ISSN: 1647-0486

omd

REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

MAIO 2016
número 29 I €10,00
Trimestral
www.omd.pt

ENTREVISTA

RICARDO FARIA E ALMEIDA

"DEVEMOS ESTAR ATENTOS À EVOLUÇÃO E AOS NOVOS TEMPOS E ADEQUÁ-LOS ÀS NECESSIDADES DOS MÉDICOS DENTISTAS"

SNS COM NOVAS FERRAMENTAS

PROJETO-PILOTO DO GOVERNO: CONSULTAS DE MEDICINA DENTÁRIA EM CENTROS DE SAÚDE DE LISBOA E ALENTEJO EM JUNHO

Caderno Formação & Ciência I Páginas Centrais

10 | 11 | 12 | NOV | 2016 | EXPONOR | PORTO | PORTUGAL

XXV CONGRESSO

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

PORTUGUESE DENTAL ASSOCIATION ANNUAL MEETING

CONFERENCISTAS CONFIRMADOS

ANDREW SPIELMAN | USA MEDICINA / CIRURGIA ORAL	GERMÁN ESPARZA GÓMEZ | SP MEDICINA / CIRURGIA ORAL	NICOLA WEST | UK DENTISTERIA
DOMINGO MARTÍN | SP ORTODONTIA	MITSUHIRO TSUKIBOSHI | JP TRAUMATOLOGIA E TRANSPLANTAÇÃO DENTÁRIA	PAULO KANO | BR PRÓTESE FIXA
EVA BERROETA | SP PRÓTESE FIXA	NELSON PINTO | BR REGENERAÇÃO ÓSSEA	WALTER DEVOTO | IT RESTAURAÇÃO ESTÉTICA

www.omd.pt/congresso

ORGANIZAÇÃO | PLATINIUM SPONSOR | GOLD SPONSORS | SILVER SPONSORS | INTERNATIONAL MEDIA PARTNER

Ano VII – nº 29 – maio de 2016
Trimestral

Preço:
€10,00

Propriedade e Edição
Ordem dos Médicos Dentistas

Direção
Diretor:
Orlando Monteiro da Silva
Diretor-adjunto:
Paulo Ribeiro de Melo

Conselho Editorial
Bastonário da OMD
Presidente do Conselho
Diretivo da OMD
Presidente da Mesa
da Assembleia-Geral da OMD
Presidente do Conselho Geral da OMD
Presidente do Conselho Deontológico
e de Disciplina da OMD
Presidente do Conselho Fiscal da OMD

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

Redação
Ordem dos Médicos Dentistas
Chefe de redação:
Cristina Gonçalves
Redação: Carlos Duarte
Patrícia Tavares

Publicidade
Inédia – Consultoria e Estratégia
de Comunicação, Lda
Rua 25 de Abril, 35 – 1º
2665-201-Malveira, Portugal
Tel.: 217 718 030
publicidade.omd@inedia.net

Edição Gráfica
Inédia – Consultoria e Estratégia
de Comunicação, Lda

Paginação
FullDesign, Lda.

Impressão
Jorge Fernandes, lda

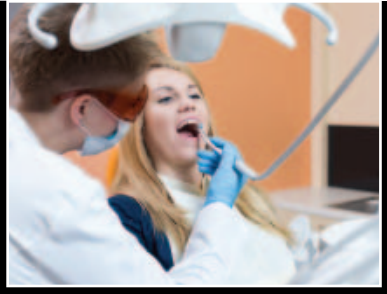
Periodicidade: Trimestral

Distribuição: Gratuita

Tiragem: 9.200 exemplares

Depósito Legal: 285 271/08

ISSN: 1647-0486



índice omd

destaque 10
Plano Nacional de Reformas do Governo prevê medicina dentária em 91 centros de saúde

ordem 14
Conselho Geral da OMD
Paulo Ribeiro de Melo eleito presidente

Mariana Barcelos Vaz
"A mudança surge sempre de uma participação ativa"

Dia Mundial da Saúde Oral

Secretário Regional da Saúde da Madeira reúne com Ordem dos Médicos Dentistas

Parecer sobre âmbito funcional nas profissões liberais

entrevista 30
Ricardo Faria e Almeida
"Devemos estar atentos à evolução e aos novos tempos e adequá-los às necessidades dos médicos dentistas"

opinião 34
Bilhete de Identidade de Saúde Oral no SNS

nacional 36
Cheque-dentista alargado a jovens de 18 anos

Paulo Ribeiro de Melo participou no debate
Ensino clínico em destaque no encontro da EDSA

Encontro Nacional de Medicina Geral e Familiar

Relatório da DGS mostra tendência de diminuição do consumo de tabaco

deontológico 40
Luís Filipe Correia. As alterações disciplinares operadas em virtude da entrada em vigor do novo Estatuto da OMD

europa 42
Proprietário das clínicas Vitaldent detido em Espanha

global 44
FDI World Dental Federation

Organização Mundial de Saúde
Publicação de Manual para a Segurança dos Pacientes

Artigos assinados e de opinião remetem para as posições dos respetivos autores, não refletindo, necessariamente, as posições oficiais e de consenso da OMD. Anúncios a cursos não implicam direta ou indiretamente a acreditação científica do seu conteúdo pela Ordem dos Médicos Dentistas, a qual segue os trâmites dos termos regulamentares internos em vigor.

> TODOS OS BASTONÁRIOS PRESENTES TIVERAM AINDA A OPORTUNIDADE DE APRESENTAR AO PRESIDENTE DA REPÚBLICA UM RELATO SOBRE A POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NAS RESPETIVAS PROFISSÕES QUALIFICADAS E O SEU IMPACTO NA EMPREGABILIDADE

Presidente da República atento às profissões qualificadas representadas pelas ordens profissionais

Estimados (as) colegas,

As 16 ordens profissionais representadas no Conselho Nacional das Ordens Profissionais (CNOP) foram recebidas em audiência pelo Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa.

Neste encontro, realizado a 28 de abril, em que marcaram presença 13 bastonários, incluído o presidente do Conselho Geral do CNOP e a presidente da sua Comissão Executiva, foram apresentados cumprimentos institucionais.

Foi destacado o papel do CNOP como parceiro social e a necessidade de o aprofundar.

Todos os bastonários presentes tiveram a possibilidade de apresentar ao Presidente da República um relato sobre a política de formação de recursos humanos nas respetivas profissões qualificadas e o seu impacto na empregabilidade.

Pela parte da Ordem dos Médicos Dentistas, tive oportunidade de partilhar a realidade da saúde oral em Portugal, em particular:

- a demografia da profissão em Portugal e a vertente emigratória;
- a exclusão de uma grande parte da população do acesso à saúde oral, particularmente por razões económicas;
- a necessidade de as políticas de saúde promoverem a correção progressiva desta situação;
- a falta de planificação na formação de médicos dentistas no pré-grado e pós-grado;
- a pertinência da implementação de mecanismos nos países de língua portuguesa, particularmente Angola e Moçambique, de reconhecimento mútuo para efeitos de exercício profissional;
- a necessidade de reconhecimento do subemprego (que não desemprego), que fustiga como sabemos muitos médicos dentistas, como mecanismo adequado para avaliação da empregabilidade nas profissões

liberais autónomas e da implementação de mecanismos tendentes a reconhecer e mitigar o fenómeno.

Por sua vez, o Presidente da República partilhou a sua visão detalhada sobre a atualidade política nacional e internacional.
Devo transmitir-vos, colegas, que foi um momento extraordinariamente útil.
O Presidente transmitiu uma mensagem de otimismo, de esperança, mas igualmente de realismo e de alguma apreensão face aos desenvolvimentos da conjuntura internacional em várias regiões do globo e também a nível nacional, onde, como muito bem sabemos, a conjuntura económica e financeira tem condicionado nos últimos anos Portugal a variadíssimos níveis.
A análise do Presidente, a muitos dos presentes, não surpreendeu. Impressionou, isso sim, pelo detalhe da descrição, pela lucidez e sequência da exposição e pelo facto de partir de alguém tão bem informado, tão bem preparado, tão interessado como o professor Marcelo Rebelo de Sousa.
Reconheceu o Presidente, ainda no final, a importância fundamental dos cerca de 320 mil profissionais representados pelas Ordens do CNOP para Portugal e o papel que os seus dirigentes têm revelado, de informação, denúncia e alerta públicos relativamente ao exercício das respetivas profissões, papel esse que considerou fundamental.
Tão importante quanto se revela a postura institucional de uma Ordem Profissional, o Presidente da República enalteceu o *modus operandi* que este CNOP tem sabido liderar, nunca esquecendo os assuntos fundamentais de alerta necessários aos governos, mas no timbre certo, para uma ação consequente.

O presidente do CNOP e bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, Orlando Monteiro da Silva, ofereceu, em nome do CNOP, ao Presidente da República, uma caixa com os pins de cada uma das ordens profissionais.

Realçou o papel das Ordens, demonstrando a importância dos respetivos profissionais, altamente qualificados, na economia e no prestígio de Portugal.
Fez notar que as Ordens se têm sabido situar e afirmar num espaço de credibilidade, de defesa das profissões, dos seus representados, sendo fundamentais no espaço regulatório português.
Salientou de igual forma que, de outro modo, esse espaço interventivo seria ocupado por pulsões demagógicas e populistas, o que lesaria o interesse da sociedade e dos profissionais.
A duração da audiência foi de cerca de duas horas e meia.

Temos Presidente.

O bastonário
Orlando Monteiro da Silva

FARMACÊUTICOS E ENFERMEIROS
ELEGERAM NOVAS BASTONÁRIAS

Ana Paula Martins é a nova bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, sucedendo a Carlos Maurício Barbosa, após ter vencido as eleições para o triénio 2016-2018. A votação presencial decorreu a 6 de fevereiro, registando-se uma afluência às urnas de 16,61%. A única lista (lista A) candidata aos órgãos nacionais, liderada pela professora da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, foi a vencedora com 1.846 votos (1.658 por correio e 188 presenciais).

Do universo de 12.140 profissionais inscritos na Ordem dos Farmacêuticos, 2.016 exerceram o direito de voto, tendo-se registado 170 votos não expressos (8,43%).

Ana Paula Martins e os restantes órgãos nacionais tomaram posse a 17 de fevereiro, no Auditório da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Também na Ordem dos Enfermeiros registaram-se mudanças, com Ana Rita Cavaco a suceder a Germano Couto. A enfermeira, que foi adjunta do secretário de Estado da Saúde no XV Governo Constitucional, apresentou-se a sufrágio com a lista E "Uma Ordem com os enfermeiros". Foi eleita a 5 de janeiro com 53,77% dos votos (8.386), vencendo a lista adversária, a lista C, que obteve 43,85%. O processo eleitoral registou uma abstenção de 87,65%. A Ordem dos Enfermeiros tem 67.916 inscritos. Ana Rita Cavaco tomou posse a 30 de janeiro, na Reitoria da Universidade Nova de Lisboa.

> **"DO UNIVERSO DE 12.140 PROFISSIONAIS INSCRITOS NA ORDEM DOS FARMACÊUTICOS, 2.016 EXERCERAM O DIREITO DE VOTO, TENDO-SE REGISTADO 170 VOTOS NÃO EXPRESSOS (8,43%)"**

> **"A ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS TEM DESENVOLVIDO, AO LONGO DOS ANOS, AÇÕES NO ÂMBITO DA REGULAÇÃO DA COMISSÃO EUROPEIA SOBRE A ATIVIDADE DA MEDICINA DENTÁRIA, ATRAVÉS DE UMA PARTICIPAÇÃO ATIVA NO *COUNCIL OF EUROPEAN DENTISTS*"**

GRUPO DE REVISÃO DO CÓDIGO DE ÉTICA
LUÍS FILIPE CORREIA INTEGRA *TASK FORCE* DO CED

O médico dentista Luís Filipe Correia, presidente do Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD desde 2013, foi recentemente nomeado para a *Task Force Ethics* do *Council of European Dentists* (CED), que se encontra atualmente a preparar a revisão do Código de Ética do CED.

O primeiro Código de Ética do CED foi criado em 1965, tendo sido sucessivamente revisto em 1965, 1982, 1998, 2002 e 2007.

Atualmente, o código está a ser atualizado tendo em conta as alterações ocorridas nos códigos de ética nacionais desde a última revisão e da nova regulamentação de proteção de dados pessoais recentemente acordada na União Europeia, novas disposições que deverão ser aplicadas a partir do início 2018.

A Ordem dos Médicos Dentistas tem desenvolvido, ao longo dos anos, ações no âmbito da regulação da Comissão Europeia sobre a atividade da medicina dentária, através de uma participação ativa no *Council of European Dentists.*

NOVAS EQUIPAS

COMISSÃO CIENTÍFICA E CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

O Conselho Diretivo da Ordem dos Médicos Dentistas nomeou as novas equipas que compõem a Comissão Científica e o Centro de Formação Contínua, na reunião que decorreu em fevereiro.

Ricardo Faria e Almeida, membro do Conselho Diretivo, mantém-se na liderança dos dois órgãos não estatutários da Ordem dos Médicos Dentistas. "É uma honra assumir novamente a presidência da Comissão Científica da OMD e do Centro de Formação Contínua e, assim, continuar a dar o meu contributo à OMD. É um voto de confiança no sentido de dar continuidade ao trabalho desenvolvido até aqui", afirma o médico dentista.

Para o Centro de Formação Contínua (CFC), os desafios para este novo mandato passam por dar continuidade aos projetos desenvolvidos até aqui, investindo ainda mais na descentralização dos cursos e na sua gratuitidade. Pretende-se, de igual forma, dinamizar a formação *online*, mantendo sempre o objetivo do CFC ser autossustentável. Acresce, também, a necessidade de colocar em prática as diretrizes do novo Estatuto relativas ao número de horas de formação obrigatória.

A equipa da Comissão Científica está a trabalhar no congresso deste ano e de 2017. Um dos desafios a concretizar para a edição de 2016 será a introdução de um modelo inovador de discussão dos temas científicos, assim como o aumento do número de cursos *hands-on*.

Composição da Comissão Científica:
Presidente: Ricardo Faria e Almeida
Membros: Cassiano Scapini; Cristina Trigo Cabral; Francisco Fernandes do Vale; João Desport; João Paulo Tondela; J. João Mendes; Luís Pedro Ferreira; Paulo Durão Maurício; Paulo Miller; Pedro Ferreira Trancoso; Pedro Pires; Pedro Sousa Gomes; Sandra Gavinha; Sofia Arantes e Oliveira e Susana Noronha.

Composição do Centro de Formação Contínua
Presidente Ricardo Faria e Almeida
Vice-presidente: Sofia Arantes e Oliveira
Membros: Filomena G. Salazar, Inês Guerra Pereira, Jaime Alberich Mota e Patrícia Manarte Monteiro (Norte); Anabela Paulo; Eunice Virgínia Carrilho e Luís Vidal (Centro); Ana Filipa Chasqueira, Heloísa Alves Proença, João Dias e José Rosa (Sul); Pedro Nunes Pinto (Açores) e Alexandra Abreu (Madeira).

> **"É UMA HONRA ASSUMIR NOVAMENTE A PRESIDÊNCIA DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA OMD E DO CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA E, ASSIM, CONTINUAR A DAR O MEU CONTRIBUTO À OMD. É UM VOTO DE CONFIANÇA NO SENTIDO DE DAR CONTINUIDADE AO TRABALHO DESENVOLVIDO ATÉ AQUI"**

> **"O CONSELHO DIRETIVO DESIGNOU O REVISOR OFICIAL DE CONTAS LUÍS PINHEIRO TORRES, PARA INTEGRAÇÃO DO CONSELHO FISCAL DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS"**

REVISOR OFICIAL DE CONTAS INTEGRA

CONSELHO FISCAL DA OMD

O Conselho Diretivo designou, no passado dia 13 de fevereiro, o Revisor Oficial de Contas Luís Pinheiro Torres, para integração do Conselho Fiscal da Ordem dos Médicos Dentistas, em cumprimento do disposto no n.º3 do artigo 61 do Estatuto, da lei n.º 124/2015 de 2 de setembro terceira alteração ao estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, conformando-o com a lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

UNIVERSIDADE DE LISBOA ATRIBUI TÍTULO

VASCONCELOS TAVARES PROFESSOR EMÉRITO

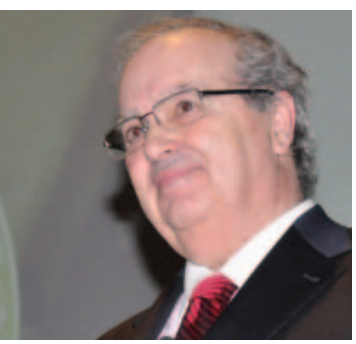
António Vasconcelos Tavares vai receber do reitor da Universidade de Lisboa, António Cruz Serra, o título de Professor Emérito, numa cerimónia que se realiza no próximo dia 19 de maio, pelas 12h30, no auditório Prof. Simões dos Santos da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL).

O título de Professor Emérito da Universidade de Lisboa é atribuído, em situações excecionais, aos professores catedráticos ou associados, jubilados ou aposentados, em reconhecimento do mérito académico e da relevância da atividade científica.

A atribuição desta distinção a António Vasconcelos Tavares foi proposta pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, em outubro de 2015, atendendo à sua notoriedade nacional e internacional, ao contributo muito relevante que deu para o desenvolvimento e prestígio da Faculdade de Medicina Dentária e da Universidade de Lisboa, e ao interesse institucional de continuar a contar com a sua valiosa colaboração.

Poderá consultar a proposta fundamentada para atribuição do título de "Professor Emérito" ao professor António Vasconcelos Tavares na página eletrónica da OMD em: www.omd.pt/noticias/2016/04/professor-vasconcelos-tavares.

A Revista da Ordem dos Médicos Dentistas publicou, na edição nº 26, de julho de 2015, uma extensa entrevista com o professor Vasconcelos Tavares, realizada aquando da sua jubilação, a 27 de maio.



> **"O TÍTULO DE PROFESSOR EMÉRITO DA UNIVERSIDADE DE LISBOA É ATRIBUÍDO, EM SITUAÇÕES EXCECIONAIS, AOS PROFESSORES CATEDRÁTICOS OU ASSOCIADOS, JUBILADOS OU APOSENTADOS, EM RECONHECIMENTO DO MÉRITO ACADÉMICO E DA RELEVÂNCIA DA ATIVIDADE CIENTÍFICA"**

> **"O PROGRAMA CIENTÍFICO FOI IDEALIZADO DE MODO A SATISFAZER AS NECESSIDADES FORMATIVAS DOS MÉDICOS DENTISTAS, MANTENDO O SEU CARÁTER GENERALISTA E MULTIDISCIPLINAR"**

JANTAR DE COMEMORAÇÃO A NÃO PERDER

25 ANOS DE CONGRESSOS CELEBRAM 25 ANOS DE ESTÓRIAS

No ano em que se celebram os 25 anos do Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), estamos de regresso à Exponor, no Porto, nos dias 10, 11 e 12 de novembro de 2016 para mais um evento único que supere todas as expectativas.

O programa científico foi idealizado de modo a satisfazer as necessidades formativas dos médicos dentistas, mantendo o seu caráter generalista e multidisciplinar. Para isso, garantimos a presença de oradores de renome internacional, portugueses e estrangeiros, que seguramente vão fazer deste congresso um êxito a nível científico. Nesta edição, tal como nas anteriores, serão debatidos temas diretamente relacionados com a prática diária da medicina dentária. Manter-se-á a aposta nos novos modelos de discussão, nomeadamente nos fóruns pluridisciplinares, e na organização de cursos *hands-on*. A Expo-Dentária terá, este ano, a maior área de exposição de sempre, contando com a presença das principais marcas do setor, sinal evidente do seu sucesso.

No âmbito da celebração da 25ª edição do Congresso da OMD, a componente social, de convívio e confraternização, ganha ainda mais relevo. Entre as diversas iniciativas que estão a ser preparadas, destacamos a realização de um jantar (dia 11), que antecederá a festa oficial do congresso, para todos os médicos dentistas e congressistas de todas as categorias profissionais. Um evento nunca antes realizado, a não perder!

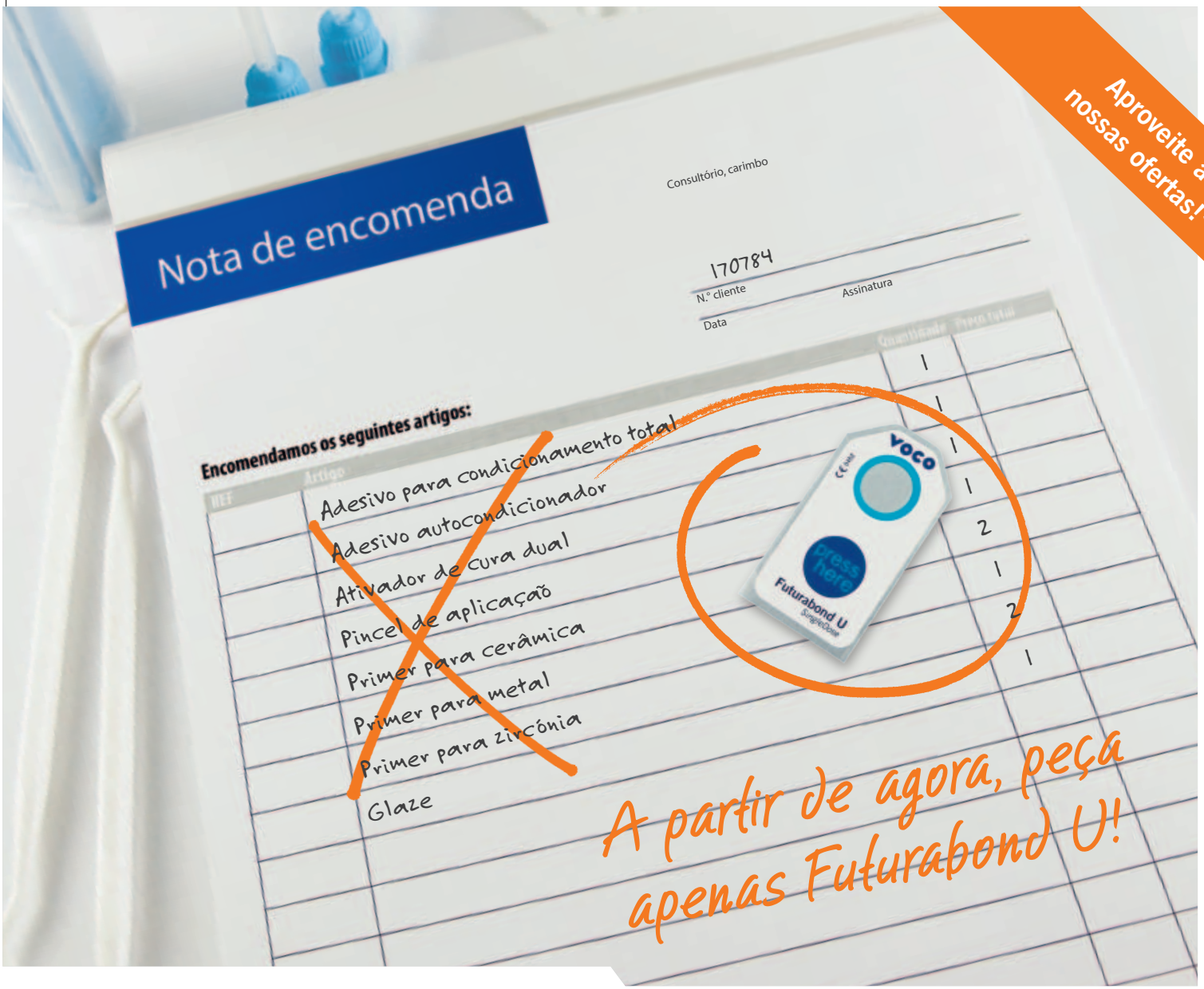
Também para assinalar a efeméride e promover o grande encontro da medicina dentária portuguesa, a Comissão Organizadora do Congresso abre o livro de memórias nas várias plataformas da OMD. Todas as quintas-feiras, no Facebook, serão divulgadas algumas "estórias" dos congressos APMD e OMD, cujo conteúdo será disponibilizado na íntegra no site da OMD e replicado na eNews.

