

omd

Revista da Ordem dos Médicos Dentistas



número 6 | €10,00
Junho 2010
trimestral

NACIONAL

Açores recebeu delegação
pág. 6

Bastonários da saúde em Belém
pág. 10

Licenciamento Clínicas e Consultórios



cadernos científicos
Páginas Centrais

Clavamox DT[®]

amoxicilina + ácido clavulânico 875/125 mg

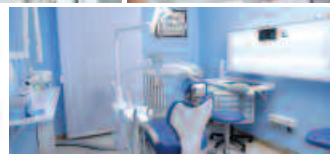


Herói
no combate
às bactérias

Bial

CLAVAMOX DT, 875 mg/125 mg, comprimidos revestidos por película, contendo 875 mg de amoxicilina (sob a forma de amoxicilina tri-hidratada) e 125 mg de ácido clavulânico (sob a forma de clavulanato de potássio). **CLAVAMOX DT 400, 400 mg/57 mg/5 ml**, pó para suspensão oral, contendo 400 mg de amoxicilina (sob a forma de amoxicilina tri-hidratada) e 57 mg de ácido clavulânico (sob a forma de clavulanato de potássio) por 5 ml. **Indicações terapêuticas:** CLAVAMOX está indicado no tratamento das seguintes infeções em adultos e crianças: sinusite aguda bacteriana (adequadamente diagnosticada), otite aguda média, exacerbação aguda da bronquite crónica (adequadamente diagnosticada), pneumonia adquirida na comunidade, cistite, pielonefrite, infeções da pele e dos tecidos moles, em particular celulite, mordidas de animal, abscesso dentário grave com celulite disseminada, infeções ósseas e articulares, em particular osteomielite. **Posologia e modo de administração:** Adultos e adolescentes ≥ 40 kg: *Dose padrão:* (para todas as indicações) uma toma de 875 mg/125 mg duas vezes por dia; *Dose elevada* (para infeções como otite média, sinusite, infeções do tracto respiratório inferior e infeções do tracto urinário): uma toma de 875 mg/125 mg três vezes por dia. Crianças < 40 kg: 25 mg/3.6 mg/kg/dia a 45 mg/6.4 mg/kg/dia divididos por 2 doses; *Dose elevada* (para infeções como otite média, sinusite, infeções do tracto respiratório inferior): até 70 mg/10 mg/kg/dia divididos por 2 doses. Não estão disponíveis dados clínicos para dosagens superiores a 45 mg/6.4 mg/kg/dia de Clavamox 7:1 em crianças com idade inferior a 2 anos. Não estão disponíveis dados clínicos para formulações de Clavamox 7:1 em crianças com idade inferior a 2 meses. Consequentemente, não poderão ser feitas recomendações de dose para esta população. Idosos: não é necessário nenhum ajuste de dose. Insuficiência renal: nenhum ajuste de dose é necessário em doentes com depuração de creatinina (ClCr) superior a 30 ml/min. Em doentes com depuração de creatinina (ClCr) inferiores a 30 ml/min, o uso de formulações de CLAVAMOX 7:1 não é recomendado, e assim, não estão disponíveis recomendações para ajustes de dose. Insuficiência hepática: dosear com precaução e monitorizar a função hepática em intervalos regulares. A duração da terapêutica deverá ser determinada pela resposta do doente. O tratamento não deve estender-se por um período superior a 14 dias sem avaliação. CLAVAMOX deve ser administrado no início das refeições para minimizar a potencial intolerância gastrointestinal e otimizar a absorção da amoxicilina e do ácido clavulânico. **Contra-indicações:** hipersensibilidade às substâncias activas, a qualquer penicilina ou a qualquer um dos excipientes; historial clínico de reacção grave de hipersensibilidade imediata (por ex., anafilaxia) a qualquer outro agente beta-lactâmico (por ex., cefalosporinas, carbapenemas, monobactam); historial clínico de icterícia/insuficiência hepática devido a amoxicilina/ácido clavulânico. **Efeitos indesejáveis:** As reacções adversas medicamentosas (RAMs) mais comumente notificadas são diarreia, náusea e vômito. As RAMs listadas por frequências (*muito frequentes*: $>1/10$, *frequentes*: $>1/100$ e *1/10*, *pouco frequentes*: $>1/1000$ e *1/100*, *raros*: $>1/10000$ e *1/1000*, *muito raros*: $<1/10000$, *desconhecido* (não pode ser estimado a partir dos dados disponíveis), foram as seguintes: *Muito frequentes:* diarreia (CLAVAMOX DT); *Frequentes:* candidíase mucocutânea, diarreia (CLAVAMOX DT 400), náusea, vômito; *Pouco frequentes:* tonturas, cefaleias, indigestão, aumento dos valores AST e/ou ALT, erupção cutânea, prurido, urticária; *Raros:* leucopenia reversível (incluindo neutropenia), trombocitopenia, eritema multiforme; *Desconhecido:* proliferação de organismos não susceptíveis, agranulocitose reversível, anemia hemolítica, prolongamento do tempo de hemorragia e do tempo de protrombina, edema angioneurótico, anafilaxia, síndrome semelhante à doença do soro, vasculite por hipersensibilidade, hiperactividade reversível, convulsões, colite associada ao antibiótico, língua negra pilosa, descoloração dos dentes (CLAVAMOX DT 400), hepatite, icterícia colestática, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, dermatite exfoliativa e bulhosa, pustulose exantematosa aguda generalizada, nefrite intersticial, cristalúria são também muito raros. Apresentação e nos. reg.: CLAVAMOX DT, comp. 1 g cx. 16 (9966105), PVP: € 9,86. *Sob licença de GlaxoSmithKline Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da AIM:* BIAL - Portela & C^o S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S, Mamede do Coronado - PORTUGAL Capital Social € 43.500.000 - Sociedade Anónima - Matrícula N^o 500 220 913 - Conservatória do Registo Comercial da Trofa - Contribuinte 500 220 913 - www.bial.com - info@bial.com. *Medicamento sujeito a receita médica.* DIDSAM091229

índice



institucional

Editorial

4

nacional | ordem

6/21

Açores recebeu delegação

Deputados com diagnóstico da profissão

Bastonários em Belém

Licenciamento "simplex"

