista.

Nas duas situações, os textos devem ser remetidos para o endereço revista@omd.pt com a devida identificação profissional do autor. A direcção da Revista da Ordem dos Médicos Dentistas reserva-se o direito de seleccionar ou editar os textos submetidos a publicação quando estes não se enquadrem nos princípios definidos no Estatuto Editorial desta publicação.

ravagnani DENTAL

PORTUGAL

www.ravagnanidental-portugal.com

ECOLINE
5.190,00 €

TOTAL ECOLINE
9.990,00 €

MODELO RENOVADO

FOSHION

NOVO MODELO

TOPLINE
6.490,00 €

TOTAL TOPLINE
10.990,00 €

TOTAL ECOLINE e TOTAL TOPLINE INCLUI

ECOLINE e TOPLINE INCLUI

Turbina AVL com acoplamento e luz

Micromotor NSK IS205 com spray interno

Destartarizador Woodpecker UDS-N2

Contra-ângulo NSK TI25, com spray interno

Turbina Cromax PB powered by Bien-air (Sem Luz)

Jacto de bicarbonato

Fotopolimerizador LOWE S.P acoplado na unidade assistente

Motor de aspiração DMEGA S1 101

Compressor Foshion YJ60D com secador e caixa insonorizada

Autoclave Foshion FE3017S – Classe S (com secagem por vácuo)

Raio X intra-oral Foshion YF10B

Cuba Ultrassons DB4820, 2,5 Lts.

Destiladora

Seladora PKG240

Condições gerais: IVA não incluído | Transporte e montagem incluídas para Portugal continental