A rubrica semanal "25 Anos de Congressos, 25 Anos de Estórias", inspirada nos pontos altos de cada congresso que merecem ser recordados, vai reviver os momentos mais marcantes e as imagens que retratam a evolução e crescimento que transformaram o congresso numa referência nacional e internacional.

Estas e outras memórias podem ser acompanhadas e partilhadas, em www.facebook.com/omdpt/ e em www.omd.pt. Siga também o evento XXV Congresso da OMD no Facebook.

Inscreva-se *online*, em www.omd.pt/congresso/2016/inscricao, até 18 de julho e usufrua de descontos substanciais.

vai acontecer...



ALL YOU NEED IS 'U'

Futurabond® U

- Um bond para todos os casos – nenhum outro adesivo será necessário no seu consultório
- Autocondicionamento, condicionamento seletivo ou condicionamento total – a escolha é sua!
- Excepcional versatilidade nas aplicações
  – indicado para restaurações diretas e indiretas
  – compatível com todos os compósitos fotopolimerizáveis, autopolimerizáveis e de polimerização dual, dispensa o uso de ativador
  – adesão segura a diversos materiais, como metal, óxido de zircónio e alumínio, bem como cerâmicas de silicato, dispensa o uso de primer
- Aplicado numa só camada – tempo total de trabalho de apenas 35 segundos

MADE IN GERMANY 100%

*Veja todas as ofertas actuais em www.voco.pt ou contacte o seu representante VOCO local.

VOCO OS DENTALISTAS

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Alemanha · Tel. +49 4721 719-0 · www.voco.com

PLANO NACIONAL DE REFORMAS DO GOVERNO PREVÊ

MEDICINA DENTÁRIA EM 91 CENTROS DE SAÚDE

O Programa Nacional de Reformas do Governo, aprovado em Conselho de Ministros e que será entregue em Bruxelas, confirma investimento em projeto-piloto para inclusão da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

"Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários", nomeadamente "ampliar e melhorar a cobertura do SNS na área da saúde oral", enquanto pilar de coesão e igualdade, é uma das medidas previstas no Programa Nacional de Reformas do Governo. Apresentado em abril, o plano adianta que 91 centros de saúde vão ter consultas de medicina dentária destinadas, numa primeira fase, a grupos desprotegidos, como utentes de baixa condição económica e portadores de doenças crónicas.

A inclusão de médicos dentistas nas unidades de saúde primárias

> **“NO PLANO DA MEDICINA DENTÁRIA, A ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS CONSIDERA FUNDAMENTAL “QUE ESTE PROJETO, NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, SEJA EXCLUSIVAMENTE DIRIGIDO A MÉDICOS DENTISTAS”**

EXPERIÊNCIAS-PILOTO EM 2016

11
CENTROS SAÚDE EM LISBOA E VALE DO TEJO

2
CENTROS SAÚDE NO ALENTEJO

decorrerá através do projeto-piloto, anunciado pelo secretário de Estado Adjunto e da Saúde no final de 2015. Já este ano, a 22 de março, Fernando Araújo adiantou que, numa fase inicial, as regiões afetas a estas experiências-piloto serão Lisboa e Vale do Tejo, em 11 centros de saúde, e Alentejo, em dois centros de saúde. «Os dentistas e os assistentes de medicina dentária irão estar nos centros de saúde e os utentes vão poder ser orientados», pelos seus médicos de família, «para estes profissionais, de modo a termos uma resposta com qualidade em saúde oral», afirmou o secretário de Estado.

O governante referiu que o objetivo é que, até final do primeiro semestre deste ano, o projeto-piloto possa arrancar, seguindo-se, «durante um ano», a monitorização e avaliação para a experiência ser, depois, alargada a outras zonas do país.

A OMD tem adotado, desde a primeira hora, uma visão integrada de promoção de elevados níveis de saúde oral para a população, considerando importante o contacto com outros grupos profissionais, como médicos de família, médicos estomatologistas, higienistas orais, assistentes dentários, nutricionistas e outros. “Esta é uma das nossas preocupações”, afiança o bastoná-

rio Orlando Monteiro da Silva, que recorda que "há muito que denunciamos a ausência de cuidados de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde (SNS)".

"Um processo com esta relevância, após quase 40 anos de debate, não pode, no entanto, ser implementado de forma precipitada, sob pena de o afetarmos negativamente de forma irreversível. Um projeto-piloto irá enquadrar esta integração", prossegue. Contudo, alerta que é necessário "dotar os centros de saúde, ainda que sejam poucos de início, com cuidados de qualidade, instalações, equipamentos e assistentes dentários. Enfim, tudo o que é necessário para uma consulta de medicina dentária de qualidade será, sem dúvida, uma medida fundamental. Com médicos dentistas e que esses médicos dentistas tenham um estatuto dentro do Serviço Nacional de Saúde", esclarece o bastonário. Por outro lado, Orlando Monteiro da Silva mostra-se satisfeito com a continuação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, conhecido como "cheque-dentista", um "programa com resultados efetivos muito positivos, sobretudo entre as crianças, e que tem permitido colmatar as necessidades de alguns grupos específicos, nomeadamente populações mais carenciadas, mas que é necessário alargar para dar resposta a toda a população".

Na apresentação do projeto-piloto, em declarações à imprensa, o secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando Araújo, afirmou que "apesar do programa cheque-dentista que temos tido ao longo destes últimos oito anos e para além de toda a política na área da prevenção e na promoção da saúde oral, continuamos a ter uma área de fragilidade, no sentido do acesso a cuidados de saúde oral".

A OMD está sintonizada com o Governo em vários aspetos, nomeadamente:

- A importância da manutenção do atual PNPSO, "cheque-dentista", eixo fundamental na parceria estabelecida desde 2007, entre médicos dentistas e o SNS, para os grupos populacionais abrangidos;
- A OMD colaborará institucionalmente nos procedimentos decorrentes da decisão do Governo de começar um projeto-piloto, com a duração de um ano, a aplicar na Região de Lisboa e Vale do Tejo e no Alentejo, em 13 centros de saúde selecionados para o efeito, após a realização de vistorias efetuadas pela DGS e

"ORLANDO MONTEIRO DA SILVA MOSTRA-SE SATISFEITO COM A CONTINUAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ORAL, CONHECIDO COMO **"CHEQUE-DENTISTA"**, UM "PROGRAMA COM **RESULTADOS EFETIVOS MUITO POSITIVOS, SOBRETUDO ENTRE AS CRIANÇAS**, E QUE TEM PERMITIDO COLMATAR AS NECESSIDADES DE ALGUNS GRUPOS ESPECÍFICOS, NOMEADAMENTE POPULAÇÕES MAIS CARENCIADAS, MAS QUE É NECESSÁRIO ALARGAR PARA DAR RESPOSTA A TODA A POPULAÇÃO"

por um grupo de médicos dentistas mandatados pela OMD;

- Salvaguardando a situação dos (cerca de 20) médicos dentistas, que se encontram a exercer em diversos centros de saúde no Continente, e garantindo que os médicos dentistas adicionais a contratualizar serão selecionados através de um concurso público;
- O rigor e o respeito por princípios éticos gerais conseguidos pela prática privada que permitem oferecer os mais elevados padrões de qualidade aos seus utentes serão os mesmos a disponibilizar aos utentes do SNS;
- O projeto-piloto é limitado a cuidados básicos de saúde a prestar às populações abrangidas e apenas a estas;
- A prioridade será dada aos utentes com insuficiência económica e portadores de patologias crónicas associadas, nomeadamente doentes oncológicos, com diabetes, patologia cardiovascular, transplantados ou com imunidade comprometida.

Estas premissas são, segundo a OMD, essenciais para "dotar Portugal de um sistema de saúde verdadeiramente universal e integral, acolhendo nas suas instalações de forma programada e adequada para médicos dentistas, cumprindo as recomendações e melhores práticas internacionais a este respeito".

No plano da medicina dentária, a Ordem dos Médicos Dentistas considera fundamental "que este projeto, no âmbito dos cuidados de saúde primários, seja exclusivamente dirigido a médicos dentistas".

O Programa Nacional de Reformas, no âmbito da sua aposta na melhoria da cobertura do SNS, prevê ainda rastreios oftalmológicos gratuitos em 28 agrupamentos de centros de saúde e a contratação de 500 médicos de família aposentados. Estas medidas, juntamente com a inserção de médicos dentistas em quase um quarto do total de centros de saúde, implicam uma despesa de cerca de 176 milhões de euros.

GRUPO DE TRABALHO DA OMD ACOMPANHA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO-PILOTO

A Ordem dos Médicos Dentistas constituiu um grupo de trabalho para acompanhar a implementação do projeto-piloto, sob a égide do Conselho Diretivo, que reuniu, a 8 de março, na delegação da OMD, em Lisboa, com os 13 médicos dentistas que se encontram atualmente a exercer nos centros de saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Durante o encontro, foi possível trocar impressões com estes profissionais sobre diversas questões, como o respetivo enquadramento profissional, as condições de trabalho nos centros de saúde, o tipo de doentes que atendem, as condições de materiais e equipamentos disponíveis, a interação com outros profissionais da área da saúde e o acesso a ficheiros médicos.

Na audição dos médicos dentistas estiveram presentes Orlando Monteiro da Silva, bastonário da OMD, Paulo Ribeiro de Melo, presidente do Conselho Geral da OMD, os médicos dentistas André Brandão de Almeida e Teresa Lavandeira Pimenta, que integram o grupo de trabalho, membros do Conselho Geral da OMD, acompanhados por Filipa Carvalho Marques, diretora do departamento Jurídico da OMD.

Da esquerda para a direita: Teresa Lavandeira Pimenta, membro do Conselho Geral da OMD, Filipa Carvalho Marques, diretora do Departamento Jurídico, Orlando Monteiro da Silva, bastonário, Paulo Ribeiro de Melo, presidente do Conselho Geral, e André Brandão de Almeida, membro do Conselho Geral

O Conselho Geral é composto por 50 representantes nos termos do novo Estatuto da OMD.

CONSELHO GERAL DA OMD

PAULO RIBEIRO DE MELO ELEITO PRESIDENTE

O Conselho Geral da Ordem dos Médicos Dentistas, novo órgão social criado no âmbito da entrada em vigor do novo Estatuto da OMD, reuniu, pela primeira vez, a 20 de fevereiro. É composto por 50 membros eleitos, em representação dos 10 mil médicos dentistas de todas regiões do país.

Na primeira reunião, os 48 conselheiros presentes elegeram a composição da mesa do Conselho Geral. A lista A, apresentada por Paulo Ribeiro de Melo, e única, foi eleita com 46 votos a favor e duas abstenções. Para além de Paulo Ribeiro de Melo como presidente, Paulo Durão Maurício integra a equipa como vice-presidente, enquanto Fernando

Da esquerda para a direita, Fernando Ferreira e Ana Augusta Costa, secretários da mesa do Conselho Geral, Paulo Ribeiro de Melo, presidente do Conselho Geral, e Paulo Durão Maurício, vice-presidente do Conselho Geral.

Ferreira e Ana Augusta Costa assumem o cargo de secretários da mesa do Conselho Geral.

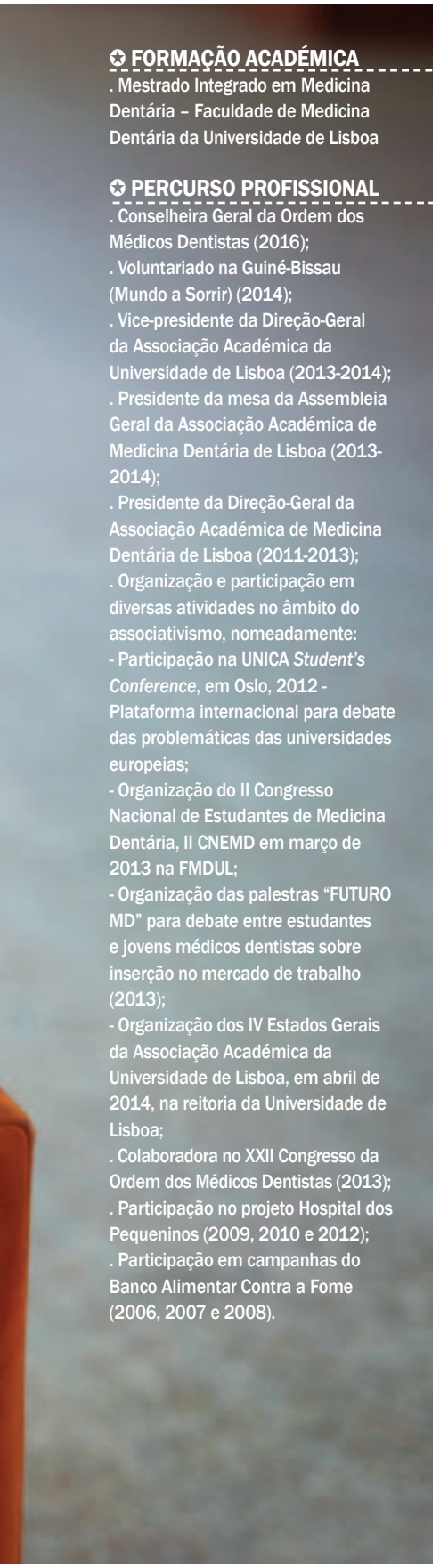
"Os desafios e as exigências na OMD são permanentes. O patamar a que a OMD foi elevada nos últimos anos representa uma responsabilidade acrescida para este mandato e para este novo órgão", anunciou o novo presidente do Conselho Geral, Paulo Ribeiro de Melo, no discurso de tomada de posse.

O médico dentista lembrou que com "a entrada em vigor do novo Estatuto, iniciou-se um novo ciclo" na Ordem dos Médicos Dentistas, nomeadamente a "integração na dinâmica dos órgãos sociais da OMD, do Conselho Geral". Na sua intervenção destacou as várias competências do Conselho Geral, "que se quer dinâmico, sintonizado com a atividade e envolvido nas iniciativas da OMD". Por isso, a nova equipa vai procurar "ter uma ação complementar e sinérgica com os outros órgãos, para que o resultado final do mandato seja uma mais-valia para a Ordem dos Médicos Dentistas".

Doutorado em Medicina Dentária Conservadora pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, onde é professor associado desde 2008, Paulo Ribeiro de Melo pertence aos corpos sociais da OMD desde 2001, e ocupava até aqui o cargo de secretário-geral da OMD, entretanto extinto.

Paulo Ribeiro de Melo é o representante da OMD na Direção-Geral da Saúde para o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e é vice-presidente do Comité de Saúde Pública da Federação Dentária Internacional.

“SOU JOVEM MÉDICA DENTISTA E, TAL COMO MUITOS COLEGAS, SINTO AS DIFICULDADES DE INICIAR O CAMINHO NA PROFISSÃO”



✪ FORMAÇÃO ACADÉMICA

. Mestrado Integrado em Medicina Dentária – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

✪ PERCURSO PROFISSIONAL

. Conselheira Geral da Ordem dos Médicos Dentistas (2016);
. Voluntariado na Guiné-Bissau (Mundo a Sorrir) (2014);
. Vice-presidente da Direção-Geral da Associação Académica da Universidade de Lisboa (2013-2014);
. Presidente da mesa da Assembleia Geral da Associação Académica de Medicina Dentária de Lisboa (2013-2014);
. Presidente da Direção-Geral da Associação Académica de Medicina Dentária de Lisboa (2011-2013);
. Organização e participação em diversas atividades no âmbito do associativismo, nomeadamente:
- Participação na UNICA *Student's Conference*, em Oslo, 2012 - Plataforma internacional para debate das problemáticas das universidades europeias;
- Organização do II Congresso Nacional de Estudantes de Medicina Dentária, II CNEMD em março de 2013 na FMDUL;
- Organização das palestras "FUTURO MD" para debate entre estudantes e jovens médicos dentistas sobre inserção no mercado de trabalho (2013);
- Organização dos IV Estados Gerais da Associação Académica da Universidade de Lisboa, em abril de 2014, na reitoria da Universidade de Lisboa;
. Colaboradora no XXII Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas (2013);
. Participação no projeto Hospital dos Pequeninos (2009, 2010 e 2012);
. Participação em campanhas do Banco Alimentar Contra a Fome (2006, 2007 e 2008).

MARIANA BARCELOS VAZ, COORDENADORA DO CONSELHO DOS JOVENS MÉDICOS DENTISTAS

"A MUDANÇA SURGE SEMPRE DE UMA PARTICIPAÇÃO ATIVA"

Há um novo rosto a liderar o Conselho dos Jovens Médicos Dentistas da OMD. Mariana Barcelos Vaz, médica dentista, 25 anos, natural de Lisboa e membro do Conselho Geral da OMD, é a nova coordenadora do núcleo que dedica uma atenção especial à classe mais jovem. Assume com "orgulho" e "determinação" a liderança de uma equipa que tem "muito para dar".
Motivada e ciente das dificuldades que as novas gerações enfrentam, Mariana Barcelos Vaz revela, em entrevista à Revista da OMD, que há um conjunto de "ações que podem ser desenvolvidas e trabalhadas para que os jovens sintam a OMD como sua".

ROMD - O que a motivou a aceitar o desafio de coordenar o Conselho dos Jovens Médicos Dentistas?
MBV - Desde o meu percurso académico que encaro a vertente socioprofissional da medicina dentária com muita seriedade e importância. Estou convicta de que não basta criticar o que nos rodeia e que a mudança surge sempre de uma participação ativa. Daí que tenha aceitado o convite com orgulho e determinação. Sou jovem médica dentista e, tal como muitos colegas, sinto as dificuldades de iniciar o caminho na profissão. Quero poder colaborar em tudo o que contribuir para que essa inserção no meio profissional seja facilitada e enquadrada na plataforma que mais deve catapultar estas iniciativas – a OMD.

ROMD - O Conselho dos Jovens Médicos Dentistas da OMD foi o primeiro núcleo a ser criado com o objetivo de prestar especial atenção à classe mais jovem. Quais os contributos que esta estrutura pode dar em prol dos médicos dentistas mais novos? Sente uma responsabilidade acrescida?
MBV - É, em primeiro lugar, muito importante que haja um núcleo como este dentro da própria Ordem. É sinal de que os jovens têm um espaço credível onde as suas vozes podem ser ouvidas, bem como uma oportunidade para que o futuro seja mais risonho. Há uma quantidade de ações que podem ser desenvolvidas e trabalhadas para que os jovens sintam a OMD como sua, além de toda a intervenção política que se revela essencial numa estrutura como esta.

ROMD - A equipa está constituída. Quais os critérios subjacentes à escolha dos membros?

> OS ESTUDANTES FINALISTAS E PRÉ-FINALISTAS SÃO DOS MAIS INTERESSADOS EM TODOS OS ASSUNTOS QUE ENVOLVEM O CJMD E SÃO TAMBÉM DOS MAIS ALHEADOS DA REALIDADE, PORQUE NÃO A VIVEM NA PELE

MBV - Os critérios foram a criação de um núcleo pequeno, funcional e heterogéneo. Queria que este grupo simultaneamente abrangesse áreas geográficas diferentes, possuísse qualidades distintas e noções de realidade diferentes. Ou seja, médicos/as dentistas a trabalhar e outros à procura do primeiro emprego, médicos dentistas que trabalhem em meios citadinos e meios "rurais", médicos dentistas a estudar no estrangeiro, dentro e fora da Europa - cujo contributo será sem dúvida uma mais-valia -, médicos dentistas a fazer estágios profissionais e outros a apostar na formação cá dentro. É um grupo diferente, diversificado e que confio ter muito para dar.

ROMD - O que é que os jovens médicos dentistas e estudantes de medicina dentária podem esperar deste núcleo? Os projetos desenvolvidos até aqui, nomeadamente os benefícios para os membros são para manter?

MBV - Além do papel representativo, institucional e político que é só por si muito importante, queremos continuar a apostar na oferta informativa que podemos dar a todos os que terminam ou terminaram recentemente o curso. Vamos abordar vários temas como a inserção no mercado de trabalho, a aposta na formação em Portugal, na Europa ou fora dela, o voluntariado, a gestão de carreira, entre outros. Teremos também outras bandeiras políticas pelas quais trabalharemos com vista a criar melhores condições de trabalho para os recém-licenciados. A isenção de quotas durante o primeiro ano após a licenciatura é um dos exemplos das conquistas para os jovens, que faremos por que se renove e mantenha nos próximos mandatos.

ROMD - Exerceu vários cargos nas Associações Académicas de Medicina Dentária e da Universidade de Lisboa. Como planeia dinamizar o contacto não só com os jovens profissionais, mas também com os estudantes?

MBV - Os estudantes finalistas e pré-finalistas são dos mais interessados em todos os assuntos que envolvem o CJMD e são também dos mais alheados da realidade, porque não a vivem na pele. Faremos por estar em contato permanente com as associações de estudantes, com as faculdades e os seus órgãos diretivos, para que haja uma definição estratégica comum relativa à formação de jovens médicos dentistas. O excesso de médicos dentistas é uma realidade complexa, pelo que é imperativo ser repensada e trabalhada.

ROMD - Pertence igualmente ao

Conselho Geral da OMD. O facto de integrar este órgão pode contribuir para dar voz e maior visibilidade aos Jovens Médicos Dentistas?

MBV - Penso que sim. Este novo órgão, recentemente criado ao abrigo do novo Estatuto, vem trazer uma responsabilidade acrescida aos que o integram e aos que refletem sobre o futuro da profissão. Terei certamente, como conselheira geral, a oportunidade de expor a realidade dos jovens médicos dentistas e de apelar a que as soluções comecem a surgir. O subemprego é uma realidade que começa a ter proporções preocupantes. Estamos a viver uma espiral recessiva em que, tendo a crise económica diminuído o rendimento das famílias, há um corte consequente nas consultas de medicina dentária. Sem procura há menos consultas, mas o número de jovens formados todos os anos continua a aumentar. Não há nada de errado em emigrar em busca de melhores condições, mas hoje em dia há muita emigração na classe, nomeadamente a mais jovem, que não é uma opção, mas uma obrigação.

ROMD - O estudo de empregabilidade, apresentado durante o Congresso da OMD, alerta para uma realidade preocupante, não só de emigração e desemprego, mas cada vez mais de subemprego. Esta será uma das questões a trabalhar pelo CJMD? Na sua opinião, o que pode ser feito para inverter este cenário?