Cuidados de saúde de qualidade

Cheque-dentista alargado aos 8, 11 e 14 anos

Médicos dentistas no auxílio às vítimas

Eleita nova direcção do Colégio de Ortodontia

Relatório e contas Aprovado por unanimidade

Que emprego temos

A profissão em números

Novos protocolos de cooperação

Jovens médicos dentistas iniciaram trabalhos

Programa provisório do Congresso OMD 2010

Gestão para médicos dentistas

nacional | conselho deontológico

22

Segredo profissional em contratos de franquia e similares

nacional | assessoria jurídica

24

A portaria a seguir

nacional | provas académicas

24

Doutoramentos em medicina dentária

geral | opinião

25/27

A contribuição das seguradoras para a penosa vida do médico dentista

Proposta de uma ficha dentária

internacional | europa

28/30

Prioridades europeias para a Saúde

Portugueses fumam acima da média europeia

Nota negativa para saúde europeia

internacional | global

32

Locais de trabalho cinco estrelas

parcerias | omd

33

Mais barato para médicos dentistas

índice | ficha técnica

FICHA TÉCNICA

Ano II – nº 6 – Junho de 2010
Trimestral

Preço:
€10,00

Propriedade e Edição
Ordem dos Médicos Dentistas

Direcção
Director:
Orlando Monteiro da Silva
Director-adjunto:
Paulo Ribeiro de Melo

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

Conselho Científico
Presidente: Pedro Leitão
António Ginjeira
Carlos Falcão
Gil Alcoforado
Jorge André Cardoso
Pedro Correia
Pedro Nicolau

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

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

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

Edição Gráfica
Inédia – Consultoria e Estratégia de Comunicação, Lda

Paginação
FullDesign, Lda.

Impressão
Sogapal

Periodicidade: Trimestral

Distribuição: Gratuita

Tiragem: 7.500 exemplares

Depósito Legal: 285 271/08

ISSN: 1647-0486

cadernos científicos | destacável

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



Editorial

Caros colegas,

No passado dia 12 de Maio concluiu-se um passo importante no licenciamento de clínicas e consultórios de medicina dentária com a publicação da portaria 268/2010, de 13 de Maio, que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento de clínicas e consultórios de medicina dentária.

A nova regulamentação torna possível o recurso pelos colegas ao procedimento de licenciamento simplificado nos termos previstos pelo decreto-lei nº 279/2009 de 6 de Outubro.

A medicina dentária foi a primeira tipologia médica a ser regulamentada, eliminando definitivamente o decreto-lei nº 233/2001, em resultado de um esforçado trabalho da Ordem junto dos responsáveis ministeriais, que sempre vincou a inaplicabilidade e insensatez legais do anterior regime.

O momento actual enceta uma reforma total do licenciamento das clínicas e consultórios de medicina dentária, expurgando do seu regime legal os elementos, administrativos e burocráticos de difícil cumprimento e que tolham a obtenção da licença de funcionamento por parte dos médicos dentistas.

Esta posição da OMD foi consolidada como

parceria em Agosto e Setembro de 2007 de forma institucional ante a Direcção-Geral da Saúde e o presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) no âmbito de uma auscultação pública realizada pela Direcção-Geral da Saúde aos parceiros institucionais com ligações ao sector da saúde, a qual mereceu acolhimento por parte da ACSS em Outubro de 2007.

Assim, a OMD, como parceira institucional na área da saúde, propôs alterações quer ao diploma legal que viria criar o novo regime geral de licenciamento, de unidades privadas de saúde, quer na regulamentação sectorial da medicina dentária. Ao nível da regulamentação e do regime geral, a OMD propôs e insistiu na fixação de:

- pé direito útil mínimo de 2,40m para corredores e demais circulações horizontais do consultório, tomando em consideração o facto de muitos consultórios se encontrarem instalados em imóveis destinados também a habitação, não cumprindo forçosamente as regras de construção destinadas a estabelecimentos comerciais;
- dispensa de requisitos técnicos por parte das unidades de saúde que já se encontrem licenciadas ao abrigo do regime anterior;
- criação de um mecanismo próprio de apreciação e ponderação de dispensa de requisitos técnicos por parte das clínicas e consultórios no âmbito do formulário electrónico de licenciamento;
- obrigatoriedade da zona de esterilização apenas quando a clínica ou consultório não utilizar exclusivamente material descartável, não dispuser serviços centralizados de esterilização ou recurso ao exterior;
- uma diferenciação da exigência dos requisitos consoante esteja em causa um consultório de pequena dimensão ou uma clínica de grande dimensão, visível, nomeadamente ao nível das instalações sanitárias, das áreas mínimas de sala de desinfectação e da sala de apoio. (v. quadro).

Assim, e como culminar das várias audiências realizadas, a Ordem logrou que na versão final da portaria fossem suprimidas várias exigências tais como:

Requisitos refutados pela OMD

Exigência de um certificado higiosanitário – art. 4.1.1., e)

Área mínima para gabinete – 14 m²

Área mínima para sala de apoio
(obrigatório para unidades organizadas em *boxes*) – 12m²

Área mínima para sala de sujos – 3m²

Área mínima para sala de desinfecção
– 3m² para todas as unidades de saúde

Instalação sanitária de pessoal para todas as unidades de saúde

Exigência de pia hospitalar para sala de sujos

Versão final consagrada na Portaria

Não exigência do certificado higiosanitário

Área mínima para o gabinete – 9 m²

Sala de apoio, obrigatória para unidades
organizadas em *boxes*) – 9m² para 3 *boxes*

Não estabelece áreas mínimas

Só estabelece a área mínima de 3m²
para unidade com mais de 5 gabinetes de consulta

Exigência apenas de instalação sanitária para unidades
de saúde com mais de dois gabinetes de consulta ou *boxes*

Exigência apenas de um lavatório

Esta é sem dúvida uma oportunidade para todos os colegas que não conseguiram obter o licenciamento ao abrigo do regime anterior, o possam fazer de forma mais simples e mais célere.

Acrescente-se que a Ordem disponibiliza um sistema de esclarecimento de dúvidas sobre o processo de licenciamento por meio de um formulário electrónico especialmente criado para o efeito no site www.omb.pt e de uma lista de perguntas frequentes com actualizações permanentes, cuja consulta aconselhamos vivamente.

Resta deixar aqui um especial agradecimento ao colega João Braga, secretário-geral cessante e ao Grupo de Apoio ao Licenciamento, ao Departamento Jurídico, pela colaboração incansável em todo este processo, bem como aos

Serviços Administrativos pelo apoio que têm vindo a prestar aos n/associados.

Esperamos que as entidades envolvidas neste processo, designadamente ARS, ACSS, ERS e Ministério da Saúde, contribuam para uma forte implementação e fiscalização das novas regras e por conseguinte estejam à altura deste novo desafio que constitui o novo regime de licenciamento.

Saudações cordiais,

Secretário-geral



Paulo Ribeiro de Melo

Açores recebeu delegação



Da esquerda para a direita, o secretário-geral da OMD, Paulo Ribeiro de Melo, o representante da Região Autónoma dos Açores no Conselho Directivo, Artur Lima, o bastonário, Orlando Monteiro da Silva, e o representante da Região Autónoma da Madeira no Conselho Directivo, Gil Fernandes Alves

A terceira delegação da OMD foi inaugurada a 10 de Abril em Angra do Heroísmo, na Região Autónoma dos Açores.