MBV - Neste estudo independente de diagnóstico à empregabilidade dos médicos dentistas, entre os que exercem há menos de 5 anos, 45,1% afirmam que as suas expectativas não foram cumpridas contra os 85,9% de médicos dentistas que exercem há mais de 10 anos e que viram essa expectativa a concretizar-se. Isto revela a deterioração das condições profissionais dos médicos dentistas nos últimos anos. Há excesso de profissionais, estamos muito acima do rácio (1 dentista – 3.500 pessoas) recomendado pela Organização Mundial de Saúde e as autoridades competentes tardam em adotar medidas que limitem o crescimento de médicos dentistas. A média de idade é baixa, o número de ativos na OMD continua a aumentar a cada ano e nem a emigração crescente consegue estancar este aumento. Os jovens em situação de subemprego, que não são passíveis de ser contabilizados pelo Estado porque não é uma realidade uniforme e palpável, cada vez têm menos contacto com doentes e sujeitam-se a percentagens de trabalho mais baixas.

ROMD - O voluntariado faz parte do seu percurso profissional. A experiência fora de Portugal permitiu-lhe ter uma visão diferente do exercício da profissão?

MBV - Fiz voluntariado em África, na Guiné-Bissau, onde a realidade é muito diferente daquela que encontramos cá. Trabalhar e tentar contribuir para o crescimento de um país onde praticamente tudo escasseia abre os nossos horizontes e define como prioritários outros valores. O que na Guiné é um problema, aqui não o é. E vice-versa. As realidades são distintas, bem como as problemáticas. Em Portugal, temos uma medicina dentária cada vez mais evoluída, cada vez mais aprofundada. Formamos médicos dentistas que são reconhecidos por todo o mundo pela sua qualidade e pela sua vontade de aprender e crescer. Temos os recursos, agora impera saber aproveitá-los, estimulá-los e vê-los vencer.

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO DOS JOVENS MÉDICOS DENTISTAS

Eduardo Portela

Gonçalo Caramês

Honorato Vidal

Joana Cruz

Marta de Oliveira e Silva

Vitória Marques

DIA MUNDIAL DA SAÚDE ORAL

SAÚDE ORAL TEM IMPACTO EM MAIS DE CENTENA E MEIA DE DOENÇAS

No Dia Mundial da Saúde Oral que se celebrou a 20 de março, este ano sob o lema "Tudo começa aqui: boca saudável, corpo saudável", a Federação Dentária Internacional (FDI), numa iniciativa a que a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) se associou, chamou a atenção para o facto de mais de 150 doenças poderem ser agravadas por doenças orais, desde uma simples cárie até infeções bacterianas que podem alastrar a órgãos vitais.

Num estudo divulgado pela FDI, 40% dos inquiridos com doenças das gengivas sofriam de outras doenças crónicas.

A relação de patologias orais com doenças cardiovasculares, diabetes, infeções respiratórias, úlceras no estômago ou cancros, como o oral, gástrico ou do pâncreas ou VIH/Sida, é já reconhecida. Além disso, doenças periodontais, ou das gengivas, também podem estar associadas a casos de nascimentos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso.

Orlando Monteiro da Silva, bastonário da OMD, salienta que "não há saúde sem saúde oral, mas infelizmente esta é uma realidade que ainda não é percecionada, nem pela população, nem pelos decisores. E pior é que não só não existe uma oferta de cuidados multidisciplinares integrada, como continuamos a gastar muito dinheiro no tratamento e a apostar pouco na prevenção".

Para o bastonário da OMD, "é imperativo que haja maior interligação entre os profissionais de saúde, e basta citar o caso dos diabéticos, que em Portugal são mais de um milhão, e das doenças periodontais ou das gengivas, cuja relação está amplamente demonstrada. O acompanhamento dos diabéticos por um médico dentista é essencial, porque qualquer infeção na gengiva pode agravar substancialmente a diabetes".

O acesso a cuidados de saúde oral em Portugal é restrito, com uma oferta residual no Serviço Nacional de Saúde para os adultos, o que dificulta ainda mais a ligação entre a saúde oral e a saúde em geral.

O Atlas da Saúde Oral, publicação da FDI, mostra que em Portugal as crianças de 12 anos apresentaram, no período compreendido entre 1994 e 2014, uma melhoria significativa do número de cáries, sendo preocupante a expressão do cancro oral face aos restantes países Ocidentais.

Outro alerta do Atlas prende-se com as doenças periodontais, que em Portugal atingem 10 a 15% da população, uma percentagem mais elevada do que em países como Espanha, França ou Reino Unido.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

SECRETÁRIO REGIONAL DA SAÚDE REÚNE COM ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

Gil Fernandes Alves, representante da Região Autónoma da Madeira no Conselho Diretivo da OMD, liderou a delegação que reuniu com o novo secretário Regional da Saúde, João Faria Nunes. Durante a audiência foi apresentado o ponto de situação sobre a saúde oral na RAM, com destaque para o aumento de cáries dentárias e doenças gengivais, sobretudo nas crianças.

Na reunião, os representantes da OMD defenderam a recuperação do programa de informação e promoção da saúde oral. "Temos, de algum modo, de investir na área da informação e da promoção da saúde oral, não só nas escolas, mas também na informação aos pais. Não podemos perder aquilo que durante 15 anos fizemos nas escolas da região", referiu Gil Fernandes Alves, após o encontro, alertando que "vemos cada vez mais, na nossa prática clínica, crianças de três e quatro anos com lesões da doença cárie dentária".

Na reunião foi abordado o Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral, que será avaliado pelo secretário Regional de Saúde, bem como o programa de saúde oral na região, que se encontra suspenso. Na opinião de Gil Fernandes Alves é necessário retomar o programa, mas com nova metodologia. João Faria Nunes informou que em breve será nomeado um médico dentista para coordenar a implementação das medidas de saúde oral na região. Este será o interlocutor com a OMD.

Em relação à parceria ADENORMA/OMD/SRS, o secretário Regional de Saúde indicou que vai apurar junto do IASaúde, IP-RAM os motivos que impedem a execução dos tratamentos nas crianças-alvo e que vai solicitar o documento da convenção SRS/OMD para análise. A delegação da OMD alertou, também, para a necessidade de implementar na RAM a Tabela de Nomenclatura da OMD no caso da comparticipação de tratamentos pelo IASaúde, IP-RAM. Por outro lado, apelou à inclusão de médicos dentistas nas juntas médicas para análise de casos dúbios, de forma a evitar que os utentes exponham a sua privacidade perante técnicos administrativos.

O encontro com o secretário Regional da Saúde decorreu após as eleições para os novos órgãos sociais da Ordem e, além de Gil Fernandes Alves, integraram a delegação da OMD os médicos dentistas Ricardo Nóbrega, suplente do Conselho Diretivo, João Bosco Castro, representante da RAM no Conselho Geral, Alexandra Abreu Gomes, suplente do Conselho Geral e representante da RAM no Centro de Formação Contínua, e ainda Dulce Berenguer, suplente do Conselho Geral.

Da esquerda para a direira: João Faria Nunes, secretário Regional da Saúde da Região Autónoma da Madeira, Dulce Berenguer, suplente do Conselho Geral da OMD, João Bosco Castro, membro do Conselho Geral da OMD, Gil Fernandes Alves, representante da RAM no Conselho Diretivo da OMD, Alexandra Abreu Gomes, suplente do Conselho Geral e representante da RAM no Centro de Formação Contínua da OMD, e Ricardo Nóbrega, suplente do Conselho Diretivo

DEPARTAMENTO JURÍDICO DA OMD

PARECER SOBRE ÂMBITO FUNCIONAL NAS PROFISSÕES REGULADAS

O Ministério da Saúde iniciou uma tentativa empenhada de apartar as diversas profissões de saúde por atos próprios de cada uma. Trata-se de algo inédito, desde há muito pensado, mas nunca alcançado pela sobreposição evidente entre diversas áreas profissionais. O conceito de "ato próprio" é estanque, impeditivo das dinâmicas e evoluções naturais e pode gerar uma fase de grande tensão social e profissional entre os diversos grupos.

Reveste-se de particular importância reposicionar a questão no conceito de "conteúdo funcional" ao invés de "ato próprio".

Disponibiliza-se para consulta dos médicos dentistas um parecer sobre o "Âmbito funcional versus atos próprios de profissão regulada – medicina dentária", elaborado pela diretora do Departamento Jurídico da Ordem, Filipa Carvalho Marques.

É urgente recentrar o problema na noção de regulação em saúde, no sentido das competências funcionais de cada grupo ou setor. No trilho desta consciencialização de interação, é importante dotar os decisores públicos das bases técnico-normativas mas também do conceito de juridicidade que a própria União Europeia utilizou, designadamente para a consolidação fundamental e muito bem conseguida do âmbito funcional da medicina dentária.

ÂMBITO FUNCIONAL VERSUS ATOS PRÓPRIOS DE PROFISSÃO REGULADA – MEDICINA DENTÁRIA

§1º
CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O tema que ocupa o presente parecer não se fará refém da visão literal da Lei, mas buscará antes a incursão necessária pela juridicidade que acompanha a matéria desde cedo, e pela hermenêutica interpretativa do espírito que assaltou o legislador nacional e comunitário – no domínio do Direito da União e do direito nacional, nas muitas e variadas iniciativas normativas de há mais de uma década.

O que se realizará de forma, tanto quanto possível, prática, esquemática e sintética, adotando-se o método de conclusões parcelares ao longo do documento, até às conclusões gerais finais, sendo que estas não prescindem daquelas.

De referir que parece ser preciso, primeiramente, colocar a pergunta certa e, só então, delimitar o seu alcance, bem como o impacto social, jurídico e até judicial deste tema, para que as respostas encontradas não apresentem desvalor face à pergunta ou então um mero valor provisório.

Conhecida que é a complexidade dos meandros e dos vetores múltiplos desta concreta pretensão reguladora da Saúde, pergunta-se:

O que *é* ou *em que consiste* o ato médico dentário?

Já veremos adiante como este simples enunciado enferma de um viés importante, o qual importa ao regulador destrinçar.

O presente parecer tem pois, necessariamente, de trazer à colação a essência das ciências da Saúde, secularmente experimentadas, pois trata-se de proteger um bem jurídico e social primordial: a Saúde. Seus beneficiários e executores.

Razão pela qual, como se disse, pese embora a literalidade da legislação nacional e internacional, o legislador e o regulador, bem como todo o *stakeholder*, supervisor ou vigilante da saúde, chegados ao ato último e soberano de decisão devem **poder contar com contributos operacionais que possam construir, solucionar e sobretudo agir.**

Este agir, estamos convictos, deve nortear-se pelo agir bem, regular não somente mais, mas melhor, e convocar visões **multidisciplinares que contribuam para a unidade e a coerência fundamentais do sistema de Saúde.**

§ 2º
PARA UMA METODOLOGIA DA ANÁLISE

O plano de exposição a que obedece o presente parecer é o seguinte:

1º Enquadramento legal e regulamentar aplicável.
2º Como surgiu a solução? A *ratio legis*.
3º Os factos relevantes e os regimes comparados aplicáveis.
4º Prognóstico de uma alternativa.
5º Conclusões gerais.

§ 3º
RESPOSTAS

1º Do enquadramento legal e regulamentar aplicável - Medicina Dentária.

- DIRETIVA 2005/36/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, de 7 de setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.
- DIRETIVA 2013/55/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, de 20 de novembro de 2013 que altera a Diretiva 2005/36/CE, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (UE) nº 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno («Regulamento IMI»).
- Lei n.º 124/2015, de 02 de setembro- Diário da República, 1ª série - N.º 171 - procede à Terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.
- Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.
- Regulamento n.º 501/2011, da Tabela de Nomenclatura da Ordem dos Médicos Dentistas, Diário da República, 2.ª série - N.º 161 - 23 de agosto.
- Regulamento n.º 84/2012, de acesso especial a especialidade de Medicina Dentária, Diário da República, 2.ª série - N.º 43- 29 de fevereiro.
- Regulamento n.º 89/2012, de acesso especial a especialidades de Medicina Dentária, Diário da República, 2.ª série – N.º 44 - 1 de março.
- Regulamento nº 355/2015, do processo de candidatura às especialidades da Medicina Dentária, Diário da República 2.ª série – N.º 121- 24 de junho.

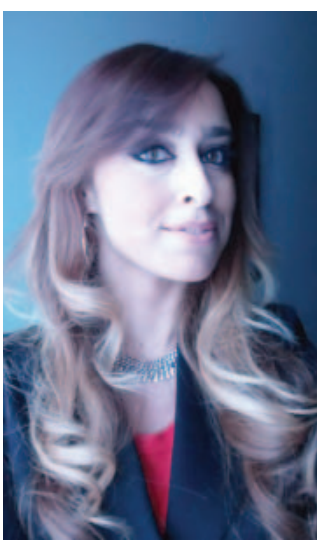
2º Como surgiu a solução? A *ratio legis*.

A Medicina Dentária é, em termos sistemáticos, uma *profissão*.
Não de acesso livre mas, antes, titulado. Uma profissão autónoma, sujeita a regras, não apenas regulamentada mas regulada no sistema da Saúde.
Nesta categoria de análise, onde se busca decidir sobre normas de regulação e ainda, sobretudo, compreender a raiz dos normativos e dos ordenamentos jurídicos preexistentes, parece essencial arrumar conceitos para então definir o melhor tratamento das questões de regulação que só sucessivamente se colocam, assentes primeiramente os pressupostos ou premissas.

O que é uma " profissão regulamentada"?
É na DIRETIVA 2005/36/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, de 7 de setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, que encontramos a seguinte definição (cfr. Artigo 3º):
"Profissão regulamentada: a atividade ou o conjunto de atividades profissionais em que o acesso, o exercício ou uma das modalidades de exercício **se encontram direta ou indiretamente subordinados**, nos termos de disposições legislativas, regulamentares ou administrativas, **à posse de determinadas qualificações profissionais**;" (destacado nosso).
Sendo *Profissão*, a Medicina Dentária, à semelhança das restantes profissões regulamentadas pensadas pelo legislador comunitário **teve necessariamente de obedecer à eleição de critérios para determinar o âmbito de atuação de cada uma daquelas.**
Repare-se, a este propósito, que a antedita Diretiva 2005/36/CE, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais – modernizada e alterada (embora não revogada senão pontualmente, mantendo-se, portanto, em vigor) pela DIRETIVA 2013/55/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, de 20 de novembro de 2013, elegeu o seguinte elemento primordial, que é pois a matriz: **que qualificações profissionais detém, ou deve deter, um profissional de saúde, para garantir, face ao doente, o valor social da confiança na e da prestação realizada, confiança da qual aquele prestador de cuidados de Saúde é depositário?**

Donde, impõe-se indagar o que são "Qualificações Profissionais"?
Como se viu, assente o primado do direito comunitário, estas constituem a garantia da qualidade de um serviço profissional porque prestado pelo profissional.
Traduzem a garantia da confiança do doente *(in casu)* e asseveram ainda um conjunto de princípios-chave, sem os quais os desígnios da profissão, como resguardo primeiro e último da confiança dos que são destinatários de serviços, as populações, não se alcançam.

Que profissões são indissociáveis de superiores interesses públicos?
Predominantemente profissões da Saúde. Na verdade, à exceção dos arquitetos, a Diretiva inclui médicos, enfermeiros, dentistas, veterinários, parteiras e farmacêuticos.



Filipa Carvalho Marques, advogada, diretora do Departamento Jurídico da Ordem dos Médicos Dentistas

Em abono do que vai dito, o legislador europeu de há muito vem pensando na questão, que se vê positivada pelo menos desde 1978 e, de há décadas, perpassando uma saudável e lúcida evolução.
O enunciado do normativo europeu afirma **necessidades fundamentais que apenas o conceito de *qualificação profissional atinge*:**

- permite o reconhecimento automático de profissionais no espaço da União, com consequente mobilidade de serviços e profissionais;
- permite a avaliação mútua das regulamentações profissionais nacionais e um exercício de transparência (ou seja, examinar as restrições de entrada nas profissões e analisar a sua necessidade);
- permite garantir as liberdades fundamentais do tratado, na ótica dos cidadãos prestadores mas, igualmente, para garantia dos direitos dos doentes na aplicação de recentes melhorias quanto à prestação de cuidados transfronteiriços no espaço europeu.
- permite criar **balizas de conhecimentos e aptidões** aos profissionais que forçosamente têm de garantir os mesmos junto das populações.
- permite a segurança, a certeza e a estabilidade das relações humanas, sociais e profissionais, valores angulares.

Sempre como agora a premência da qualificação. Aqui chegados, como resolveu o legislador europeu todas estas necessidades? O que são afinal as *qualificações profissionais*?
"as qualificações atestadas por um título de formação, uma declaração de competência (...)".
Em consequência, **o legislador nacional diante da evidência da abrangência da Saúde foi beber, e a nosso ver bem, às disposições comunitárias a definição da Medicina Dentária enquanto profissão regulada e regulamentada.**
Para o exercício da Medicina Dentária em Portugal é obrigatória a inscrição na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), segundo dispõe o citado **Estatuto da OMD, que neste particular não sofreu alteração diante das Leis que precedem a atual - Lei nº110/91, de 29 de agosto, com a redação introduzida pela Lei nº82/98, de 10 de dezembro, e com a segunda alteração introduzida pela Lei nº44/03, de 11 de outubro.**
Define, portanto, a própria Lei o que é a Medicina Dentária.
Determina ser **"o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas."**

Tal como a supra citada Diretiva igualmente o faz:
A **Formação de base de médico dentista** (Diretiva 36/2005/CE, de 7 de setembro, modernizada pela Diretiva 2013/55/UE, de 20 de novembro) **habilita, apenas este último, à prática dos atos que preenchem o conteúdo funcional** descrito para a Medicina Dentária por **"o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas".**

Como resolver exigências da evolução dos tempos, das técnicas e do próprio conhecimento na dicotomia entre definir atos versus perfis funcionais?
De novo os reguladores de todos os Estados-Membros **são consensuais em não buscar para a área da Saúde uma visão constrangida, limitadora ou cerceadora da mais digna atividade de prestação *ao outro*.**
É assim que, ultrapassando obscurantismos, em diálogo profícuo e expansionista, orientado para a realidade, com a qual lida quotidianamente, **a Saúde, para lá dos seus grupos profissionais, se afirma como conceito de *prestação*, dotada em especial de aspetos intrínsecos:**

- Uma prestação universal – no sentido de que todo o profissional de Saúde tem por obrigação, honra e conduta digna, à qual desde logo adere por via dos códigos de deontologia que aceita e o sujeitam, usar de todo o seu conhecimento atualizado, a fim de prestar o melhor cuidado que lhe é objetivamente exigível;

- Uma prestação com reais necessidades de interdisciplinaridade – pois o trabalho em equipa e a conjugação de saberes diversos é hoje, mais do que nunca, um imperativo ético e moral na procura de soluções de assistência completa, integrada e eficaz ao doente;

- Uma prestação orientada para a prática colaborante que não acentue tensões de diferentes vetores – há que observar alguns dos textos da Organização Mundial da Saúde (vide WHO), a qual, coadunada com a sua definição de Saúde **não se priva** com a noção de "ausência de afeções e enfermidades " mas antes, adota uma definição intensiva, no sentido de intencional, ao contrário de extensiva, a nosso ver não exaustiva, naquele que define como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social". Afirmando categoricamente que " As ciências da saúde formam profissionais com conhecimentos

...

omd
Formação & Ciência
CADERNO DA REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

MAIO 2016
NÚMERO 29
TRIMESTRAL
WWW.OMD.PT

EDITORIAL

Da medicina dentária regenerativa à engenharia dos tecidos dentários – o futuro da prática clínica?

A prática clínica da medicina dentária sempre teve como principal objetivo a regeneração dos tecidos lesados, visando a sua substituição por tecidos com características morfo-funcionais idênticas às do original, por oposição à reparação tecidular, que resulta na formação de um tecido cicatricial, uma adaptação fisiológica sem recuperação da forma e/ou função lesadas. A utilização histórica do cimento de hidróxido de cálcio é um bom exemplo desta abordagem regenerativa, visando a estimulação da produção de tecido dentinário.

Neste contexto, o advento da engenharia de tecidos permitiu a mudança do paradigma regenerativo na medicina dentária, como princípio fundamental para a abordagem terapêutica a diversas patologias. Nos anos 90 do séc. XX, o trabalho pioneiro de Robert Langer, químico de polímeros, e Joseph Vacanti, cirurgião de transplantes, descreveu a possibilidade de criar tecidos em laboratório, através da cultura de células sob um substrato biodegradável, visando a sua posterior implantação e promoção da regeneração tecidular. Esta abordagem, decorrente da ação interdisciplinar dos princípios da engenharia e das biociências, visa, assim, o desenvolvimento de substitutos biológicos que restaurem, mantenham ou melhorem a função tecidular.

Os progressos atingidos revelam-se promissores apesar da necessidade de validação clínica em termos de biossegurança, eficácia e reprodutibilidade

Estão descritas diversas aplicações com sucesso na regeneração da pele, músculo, osso e cartilagem, sendo que, mais recentemente, o potencial da engenharia de tecidos foi direcionado para a regeneração das estruturas dentárias. Na abordagem regenerativa do esmalte, sendo este um tecido acelular isento de reabsorção e remodelação, as novas abordagens centram-se na criação de materiais que combinem amelogeninas com apatite cristalina modificada e hierarquicamente organizada, originando um substrato biomimético. Na regeneração de dentina, a libertação controlada de indutores biológicos (e.g., proteínas morfogénicas do tecido ósseo, sialoproteína óssea e amelogeninas) tem demonstrado sucesso em diversos modelos animais. A regeneração da polpa apresenta-se mais complexa, englobando a aplicação conjugada de sinais moleculares, populações celulares e substratos que transportem ou permitam a atração de células, favorecendo a sua proliferação e diferenciação controlada, para a formação de um tecido com características morfo-funcionais adequadas.

Os progressos atingidos revelam-se promissores apesar da necessidade de validação clínica em termos de biossegurança, eficácia e reprodutibilidade. Espera-se, desta forma, uma mudança de paradigma na abordagem terapêutica médico-dentária, com a disponibilização de produtos baseados na engenharia de tecidos, modificando o estado da arte na prestação de cuidados de saúde médico-dentários, e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Pedro Sousa Gomes
Médico dentista

Composição do Conselho Científico

Ricardo Faria e Almeida (Presidente)
Cassiano Scapini
Cristina Trigo Cabral
Francisco Fernandes do Vale
João Desport
João Paulo Tondela
José João Mendes
Luís Pedro Ferreira
Paulo Durão Maurício
Paulo Miller
Pedro Ferreira Trancoso
Pedro Pires
Pedro Sousa Gomes
Sandra Gavinha
Sofia Arantes e Oliveira
Susana Noronha

Sumário

02 • **Artigo de investigação**
Alterações biomecânicas e estruturais associadas ao uso de próteses parciais removíveis: estudo-piloto
Ana Lúcia Cunha; Sandra Gavinha

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

ALTERAÇÕES BIOMECÂNICAS E ESTRUTURAIS ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS: ESTUDO-PILOTO

ANA LÚCIA CUNHA [1] SANDRA GAVINHA [2]

[1] Médica Dentista; Aluna da Pós-graduação em CCMD, FCS-UFP

[2] Médica Dentista; Professora Associada da FCS-UFP

RESUMO

Objetivo: Avaliação das alterações biomecânicas e estruturais associadas à Reabilitação Oral com Próteses Parciais Removíveis.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo epidemiológico, do tipo observacional transversal, analítico ou de prevalência numa amostra da população de pacientes reabilitados com prótese parcial removível nas Clínicas Pedagógicas da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, entre 2008 e 2012, através da aplicação de um inquérito para registo de dados. Foram observados 60 pacientes a quem foi aplicado o inquérito e realizada a observação das suas próteses. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado no programa *Microsoft Office Excel 2007* e na *IBM SPSS Statistics* 20.0. O *Teste do Qui-Quadrado* foi aplicado para determinar as diferenças existentes entre os grupos e utilizado um nível de confiança de 95%.