As novas instalações estão situadas no edifício Angra Office Center Palmeiras Park, na Rua Dr. Aníbal Bettencourt nº 242 – D, representam um investimento superior a 200 mil euros, totalmente suportados pela Ordem.

De acordo com Artur Lima, representante dos Açores no Conselho Directivo, a escolha da ilha Terceira deveu-se ao facto de ser lá que se encontram a Secretaria e a Direcção Regional de Saúde, permitindo que a OMD tenha uma

representação mais próxima destas duas instituições governamentais.

O novo espaço vai ser utilizado para reuniões e acções de formação, existindo uma sala equipada com vídeo-conferência capaz de acolher meia centena de participantes. Em Setembro, a delegação realiza o primeiro curso de formação a nível nacional com o médico dentista e professor universitário Sampaio Fernandes, sob o tema «Facetas, Coroas e Pontes Cerâmicas de A a Z». A delegação dos Açores, tal como em Lisboa e Madeira, vai funcionar ainda como um local de atendimento ao público.



Do passado ao presente...

Antes da OMD ser oficialmente constituída, em 1998, a Associação Profissional dos Médicos Dentistas (APMD), sua predecessora, instalou-se no Porto em 1991, na Rua Joaquim Kopke, onde funcionou até 1997.

A 21 de Junho 1998 instalou-se numa vivenda na Av. Dr. Antunes Guimarães (foto 1), a qual sofreu um profundo processo de restauro. A sede da Ordem dos Médicos Dentistas ainda hoje funciona nestas instalações, que em 2007 foram sujeitas a obras de beneficiação.

Tendo em vista uma melhor e mais cómoda resposta às necessidades dos seus associados residentes na zona Sul do País, a APMD inaugurou um espaço físico em Lisboa, situado na Av. António Augusto de Aguiar, no final de 1996.

Dois anos depois, em 1998, já como OMD, a segunda delegação de Lisboa foi mudada para a zona do Campo Grande (foto 3). Em 2009, decorridos 11 anos, os serviços da OMD instalam-se em novas e ampliadas instalações também no Campo Grande. Cumpre-se, assim, uma aspiração antiga de dotar o espaço físico da delegação Sul com as necessárias condições de representação institucional e, sobretudo, de apoio aos associados, em particular os da Região Sul do País.

Em 16 de Setembro de 2004 é inaugurada a delegação da Madeira (foto 2), na cidade do Funchal. Neste espaço, adquirido pela OMD, foram instalados os serviços administrativos necessários para acolher não só os associados, como também o público em geral, nomeadamente os utentes do Serviço Regional de Saúde, sempre que pretendam qualquer esclarecimento sobre assuntos no âmbito das competências estatuídas à OMD.



1 – Porto, 1998



2 – Madeira, 2004



3 – Lisboa, 2009

Audiência na Assembleia da República

Deputados com diagnóstico da profissão



O bastonário explicou que «a nova legislação será um instrumento essencial para avaliar publicamente diversos requisitos técnicos de qualidade, defendidos pela Ordem há vários anos»

Os deputados da Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República ficaram com um ponto de situação sobre a medicina dentária e saúde oral nacional depois de receberem, a 17 de Abril, uma equipa da OMD, liderada pelo bastonário.

Orlando Monteiro da Silva, acompanhado por Paulo Ribeiro de Melo e Ricardo Pinto, respectivamente secretário-geral e membro do Conselho Directivo, começou por fazer um enquadramento histórico da profissão em Portugal. De seguida, os dirigentes da OMD enumeraram alguns dos desafios que a classe enfrenta actualmente. O cheque-dentista foi abordado com a Ordem a defender o alargamento do programa a mais faixas etárias e grupos sociais, como forma de levar os cuidados de medicina dentária a mais pessoas.

Em jeito de alerta às autoridades responsáveis, os atrasos nos pagamentos do cheque-dentista também foram lembrados.

Nova legislação

As novas regras de licenciamento de clínicas e consultórios de medicina dentária entraram em vigor apenas em Maio, com a publicação da

portaria nº 268/2010. Porém, durante a audiência na Assembleia da República, em Abril, o assunto foi apresentado pela Ordem.

O bastonário explicou que «a nova legislação será um instrumento essencial para avaliar publicamente diversos requisitos técnicos de qualidade, defendidos pela Ordem há vários anos». «É também uma ferramenta de combate ao exercício ilegal da profissão», frisou.

Virando a página ao dossier licenciamento, a equipa da Ordem lançou ainda dois novos reptos aos deputados da Comissão Parlamentar de Saúde. Primeiro que «criem legislação para regular os seguros e convenções a custo zero», pois é um «sector desregulado».

Nesta sequência, em defesa da profissão, o bastonário Orlando Monteiro da Silva incitou os deputados a produzirem sempre «legislação que favoreça os médicos dentistas no seu exercício liberal, em detrimento dos grupos económicos».

Excesso de oferta

Mais de 400 médicos dentistas emigraram para o Reino Unido, por não terem conseguido estabelecer-se no já saturado mercado nacional. Os

principais afectados costumam ser profissionais jovens, recém-licenciados.

Na génese deste problema está o excesso de faculdades de medicina dentária em Portugal, sete no total, defendeu a Ordem durante a audiência parlamentar.

«Existe uma desadequação da oferta para as necessidades nacionais. Isto tem originado um fenómeno crescente de emigração de profissionais altamente qualificados para o estrangeiro».

Muitas destas dificuldades que os médicos dentistas mais jovens enfrentam no início da sua actividade profissional foram, na ocasião, abordadas por Ricardo Pinto, em representação do Conselho dos Jovens Médicos Dentistas da OMD.

Mais beneficiários

A inclusão dos médicos dentistas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos centros de saúde e unidades de saúde familiar, através de carreira própria, idêntica à dos outros profissionais de saúde com formação similar, foi também reclamada pela OMD.

Em resposta, a deputada Teresa Caeiro, do CDS-PP, revelou que o seu partido está já a trabalhar numa proposta de lei para integrar os médicos dentistas no SNS.



Para fazer chegar a medicina dentária a mais pessoas, a Ordem defendeu ainda a criação de um sistema nacional de comparticipações, destinado a todos os utentes do SNS, que assegure cuidados básicos de medicina dentária. Outra proposta da OMD, repetida na audiência, pugnou pela inclusão da medicina dentária na medicina do trabalho.



Audiência

Bastonários em Belém

Fotos: "Luís Filipe Catarino/Presidência da República".