Resultados: Foram avaliados 60 pacientes com uma média de idades de 63,32 ± 11,07 anos, sendo 56,7% do género feminino. A desdentação mais frequente foi a Classe I de Kennedy para a mandíbula (72,0%) e as próteses parciais esqueléticas foram o tipo de próteses predominante. Estabilidade e suporte estável ou bom, foi encontrado na maior parte das próteses avaliadas, quer maxilares, quer mandibulares. A retenção registou-se como aceitável em 53,2% das próteses parciais removíveis maxilares e em 44 % das mandibulares. Quanto aos parâmetros adaptação da base, estado de conservação e estética, mais de metade das próteses maxilares e mandibulares em estudo, possuíam um nível bom. Readaptações, foram registadas em 25% das próteses e fraturas em 18,3%. Os acrescentos verificaram-se em apenas 14 próteses (23,3%).

Conclusões: A estabilidade e a retenção foram os critérios de avaliação com valores mais baixos e insatisfatórios quando comparados com o suporte das próteses. Verificaram-se algumas alterações estruturais levando a necessidade de tratamentos de readaptação dos dispositivos, sendo que uma grande percentagem nunca sofreu qualquer tipo de alteração estrutural.

INTRODUÇÃO

A reabilitação oral com recurso à prótese parcial removível (PPR) convencional deve permitir restaurar o plano oclusal, a função mastigatória a estética e todas as restantes funções do aparelho estomatognático, sem qualquer prejuízo para os dentes remanescentes nem para os tecidos de suporte, bem como devolver a autoestima e a dignidade ao paciente (Goiato et al., 2011; Carneiro et al., 2013).

A nível biológico a presença de próteses dentárias (PD) está associada a um aumento da formação de biofilmes, levando ao aparecimento de cárie dentária, da probabilidade aumentada da ocorrência de recessão gengival e do aparecimento de doença periodontal principalmente nos dentes pilares, podendo levar à perda dentária (Featherstone et al., 2011; Preshaw et al., 2011; Jorge et al., 2012; Oilo et al., 2015). Relativamente aos aspetos mecânicos é necessário que exista um adequado suporte, estabilidade, retenção, e uma oclusão harmoniosa,

respeitando as estruturas anatómicas da cavidade oral com o objetivo de máxima preservação. Estes aspetos são alcançados através da realização de um estudo pré-protético e de um correto planeamento reabilitador para além da necessidade do controlo rigoroso deste tipo de dispositivos (Goiato et al., 2011). Apesar de serem respeitadas as regras de construção e manutenção, existem sempre alterações biomecânicas e estruturais associadas ao uso de PPR. **Fraturas das bases da prótese e dos dentes artificiais:** A fratura da base protética é bastante comum, sendo o mais prevalente, a fratura ou descolamento dos dentes artificiais. Provem da fadiga originada através da flexão. Geralmente a flexão ocorre em zonas com fendas visíveis a nível microscópico, concentrando-se aí zonas de stress. É mais frequente que estas fraturas ocorram a nível anterior do que a nível posterior (Hirajima et al., 2009). **Alteração da retenção, fraturas ou deformação dos retentores diretos:** A retenção nas PPR, especialmente Classes III e IV de Kennedy, é dada pelos retentores diretos e sabemos que ativações excessivas de um retentor, podem gerar fadiga cíclica e consequentemente gerar fratura dos mesmos (Goiato et al., 2011). As ligas de Co-Cr são muito utilizadas na confeção das PPR, devido ao seu baixo custo e à sua resistência à fadiga cíclica. Esta fadiga cíclica resulta essencialmente da inserção e desinserção do dispositivo e das forças mastigatórias (Cheng et al., 2010; Tannous et al., 2012; Tokue et al., 2013). Existem autores que afirmam que quanto maior for o limite de proporcionalidade das ligas dos retentores, menor será a probabilidade de deformação e consequentemente menor será a probabilidade de fratura (Cheng et al., 2010; Tannous et al., 2012). **Alteração da cor dos materiais:** A alteração da cor dos materiais resulta de fatores extrínsecos ou de fatores intrínsecos. Os fatores extrínsecos são causados devido a fenómenos de absorção e adsorção em meio oral, enquanto os fatores intrínsecos, à descoloração das próteses devido ao uso prolongado do material, resultante da exposição a produtos químicos e físicos, envolvendo alterações térmicas e de humidade. Podem ainda existir outros fatores como a desidratação ou a absorção de água (Assunção et al., 2009). As próteses quando expostas a corantes alimentares como por exemplo, chás e café, bem como alguns produtos usados na higienização protética, podem pigmentar e/ou alterar a cor dos materiais que as constituem. Como exemplo, o uso de *Hipoclorito de Sódio* como produto de higienização da prótese que provoca a descoloração dos materiais que a constitui (Hong et al., 2009; Barão et al., 2015). **Alterações da estabilidade, do suporte e da adaptação da base protética:** As alterações que necessitam de readaptações de base estão relacionadas com o osso basal mandibular que sofre alterações ao nível morfológico, devido à perda dentária com alteração do ângulo goniaco que pode alargar e ocorrer um encurtamento da altura dos ramos mandibulares e dos côndilos, levando a uma diminuição no tamanho vertical do terço inferior da face e a uma rotação da mandíbula. A perda dentária leva a uma reabsorção contínua do osso alveolar e a uma redução dos sulcos residuais (*Huumonen et al.*, 2012; *Kovacic et al.*, 2012). A redução do rebordo alveolar residual pode ser considerada uma alteração biológica associada ao uso de uma prótese, e muitos clínicos afirmam ser a alteração mais prevalente (Divaris et al., 2012). Estas alterações estão relacionadas com a estabilidade e com alterações do suporte protético. Devem portanto ser considerados os fatores etiológicos locais relacionados com a reabsorção e que podem alterar bases, suporte e consequentemente influenciar a estabilidade. Os aspetos relacionados e que podem agravar cada situação clínica são o tipo de próteses, qual o maxilar reabilitado, esquema oclusal de reabilitação, características do rebordo alveolar residual, tempo de ausências dentárias e outros fatores intrínsecos (*Huumonen et al.*, 2012; *Kovacic et al.*, 2012).

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo-piloto compreendeu uma amostra de pacientes escolhidos e cuja reabilitação com PPR convencional foi realizada nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (CPMD-FCS-UFP), entre o ano de 2008 e 2012 na unidade curricular de prostodontia. A amostra foi selecionada, tendo em atenção os seguintes critérios de exclusão: pacientes reabilitados com PPR que não foram reabilitados

nas CPMD-FCS-UFP; pacientes reabilitados com prótese fixa ou implantes; pacientes que foram reabilitados com PPR nas CPMD-FCS-UFP, mas que se encontrem a ser reabilitados; pacientes que não utilizem as PPR ou que tenham perdido uma ou ambas as próteses; pacientes reabilitados entre 2008 a 2012 que não tenham visitado as CPMD-FCS-UFP nos últimos 4 anos. O número de participantes neste estudo foi de 60, com uma taxa de adesão de 39,2. Para a análise de dados, recorreu-se ao *Microsoft Office Excel 2007* e à *IBM SPSS Statistics* 20.0. O *Teste do Qui-Quadrado* foi aplicado para determinar as diferenças existentes entre os grupos e utilizado um nível de confiança de 95%. O presente estudo teve a aprovação da Comissão de Ética da UFP. Os critérios para a avaliação clínica foram adaptados do estudo efetuado por Etman et al. (2012): **Estabilidade:** aplicou-se uma força ligeira de pressão vertical unilateralmente e observou-se o deslocamento no lado contra lateral. Considerou-se: boa, ligeiro ou nenhum movimento da prótese sob pressão; aceitável, movimento moderado quando se aplicou a força nas estruturas de suporte; insatisfatória, movimento acentuado quando se aplicou pressão sob as estruturas de suporte. **Suporte:** avaliou-se a resistência da prótese ao deslocamento da mesma na direção dos tecidos quando foi aplicada uma força vertical. Considerou-se: bom, boa resistência ao deslocamento da prótese no sentido dos tecidos moles às forças verticais; aceitável, ligeira ou moderada resistência ao deslocamento da prótese no sentido dos tecidos moles às forças verticais; insatisfatório, nenhuma resistência ao deslocamento da prótese, no sentido dos tecidos moles, às forças verticais. **Retenção:** avaliou-se a resistência vertical da PPR quando se aplicou força para remover a mesma. Foi considerada: boa, boa resistência à tração vertical e resistência suficiente às forças laterais; aceitável, ligeira ou moderada resistência à tração vertical, pouca resistência às forças laterais; insatisfatória, nenhuma resistência à tração vertical e nenhuma resistência às forças laterais. A prótese lugar deslocava-se. **Adaptação da base das próteses:** a adaptação foi avaliada consoante a base da PPR se encontrava em concordância ou não com as estruturas anatómicas subjacentes. Considerou-se: boa, adaptação da base das próteses às estruturas anatómicas subjacentes; aceitável, ligeira a moderada adaptação da base das próteses às estruturas anatómicas subjacentes; insatisfatória, nenhuma adaptação da base das próteses às estruturas anatómicas subjacentes. **Estado de conservação das próteses:** foi avaliada a integridade estrutural da PPR. Foi considerado: boa, quando a prótese se encontrava a nível estrutural íntegra; aceitável, presença de fissuras na prótese; insatisfatória, presença de fraturas completas na prótese ou perda de partes da mesma. **Estética:** avaliação das seguintes características: cor, morfologia, posição e tamanho dos dentes artificiais. Considerou-se: boa, cor, morfologia, posição e tamanho dos dentes artificiais o mais esteticamente favorável para o paciente. Reproduzindo fidedignamente os dentes naturais ausentes; aceitável, cor, morfologia, posição e tamanho dos dentes artificiais o mais razoável para o paciente. Reproduzia os dentes naturais ausentes, mas com um claro aspeto de artificiais; insatisfatória, cor, morfologia, posição e tamanho dos dentes artificiais incorretos, não reproduzindo uma correta reabilitação estética. **Higiene das próteses:** a presença de placa bacteriana traduziu-se por presença de placa bacteriana nas bases e conectores da prótese. A ausência de placa bacteriana traduziu-se por uma prótese corretamente higienizada, sem placa bacteriana visível

RESULTADOS

A média de idades dos pacientes participantes foi de 63,32 ± 11,07 anos, sendo 56,7% do género feminino e 43,3% do género masculino. Em 40,0% dos pacientes em estudo a prótese a ser avaliada era a sua primeira experiência reabilitadora. A média do número de consultas de controlo realizadas pelos pacientes participantes após a inserção das atuais próteses foi de 3,23 ± 2,31. A desdentação mais frequente foi a Classe I de Kennedy para a mandíbula (72,0%), porém a Classe I e III de Kennedy maxilar foi igualada (34,0%). A Classe IV de Kennedy foi a menos frequente (Figura 1).

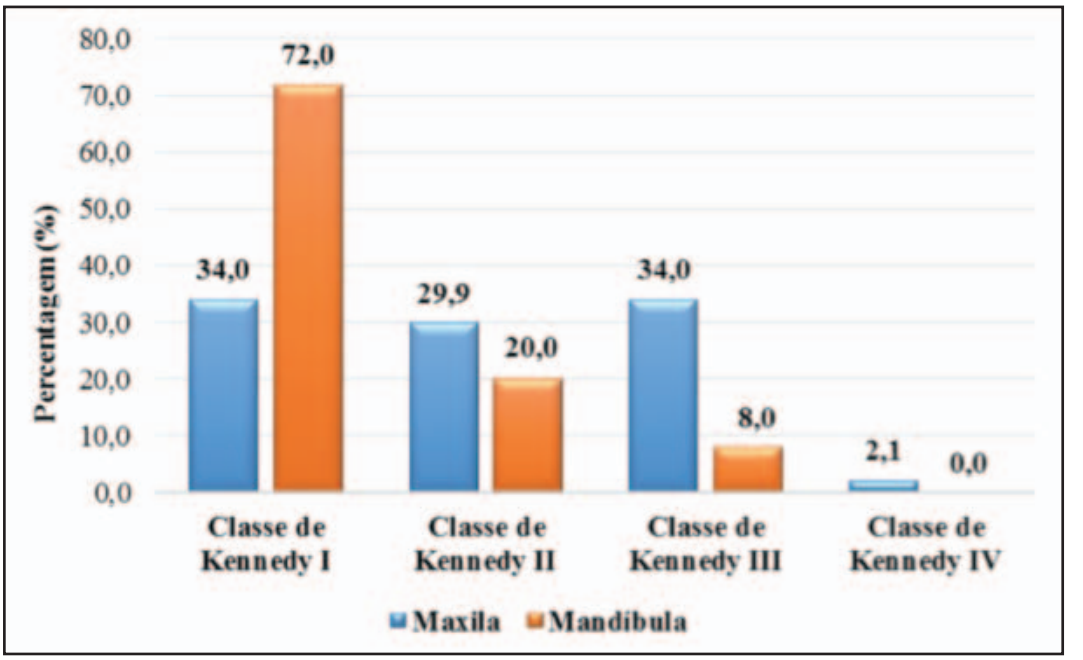


Figura 1: Classificação das desdentações com recurso à classificação de Kennedy

O tipo de PPR mais predominante na presente amostra, tanto para a maxila como para a mandíbula, foi a PPR esquelética (Figura 2).

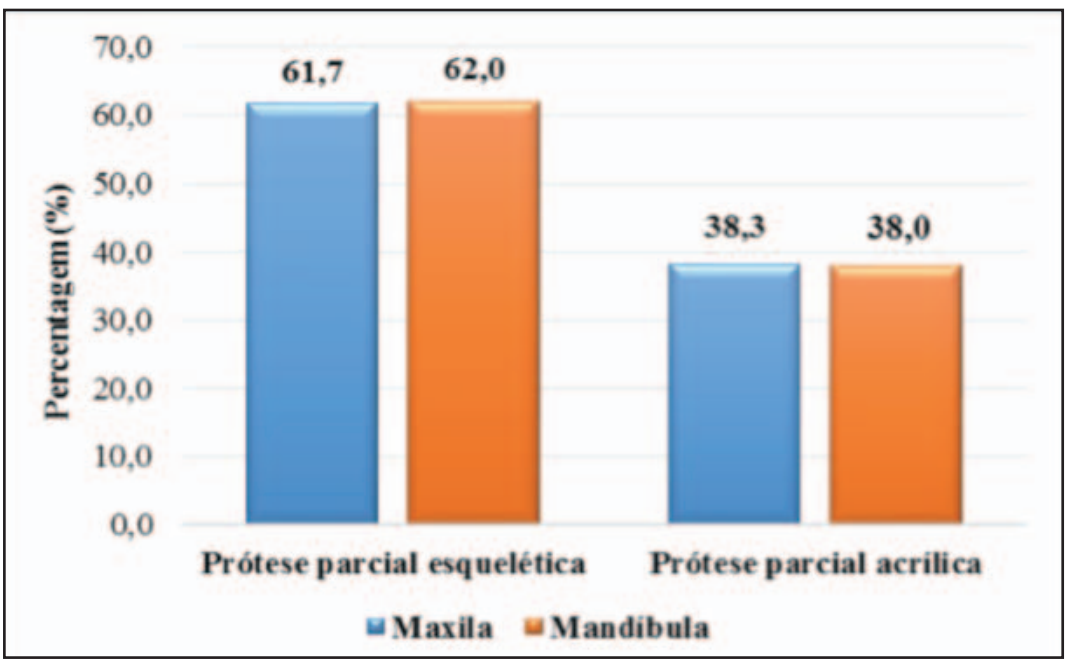


Figura 2: Distribuição dos tipos de PPR

Registaram-se uma maioria das PPR em estudo com estabilidade e suporte aceitável ou bom. Mais de metade (53,2%) das PPR maxilares apresentavam-se no estado aceitável quanto à retenção (Figura 3). As próteses mandibulares na sua maioria registaram valores de estabilidade e suporte considerados "bons". Contudo, a nível da retenção os valores de PPR mandibulares com retenção boa e PPR mandibulares com retenção aceitável igualaram-se (44,0%) (Figura 4).

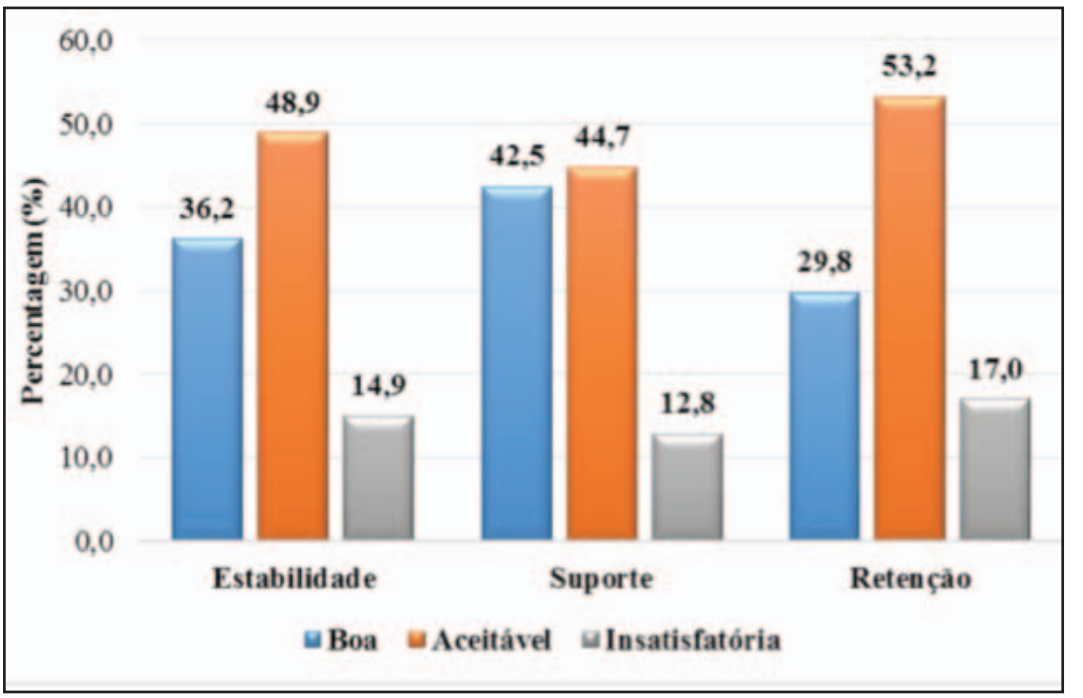


Figura 3: Estado das PPR maxilares quanto à estabilidade, suporte e retenção

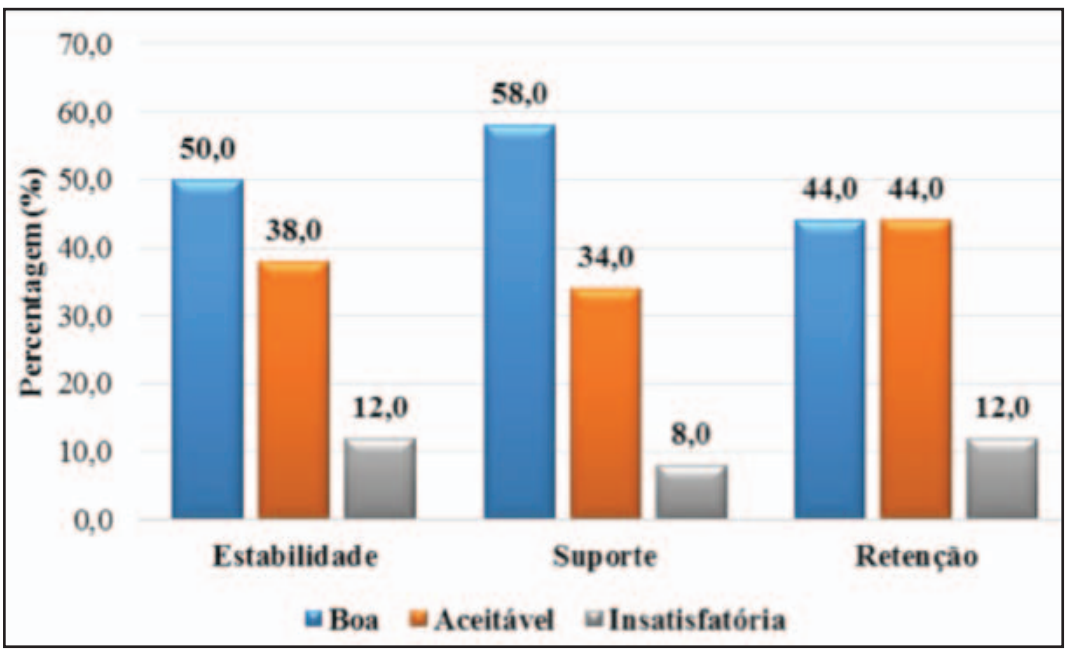


Figura 4: Estado das PPR mandibulares quanto à estabilidade, suporte e retenção

Os parâmetros avaliados: adaptação da base, estado de conservação e estética, nas PPR maxilares, registam-se com um nível bom. Nenhuma PPR maxilar se registou como insatisfatória ao nível da estética. As PPR mandibulares registavam valores clínicos bons na avaliação de adaptação da base, estado de conservação e estética, respetivamente: 58,0%, 70,0% e 76,0% (Figura 5).