O Presidente da República, Aníbal Cavaco Silva, recebeu os bastonários da área da saúde, no Palácio de Belém, em finais de Fevereiro. Durante o encontro, Orlando Monteiro da Silva transmitiu ao chefe de Estado algumas das actuais preocupações da ordem profissional que lidera.

- 1) a formação excessiva de médicos dentistas, com muitos deles forçados à emigração;
- 2) a acessibilidade da generalidade da população a cuidados básicos de medicina dentária;
- 3) a necessidade de enquadrar os médicos dentistas através de uma carreira própria nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e nos centros de saúde;
- 4) a necessidade de regulamentação da actividade dos seguros e convenções na área da saúde e da medicina dentária em particular.



Novo Regime

Licenciamento “simplex”

Os médicos dentistas terão um ano para licenciar as suas clínicas ou consultórios. A contagem decrescente começou a 13 de Maio, quando entrou em funcionamento a portaria n.º 268/2010, que regulamenta, para a área da medicina dentária, o decreto-lei n.º 279/2009, de 6 de Outubro de 2009, relativo ao licenciamento de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde.

«Esta legislação, que consideramos bastante positiva, vem colmatar um esforço de muitos anos por parte da nossa Ordem em ter uma regulamentação para o licenciamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde oral», avançou numa comunicação dirigida à classe.

A OMD participou activamente na «melhoria substancial» da versão inicial, numa negociação que decorreu durante mais de dois anos. «Sendo a primeira portaria que regula o novo regime das unidades privadas de saúde, a OMD espera, por parte do Governo, que o mesmo procedimento seja aplicado às restantes áreas da medicina, de forma a que em Portugal o licenciamento seja uma regra e não uma excepção», avançou a OMD.

Desde início, procurou-se que a nova legislação refletisse os critérios de exigência, de responsabilidade, de justiça e de exequibilidade, destinados a punir quem não cumpra os requisitos



obrigatórios para uma prestação adequada de cuidados de saúde oral, que permitam fazer justiça aqueles que os cumprem.

Trata-se de um instrumento essencial para uma avaliação pública destes requisitos técnicos e de qualidade, bem como de combate ao exercício ilegal da profissão.

O procedimento de licenciamento das clínicas ou consultórios dentários passa a ser disponibilizado online, o que permite com uma declaração electrónica validamente submetida a imediata obtenção de licença, sem prejuízo da subsequente vistoria.

Sem as burocracias do passado, o licenciamento agora é realizado online

Que passos seguir...

A partir do dia da publicação da portaria que regula o licenciamento das clínicas e dos consultórios de medicina dentária, tem um ano para realizar o processo de licenciamento.

Não se precipite, antes de realizar o pedido no site da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) ou da Administração Regional da Saúde (ARS), assegure-se que:

1. Está inscrito na ERS;
2. É detentor de cartão de cidadão com certificado de assinatura digital activado, ou de outra forma válida de assinatura digital certificada;
3. Cumpre todos os requisitos previstos no formulário de pedido de licenciamento;
4. Está registado no site da Ordem dos Médicos Dentistas.

Para evitar a sobrecarga dos serviços, a OMD disponibiliza-lhe os seguintes suportes de apoio:

1º Passo: aceda à área de membro do site da OMD e consulte a secção “Novo regime de licenciamento”, em especial a leitura atenta da legislação;

2º Passo: consulte a página com perguntas frequentes. Verifique se a sua dúvida já tem resposta nesta secção.

3º Passo: se não obteve resposta, coloque a sua questão à OMD através do formulário disponível em www.ombd.pt.

O pedido de licenciamento constitui um acto pessoal da iniciativa de cada um. A OMD é apenas facilitadora no processo de contacto com as diversas entidades envolvidas. A ERS apoiará no preenchimento do processo e existe um Centro de Atendimento Externo (telefone: 213126250) que a Administração Central do Sistema de Saúde, IP disponibiliza.

VOCO OFERTAS

O material “flow” para cavidades de classe II. Aprovado clinicamente!

Material restaurador universal nano-híbrido,
de baixa viscosidade

- Fluidez ideal, associada a um conteúdo de carga de mais de 80 %
- Excelentes propriedades de molhamento
- Contração de polimerização significativamente menor do que a dos materiais “flow” convencionais



NDT
non dripping
technology



3+1

Grandio Flow 3+1

Embalagem especial:
8 x 2 g seringas na cor A3,
acessórios

REF 2960
~~218,40 €~~

goteje
25%

163,80 €

Grandio Flow Caps + adesivo

Set 40 x 0,25 g Caps (8 x cada cor:
A1, A2, A3, A3.5, OA2), escala de
cores + grátis 50 Futurabond NR
SingleDose, acessórios

REF 1878
~~202,20 €~~

goteje
32%

137,00 €



nano-hybrid
technology



Para encomendas: Carlos Costa, Tel. 934368026

GrandTEC

Tiras de fibra de vidro impregnadas com resina, fotopolimerizáveis, para utilização em técnicas adesivas

- Para a ferulização dentária em tratamentos periodontais e ortodônticos
- Para reforçar próteses provisórias
- Tratamento provisório de espaços no arco dentário após a instalação de implantes

Tiras de fibra de vidro fotopolimerizáveis, 5 unidades de 5,5 cm + grátis: 2 x 2 g seringas Grandio Flow A3

REF 1168 ~~243,60 €~~

prime
22%

189,00 €



Fissurit F

Selante de fissuras fotopolimerizável fluoretado

- Selamento de fissuras e superfícies oclusais para a profilaxia da cárie
- Aplicação precisa e sem respingos com a nova seringa NDT® da VOCO
- Características de fluidez excepcionais proporcionadas pela baixa viscosidade
- Com gel de ataque ácido: para superfícies e fissuras mais amplas
- Com líquido de ataque ácido: a baixa viscosidade permite uma infiltração mais rápida em fissuras profundas

5 x 2 g seringas, 5 ml seringa de gel de ataque ácido Vococid + 2 x 3 ml líquido de ataque ácido Vococid, acessórios

REF 1293 ~~89,50 €~~

prime
15%

75,90 €



Ordens profissionais querem garantir

Cuidados de saúde de qualidade



As quatro ordens profissionais do sector da saúde –enfermeiros, farmacêuticos, médicos e médicos dentistas – debateram a «segurança dos cuidados de saúde» e a «sustentabilidade e regulação do sistema de saúde», num evento realizado em conjunto a 2 de Junho, em Lisboa, na Fundação Calouste Gulbenkian.

Numa altura em que o equilíbrio das finanças públicas obriga o Governo a impor medidas de austeridade, as quatro ordens profissionais disponibilizaram-se para trabalhar com o Ministério da Saúde na procura de novas soluções para o sector da saúde.