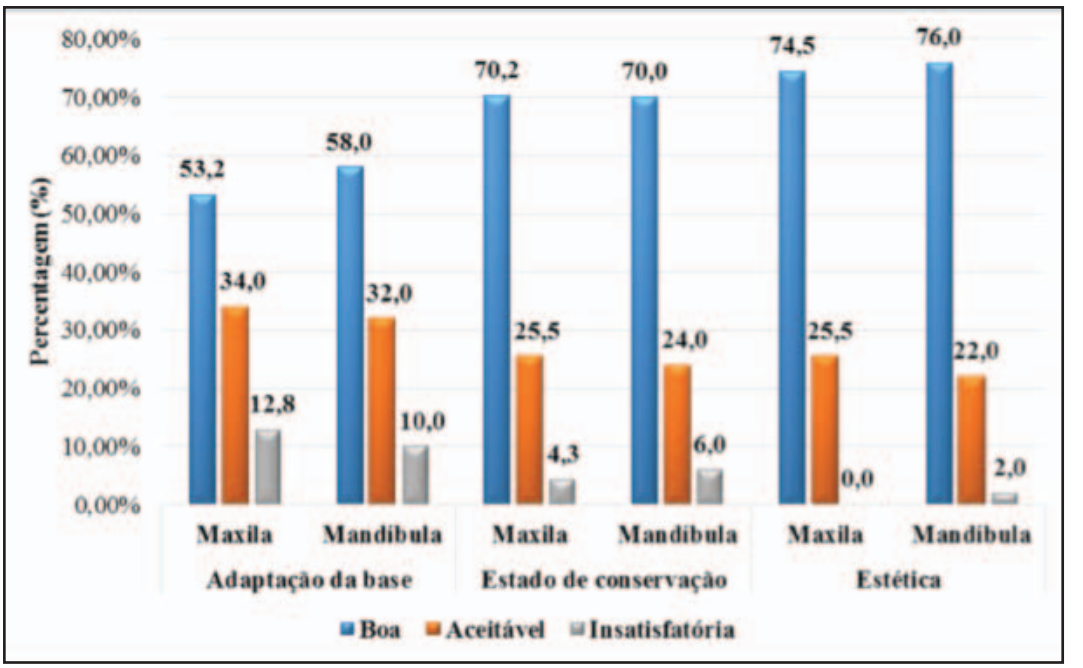


Figura 5: Estado das PPR quanto à adaptação da base, estado de conservação e estética

Registaram-se 25% de próteses que sofreram readaptações e fraturas com respetivo conserto, em apenas 18,3% (n=11). No que respeita aos possíveis acrescentos que as PPR possam ter sofrido, apenas em 14 próteses (23,3%) foram encontradas (Tabela 1).

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM AS ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS

	"As próteses sofreram readaptações?"		*"As próteses sofreram fraturas com o seu respetivo conserto?"*		*"As próteses sofreram acrescentos?"*	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sim	15	25,0%	11	18,3%	14	23,3%
Não	45	75,0%	49	81,7%	46	76,7%
Total	60	100,0%	60	100,0%	60	100,0%

Da análise comparativa entre o ano de inserção das próteses removíveis superiores e inferiores e os valores de readaptações, fraturas e acrescentos, concluiu-se com 95% de confiança que não existia uma relação estatisticamente significativa entre as readaptações, fraturas, e acrescentos sofridos pelas PPR e o ano de colocação. O mesmo se constatou relativamente à análise comparativa entre os diferentes parâmetros analisados do estado das próteses e o ano da sua inserção.

A higiene das PPR foi avaliada de acordo com os critérios e registou-se quer para a maxila ou para a mandíbula, que mais de metade das próteses (68,1% e 70% respetivamente) apresentava ausência de placa bacteriana (Tabela 2).

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO DA HIGIENE DAS PRÓTESES

	Maxila		Mandíbula	
	N	%	N	%
Presença de placa bacteriana	15	31,9%	15	30,0%
Ausência de placa bacteriana	32	68,1%	35	70,0%
Total	47	100,0%	50	100,0%

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A taxa de adesão dos pacientes para participarem no estudo em questão (39,2%) foi ligeiramente menor em relação a outros estudos publicados, com metodologia muito semelhante como o estudo efetuado por Koyama e seus colaboradores (2010), em que a taxa de adesão foi de 41,6% ou o estudo efetuado por Amorim (2013), com 41,2% de participantes. No estudo de Cosme et al. (2006) os autores referem apenas uma taxa de adesão de 38,8%.

A média de idades dos pacientes em estudo 63,32 ± 11,074 regista-se dentro das médias de outros estudos considerados como Carneiro et al. (2013) ou Osterberg et al. (2007). Constatou-se também que a grande maioria dos pacientes tinha mais de 60 anos (56,7%), podendo associar esta evidência ao facto de autores como Carneiro e seus colaboradores (2013) defenderem que a população mundial é constituída maioritariamente por população idosa, inclusive em Portugal e que a desdentação parcial ou até mesmo total está muito associada a esta faixa etária. O grupo etário em minoria era constituído, essencialmente por pacientes com idade inferior a 45 anos (5,0%), podemos supor, como afirma Petersen et al. (2005), que as medidas preventivas defendidas estejam a consciencializar a população, levando a que existam mais cuidados com a sua saúde oral, ou então, como se verificou numa revisão bibliográfica efetuada por Zitzmann e seus colaboradores (2007) e num outro estudo efetuado por Osterberg et al. (2007), que os pacientes mais jovens com necessidades de reabilitações tendem a optar por opções mais dispendiosas e mais cómodas.

O estado das PD tanto superiores como inferiores, apresenta-se bom, comparativamente às outras opções, resultados estes muito semelhantes aos obtidos por Cosme e seus colaboradores (2006) e por Abouelkomsan et al. (2012). Mas se analisarmos, em particular, a percentagem de próteses em estado insatisfatório vemos que a estabilidade e a retenção foram os critérios de avaliação com valores mais baixos e insatisfatórios tal como foi registado por Jorge e colaboradores (2012) e por Bilhan et al. (2012), onde a falta de retenção foi a complicação mecânica com mais prevalência. Verificou-se, também, que as PD maxilares obtiveram mais resultados registados como “bons” do que resultados aceitáveis comparativamente às PD mandibulares, resultados muito semelhantes aos obtidos por Etman et al. (2012).

Da análise entre o estado da PD e o tipo de desdentação, não se registou qualquer associação estatisticamente significativa, sendo que outros autores como Amorim (2013) e Ferreira (2015) também apresentaram resultados semelhantes. No entanto, o número de avaliações pode condicionar estes valores.

Nos parâmetros referentes às alterações estruturais, regista-se a maioria das PPR em estudo (aproximadamente 75%), como não tendo sofrido nem readaptações, fraturas ou acrescentos, resultados muito semelhantes aos obtidos por Vanzeveren et al. (2003), onde apenas 37,3% das PPR superiores e 14, 8% das inferiores tinham sofrido alterações. A maioria das PD inseridas no ano de 2012 foram as que obtiveram maior valor de percentagem de readaptações,

acrescentos e fraturas. Contudo, verificou-se haver ausência de associação estatisticamente significativa, entre o ano de inserção e os valores de readaptações, acrescentos e fraturas. Num estudo efetuado a Jorge et al. (2012), a 75 pacientes, após 5 anos de uso da PD, registaram uma baixa percentagem de fraturas e readaptações. Hirajima et al. (2009) afirmam que 68% das PD avaliadas após 3 anos, sofreram fraturas sendo mais prevalentes as fraturas ou descolamentos dos dentes artificiais da base protética.

Em mais de metade das PD regista-se ausência de placa bacteriana, muito semelhante aos resultados obtidos por Cosme et al. (2006) e por Abouelkomsan et al. (2012), onde 90% das PPR avaliadas possuíam uma boa higiene oral. Contudo estes resultados contrariam muitos autores, como Preshaw et al. (2011) que defendem, que muitos dos pacientes não tem o hábito de realizar a higiene oral e protética, sendo necessário que o médico dentista motive e incentive estes hábitos nas consultas de controlo. O mesmo se verificou num estudo realizado por Baran e seus colaboradores (2009) onde 89% da amostra em estudo (310 indivíduos), apresentavam higiene oral pobre das suas próteses removíveis, no entanto, neste estudo ficou provado existir associação significativa entre os hábitos de higiene oral e a idade, o género, o nível socioeconómico e o nível de instrução escolar.

CONCLUSÕES

As próteses mandibulares registaram mais resultados classificados como “bons” do que resultados “aceitáveis” comparativamente às maxilares. A estabilidade e a retenção foram os critérios de avaliação com valores mais baixos e insatisfatórios quando comparados com o suporte das próteses. Relativamente ao estado de conservação tanto das próteses superiores como inferiores verificamos a existência de uma percentagem maior de próteses em bom estado registando-se ligeira tendência para um estado melhor das próteses mandibulares. Alterações estruturais que levam a necessidade de tratamentos de readaptação dos dispositivos, foram registadas, sendo que uma grande percentagem das PPR avaliadas nunca sofreu qualquer tipo de alteração estrutural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouelkomsan, A. M., Butt, A. M. e Dall, A. Q. (2012). Removable partial dentures: patient satisfaction with associated demographic and biomechanical factors. Pakistan Oral & Dental Journal, 32(3), pp. 564-568.
- Amorim, S. C. R. (2013). Avaliação clínica das complicações em prostodontia removível. Viseu, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Assunção, W. G., et alli. (2009). Effect of polymerization methods and thermal cycling on color stability of acrylic resin denture teeth. J Prosthet Dent, 102(6), pp. 385-392.
- Baran, I. e Nalçaci, R. (2009). Self-reported denture hygiene habits and oral tissue conditions of complete denture wearers. Archives of Gerontology and Geriatrics, 49, pp. 237-341.
- Barão, V. A. R., et alli (2015). Long-term clinical evaluation of the color stability and stainability of acrylic resin denture teeth. The Journal of Prosthetic Dentistry, pp. 628-635.
- Bilhan, H., et alli. (2012). Complication rates and patient satisfaction with removable dentures. J Adv Prosthodont, 4, pp. 109-115.
- Carneiro, A. C. M., et alli. (2013). Caracterização da desdentação parcial numa amostra populacional de uma Faculdade de Medicina Dentária. Revista Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, 54, pp. 60-67.
- Cheng, H., et alli. (2010). Cyclic fatigue properties of cobalt-chromium alloy clasps for partial removable dental prostheses. J Prosthet Dent, 104, pp. 389-396.
- Cosme, D. C., et alli. (2006). Functional evaluation of oral rehabilitation with removable partial dentures after five years. J Appl Oral Sci, 14(2), pp. 111-116.
- Divaris, K., et alli. (2012). Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population. Gerodontology, 29, pp. 192-199.

- Etman, M. K. e Bikey, D. (2012). Clinical performance of removable partial dentures: A retrospective clinical study. Open Journal of Stomatology, 2, pp. 173-181.
- Featherstone, J. D. B., Singh, S. e Curtis, D. A. (2011). Caries Risk Assessment and Management for the Prosthodontic Patient. Journal of Prosthodontics, 20, pp. 2-9.
- Ferreira, N. M. F. D. (2015). Reabilitação de selas livres com prótese removível caracterização e resolução de complicações. Viseu, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Goiato, M. C., et alli. (2011). Insertion and follow-up of complete dentures: a literature review. Gerodontology, 28, pp. 197-204.
- Hirajima, Y., Takahashi, H. e Minakuchi, S. (2009). Influence of a denture strengthener on the deformation of a maxillary complete denture. Dental Materials Journal, 28(4), pp. 507-512.
- Hong, G., et alli. (2009). Influence of denture cleansers on the color stability of three types of denture base acrylic resin. J Prosthet Dent, 101, pp. 205-213.
- Huumonen, S., et alli. (2012). Residual ridge resorption, lower denture stability and subjective complaints among edentulous individuals. Journal of Oral Rehabilitation, 39, pp. 384-390.
- Jorge, J. H., et alli. (2012). Clinical evaluation of failures in removable partial dentures. Journal of Oral Science, 54(4), pp. 337-342.
- Koyano, K., Tsukiyama, Y. e Kuwatsuru, R. (2012). Rehabilitation of occlusion - science or art?. Journal of Oral Rehabilitation, 39, pp. 513-521.
- Kovacic, I., Zlataric, D. K. e Clebic, A. (2012). Residual ridge atrophy in complete denture wearers and relationship with densitometric values of a cervical spine: a hierarchical regression analysis. Gerodontology, 29, pp. 935-947.
- Oilo, M. & Bakken, V. (2015). Biofilm and Dental Biomaterials. Materials, 8, pp. 2887-2900.
- Osterberg, T. e Carlsoon, G. E. (2007). Dental state, prosthodontic treatment and chewing ability - a study of five cohorts of 70-year-old subjects. Journal of Oral Rehabilitation, 34, pp. 553-559.
- Petersen, P. E. e Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol, 33, pp. 81-92.
- Preshaw, P. M., et alli. (2011). Association of removable partial denture use with oral and systemic health. Journal of Dentistry, 39, pp. 711-719.
- Tannous, F., et alli. (2012). Retentive forces and fatigue resistance of thermoplastic resin clasps. Dental Materials, 28, pp. 273-278.
- Tokue, A., Hayakawa, T. e Ohkubo, C. (2013). Fatigue resistance and retentive force of cast clasps treated by shot peening. Journal of Prosthodontics Research, 57, pp. 186-194.
- Vanzeveren, C., et alli (2003). Treatment with removable partial dentures: longitudinal study. Part I. J. Oral Rehabil, 30(5), pp. 447-458.
- Zitzmann, N. U., Hagmann, E. e Weiger, R. (2007). What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe?. Clin. Oral Impl. Res., 18(3), pp. 20-33.

CLÍNICAS DENTÁRIAS SUÍÇAS DE **ALTA QUALIDADE**

PROCURAMOS PROFISSIONAIS EXPERIENTES PARA SE JUNTAREM À NOSSA EQUIPA INTERNACIONAL!

REQUER-SE
um bom domínio de todas as áreas de Medicina Dentária

VALORIZA-SE
domínio do idioma Francês, escrito e falado (nível B2)

Honorários mensais aproximados entre 15.000€ e 30.000€

DENTISTE-AIGLE.COM

CHABLAIS-DENTAIRE.CH

SWISS-DENTALCLINIC.COM

DENTISTES-VALAIS.CH

Recebemos os CV em:
contact@lausanne-dentaire.ch

omd AGENDA

EVENTOS CIENTÍFICOS

■ **Formação Contínua OMD** ■ **Eventos Acreditados pela OMD** **2016**

EM PORTUGAL

- **Curso Modular de Regeneração Óssea**
  3º Módulo – Regeneração óssea guiada
  - os princípios, a clínica e os insucessos
  23 de Maio de 2016
  – Vip Executive Villa Rica – Lisboa

- **Curso Modular de Prótese Removível**
  3º Módulo – Prótese removível
  sobre implantes
  23 de Maio de 2016
  – Porto Palácio Congress Hotel & Spa - Porto

- **Curso de fim de dia**
  8º Curso – Sessão Única Vs Sessões Múltiplas
  6 de Junho de 2016
  – Porto Palácio Congress Hotel & Spa - Porto

- **Curso de fim de dia**
  9º Curso – Odontopediatria: da infância
  até à adolescência
  13 de Junho de 2016
  – Hotel Tryp Coimbra - Coimbra

- **Curso Conselho Deontológico e de Disciplina**
  17 de Junho de 2016
  – Meliá Ria Hotel & Spa – Aveiro

- **Curso Prático | Hands-on | Regeneração Óssea**
  18 de Junho de 2016
  – Vip Executive Villa Rica – Lisboa

- **Curso Prático | Hands-on | Prótese Removível**
  18 de junho de 2016
  – Porto Palácio Congress Hotel & Spa – Porto

- **Curso de fim de dia**
  10º Curso – Controlo Comportamental
  em odontopediatria
  4 de Julho de 2016
  – Hotel Vip Executive Villa Rica - Lisboa

- **Curso de fim de dia**
  11º Curso – Protocolo de colocação
  de implantes
  18 de Julho de 2016
  – Hotel Lusitânia – Guarda

- **Curso Teórico – Prótese Parcial Removivel**
  3 de Setembro de 2016
  – Espaço Físico OMD – Ilha Terceira

- **Curso de fim de dia**
  12º Curso – Branqueamento dentário:
  o estado da arte
  12 de Setembro de 2016
  – Hotel Príncipe Perfeito - Viseu

- **Curso de fim de dia**
  13º Curso – Biópsias na cavidade oral
  26 de setembro de 2016 – Hotel Eva - Faro

- **Curso de Suporte Básico Vida**
  + Desfibrilhação Automática Externa
  1 de Outubro de 2016
  – Instalações CVP – Funchal

- **Curso de Introdução à Atividade Profissional**
  4 de Outubro de 2016
  – Porto Palácio Congress Hotel & Spa - Porto

- **Curso de Introdução à Atividade Profissional**
  10 de Outubro de 2016
  – Hotel Real Palácio - Lisboa

- **Curso Conselho Deontológico e de Disciplina**
  14 de Outubro de 2016
  – Beja Parque Hotel – Beja

- **Curso de fim de dia**
  14º Curso – A inclusão dentária
  - do diagnóstico ao tratamento.
  17 de Outubro de 2016
  – Hotel dos Templários – Tomar

- **Curso de Suporte Básico Vida**
  + Desfibrilhação Automática Externa
  22 de Outubro de 2016
  – Instalações CVP - Ponta Delgada

- **XXV Congresso da OMD**
  10, 11 e 12 de novembro - Exponor - Porto

...

na prevenção de doenças, prática assistencial e promoção do bem-estar da população." Como apartar atos no paradigma fundamental das ciências da Saúde?

Portanto, veio a revelar-se prevalecente a necessidade da regulamentação da Saúde, naquela que é a abordagem de todos os normativos, recomendações, *guidelines*, ensaios e escritos doutrinais: **como derivação, não de uma listagem estanque do que pode dar pelo nome de Saúde, ou um seu ramo setorial, mas sim, uma derivação natural dos pressupostos do que deve ser a Saúde.**

É a prestação qualificada que está, por essa razão, no cerne da definição das profissões da saúde.
Forçoso parece ser o entendimento mundial de que **em Saúde a pergunta da qualificação e aptidão** é mais valiosa do que a mera resposta catalogadora, por imperfeita.

Catalogar uma profissão, é por natureza uma missão ingrata, provisória, precária e efémera. Agrava riscos de tensões inférteis para o doente no seio da equipa assistencial, acentua diante dele a falta de uma visão coesa num campo delicado da vida, senão mesmo uma visão carreada pelas impossibilidades naturais de uma definição absoluta. Razão pela qual ninguém o faz ou fez. Não quererá? Ou, em consciência, não poderá?
É importante, nesta fase da presente pronúncia, admitir que a análise da teleologia de um sistema não pode sobreviver sem uma análise comparada de regimes.
Posto que o § 3º seguinte estabelece a necessária ligação de contexto que levou à adoção do título do presente parecer: **É afinal possível, no sentido de correto, estabelecer atos próprios em Saúde ou antes agir no sentido de trabalhar o âmbito funcional de cada profissão do setor?**

3º Os factos relevantes e os regimes comparados aplicáveis.
O primeiríssimo facto relevante é que **ninguém jamais listou em concreto um conjunto de atos aos quais pudesse ter chamado, e estes respondido, pelo nome de "atos de saúde".**
Pelo contrário, o ato de Saúde é definido segundo um critério subjetivo, no sentido de verificar se ele é praticado por determinado sujeito, esse sim, explicitamente definido na legislação comunitária e nacional.
O que será relevante, e contudo, um problema social e normativo totalmente diferentes, é a consagração de linguagem técnico científica harmonizada para cada setor.
Exemplo disso, a Tabela de Nomenclatura da Ordem dos Médicos Dentistas que deveria ter consagração legal por forma a vincular não apenas os do setor, mas todos os que trabalham ***com, para e no*** setor.
Todavia, esta tabela - note-se - não reserva atos, não cria qualificativos, apenas coloca em cima da mesa um problema antigo, o da transparência na relação contratual de saúde. O da confiança na relação *intuito personae* entre o doente e o médico. Porque não, criar uma legislação geral e abstrata, num empenho de codificação da linguagem dos vários grupos profissionais? Destrinçando e clarificando termos técnicos e científicos? Falamos de comunicação, de gestão de expectativas, de controlo dos sistemas de supervisão e financiamento do sistema e subsistemas de Saúde. Da proteção da carta dos direitos e deveres dos doentes.
Uma iniciativa legislativa, esta sim, única via de vinculação geral, poderia resolver a ânsia da multidisciplinaridade, assegurando em secções distintas as nomenclaturas a utilizar em recibos, consentimentos informados, receitas e atestados, relatórios justificativos e demais. Uma nomenclatura dá nome, mas não categoriza como ato próprio. É preciso conversar melhor na Saúde e não apenas falar. Tal projeto, para o qual algum trabalho de casa está feito, seria congregador, unificador e... profilático.

Já o conceito de ato próprio, no sentido de reservado, de pertença exclusiva de um único saber foi por completo arredado por – legisladores europeus e nacionais, o próprio parlamento português, os agentes reguladores e demais-todos quantos se empenharam na recente reforma das profissões organizadas. A tibieza de um único artigo resolve a definição do âmbito funcional de uma profissão em Saúde. Tudo o mais que se acrescente a esta temática afasta-se do objeto do instrumento normativo, reúne problemas distintos do enunciado e acaba por criar uma legislação com insanáveis contradições entre o seu objeto e o seu restante conteúdo.
Em sede de diferentes comissões parlamentares que concluíram os circuitos legislativos da Lei nº 2/2013, de 10 de janeiro e depois os diferentes estatutos das Ordens da Saúde, **o conceito de ato próprio foi amplamente debatido gerando um consenso em torno da necessidade manifesta do seu afastamento**.
Se o tema vem à luz do discernimento de tantos, a razão de ninguém lhe apontar um elenco segmentado tem de estar na natureza intrínseca da realidade que antecede o conceito, a qual precede a teoria. Pois é facto que a realidade é muito mais rica do que a teoria pode prever.

Isto resultou, preponderantemente, de dois fatores decisivos:

- **por um lado, a evidente abrangência do saber das ciências da Saúde, que torna incorreta e logo inútil qualquer enunciação com pretensões de delimitação; e**
- **a necessidade de não desresponsabilizar a restante totalidade dos profissionais de Saúde face a um suposto rol de atos cuja culpa ou imputabilidade apenas caberiam na esfera de um determinado grupo, desresponsabilizando os demais.**

Acontece, contudo, que é preciso criar segurança, bem como certeza social e jurídica num sistema de regulação eficiente, e aqui, sobretudo, eficaz. Este é o dilema.

Se é facto impensável lançar mão de restrições infundadas, que impeçam a obrigatoriedade de prestar as melhores práticas - no alcance muito diverso de cada caso concreto - também **é absolutamente essencial que as balizas da qualidade da prestação de cuidados de Saúde sejam nada menos que cristalinas.**

Vale dizer, que é preciso regular para que o utente possa confiar.
Ora, para isto as instituições europeias, mundiais e nacionais **encontraram conceitos largamente utilizados que explicam a ausência completa de qualquer referência à noção de ato próprio deste ou daquele grupo profissional.**

O conceito agregador é o de **"qualificado"**.
O profissional de saúde, no âmbito dos grupos pelos quais se agrupam as profissões da Saúde apenas está apto e autorizado a praticar uma dada atividade se, comprovadamente, for detentor de um conjunto de saberes pré adquiridos que o tornam profissional qualificado.
O princípio da proporcionalidade implica que os meios utilizados pelo Estado atinjam o grau de regulação correspondente a satisfazer os patamares das garantias dos doentes.
Posto isto, a União Europeia mas também os reguladores nacionais determinaram uma enunciação clara de equilíbrios e eficiência.