Só assim será possível assegurar a «equidade no acesso e a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos», defenderam os organizadores. Também não devem ser esquecidas «as responsabilidades que as ordens profissionais assumem em termos de regulação profissional», alertaram.

A ministra da Saúde, Ana Jorge, esteve presente na sessão de abertura do encontro. Durante o dia de debates, ambos os painéis contaram com a participação dos quatro bastonários, além de representantes de instituições de ensino, do Ministério da Saúde e dirigentes nacionais e europeus do sector da saúde.

Saúde Oral

Cheque-dentista alargado aos 8, 11 e 14 anos

Nova circular normativa para o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Uma vez mais, o trabalho de sensibilização e de insistência da OMD para com os responsáveis do programa cheque-dentista deu os seus frutos.

A OMD conseguiu uma rectificação do programa de forma a permitir que as crianças que foram excluídas no ano anterior, por lhes ter sido entregue o cheque tardiamente, tivessem a oportunidade de usufruir dos cheques-dentista respectivos este ano.

Assim, foi publicada a circular normativa nº 8 sobre

o PNPSO - Alargamento a crianças e jovens de 8, 11 e 14 anos – Saúde Oral Crianças e Jovens Idades Intermédias, que revoga a circular normativa nº 4 de 10/3/2010.

A circular informativa nº 14 possui os esclarecimentos necessários para a interpretação da circular normativa acima mencionada.

Mais informações em www.ond.pt/chequedentista.

Cheias na Madeira

Médicos dentistas no auxílio às vítimas

Conheça a “timeline” da operação

Através de fichas clínicas e odontogramas, uma equipa de médicos dentistas confirmou a identidade dos corpos de quatro das vítimas das cheias que atingiram a 20 de Fevereiro a Madeira. À medida que as consequências das cheias se tornavam mais evidentes, com a sinalização de diversas vítimas mortais, a Ordem dos Médicos Dentistas disponibilizou-se para prestar auxílio com profissionais que poderiam colocar as suas competências técnicas ao dispor das autoridades de socorro.

Esta vontade foi comunicada ao director do Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, pelo representante da OMD na Região Autónoma da Madeira (RAM), Gil Fernandes Alves, na segunda-feira, 22, após a catástrofe.

Dois dias passados, a Ordem ofereceu os préstimos dos médicos dentistas, para ajudar no reconhecimento das vítimas, desta vez, ao presidente do Governo da RAM e ao secretário-regional dos Assuntos Sociais.

No dia seguinte, a 25 de Fevereiro, o secretário-regional dos Assuntos Sociais contactou a OMD, informando que a equipa de medicina legal necessitava da ajuda dos médicos dentistas.

De imediato, Gil Fernandes Alves deu conhecimento ao presidente do Conselho Directivo, Paulo Ribeiro de Melo, e solicitou informação completar aos médicos dentistas João Aquino e Joana Figueiredo.

Foram destacados três médicos dentistas para o necrotério, contando posteriormente ainda com a colaboração de mais três médicos dentistas e um assistente de consultório – para recolha de fichas clínicas e odontogramas – e as assistentes administrativas e auxiliares de acção médica do Centro de Saúde do Bom Jesus, para recolhas de registos do PRPSO (Programa Regional de Promoção de Saúde Oral).

«Agradecemos a colaboração e disponibilidade dos colegas João Noronha, Jeanne Henriques, João Faria Paulino, Duval Junior, Vivianne Almeida, da assistente de consultório Fátima, assistentes administrativas e auxiliares de acção médica do



Centro de Saúde do Bom Jesus», realçou a OMD em comunicado.

A acção dos médicos dentistas possibilitou a identificação de quatro corpos, tendo a responsável pela equipa de medicina legal agradecido a colaboração dos médicos dentistas, «pois a mesma possibilitou a identificação de 100% dos corpos resgatados», referiu.

No final, a mesma responsável lamentou, ainda, não ter tido conhecimento da disponibilidade dos médicos dentistas desde o início e garantiu o propósito de intervir junto das entidades competentes no sentido de legislar a inclusão dos médicos dentistas nas equipas de medicina legal.

Equipa forense «possibilitou a identificação de 100% dos corpos resgatados»

DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: SPIDIFEN 400 mg granulado para solução oral; SPIDIFEN 600 mg granulado para solução oral; SPIDIFEN 400 mg Comprimidos; 400 mg comprimidos revestidos por película.

COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada saqueta de SPIDIFEN 400 mg contém 738 mg de Ibuprofeno, arginato, equivalentes a 400 mg de Ibuprofeno, como substância activa. Excipiente(s): Sacarose – 1770 mg; Sódio 57 mg (sob a forma de bicarbonato de sódio e de sacarina sódica); Aspartamo (E951) 60 mg. Cada saqueta de SPIDIFEN 600 mg contém 1105 mg de Ibuprofeno, arginato, equivalentes a 600 mg de Ibuprofeno, como substância activa. Excipiente(s): Sacarose – 1265 mg; Sódio 85 mg (sob a forma de bicarbonato de sódio e de sacarina sódica); Aspartamo (E951) 60 mg. Cada comprimido revestido por película contém 738 mg de Ibuprofeno, arginato, equivalentes a 400 mg de Ibuprofeno, como substância activa. Excipiente(s): Sacarose 18,7 mg; Sódio 82,7 mg (sob a forma de bicarbonato de sódio).

FORMA FARMACÉUTICA: SPIDIFEN 400 mg granulado para solução oral; SPIDIFEN 600 mg granulado para solução oral; SPIDIFEN 400 mg Comprimidos, comprimidos revestidos por película.

INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS: SPIDIFEN 400 mg e SPIDIFEN 600 mg: Como analgésico: Dor pós-traumática (entorses, contusões, luxações, fracturas), dor pós-cirúrgica (cirurgia geral, episiotomia, extração dentária), odontalgias, cefaleia e dismenorria. Outros processos dolorosos associados a inflamação. Como anti-inflamatório: Osteoartrose, artrite reumatóide, artrite reumatóide juvenil, espondilite anquilosante, reumatismo extra articular. Como antipirético: Febre (adultos e crianças com mais de 6 anos). SPIDIFEN 400 mg Comprimidos: Como analgésico: Cefaleia, dismenorria primária, dor pós-traumática, dor pós-cirúrgica (cirurgia geral, extração dentária). Como anti-inflamatório: Artrite reumatóide e osteoartrite.

POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Os efeitos indesejáveis podem ser minimizados utilizando a menor dose eficaz durante o menor período de tempo necessário para controlar os sintomas. **Adultos:** A posologia deverá ajustar-se à intensidade do quadro clínico a tratar. Em geral, a dose máxima diária recomendada é de 1200 mg de Ibuprofeno (arginato), repartidos em 2 a 4 administrações. Em caso de tratamento crónico a posologia deverá ser ajustada à dose mínima de manutenção que proporcione o controlo adequado dos sintomas. Na artrite reumatóide podem ser necessárias doses superiores, no entanto, recomenda-se não ultrapassar a dose máxima diária de 2400 mg de Ibuprofeno (arginato). Na dismenorria primária, recomenda-se uma dose diária de 400 mg de Ibuprofeno (arginato) até se obter o alívio da dor, sendo a dose máxima por administração de 400 mg de Ibuprofeno (arginato) e a dose máxima diária de 1200 mg.

Crianças: 6 a 12 anos: A dose diária recomendada é de 20 a 30 mg/kg/dia de Ibuprofeno (arginato), repartidos em 3 ou 4 tomas. Dose máxima 40 mg/kg/dia. Maiores de 12 anos – Dose igual à dos adultos. Idosos: A farmacocinética do Ibuprofeno não se altera nos idosos, pelo que não se considera necessário modificar a dose nem a frequência de administração. No entanto, tal como para outros AINEs, deverão adoptar-se precauções no tratamento destes pacientes, que são geralmente mais propensos aos efeitos secundários e têm mais probabilidade de apresentarem alterações da função renal, cardiovascular ou hepática e de receber medicação concomitante. Recomenda-se iniciar o tratamento com a dose terapêutica mais baixa. Apenas após verificar que existe uma boa tolerância, poderá aumentar-se a dose até alcançar a estabilidade para a população em geral.

Insuficientes renais: Convém adoptar precauções quando se utilizam AINEs em doentes com insuficiência renal. Em doentes com disfunção renal leve ou moderada deverá reduzir-se a dose inicial. Não se deverá utilizar Ibuprofeno em doentes com insuficiência renal grave. **Insuficientes hepáticos:** Embora não se tenham observado diferenças no perfil farmacocinético do Ibuprofeno nestes doentes, aconselha-se a adopção de precauções com o uso de AINEs. Os doentes com insuficiência hepática leve ou moderada deverão iniciar o tratamento com doses reduzidas e ser cuidadosamente vigiados. Não se deverá utilizar Ibuprofeno em doentes com insuficiência hepática grave.

CONTRA-INDICAÇÕES: Hipersensibilidade conhecida ao princípio activo ou outros AINEs ou a qualquer dos excipientes da formulação. Pacientes que tenham experimentado crises de asma, rinite aguda, urticária, edema angioneurótico ou outras reacções do tipo alérgico após terem utilizado substâncias de acção semelhante (por exemplo Ácido acetilsalicílico ou outros AINEs). História de hemorragia gastrointestinal ou perfuração, relacionada com terapêutica anterior com AINE. Úlcera péptica/hemorragia activa ou história de úlcera péptica/hemorragia recorrente (dois ou mais episódios distintos de ulceração ou hemorragia comprovada). Doença inflamatória intestinal. Insuficiência cardíaca grave. Disfunção hepática grave. Disfunção renal grave. Pacientes com diátese hemorrágica ou outros transtornos da coagulação. Terceiro trimestre de gravidez. **EFEITOS INDESEJÁVEIS: Muito frequentes (>1/10)** dispénia; diarreia. **Frequentes (>1/100, <1/10)** náuseas, vómitos, dor abdominal, erupção cutânea, fadiga ou sonolência, cefaleia, tonturas e vertigens. **Não frequentes (>1/1000, >1/100)** hemorragias e úlceras gastrointestinais, estomatite ulcerosa, urticária, prurido, púrpura (incluindo a púrpura alérgica), angioedema, rinite, broncoespasmo, insónia, ansiedade, intransquilidade, alterações visuais, tinitus. **Raras (<1/1000)** perfuração gastrointestinal, flatulência, obstipação, esofagite, estenose esofágica, gastrite, exacerbação de doença diverticular, colite hemorrágica inespecífica, colite ulcerosa ou doença de Crohn, hematemeses, melenas, reacção anafiláctica, reacção psicótica, nervosismo, irritabilidade, depressão, confusão ou desorientação, ambliopia tóxica reversível, transtornos auditivos, trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, pancitopenia, agranulocitose, anemia aplástica ou anemia hemolítica, alterações da função hepática, hepatite e icterícia com Ibuprofeno racémico. **Muito raras (<1/10000)** eritema multiforme, necrólise epidérmica, lúpus eritematoso sistémico, alopecia, reacções de fotossensibilidade, reacções cutâneas graves como a síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica aguda (síndrome de Lyell), vasculite alérgica e meningite asséptica, podem ver-se agravadas as inflamações associadas a infecções. Também têm sido notificados, na sequência da administração de AINE, casos de hematemeses e melenas. Caso se produza hemorragia gastrointestinal, poderá causar anemia e hematemeses. Na maior parte dos casos em que foi comunicada meningite asséptica com Ibuprofeno, o doente sofria de alguma doença auto-imune (como lúpus eritematoso sistémico ou outras doenças do colagénio), o que pressupõe um factor de risco. Podem ver-se agravadas as inflamações associadas a infecções. Em caso de reacção de hipersensibilidade generalizada grave pode aparecer inchoço da face, língua e laringe, broncoespasmo, asma, taquicardia, hipotensão e choque. Pode prolongar o tempo de hemorragia. Parece existir uma maior predisposição por parte dos doentes com hipertensão ou transtornos renais a sofrer retenção hídrica. Edema, hipertensão arterial, e insuficiência cardíaca, têm sido notificados em associação ao tratamento com AINE. Os dados sugerem que a administração de Ibuprofeno em doses elevadas (2400 mg diários) e em tratamento de longa duração poderá estar associada a um pequeno aumento do risco de eventos trombóticos arteriais (p. exp. enfarte do miocárdio ou AVC). Com base na experiência com os AINEs em geral, não se pode excluir a possibilidade de ocorrência de casos de nefrite intersticial, síndrome nefrótica e insuficiência renal. **DATA DA ÚLTIMA REVISÃO DO RCM:** 10/12/2008. **MEDICAMENTO SUJEITO A RECEITA MÉDICA. PREÇOS, ESCALÃO DE COMPARTICIPAÇÃO:** SPIDIFEN 400 mg e SPIDIFEN 600 mg - Comparticipados pelo escalão B (69%; 84%). SPIDIFEN 400 mg comprimidos - não comparticipado. **Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado: Titular da AIM Zambon – Produtos Farmacéuticos, Lda. Rua Comandante Henrique Maya, 1; 1500-192 Lisboa; info@zambon.pt**

Combate a dor
em 15 min.