Vejamos exemplos concretos
Na última modernização da Diretiva das profissões qualificadas (vimos que quase totalitariamente da Saúde) pode ler-se:

"Artigo 20.º"
Adaptação das listas de atividades constantes do Anexo IV

«6. Os Estados-Membros subordinam o acesso às atividades profissionais de médico, enfermeiro responsável por cuidados gerais, dentista, veterinário, parteira e farmacêutico, e o respetivo exercício, à posse de um título de formação enumerado, respetivamente, nos pontos 5.1.1, 5.1.2, 5.1.4, 5.2.2,5.3.2, 5.3.3, 5.4.2, 5.5.2 e 5.6.2 do Anexo V, ***que comprove que o interessado adquiriu, no decurso de toda a sua formação, consoante os casos, os conhecimentos, aptidões e competências enumerados*** *no artigo 24.º, n.º 3, no artigo 31.º, n.os 6 e 7, no artigo 34.º, n.º 3, no artigo 38.º, n.º3, no artigo 40.º, n.º 3, e no artigo 44.º, n.º 3.*

A fim de ter em conta o progresso científico e técnico universalmente reconhecido, a Comissão fica habilitada a adotar, nos termos do artigo 57.º-C, atos delegados para atualizar os conhecimentos e aptidões referidos *no artigo 24.º, n.º 3, no artigo 31.º, n.º 6, no artigo 34.º, n.º 3, no artigo 40.º, n.º 3, no artigo 44.º, n.º 3, e no artigo 46.º, n.º 4, de modo a refletir a evolução do direito da União* ***que afeta diretamente os profissionais em causa.***

Essa atualização não implica uma alteração dos princípios legais existentes nos Estados-Membros relativamente ao regime das profissões no que diz respeito à formação e às condições de acesso das pessoas singulares. ***As atualizações devem respeitar a responsabilidade dos Estados-Membros pela organização dos sistemas de ensino, estabelecida no artigo 165.º, n.º 1, do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE).»;***

Se nos detivermos nos destacados do enunciado legal compreendemos que a regulação de profissões altamente qualificadas, como as da Saúde, tem de apostar em regras e normas orientadas para o funcionamento de instituições, das profissões enquanto verdeiros institutos, de pessoas e portanto do Estado social no seu conjunto. Regras de equilíbrios e de coesão, normativos de eficiência

De resto, é muito importante continuar o percurso analítico e observar comparativamente, a título de exemplo, dois grupos profissionais autónomos:

Sobre a Medicina Dentária e o Médico Dentista é enunciada a seguinte,

Secção 4
Dentista
Artigo 34.º
Formação de base de dentista

A formação de base de dentista garante que o interessado adquiriu os conhecimentos e as competências seguintes:

- **Conhecimentos** adequados das ciências em que assenta a atividade de dentista, bem como uma boa compreensão dos métodos científicos, incluindo os princípios da medição das funções biológicas, da apreciação de factos cientificamente estabelecidos e da análise de dados;
- **Conhecimentos** adequados da constituição, da fisiologia e do comportamento dos indivíduos sãos e doentes, bem como da influência dos meios físico e social sobre o estado de saúde do ser humano, na medida em que tais elementos tenham relação com a atividade de dentista;
- **Conhecimento**s adequados da estrutura e da função dos dentes, da boca, dos maxilares e dos tecidos atinentes, sãos e doentes, bem como das suas relações com o estado de saúde geral e o bem-estar físico e social do paciente;
- **Conhecimentos** adequados das disciplinas e métodos clínicos que forneçam um quadro coerente das anomalias, lesões e doenças dos dentes, da boca, dos maxilares e dos tecidos atinentes, bem como dos aspetos preventivo, de diagnóstico e terapêutico da odontologia;
- **Experiência clínica** adequada sob orientação apropriada.

Esta formação de dentista confere a competência necessária para o conjunto das atividades de prevenção, de diagnóstico e tratamento de anomalias e doenças dos dentes, da boca, dos maxilares e dos tecidos atinentes.

O artigo 34.º, o n.º 2 passa a ter a seguinte redação:

«2. A formação de base de dentista deve compreender um mínimo de cinco anos, que podem, complementarmente, ser expressos sob a forma de créditos ECTS equivalentes e devem consistir em, pelo menos, 5 000 horas de formação teórica e prática a tempo inteiro, ministrada numa universidade ou instituto superior de nível equivalente ou sob a orientação de uma universidade e que inclua, pelo menos, o programa constante do ponto 5.3.1 do Anexo V.

Sobre a Medicina e o Médico é enunciada a seguinte,

Secção 2
Médico
Artigo 24.º
Formação médica de base

3. A formação médica de base garante que o interessado adquiriu os conhecimentos e as competências seguintes:

- **Conhecimentos** adequados das ciências em que assenta a medicina, bem como uma boa compreensão dos métodos científicos, incluindo princípios da medição das funções biológicas, da apreciação de factos cientificamente estabelecidos e da análise de dados;
- **Conhecimentos** adequados da estrutura, das funções e do comportamento dos seres humanos, saudáveis e doentes, assim como das relações entre o estado de saúde do ser humano e o seu ambiente físico e social;
- **Conhecimentos** adequados das matérias e das práticas clínicas que deem uma visão coerente das doenças mentais e físicas sob os três pontos de vista da medicina - prevenção, diagnóstico e terapêutica -, bem como da reprodução humana;
- ***Experiência clínica*** adequada sob orientação adequada em hospitais.

Da análise comparada ressalta que regular a saúde implica respeitar a essência da realidade que é a Saúde. Sendo o essere da Saúde uma vastidão de aplicações práticas, apenas pela **enunciação de pressupostos** definimos uma profissão, a sua atividade, o conteúdo funcional.

Segundo o critério do sujeito – qualificado- atingimos o critério material da delimitação do objeto da atividade. Mas este sujeito não é livre, ele é condicionado pelos conhecimentos e aptidões que lhe são necessários obter, que advêm de um programa previamente delineado de conteúdos ao nível da sua formação. A outro nível, intra profissão, a Medicina Dentária não estipula para os seus especialistas, aquilo a que se poderia chamar de subprofissões por especialidade. Posto que, o saber da formação de base é universal e o acesso à atividade não é vedado ou restringido pela criação de elencos de atos próprios da especialidade X ou Y.

O artigo 35.º da Diretiva citada omite qualquer menção a atos reservados do seguinte modo:

1. *A admissão à formação de dentista especialista pressupõe a realização completa e com êxito de cinco anos de estudos teóricos e práticos no âmbito do ciclo de formação referido no artigo 34.º ou a posse dos documentos referidos nos artigos 23.º e 37.º*
2. *Os cursos de dentista especialista a tempo inteiro devem ter a duração mínima de três anos, sob a orientação das autoridades ou organismos competentes. Implicam a participação pessoal do dentista candidato a especialista na atividade e nas responsabilidades do estabelecimento em causa.*

Prosseguindo na análise comparada, a utilização dos ***conceitos de prestação*** mantêm-se como garantes da atualidade e justiça na realização do serviço de Saúde que é expectável, sem que sejam elencados atos próprios da profissão, e ***assente o pressuposto da formação.***

Veja-se o **ANEXO V:**

Reconhecimento com base na coordenação das condições mínimas de formação

V.3. DENTISTA

5.3.1. Programa de estudos para os dentistas

O programa de estudos para obtenção do título de dentista inclui, pelo menos, as disciplinas a seguir indicadas. O ensino de uma ou várias dessas disciplinas pode ser efetuado no âmbito de outras disciplinas ou em ligação com elas.

- Disciplinas de Base.
- Química, Física, Biologia.
- Disciplinas médico-biológicas e disciplinas médicas gerais.
- Anatomia, Embriologia, Histologia, incluindo a citologia Fisiologia Bioquímica (ou química fisiológica, Anatomia patológica, Patologia geral, Farmacologia, Microbiologia, Higiene Profilaxia e epidemiologia, Radiologia, Fisiatria, Cirurgia geral, Medicina interna, incluindo a pediatria Otorrinolaringologia, Dermatovenerealogia, Psicologia geral - psicopatologia – neuropatologia Anestesiologia.
- Disciplinas especificamente odontostomatológicas.
- Prótese dentária, Material dentário, Medicina dentária de conservação, Medicina dentária preventiva, Anestesia e sedação em medicina dentária, Cirurgia especial, Patologia especial, Prática clínica odontostomatológica, Pedodontia, Ortodontia, Periodontologia, Radiologia odontológica, Função mastigadora, Organização profissional, deontologia e legislação, Aspetos sociais da prática odontológica.

4º Prognóstico de uma alternativa regulatória ao conceito de âmbito funcional da profissão.

O exercício da atividade profissional da Medicina Dentária – e aqui deve ser permitido aplicar uma analogia coerente a todas as profissões da Saúde - deve ser assegurado pelo Estado, na medida em que este, através da organização da profissão, assegura que apenas são Médicos Dentistas aqueles que estejam habilitados para **o acesso e exercício das atividades de prevenção, de diagnóstico e de tratamento relativamente às anomalias e doenças dos dentes, da boca, dos maxilares e dos tecidos adjacentes.**

Neste sentido, um ato regulador diferente não encontra utilidade, sempre que um enunciado legal distinto não possa alcançar a mesma certeza e segurança na definição da ***prestação*** de Saúde que é realizada pelos profissionais de um setor.

A Saúde precisa de ser consciente de si própria em tudo quanto se proponha realizar e executar, ao invés de forçar artificialmente apenas um determinado elenco de atos a obedecer aos cânones da Saúde, elenco, este, cuja realidade e evolução rapidamente tornariam obsoleto.

Por outro lado, sempre que se assiste a tentativas de legislar o conteúdo de uma profissão, na realidade, o objeto do enunciado normativo dirige-se a uma miríade de preocupações que nunca chegam a focar a intenção inicial: a de catalogar um determinado ato ou seu conjunto.

Em consequência, utiliza-se a mesma técnica legislativa que a Medicina Dentária já possui e, quando muito, são elencados conceitos gerais de "prestação".

São disto exemplos os conceitos de "tratamento", "diagnóstico", "promoção", etc. Algo que, como ficou exposto, a Medicina Dentária contempla na legislação nacional e comunitária.

Tal não constitui novidade, pois a noção de interesse geral e o propósito do bem comum fazem de imediato sobressair diante do decisor a necessidade de criar garantias de coesão, estabilidade, atualidade e rigor.

Assim, criar um conceito absoluto de "ato" em Saúde é algo que o superior interesse do setor rapidamente supera.

Aqui chegados:

- encontrou-se uma solução 1),
- realizou-se uma proposta 2), e
- detetou-se o potencial disruptivo de alguns ímpetos...talvez desfocados 3).

1. Resolvida a questão do conteúdo funcional da Medicina Dentária ou da aplicação deste conceito a qualquer outra das profissões da Saúde, e 2) reposta a correção da pergunta inicial "em que consiste o ato Médico Dentário" pela adequação e proporcionalidade da pergunta "qual o âmbito funcional da Medicina Dentária?", tendo sido, ainda, proposta uma codificação legal da linguagem da Saúde, restam certamente problemáticas de natureza distinta 3): a organização da profissão; a colaboração entre grupos profissionais; o funcionamento em equipa; questões relacionadas com o licenciamento como condição mínima de funcionamento dos locais onde se realiza prestação de cuidados de saúde; e - podemos dizê-lo - um conjunto de outros vetores que compõem o sistema de regulação *lato sensu*, enquanto estabelecimento de um conjunto de regras.

Os mecanismos dessa regulação, porém, terão lugar no espaço de um quadro legal muitíssimo amplo, sob pena de cavalgamentos insuperáveis de vetores e agentes do ponto de vista da afetação da própria governabilidade do setor.

De facto, ao atentar no quadro atual de reguladores, legisladores, agentes da Saúde e comunidade de utentes, é necessário um trabalho prévio, harmonizado e trabalhado, de forma, de tal modo, detalhada em cada um dos prismas do setor.

A definição, por si só, dos aspetos internos de cada profissão – posto que cada uma se encontra estatutariamente organizada – deverá ter lugar por via da autonomia regulamentar que assiste a cada Associação Pública Profissional, se não está já resolvida na lei da profissão, como aqui é o caso, atenta a esfera de competências que lhe cabe, e no respeito pela tutela a que está adstrita.

Cremos que apenas a matérias sujeitas a direitos, liberdades e garantias poderão sugerir necessidades de revisões estatutárias pontuais em alguns grupos profissionais, ou a criação de novas leis sempre que os bens jurídicos a proteger sejam gerais e abstratos, características típicas, necessárias e obrigatórias de uma lei.

5º Conclusões gerais.

Em toda a evolução de regimes relativa ao objeto da análise que ocupa o presente parecer, entende-se que a *ratio legis* de um normativo deve apontar para, pelo menos, três grandes vetores de ação:

- **O ajuste correto à realidade que se pretende ver regulada, tão só, sempre que se demonstre a sua absoluta necessidade – *in casu* os interesses de uma associação pública profissional devem estar focados na** finalidade de assegurar um elevado nível de saúde pública e de segurança dos doentes **e não em interesses de funcionamento interno - que se alcançam por vias regulamentares.** Estas consistem, nomeadamente, em regras referentes à organização da profissão, em normas profissionais, incluindo normas deontológicas, e em regras de controlo e de responsabilidade dos seus profissionais. **Por último, não colidindo com os interesses legítimos dos agentes da saúde no seu todo, promovendo processos alargados de consultas públicas.**
- A simplificação dos processos legislativos com consequente desburocratização, sempre que se demonstre inequívoco **o objetivo nacional e supranacional de aperfeiçoamento dos procedimentos no âmbito do sistema de Saúde.**
- **O incremento da regulação ao nível dos critérios utilizados para definir a formação de base dos profissionais de Saúde como forma de assegurar um elevado nível de proteção da Saúde e do consumidor.**

O estudo da questão compreende portanto uma dimensão plural de análise, que cremos ter obra feita e chegado a conclusões normativas importantes na Medicina Dentária.

A definição da profissão é um paradigma. Ao contrário de um catálogo determinista é um modelo em constante reconfiguração.

Pois o profissional de saúde constantemente se entrega à prestação casuística face à situação de cada doente. O ícone, ou como alguém dizia a miséria simbólica da noção de ato empobreceria certamente a mais honrada missão que toma a vida humana nas suas mãos. É de Saúde que falamos, com acesso a recursos e técnicas que devem enriquecer o seu acervo ao invés de a tolherem.

Posto que na Medicina Dentária o conteúdo funcional está resolvido, não se prescinde de outros vastos espaços de regulação ainda por construir. Mas cabe, por agora, terminar a exposição, **cuidando para que se não criem subprodutos regulatórios que nada têm a ver com o conteúdo funcional de cada grupo da saúde.**

RICARDO FARIA E ALMEIDA
PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA E CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA DA OMD

"DEVEMOS ESTAR ATENTOS À EVOLUÇÃO E AOS NOVOS TEMPOS E ADEQUÁ-LOS ÀS NECESSIDADES DOS MÉDICOS DENTISTAS"

Ricardo Faria e Almeida é o rosto da Comissão Científica (CC) e do Centro de Formação Contínua (CFC). O médico dentista preside os dois órgãos não estatutários da Ordem dos Médicos Dentistas há seis anos e, desde então, tem trabalhado no sentido de alargar, cada vez mais, a qualidade da oferta formativa e científica.

A pensar no congresso deste ano e de 2017, Ricardo Faria e Almeida promete manter a aposta na inovação e nos cursos *hands-on*, sem perder de vista a meta de afirmar cada vez mais o evento no plano nacional e internacional.

Para o Centro de Formação Contínua, a ambição passa por dar continuidade aos atuais projetos, como os cursos gratuitos, o *e-learning*, as sessões práticas e a implementação do mínimo de horas de formação exigido pelo Estatuto da OMD. Reeleito para mais um mandato no CFC e CC, o responsável garante que a meta para ambos é idêntica: fazer mais e melhor.

ROMD - Assume novamente a presidência da Comissão Científica da OMD e do Centro de Formação Contínua (CFC) e, neste último caso, com uma equipa alargada e geograficamente distribuída. É uma decisão que reflete o crescimento do CFC e da oferta formativa?

RFA - Em primeiro lugar, é uma honra poder continuar a contribuir para a Ordem dos Médicos Dentistas, em ambas as equipas. Como em tudo na vida, com o tempo, os desafios vão sendo diferentes e, como tal, tentamos na constituição de cada equipa adaptá-la aos novos desafios. Nesse sentido, comparada com a anterior, a Comissão Científica diminuiu em número de elementos, enquanto o CFC aumentou. Esta alteração resultou da necessidade de adequarmos esta estrutura aos novos tempos e desafios: mais cursos e maior complexidade na sua organização, associado à necessidade de criação de um plano de formação que permita a implementação dos créditos mínimos obrigatórios contemplados no novo Estatuto da OMD.

Apesar de estarmos a pensar no futuro, não quero deixar de agradecer aos anteriores membros da CC e do CFC, por todo o contributo que deram ao longo destes anos. Todos, sem exceção, com muito sacrifício profissional e pessoal, foram incansáveis na execução dos planos traçados e permitiram alcançar e, até ultrapassar, os objetivos inicialmente delineados.

ROMD - Na sua opinião, qual é o "ingrediente" responsável pelo sucesso das ações de formação disponibilizadas pela OMD?

RFA - Creio que é fundamentalmente a grande qualidade científica e pedagógica dos formadores, aliada a uma correta seleção dos temas abordados. Tudo isto, associado a um preço acessível, e até gratuito em alguns cursos, contribuiu para um aumento considerável do número de inscritos nos cursos do CFC.

ROMD - Em 2015, inscreveram-se nas ações de formação da Ordem 2.400 profissionais. O número de participantes tem aumentado. Nota que há uma maior perceção

de que a formação contínua é uma componente essencial na educação do médico dentista?

RFA - Sobre isso não tenho a menor dúvida. No entanto, interessa lembrar um pouco a história. No início, a formação organizada pelo CFC era residual, paga e centrada fundamentalmente em cursos de média e longa duração. Nos últimos anos, descentralizámos ao aumentar o número de cursos em todo o país (cerca de 12 e todos gratuitos), passámos a organizar cursos *hands-on* e adequámos os horários aos interesses dos colegas (a maioria é de curta duração e decorre ao início da noite).

Acrescentámos a possibilidade de, mesmo quando realizados fora da área de residência de cada colega, esses cursos poderem ser visualizados, através do site da OMD. Ora, se pensarmos que 12 cursos gratuitos correspondem a 24 horas de formação, que todos são gravados e também disponibilizados gratuitamente *online*, tal permite que os colegas obtenham *online* o número de horas necessário para cumprir os créditos obrigatórios e sem custos. Esta adaptação foi feita de forma consciente e preparada com tempo, para que cada um consiga a "famosa" obrigatoriedade de horas de formação, quase sem necessitar de sair de casa, e de forma gratuita.

> "É POUCO FREQUENTE UMA ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL ORGANIZAR ALGO DE TAMANHA DIMENSÃO, EM TERMOS CIENTÍFICOS. TUDO ISTO SE DEVE A UM GRANDE TRABALHO DE EQUIPA, QUE ANO APÓS ANO VEM INOVANDO E POTENCIANDO A MARCA CONGRESSO DA OMD, RECONHECIDA JÁ A NÍVEL INTERNACIONAL"

ROMD - A entrada em vigor do novo Estatuto da OMD implementou que o médico dentista realize um "mínimo de 24 horas de formação, de dois em dois anos, correspondentes a formação acreditada ou reconhecida pela OMD". Quais as implicações que esta medida vai ter na programação do Centro de Formação Contínua para os próximos anos?

RFA - Como expliquei, tudo foi preparado atempadamente, de forma consciente, planeada e responsável. É possível obter essas 24 horas de formação num único ano, sem custos para os colegas e sem sair de casa. Devemos estar orgulhosos do trabalho realizado. Gostaria de referir neste contexto que tudo isto foi obtido com lucro para a atividade do CFC, o que à primeira vista parece contraditório. Repare, aumentámos os cursos, 12 deles gratuitos, disponibilizámos essas formações *online*, realizámos cursos *hands-on*, organizámos cursos para os restantes elementos da equipa de saúde oral e gerámos lucro nas atividades do CFC, permitindo a cada um de nós cumprir o que agora está no Estatuto da OMD sobre a obrigatoriedade de horas, sem nenhum gasto adicional. O que falta? Melhorar tudo isto e, acima de tudo, criar uma fórmula logística de contabilizar individualmente essas horas de formação, quer esta seja feita *online* ou presencial.

ROMD - Nos últimos anos, o CFC alargou a oferta formativa, introduziu os cursos *hands-on* e deu os primeiros passos na formação *e-learning*, através da disponibilização *online* dos vídeos dos cursos de fim de dia. Enquanto presidente do CFC, o que lhe falta fazer? Quais os objetivos e projetos a curto e médio prazo?

RFA - Creio que melhorar tudo o que até aqui foi feito, descentralizando mais. Até ao momento, os cursos *hands-on* são apenas realizados em Lisboa, no Porto e nas Jornadas de Primavera. Acredito que devemos tentar descentralizar mais esses cursos. Devemos também potenciar os cursos *online* e tentar, como foi sempre um ponto de honra das anteriores equipas do CFC, conseguir implementar os projetos, sem que tal signifique gastos para a OMD, ou seja, que as atividades do CFC sejam autossustentáveis e sem custos adicionais para o médico dentista, quando nos referimos aos créditos obrigatórios.

ROMD - O Congresso da OMD é reconhecido a nível internacional, nomeadamente pelo valor científico. Como se gere esta responsabilidade? Enquanto presidente da Comissão Científica o que é que ainda falta criar no congresso?

RFA - Em primeiro lugar, o êxito do Congresso da OMD depende de vários intervenientes, desde o Conselho Diretivo, passando pela Comissão Científica, Comissão Organizadora, colaboradores da OMD, formadores, empresas e congressistas. É pouco frequente uma associação profissional organizar algo de tamanha dimensão, em termos científicos. Tudo isto se deve a um grande trabalho de equipa, que ano após ano vem inovando e potenciando a marca Congresso da OMD, reconhecida já a nível internacional. Tudo isto resulta não somente da atividade desenvolvida nos últimos anos, mas também do trabalho visionário dos que o idealizaram há muito tempo e do profissionalismo e ilusão de todos os que fizeram parte das distintas Comissões Científicas, Comissões Organizadoras e Conselhos Diretivos. Tudo isto, associado logicamente ao contributo dos formadores, portugueses e internacionais. Ano após ano, todos temos ajudado a engrandecer o Congresso da OMD e a catapultá-lo para um patamar de verdadeira referência internacional.

No entanto, convém nunca esquecer a razão de ser do congresso: os médicos dentistas. E esses, felizmente, têm demonstrado a confiança no nosso trabalho, contribuindo com a sua presença para o êxito do congresso.

O que falta? Mais do que faltar algo, creio que devemos estar atentos à evolução e aos novos tempos e adequá-los aos interesses e necessidades dos colegas. É essa a nossa função.

ROMD - Para a edição deste ano, o

69
CONFERENCISTAS
NO CONGRESSO
DE **2010**

84
CONFERENCISTAS
NO CONGRESSO
DE **2015**

que é que os congressistas podem esperar do programa científico? Tendo em conta os conferencistas já confirmados, há uma aposta em alguma área científica em particular?