Indicações:

pulpites • extracções • alveolites

Spidifen®
Ibuprofeno-ARGINATO

o único Arginato de Ibuprofeno

www.zambon.pt

Zambon

Inquérito

Que emprego temos

Qual a situação profissional dos médicos dentistas em 2010? Para saber a resposta a esta pergunta, a Ordem dos Médicos Dentistas enviou a todos os associados um inquérito para avaliar o estado e evolução do mercado de trabalho em Portugal.

As respostas, que são anónimas, deverão ser enviadas até 30 de Julho. Posteriormente, como decorreu nos anos anteriores, os dados serão tratados pelo Departamento de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Os resultados finais do estudo serão apresentados no congresso da OMD, que este ano decorre em Santa Maria da Feira, de 11 a 13 de Novembro.

«Este inquérito é muito importante para encontrar oportunidades de inserção profissional, em particular para aqueles médicos dentistas que iniciaram recentemente a sua actividade», explicou Paulo Ribeiro de Melo, secretário-geral da OMD.

«A validade estatística do inquérito depende de si. No seu interesse e no interesse de todos, participe», alertou.



No seu interesse e no interesse de todos, participe!

A profissão em números



O estudo “Os Números da Ordem”, agora actualizado, traça o ‘desenho’ da classe

No final de 2009 havia 6595 médicos dentistas em Portugal. 55% são mulheres, 45% homens. Em média, têm 37 anos. Mais de metade tem entre 26 e 40 anos.

É no distrito de Lisboa onde trabalham mais médicos dentistas, cerca de 1698 (26%). Seguem-se os distritos do Porto e Braga, com 1496 (23%) e 492

(8%) profissionais, respectivamente.

Os estrangeiros representam 11% dos profissionais que exercem em Portugal. Num total de 29 nacionalidades, os imigrantes brasileiros estão em maioria (68%), depois surgem os italianos (14%) e alemães (7%).

A instituição de ensino superior onde a maioria dos dentistas se formou foi o ISCS Egas Moniz, ISCS Norte e FMDUP.

O número de associados da OMD tem crescido à taxa anual de 8.2% desde 2002 e espera-se que continue a aumentar até 2015. «A projecção elaborada para 2015 estima que, nesse ano, existam cerca de 10,607 médicos dentistas em Portugal», revela o estudo.

Um dos objectivos de “Os Números da Ordem” é dar a conhecer à população, aos agentes decisores da área da saúde e aos profissionais nela intervenientes, alguns dados estatísticos referentes à medicina dentária portuguesa.

Poderá consultar o documento na íntegra no endereço <http://link.ordem.pt/r6no2010>.

CADERNOS CIENTÍFICOS

Ordem dos Médicos Dentistas

Área Editorial

EDITORIAL

Não tenho memória de alguma vez ter vivido uma crise tão profunda como aquela que actualmente defrontamos. Uma crise que se vem arrastando já há alguns anos. De quando em quando pensamos que se vai embora, mas recidiva sempre e cada recaída é pior que a situação anterior. E não me refiro somente aos aspectos económicos, nem socio-políticos, mas a todo o sentimento de crise que se apoderou de grande parte da população – e que apenas algumas poucas alegrias futebolísticas conseguem mitigar por alguns momentos. Em contexto profissional, assistimos cada vez mais a colegas a deixarem-se envolver no lodo da oferta de tratamentos gratuitos generalizados, crendo que assim conseguirão trazer mais doentes para os seus consultórios. Esquecem-se que ao cair nesse logro estão a contribuir para a degradação da profissão que escolhemos, e que queremos cada vez mais respeitada – ao nível a que o rigor científico do ensino ministrado nas nossas universidades conseguiu elevar a medicina dentária portuguesa.

Penso que todo este sentimento de crise deve-se, em grande parte, à ausência de perspectivas de melhores dias, pelo menos no curto e médio prazo. Os problemas também são de tal modo avassaladores que ultrapassam a nossa capacidade de acção. Antes do 25 de Abril havia a esperança de uma abertura política ou de uma acção libertadora como aquela que aconteceu. Nos anos turbulentos que se seguiram houve sempre vontade de lutar para alterar a situação, para melhorar a realidade, com a consciência que era possível realizar essa mudança. Só ultimamente esse sentimento se alterou, para uma certa apatia, para a atitude de não valer a pena fazer nada porque nada podemos fazer.

É no meio de todos estes pensamentos negativistas que algo me desperta a atenção, em contracorrente com esta percepção da realidade.

O vigor da produção de trabalhos científicos está bem patente não só no congresso da nossa Ordem, mas tam-

bém noutros congressos e nas jornadas das diversas faculdades mostra que, afinal, talvez esteja enganado. Há muitos colegas, uns mais jovens, menos jovens, uns alunos, profissionais experientes, que acreditam valer a pena trabalhar e mostrar o seu trabalho de investigação, de revisão, clínico ou outro.

Certamente muitas vezes faltam-nos os meios para realizar a investigação que vemos noutros países. Ainda assim, temos ao nosso alcance alguns meios, por vezes partilhados com outras instituições, que permitem-nos fazer algo.

A quantidade de trabalhos apresentados, posters e comunicações, nos diversos congressos e jornadas de medicina dentária, significa também que muitos dos nossos colegas conseguiram ultrapassar o individualismo a que a nossa profissão geralmente conduz, trabalhando em equipa para superar obstáculos e chegar a um resultado satisfatório.

Este trabalho de equipa é fundamental. É o aproveitar das qualidades de um para complementar as qualidades de outro e colmatar os seus defeitos, para que no fim sobressaiam apenas as qualidades positivas e se reduzam as negativas. E isto é verdade não apenas para a medicina dentária.

Observando estes trabalhos, produzidos ao longo do ano, penso que será um grande desperdício se os autores não os passem à escrita e submetam-nos a publicação. O conhecimento em geral, e o conhecimento científico em particular, é o que de mais precioso existe. Não é para ficar esquecido numa qualquer gaveta ou ficheiro de computador. Estes cadernos científicos, como qualquer revista científica, têm como objectivo transmitir conhecimento. Esse conhecimento

só pode ser transmitido daqueles que sabem para aqueles que querem saber. E não serão os Cadernos Científicos da Revista da OMD um espaço privilegiado para transmitir conhecimento científico?