RFA - Uma das razões do grande êxito do Congresso da OMD é associar uma componente científica de qualidade com uma exposição de grande nível, com empresas nacionais e internacionais. Do ponto de vista científico, é um congresso com vocação generalista e este ano, tal como nos anteriores, tentaremos debater todos os temas diretamente relacionados com a medicina dentária com aplicação à prática clínica. Teremos oradores de renome internacional, nacionais e estrangeiros, como sempre acontece. O que tentamos alterar todos os anos é o modelo. Ou seja, procuramos ir adequando o modelo de formação ao interesse dos médicos dentistas. Nesse sentido, no ano passado, tentamos criar sessões nas quais os oradores tinham pouco tempo de conferência, onde o objetivo era apresentar de forma sucinta o estado da arte de um determinado tema/procedimento, seguido depois de uma discussão aberta aos congressistas. A sensação que temos é que, com as particularidades próprias de cada sessão/tema, o objetivo foi conseguido graças fundamentalmente ao trabalho de excelência dos oradores. Para este ano, tentaremos também inovar ao nível do modelo e aumentar o número de cursos *hands-on*.

ROMD - O Congresso de 2015 ficou marcado pela introdução de um novo modelo de discussão nas sessões com os conferencistas portugueses. Dada a boa recetividade, estes fóruns serão para manter na edição deste ano?

RFA – Creio que já respondi um pouco à pergunta. No entanto, aproveito para agradecer uma vez mais aos oradores. Todos conseguiram de forma exemplar incorporar as ideias da Comissão Científica nas suas apresentações. Pessoalmente, acho que foi um êxito, apesar das dúvidas iniciais.

ROMD - Recentemente referiu que gostaria de ter mais cursos *hands-on* no congresso, à semelhança do que ocorre na formação contínua. Há uma intenção de promover uma maior articulação do CFC com a Comissão Científica, no sentido de desenvolver opções formativas que se enquadrem no congresso e possam ser replicadas ao longo do ano?

RFA - O modelo dos cursos de *hands-on* começou por ser unicamente realizado no Centro de Formação Contínua (CFC), com um êxito total. Tentámos aplicá-lo depois no congresso, com iguais resultados. Acredito, cada vez mais, que os colegas estão interessados e sentem que este tipo de cursos lhes pode dar algo mais que conferências exclusivamente teóricas. No entanto, sabemos que fazê-los no congresso, por questões logísticas, é mais difícil do que organizá-los no CFC. Assim, estamos conscientes do interesse em realizar esses cursos e da dificuldade da sua execução prática, pelo que no congresso tentaremos ir aumentando a oferta educativa a este nível.

FORMAÇÃO CONTÍNUA EM NÚMEROS

No ano passado, o Centro de Formação Contínua da OMD voltou a superar-se em termos de adesão. Com mais de 2.400 inscritos, o CFC organizou 14 cursos de fim de dia, dois cursos modulares complementados com *hands-on*, cursos nos Açores e na Madeira, as XXI Jornadas da Primavera (com um curso *hands-on*), entre outras ações. Quanto à disponibilização *online* dos vídeos da formação de fim de dia, desde janeiro de 2014, contabilizam-se mais de 7.800 visualizações, tanto a nível nacional, como internacional, quer por médicos dentistas a trabalhar noutros países, quer por profissionais de países de língua portuguesa.
Para este ano, o CFC apresenta-se com uma vasta oferta formativa, que pode ser consultada em www.omd.pt/formacao.

BILHETE DE IDENTIDADE DE SAÚ

A integração dos médicos dentistas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), pela importância da Saúde Oral no âmbito do bem-estar e saúde em geral do paciente, tem sido uma reivindicação da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), e respetivos profissionais que a integram, praticamente desde a sua existência. De facto, foi com agrado à mistura com algum espanto que, aquando das declarações do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Prof. Dr. Fernando Araújo, essa possibilidade fosse anunciada e mais tarde complementada com uma promessa de parceria com a Ordem dos Médicos Dentistas, no sentido de viabilizar um projeto-piloto que vise a integração dos médicos dentistas nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nos Centros de Saúde. Mais vincada ficou ainda essa intenção quando a OMD manifestou o desejo de desenvolver esse projeto o mais rapidamente possível, coadjuvada pelas animadoras palavras do Sr. Secretário de Estado na recente cerimónia de tomada de posse dos novos órgãos sociais da OMD, em Lisboa.

Como se sabe, a Direção Geral da Saúde (DGS) dispõe já de uma rede de prestação de serviços de promoção da Saúde Oral (PNPSO, SISO, etc.) especialmente dirigida à população mais jovem e com necessidades especiais, para além do complemento solidário a idosos, desde o ano 2008, com excelentes resultados em todo o país, para uma despesa total estimada de cerca de 16,5 milhões de euros. Além disso, a contínua reforma dos CSP que se tem vindo a verificar nos últimos anos, pretendeu reforçar este nível de cuidados na comunidade, apostando fortemente numa parceria público-privada em termos de saúde oral, aproveitando a extensa e muito qualificada rede de profissionais de medicina dentária e de equipamentos dentários de alta qualidade espalhados por todo o país. No entanto, como esse tipo de parcerias se tem verificado, muito especialmente ao nível dos cheques-dentista às crianças em idade pré–escolar e em idade escolar obrigatória, parece haver uma quase que exclusiva autonomia burocrática dos centros de saúde e dos agrupamentos de escolas, na responsabilização dos pais e encarregados de educação das crianças e dos professores na emissão dos respetivos cheques-dentista, com uma quase desresponsabilização e participação dos profissionais dos CSP na flexibilidade organizativa e de gestão desse processo. Mais recentemente, com o programa de rastreio e prevenção do cancro oral, essa parceria responsável e conciliadora parece ter sido mais objetiva.
Com o aparecimento e consolidação das USF, surgiu a necessidade de avaliar e quantificar os cuidados de saúde prestados à população, com uma avaliação contínua da qualidade do desempenho dessas estruturas, e também das Unidades Locais de Saúde (ULS) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e Administrações Regionais de Saúde (ARS) onde se inserem, sendo que essa avaliação é função do desempenho global dos respetivos profissionais. Mais recentemente, e dados os excelentes resultados obtidos com essa metodologia, generalizou-se essa prática às Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) e a outros setores do SNS.

Mas, antes de mais, convirá, a propósito, historiar um pouco este processo. Lembro que o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, criou os ACES e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento, tendo surgido a necessidade de regular os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF, especificando quais os indicadores usados para a contratualização de cada tipo de incentivos e a métrica de avaliação das metas contratualizadas, com a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, revogada mais tarde pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, ao fundamentar a atribuição de tais incentivos com base em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados. Por fim, o Despacho n.º 6501/2014, de 9 de maio, definiu o peso dos indicadores, os critérios gerais para a definição das metas a contratualizar e o referencial das metas de todos os indicadores para o processo de contratualização.

Como já foi referido anteriormente, o atual Governo deu a conhecer a vontade e a disponibilidade para que a medicina dentária integrasse os CSP, isto é, abriu a possibilidade a que mais médicos dentistas sejam contratados para darem consultas nos Centros de Saúde. Não definiu ainda nem a forma nem o processo para o efeito, mas aquela notícia despertou na OMD uma necessidade premente e absoluta de liderar as conversações e negociações a terem lugar para que esse objetivo seja levado a bom porto, nas melhores condições para todas as partes envolvidas utentes por um lado e Estado, Ordem e profissionais de saúde oral, por outro.

ÚDE ORAL NO SNS: UMA PROPOSTA

Nesse sentido, é importante estabelecer os princípios orientadores para o exercício da prática de consultas de medicina dentária no âmbito do SNS, para os anos vindouros, quer a nível da medicina dentária hospitalar quer, muito especialmente, nos CSP, podendo e devendo o ano de 2016 ser considerado o mais indicado para a implementação de um ou mais projetos-piloto a este nível, em diferentes contextos, com vista a definir os parâmetros, objetivos e resultados esperados, pelo menos a curto e médio prazo. E, para isso, devem ser estudadas e apresentadas sugestões referentes a objetivos, atividades e procedimentos a encetar bem como de resultados a alcançar pelos ACES. E tal processo deverá necessariamente passar pela integração de médicos dentistas nos ACES, nomeadamente por algumas unidades funcionais que os compõem, como sejam as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), eventualmente em parceria e sob a tutela das respetivas Unidades de Saúde Pública (USP).

Impõe-se, portanto, um projeto de cuidados de medicina dentária à população adulta que, paulatinamente, corresponsabilize toda a comunidade, civil e médico-dentária, isto é, OMD ou outras, associações de utentes, sociedades científicas, ONG, outros ministérios e respetivas entidades sob a sua tutela, como o da Segurança Social e respetivas IPSS, o Ministério da Administração Interna e respetivas autarquias, entre outros, porque é fundamental continuar a aprimorar os instrumentos de gestão e de governação clínica e de outras entidades com responsabilidade na sociedade civil, porquanto serem vocacionadas para encontrarem soluções concretas e algumas respostas mais adequadas em função das necessidades conhecidas, dos recursos e das condições efetivamente existentes para que se conjuguem esforços e recursos na prestação de mais e melhores cuidados de saúde à população.

Os Indicadores de Contratualização dos CSP baseiam-se em "Bilhetes de Identidade" específicos de cada área de saúde a monitorizar, de que são exemplos recentes a extensa lista de Indicadores e respetivos *Bilhetes de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos* Cuidados de Saúde Primários *propostos para o Ano de 2015,* e a congénere, mais pequena mas muito bem elaborada, lista de Indicadores e *Bilhetes de Identidade dos Indicadores de Contratualização com as* Unidades de Cuidados na Comunidade *para o ano de 2015,* ambas produzidas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em janeiro e julho de 2015, respetivamente, aparecendo a Contratualização com as UCC, fruto dos excelentes resultados obtidos com versões anteriores para os CSP. Tais indicadores são classificados segundo atributos como acesso, a caraterização, o desempenho assistencial, a eficiência e a satisfação, e por áreas clínicas como Saúde da Mulher e Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Hipertensão, Diabetes, etc.

Ora, com base nos pressupostos enunciados e partindo destes últimos exemplos, já com largas provas dadas em termos de eficiência e de benefício para todas as partes envolvidas, e mais ainda pelo benefício em termos de promoção e manutenção da saúde e controlo da doença, proponho, por compreensível e recomendável, a inclusão da área de Saúde Oral pelo menos na lista de indicadores dos Bilhetes de Identidade dos Indicadores de Contratualização com as Unidades de Cuidados na Comunidade ou, idealmente, numa nova lista de Indicadores a serem criados para as URAP.

Em suma, para 2016, importa sedimentar este projeto e, para que se reforce o espírito de trabalho em equipa multidisciplinar, não podia deixar de dar o meu contributo pessoal a este autêntico *brainstorming* de ideias e sugestões com caráter de urgência que é solicitado a toda a comunidade médico-dentária deste país. E só com a criação de uma Unidade de Missão para a Saúde Oral nos CSP se pode dinamizar e potenciar a articulação de um projeto legislativo e regulador bem fundamentado e planeado para que todas as partes fiquem satisfeitas e, melhor ainda, os portugueses dele beneficiem.

"PARA 2016, IMPORTA SEDIMENTAR ESTE PROJETO E, PARA QUE SE REFORCE O ESPÍRITO DE TRABALHO EM EQUIPA MULTIDISCIPLINAR, NÃO PODIA DEIXAR DE DAR O MEU CONTRIBUTO PESSOAL A ESTE AUTÊNTICO *BRAINSTORMING* DE IDEIAS E SUGESTÕES COM CARÁTER DE URGÊNCIA QUE É SOLICITADO A TODA A COMUNIDADE MÉDICO-DENTÁRIA DESTE PAÍS"

Artur Miguel Quaresma Pereira Miler

Médico dentista

Curso de especialização em Reabilitação Oral pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Pós-Graduação em Geriatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Aluno de Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

CHEQUE-DENTISTA ALARGADO A JOVENS DE 18 ANOS

Desde o passado dia 1 de março de 2016, que o programa cheque-dentista passou a englobar todos os jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos.

De igual forma, os utentes infetados com VIH/SIDA que não façam tratamentos há mais de dois anos recebem dois cheques-dentista para um ciclo de tratamentos.

O PNPSO foi igualmente alargado às crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos, que têm necessidades especiais e não tenham sido abrangidas pelo programa, como portadores de doença mental, paralisia cerebral ou trissomia 21. Assim, as crianças e jovens deste grupo que necessitem de sedação para tratamento dos dentes terão acesso a cheques-dentista e podem recorrer ao serviço de estomatologia dos hospitais.

"O cheque-dentista tem mais de quatro mil médicos dentistas aderentes e, ressalve-se, nunca foi posto em causa pelos sucessivos governos, tendo sido sempre alargado", afirma Orlando Monteiro da Silva. O bastonário da OMD lembra que "um programa que desde 2008 distribuiu mais de 3,6 milhões de cheques a 2,2 milhões de pessoas é um enorme êxito. É um exemplo e uma verdadeira parceria entre o Serviço Nacional de Saúde e a rede de clínicas e consultórios de medicina dentária".

Até agora, o cheque-dentista abrangia crianças de 7, 10, 13 e 15 anos a frequentar as escolas públicas, idosos beneficiários do complemento solidário, grávidas, portadores de VIH/SIDA e Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. A sua taxa de utilização tem uma média de 74%.

PAULO RIBEIRO DE MELO PARTICIPOU NO DEBATE

ENSINO CLÍNICO EM DESTAQUE NO ENCONTRO DA EDSA

A necessidade de assegurar que todas as faculdades disponibilizam ensino clínico com pacientes nos cursos de medicina dentária foi discutida no terceiro dia do Congresso Europeu de Estudantes da *European Dental Student's Association* (EDSA) e Jovens Médicos Dentistas, que decorreu a 2 de março, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O debate foi lançado no 57º encontro da EDSA, que aconteceu pela primeira vez em Portugal.

O presidente do grupo de trabalho "Educação e Qualificações Profissionais" do CED, Paulo Ribeiro de Melo, participou na mesa redonda sobre os "Requisitos Clínicos Mínimos na prática clínica" nas faculdades de medicina dentária europeias. A reunião contou igualmente com a presença de Corrado Paganelli, da *Association for Dental Education in Europe* (ADEE).

Durante o encontro, foram discutidas questões relacionadas com as componentes curriculares dos cursos de medicina dentária e com o ensino clínico destinado aos futuros profissionais. "A maior preocupação surgiu da constatação de que algumas faculdades de medicina dentária na Europa não possuem no seu currículo a prática clínica com pacientes", afirmou Paulo Ribeiro de Melo. "O interesse demonstrado pelos delegados dos países europeus presentes consubstanciou-se no elevado número de participantes e na interpelação frequente aos dois convidados, no sentido de esclarecer dúvidas acerca destes temas", acrescentou. Temas como o excesso de profissionais e a livre circulação na Europa Comunitária foram igualmente discutidos.

Participaram ainda na mesa redonda o presidente da EDSA, Luca Banjsak, o presidente cessante, Marco Mazevet, a vice-presidente, Diana Beatrix Velicu e o secretário-geral, Emilio Fiorentino. Na sessão foi reafirmada a intenção da EDSA de enviar a todos os estudantes europeus um questionário sobre as componentes de ensino de cada faculdade. O documento encontra-se em fase final de preparação.

O presidente da mesa do Conselho Geral da Ordem dos Médicos Dentistas, Paulo Ribeiro de Melo, lidera o grupo de trabalho "Educação e Qualificações Profissionais", do CED. O responsável tem procurado identificar juntamente com a EDSA e ADEE os assuntos comuns, relacionados com a formação e a Diretiva de Qualificações Profissionais, de forma a apresentar posições conjuntas à Comissão Europeia sobre estas questões.

A EDSA é uma organização que reúne mais de 65 mil estudantes de medicina dentária de toda a Europa. Foi fundada em Paris, em 1998, e promove encontros entre jovens de vários países que pretendem falar sobre os temas que têm em comum e trocar experiências. Recorde-se que recentemente a EDSA divulgou uma posição sobre *Policy for dental education in Europe* (Política para o ensino da medicina dentária na Europa).

> "PARTICIPARAM AINDA NA MESA REDONDA O PRESIDENTE DA EDSA, LUCA BANJSAK, O PRESIDENTE CESSANTE, MARCO MAZEVET, A VICE-PRESIDENTE, DIANA BEATRIX VELICU E O SECRETÁRIO-GERAL, EMILIO FIORENTINO"

ENCONTRO NACIONAL DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

MÉDICOS DENTISTAS PROMOVERAM CURSO SOBRE PATOLOGIA ORAL

> NO CURSO, JOSÉ FRIAS BULHOSA E FILIPE FREITAS DISCUTIRAM COM OS PARTICIPANTES VÁRIOS CASOS CLÍNICOS, DANDO ESPECIAL ENFOQUE À PREVENÇÃO DO CANCRO ORAL E AO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Os médicos dentistas José Frias Bulhosa e Filipe Freitas lecionaram um *workshop* sobre "Patologia oral na consulta de MGF", direcionado para os médicos de clínica geral e familiar.

O curso integrou o programa científico do 33º Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), que decorreu entre 3 e 5 de março, no Centro de Congressos do Estoril. A medicina dentária é abordada neste congresso há vários anos e resulta da colaboração entre a OMD e a APMGF.

Na formação foi apresentada uma abordagem multidisciplinar e focada na prevenção das doenças orais. Os médicos dentistas reforçaram a necessidade de se dar especial atenção a fatores de risco que têm impacto na saúde oral, nomeadamente a alimentação, o consumo de álcool e de tabaco. O *workshop* teve como objetivo atualizar os conhecimentos dos profissionais de medicina geral e familiar, para que estes promovam nas suas consultas a importância de uma boa higiene oral e da consulta periódica do médico dentista. "Progressivamente, tem-se vindo a focar a atenção em mais doenças para além da cárie dentária, tais como as doenças periodontais, a erosão dentária, a sensibilidade dentária, as discromias dentárias, os distúrbios osteoarticulares e de oclusão dentária, as lesões da mucosa oral e a patologia oncológica", explicam.

No curso, José Frias Bulhosa e Filipe Freitas discutiram com os participantes vários casos clínicos, dando especial enfoque à prevenção do cancro oral e ao diagnóstico precoce.

Este ano, o 33º Encontro Nacional de Medicina Geral e Familiar teve como lema "MGF 20-20: Um futuro, uma odisseia...".

RELATÓRIO DA DGS MOSTRA TENDÊNCIA DE DIMINUIÇÃO DO CONSUMO DE TABACO

"PORTUGAL – PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS 2015"

O mais recente relatório da Direção-Geral da Saúde sobre o consumo de tabaco, "Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números 2015", indica que houve uma redução na prevalência do consumo de tabaco. Este resultado deve-se sobretudo ao aumento do número de pessoas que deixaram de fumar, uma tendência que se tem verificado nos últimos nove anos.

O documento, apresentado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), revela que a prevalência de fumadores com 15 ou mais anos diminuiu de 20,9%, em 2005/ 2006, para 20%, em 2014. O mesmo se verifica na prevalência de consumidores diários, onde se registou uma redução de quase 2% (passou de 18,7% para 16,8%).

Enquanto o número de ex-fumadores aumentou quase 6% em nove anos, a percentagem de indivíduos que nunca fumaram caiu quase 5%. Por outro lado, o relatório mostra que, no caso dos homens, houve uma diminuição do consumo diário de tabaco (de 27,5% para 23,5%). Já nas mulheres há uma inversão, havendo um ligeiro aumento (de 10,6% em 2005/ 2006 para 10,9%, em 2014).
De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos. O mesmo relatório da DGS indica que, em 2013, devido ao consumo de tabaco houve 5.488 mortes por cancro, 2.941 por doenças crónicas e 2.826 por doenças do aparelho circulatório (estimativas do IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation.*

Os fumadores apresentam um maior risco de contrair cancro oral que, segundo a Federação Dentária Internacional, tem uma das taxas de sobrevivência mais baixa a cinco anos, que ronda os 50%.

Em Portugal, o Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPCO), lançado em março de 2014, tem tido um papel eficaz na luta contra o cancro oral. No ano passado, foram emitidos 3.836 cheques-diagnóstico, sendo utilizados 1.421. Destes, 703 deram origem à emissão de um cheque-biópsia por parte do médico dentista e foram realizadas 661 biópsias.

No total, foram detetadas 23 biópsias positivas (mais nove do que em 2014) e 49 resultados potencialmente malignos. Todos os casos analisados apresentaram resultado negativo para o HPV, o vírus do Papiloma Humano.

MARTA RESENDE
REPRESENTANTE DA OMD NO GRUPO TÉCNICO - CONSULTIVO DO TABACO DA DGS

"Este relatório permite um melhor conhecimento sobre o comportamento da população portuguesa face ao consumo de tabaco. Este conhecimento constitui uma condição essencial para o delineamento de estratégias de prevenção e controlo mais adequadas e eficazes para a maior causa de morte em Portugal. De acordo com os resultados penso que apesar de ser importante continuar com acções de apoio à cessação – através de por exemplo comparticipação dos fármacos utilizados para ajudarem o fumador a deixar de fumar -, é essencial apostar na prevenção de forma a combater o aumento da experimentação do consumo. O médico dentista poderá contribuir diariamente nestas acções de prevenção e cessação tabágica efectuando uma intervenção breve em todas as consultas."

AS ALTERAÇÕES DISCIPLINARES
EM VIRTUDE DA ENTRADA EM VIG
DO NOVO ESTATUTO DA ORDEM D

Em outubro do ano passado, a 2 de setembro, foi aprovada a Lei nº 124/2015, entrando assim em vigor o novo Estatuto da OMD.
Este novo Estatuto levou a algumas alterações de fundo ao nível do quadro do exercício disciplinar, nomeadamente ao nível da ação disciplinar, que agora se desdobra em processo de inquérito, processo cautelar e em processo disciplinar.
Também ao nível das penas disciplinares, para além das penas principais já existentes, advertência, censura, multa, suspensão e expulsão, surgem as sanções acessórias e o averbamento das sanções disciplinares aplicadas num registo individual de cada médico dentista.

Assim, no que toca ao quadro disciplinar, apresenta-se como novidade a figura de processo de inquérito, que é aplicável quando não seja possível identificar claramente a existência de uma infração disciplinar ou o seu respetivo infrator, impondo-se a realização de diligências sumárias para o esclarecimento ou a concretização dos factos em causa.

Luís Filipe Correia
Presidente do Conselho Deontológico
e de Disciplina

Quanto ao processo cautelar, é aplicado nas situações relacionadas, designadamente, com a necessidade de satisfação do direito de informação do doente, nas situações de cessação de prestação de serviços de médico dentista em clínica dentária, de entrega de informação médica ou meios auxiliares de diagnóstico ao doente e ainda por exemplo em matéria de divulgação da atividade profissional.
É um tipo de processo que pretende resolver rapidamente incumprimentos, como os relacionados com matéria anteriormente indicada, e que o não acatar das medidas determinadas por este processo cautelar, determina a instauração de um competente processo disciplinar.

Por último, aplica-se o processo disciplinar sempre que existam indícios que determinado membro da OMD, praticou factos devidamente concretizados, suscetíveis de constituir infração disciplinar.
Nestes processos disciplinares, durante a sua instrução, o relator responsável pela sua condução, deve promover todas as diligências consideradas essenciais para o apuramento da verdade, o direito de defesa do médico dentista envolvido, aceitando e ouvindo as testemunhas arroladas tanto pela participação como pelo arguido, de forma a esforçar-se para atingir a verdade material. Só assim pode o relator responsável do processo, avaliar se há de facto existência material de algum tipo de infração e havendo, qual o seu grau de gravidade.
No seu final levará ao julgamento. Assim será arquivado caso não se chegue a uma certeza do grau de culpabilidade, ou em caso contrário, seja aplicada uma pena justa e adequada, levando em conta os antecedentes profissionais e disciplinares do médico dentista visado, o dolo, a premeditação, a reincidência e a acumulação de penas.

Quanto ao surgimento das penas disciplinares acessórias, estas podem ser aplicadas cumulativamente e têm como objetivo principal encontrar maneiras para que o arguido possa reabilitar-se, frequentando obrigatoriamente formação na matéria onde se verificou a infração.
Também pode somar-se ainda a publicitação da pena principal ou acessória, podendo esta ser levada somente ao conhecimento da classe ou, se o caso for merecedor disso, até mesmo ao conhecimento da comunidade em geral, através do site da OMD de acesso público, da eNews e da Revista da OMD.

De assinalar que, em cumprimento do Estatuto, toda a tramitação do processo disciplinar, cautelar e de inquérito, no momento em que escrevo estas linhas, encon-

S OPERADAS
GOR
DOS MÉDICOS DENTISTAS

tra-se vertida numa proposta de regulamento disciplinar que está disponível atualmente para consulta pública na página eletrónica da OMD, até o dia 15 de abril de 2016.

Durante 30 dias todos os colegas podem consultar a proposta e apresentar, querendo, os seus contributos.
Os contributos recebidos durante este período serão analisados e, sendo pertinentes e fundamentados, serão introduzidos no texto final, que será novamente levado à discussão e aprovação do Conselho Geral, para posteriormente ser publicado em Diário da República.

Como é do conhecimento de todos, cabe à Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), por competência própria, garantir e defender a ética, a deontologia e a qualificação profissional dos seus membros, com o intuito de assegurar e fazer respeitar o direito dos utentes a uma medicina dentária qualificada, estando estes sujeitos à jurisdição da OMD, nos termos previstos nos seus Estatuto e Código Deontológico.

Este novo Estatuto veio, também, consagrar naturalmente um capítulo dedicado à Deontologia Profissional, no qual estão vertidos, algumas das normas constantes do atual Código Deontológico da OMD em vigor.
Aliás, o novo Estatuto refere expressamente que as regras deontológicas são objecto de desenvolvimento em código deontológico a aprovar pelo Conselho Geral, sobre proposta do CDD.
Compete, portanto, estatutariamente ao CDD elaborar essas normas, deliberações, resoluções e recomendações de natureza ética ou deontológica ou propostas de alteração ao código, levando-as para discussão ao Conselho Geral.

Estas são as regras principais de autorregulação da profissão e de responsabilização dos médicos dentistas.

Assim, a breve trecho, o CDD dará início ao processo de revisão do código deontológico em vigor, o qual foi aprovado em 1999 (regulamento interno nº2/99) e alterado em 2006 (regulamento interno nº4/2006).
Será o momento ideal, para adaptar o normativo às novas realidades da profissão e incorporar algumas das deliberações e recomendações que o CDD aprovou ao longo dos últimos anos.

Com efeito, a deontologia constitui o guia de conduta a que os Médicos Dentistas estão sujeitos e assume carácter obrigatório para todos os Médicos Dentistas. Na sua inobservância deve, em último caso, conduzir à aplicação da sanção disciplinar. É preciso realçar que as regras deontológicas são aplicáveis a todos os Médicos Dentistas, em quaisquer circunstâncias da sua vida.

Um código deontológico é um conjunto de normas, comportamentos e obrigações que devem pautar a atuação do profissional na sua prática diária.

À semelhança do regulamento disciplinar, também a proposta de alteração ao código deontológico será submetido à discussão pública da classe, para recolha de contributos.

A participação dos médicos dentistas nesta matéria assume especial relevância no atual contexto da medicina dentária e de adaptação à nova Lei Estatutária da OMD, pois o seu envolvimento e contributos irão enriquecer um documento chave para a regulação de uma classe profissional altamente qualificada, como é a nossa, protegendo a Saúde, os seus beneficiários e seus executores.
O objetivo final pretende estabelecer regras de controlo e de responsabilidade, com uma chamada aos altos valores morais que a profissão exige, no perfeito respeito dos direitos dos doentes (liberdade, dignidade, confidencialidade, autonomia, bem-estar e sigilo profissional), da responsabilidade e competência profissional e incluindo uma atenção especial a fatores de capital importância, como são a Integridade, a Dignidade e a Honestidade Profissional.

> **“COMO É DO CONHECIMENTO DE TODOS, CABE À ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS (OMD), POR COMPETÊNCIA PRÓPRIA, GARANTIR E DEFENDER A ÉTICA, A DEONTOLOGIA E A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOS SEUS MEMBROS, COM O INTUITO DE ASSEGURAR E FAZER RESPEITAR O DIREITO DOS UTENTES A UMA MEDICINA DENTÁRIA QUALIFICADA, ESTANDO ESTES SUJEITOS À JURISDIÇÃO DA OMD, NOS TERMOS PREVISTOS NOS SEUS ESTATUTO E CÓDIGO DEONTOLÓGICO”**

PROPRIETÁRIO DAS CLÍNICAS VITALDENT

ERNESTO COLMAN MENA DETIDO EM ESPANHA

Na origem da detenção de Ernesto Colman Mena estão suspeitas de contabilidade paralela. No total já foram detidas pelo menos 13 pessoas, entre elas o responsável pelas clínicas Vitaldent em Itália. De origem uruguaia, Ernesto Colman é considerado um dos homens mais ricos de Espanha.

A Vitaldent, que está também presente em Itália e na Polónia, chegou a atuar em Portugal, mas várias denúncias e queixas da Ordem dos Médicos Dentistas e de utentes levaram a empresa a abandonar o mercado nacional.

Com uma faturação de 500 milhões de euros por ano, a Vitaldent opera entre 300 a 500 clínicas, a grande maioria em Espanha e a maior parte franchisadas. Terão sido os detentores dos franchisings a lançar as suspeitas de irregularidades ao denunciarem pagamentos em dinheiro vivo.

A Operação Topolino, levada a cabo em Madrid pela polícia espanhola, levou ao arresto de mais de uma centena de propriedades em toda a Espanha, 36 automóveis e um avião.

O *Consejo General de Dentistas de España* emitiu um comunicado de imprensa em que apela ao governo espanhol para proteger os interesses dos doentes e profissionais afetados pela detenção da cúpula da Vitaldent.

No comunicado, o *Consejo General de Dentistas* denuncia um modelo de negócio que dá primazia ao interesse económico em detrimento da saúde dos doentes, um modelo com recursos a campanhas publicitárias muito agressivas para captar clientes e fazê-los acreditar que estão a ter um benefício económico, quando na realidade estão efetivamente a financiar os tratamentos.

O *Consejo General de Dentistas* pede ao governo de Madrid que adote medidas para alterar a propriedade das clínicas de medicina dentária e regular a publicidade em saúde.

CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS REVELOU

METADE DOS ESPANHÓIS NUNCA VAI AO MÉDICO DENTISTA

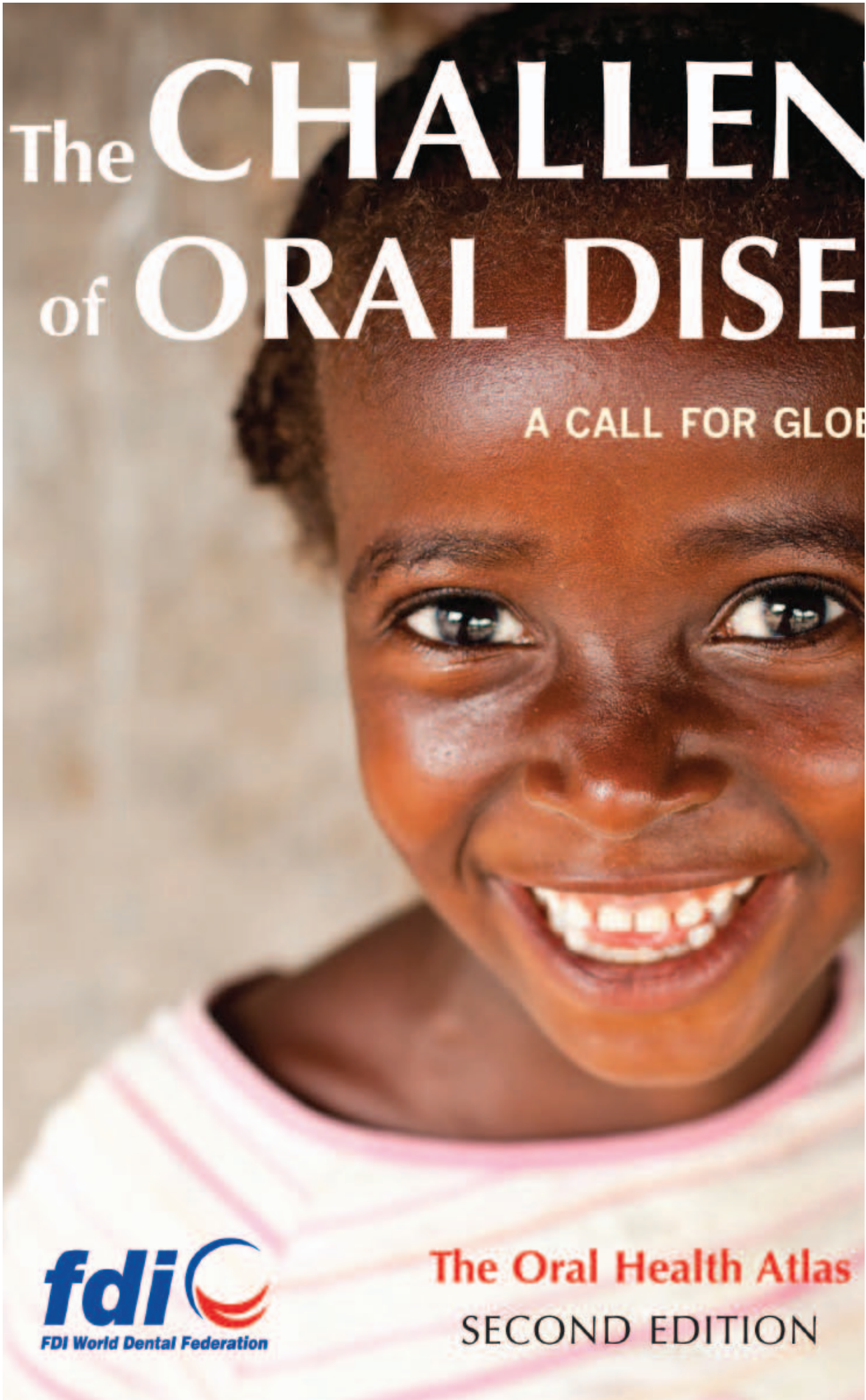
O Consejo General de Dentistas de España divulgou, em março, os dados que constam do *Libro Blanco de la Salud Bucodental* e que mostram que metade da população do país vizinho nunca vai ao dentista. Foram, ainda, divulgados os resultados do Observatório de Saúde Oral, um programa que integra uma rede de 150 médicos dentistas que analisaram a saúde oral da população espanhola e o estado da profissão.

Dentes sensíveis (19%), cáries não tratadas (15%) e gengivite (15%) são os principais problemas orais que afetam os espanhóis, segundo o documento que assenta na análise desenvolvida pelos profissionais que participam no programa e que foram entrevistados trimestralmente. Quanto aos hábitos de higiene oral, conclui-se que 80% dos espanhóis escovam os dentes no mínimo duas vezes por dia, sendo que a frequência é maior entre as mulheres (86%, enquanto nos homens se situa nos 74%).

Em relação à profissão, o Observatório de Saúde Oral indica que os médicos dentistas espanhóis trabalham em média 120 horas por mês. Mensalmente são atendidos, em média, 190 pacientes, sendo que seis em cada dez são mulheres e, destas, 3,5% estão grávidas. As crianças com menos de sete anos e os adultos com mais de 65 anos são os grupos que menos consultam o médico dentista. Por outro lado, os profissionais espanhóis passam 60% do seu tempo clínico em tratamentos e 40% em cuidados preventivos e *check-ups*.

Apesar das previsões de inverno da Comissão Europeia apontarem para um crescimento da economia espanhola em 2,8%, em 2016, sete em cada 10 profissionais acreditam que a crise dos últimos anos afetou muito ou bastante a disponibilidade das famílias para realizarem determinados tratamentos. Aliás, no ano passado, os pacientes procuravam sobretudo os tratamentos mais simples. Já os implantes dentários e estética têm sofrido uma quebra superior a 22%. Motivos que levaram um em cada quatro médicos dentistas a referir que teve uma redução significativa do seu rendimento, em 2015. O Observatório de Saúde Oral tem como objetivo alertar os cidadãos espanhóis para a importância de uma boa saúde oral e emitir uma série de indicadores que permitam identificar os pontos fortes e as dificuldades do setor. Ao invés do Barómetro de Saúde Oral da OMD, o Observatório de Saúde Oral do *Consejo General de Dentistas* está direcionado para a classe, uma vez que são auscultados os médicos dentistas. No caso português, as entrevistas são dirigidas à população, tendo-se concluído no ano passado que 46,7% dos portugueses não consultam um médico dentista há mais de um ano.

> **“EM RELAÇÃO À PROFISSÃO, O OBSERVATÓRIO DE SAÚDE ORAL INDICA QUE OS MÉDICOS DENTISTAS ESPANHÓIS TRABALHAM EM MÉDIA 120 HORAS POR MÊS. MENSALMENTE SÃO ATENDIDOS, EM MÉDIA, 190 PACIENTES, SENDO QUE SEIS EM CADA DEZ SÃO MULHERES E, DESTAS, 3,5% ESTÃO GRÁVIDAS”**


The CHALLEN
of ORAL DISE
A CALL FOR GLOB
fdi
FDI World Dental Federation
The Oral Health Atlas
SECOND EDITION

FDI WORLD DENTAL FEDERATION

ATLAS DE SAÚDE ORAL 2015

A segunda edição do Atlas de Saúde Oral da Federação Dentária Internacional (FDI) dá destaque à extensão mundial das doenças orais e fez uma reflexão sobre as políticas e estratégias globais.

Apresentado em setembro do ano passado, durante o Congresso Anual Mundial da Federação Dentária Internacional, o Atlas de Saúde Oral 2015 tem como título "O desafio da doença oral – uma chamada para a ação global". O documento resume os principais temas de reflexão da saúde oral, nomeadamente o impacto de doenças orais, como a cárie dentária, a doença periodontal ou o cancro oral, os fatores de risco e abordagens, a prevenção, os desafios e a inclusão destas questões nas agendas da saúde global.

O Atlas de Saúde Oral 2015 resulta dos contributos de 30 colaboradores e destina-se a associações nacionais de medicina dentária, organizações de saúde, profissionais especializados e público em geral. O objetivo da publicação consiste em fornecer meios a todos os envolvidos na promoção da saúde oral para sensibilizar os políticos, governos e autoridades para uma mudança de políticas nesta área.

A publicação está disponível para download no website da OMD em www.omd.pt/atlas-saude-oral, nas versões inglesa e, pela primeira vez, francesa e espanhola.

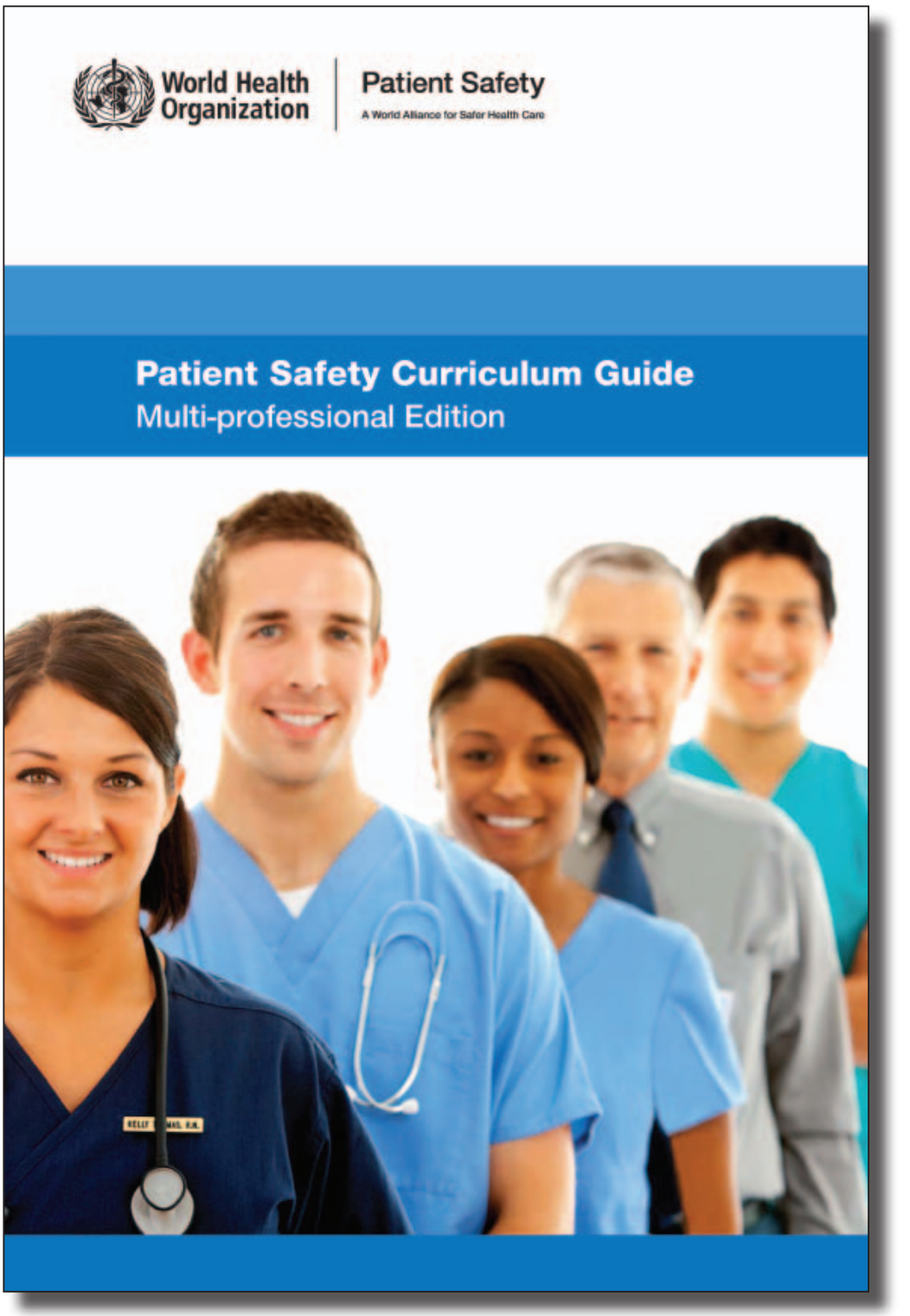
A Federação Dentária Internacional disponibiliza igualmente o Data Hub, uma plataforma em constante desenvolvimento e que reúne um conjunto de dados epidemiológicos de saúde oral a nível global. As informações do Data Hub estão agrupadas por ano e país e assumem-se como um meio complementar de divulgação de dados específicos sobre a realidade de cada nação, que podem ajudar na delineação de estratégias de saúde oral adequadas a cada local. A ferramenta está *online* e disponível para consulta através do link www.omd.pt/fdi-data-hub.

> **"O OBJETIVO DA PUBLICAÇÃO CONSISTE EM FORNECER MEIOS A TODOS OS ENVOLVIDOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL PARA SENSIBILIZAR OS POLÍTICOS, GOVERNOS E AUTORIDADES PARA UMA MUDANÇA DE POLÍTICAS NESTA ÁREA"**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PUBLICAÇÃO DE MANUAL PARA A SEGURANÇA DOS PACIENTES

O guia institucional para a segurança dos pacientes, da Organização Mundial de Saúde, destina-se a todos os profissionais e estudantes das diferentes áreas de saúde, incluindo a medicina oral.



Intitula-se *WHO* - *Patient Safety Curriculum Guide* e apresenta-se como um documento essencial para todos os profissionais de saúde. A publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é um manual que disponibiliza de forma didática os conhecimentos fundamentais em matéria de segurança dos pacientes. Neste guia são descritas as competências e comportamentos a adotar para uma prática profissional em total segurança.

O documento está dividido em duas partes. Na primeira são expostos os conceitos relativos à segurança dos pacientes, apresentando-se como um meio auxiliar para a aprendizagem e educação dos formandos para esta questão. A segunda parte constitui um manual de boas práticas, distribuído por módulos.

O guia para a segurança dos pacientes está disponível para consulta e *download* no Observatório da Saúde Oral do website da Ordem dos Médicos Dentistas, em www.omd.pt/oms.

A **AXA Portugal** agora é **Ageas Seguros.**

O mundo Ageas nasceu há 190 anos e nunca mais parou de crescer. Um dia, pensámos que era possível chegar mais longe e partilhar a nossa visão com mais pessoas. Estávamos certos. Chegámos à Ásia e a vários países da Europa, com o objetivo de ligarmos mais vidas e cuidarmos de mais futuros.
Foi também essa missão que nos trouxe a Portugal. Primeiro, através da Médis e da Ocidental e, agora, com a aquisição da AXA Portugal. Hoje, estamos preparados para continuar a crescer ao seu lado, protegendo o seu mundo.
Ageas Seguros. Um mundo para proteger o seu.

linha exclusiva a Médicos Dentistas
217 943 026 | 226 081 526
nos dias úteis, das 8h30 às 19h00

www.ageas.pt/dentistas

Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.
Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto. Tel. 22 608 1100. Fax 22 608 1136
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 503 454 109. Conservatória de Registo Comercial do Porto. Capital Social 36.670.805 Euros

Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A.
Sede: Edifício Ageas, Av. do Mediterrâneo, 1, Parque das Nações, Apart. 1953, 1058-801 Lisboa. Tel. 21 350 6100. Fax 21 350 6136
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 502 220 473. Conservatória de Registo Comercial de Lisboa. Capital Social 10.000.000 Euros

PUB

10 | 11 | 12 | NOV | 2016 | PORTO | PORTUGAL

ExpoDentária

HÁ 25 ANOS PARCEIROS DAS MELHORES MARCAS

COM MAIS DE 10.700 VISITANTES NA SUA ÚLTIMA EDIÇÃO, A EXPO-DENTÁRIA É A MAIOR FEIRA DE MEDICINA DENTÁRIA REALIZADA EM PORTUGAL.

PARTICIPE E FAÇA COM QUE ESTA SEJA A EDIÇÃO MAIS CONCORRIDA DE SEMPRE.

ORGANIZAÇÃO | PLATINIUM SPONSOR | GOLD SPONSORS | SILVER SPONSORS | INTERNATIONAL MEDIA PARTNER

Pierre Fabre HEALTH CARE · gsk GlaxoSmithKline · KLOCKNER implant system · CPMPharma · redefinimos / standards · BATADEC · inibsa · straumann · HENRY SCHEIN