António Ginjeira



REVISTA DA
ORDEM DOS
MÉDICOS
DENTISTAS

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO

Presidente: Pedro Leitão
António Ginjeira
Carlos Falcão
Gil Alcoforado
Jorge André Cardoso
Pedro Correia
Pedro Nicolau

SUMÁRIO

- 1 • **Área Editorial**
Editorial CC
António Ginjeira
- 2 • **Endodontia**
Visualização de curvaturas do canal radicular no sentido vestibular ou palatino através do método radiográfico
Pedro Galante
Miguel A. Matos
Tiago Reis
Carlos Saramago
Sérgio Quaresma
- 6 • **Radiologia**
Princípios Básicos de Segurança e Radioprotecção em Imagiologia Dentária
Ana Paula Reis
MM Provenzano
- 10 • **Endodontia**
Reconstrução estética do dente endodonzado - caso clínico
Maria Carlos Real Dias
Joana Lima
Marta Correia

Endodontia

VISUALIZAÇÃO DE CURVATURAS DO CANAL RADICULAR NO SENTIDO VESTIBULAR OU PALATINO ATRAVÉS DO MÉTODO RADIOGRÁFICO

AUTORES:

Pedro Galante

Médico Dentista.



Miguel A. Matos

Médico Dentista.

Mestrado de Endodontia na
Universitat
Internacional de Catalunya.

Docente da cadeira de Endodontia
da Universidade Fernando Pessoa.



Tiago Reis

Médico Dentista.

Mestrado
de Endodontia na Universitat
Internacional de Catalunya.



Carlos Saramago

Médico Dentista.



Sérgio Quaresma

Médico Dentista.



PALAVRAS-CHAVE

curvaturas do canal,
anatomia dentária,
radiografia, endodontia.

KEYWORDS

canal curvatures, dental anatomy,
radiographs, endodontics.

Resumo

A informação obtida após visualização cuidadosa da radiografia, é um passo fundamental para antecipar e prever qualquer tipo de problema que poderá surgir durante um tratamento endodôntico não cirúrgico.

Assim sendo e nos dias que correm, é ainda a radiografia que representa a forma mais viável a ter presente na prática clínica, tornando-se indispensável na Endodontia, assim como a sua interpretação antes de se iniciar qualquer tipo de tratamento nesta vertente da Medicina Dentária. Vários métodos existem e estão descritos na literatura que demonstram a infinidade de curvaturas nos três planos do espaço existentes internamente num dente, sendo aquele que é mais viável, a técnica de identificação de curvaturas multiplanares do canal usando um instrumento de aço fino e preconizada por Charles e Robert.⁽¹⁾

Imagens radiográficas do comprimento de trabalho, conseguem demonstrar curvaturas severas no sentido mesio-distal numa imagem bidimensional a qual corresponde a uma estrutura tridimensional de uma forma bem clara; no entanto, fazendo uma análise pormenorizada de certos casos, consegue-se visualizar uma curvatura no sentido vestibular ou palatino.

Abstract

The information obtained after careful radiographic visualization, is a fundamental step to anticipate and prevent any kind of problem that could happen during a non-surgical root canal treatment.

Thus being and in present days, it is still the x-ray that represents the most viable form to have in the clinical practice, becoming indispensable in Endodontics, as well as its interpretation before initiating any type of treatment in this area of Dental Medicine.

Some methods exist and are described in literature that show the infinity of internal curvatures in the three plans of the space in a tooth. The more viable is the technique of identification of multiplanar curvatures of the canal using a steel instrument praised by Charles and Robert.⁽¹⁾

Radiographic images of the working length can show severe curvatures in a bidimensional image of a three-dimensional structure, in the mesio-distal direction of a well clear form, however making a detailed analysis of a certain cases, it is possible to visualize a curvature in the vestibular or palatal direction.

Em nenhuma outra área da Medicina Dentária a radiografia representa um papel tão primordial como na Endodontia. A descoberta dos raios-X por Wilhelm Conrad Roentgen em 1895, teve um impacto profundo em todo o mundo médico, sendo considerada uma das maiores e revolucionárias descobertas na história da ciência médica.

Na Medicina Dentária, foi a Endodontia uma das disciplinas que seguramente esta descoberta mais beneficiou, não só pela contínua técnica e tecnologia, mas principalmente devido ao uso do raio-X que proporcionou a "saída do escuro", permitindo assim a visualização de áreas internas dos canais as quais não são visíveis por outros meios de diagnóstico não invasivo.

Antes desta importante data, médicos dentistas poderiam apenas tentar com maior ou menor sucesso chegar a um diagnóstico e implementação de uma terapêutica para o problema endodôntico.

O aparecimento do primeiro equipamento radiográfico permitiu visualizar pela primeira vez as alterações que ocorrem no osso circundante do ápice de um dente não vital, assim como os resultados da terapia endodôntica.



Assim sendo, a Endodontia deixou de ser uma valência simplesmente empírica para se tornar numa disciplina científica. Devemos manter em mente que a imagem radiográfica é uma imagem negativa de sombras que aparecem projectadas na película ou monitor do computador de forma reversa: tecidos moles aparecem escuros, enquanto tecidos duros aparecem esbranquiçados dependendo da sua densidade. Além disto, a radiografia é a representação bidimensional de uma estrutura tridimensional. Por outras palavras, é uma imagem fictícia e nunca real com todas as consequências que isso pode implicar. Daí ser importante fazer a extrapolação mental desta imagem bidimensional para uma imagem tridimensional e este conceito nunca ser esquecido, devendo nós fazer tantas radiografias quantas sejam necessárias em diferentes angulações para se obter esta mesma extrapolação. Por fim, também não podemos esquecer que numa imagem radiográfica existe sempre um grau de deformação o qual é dependente da técnica radiográfica aplicada. Assim sendo estes factores deverão ser sempre equacionados na avaliação de toda e qualquer radiografia na prática clínica ⁽²⁾.

O repositório da polpa dentária humana adquire numerosas configurações e desenhos no tecido duro. O conhecimento da morfologia dentária, a interpretação cuidadosa de radiografias anguladas, a preparação cuidadosa do acesso e uma exploração detalhada do interior do dente são pré-requisitos essenciais para o sucesso do tratamento. Um entendimento da complexidade do sistema de canais é essencial para se perceber os princípios e problemas da conformação e limpeza, para determinar os limites apicais e dimensões das preparações dos canais e para procurar o máximo de sucesso nos procedimentos endodónticos. Antes de iniciar a terapia endodontica é importante visualizar e ter o conhecimento das relações anatómicas internas. Uma avaliação cuidadosa de duas ou mais radiografias periapicais é mandatário. Estas radiografias anguladas fornecem informação necessária sobre a morfologia do canal devendo ser extrapoladas para tentar obter mentalmente uma imagem tridimensional do dente em causa ⁽³⁾.

O principal objectivo da terapia endodontica é a profusa conformação e limpeza do sistema de canais e sua completa obturação com um material inerte. A presença de um canal não tratado pode ser a razão da falha do tratamento, assim como a não percepção através da radiografia de uma dificuldade acrescida inerente à própria anatomia do dente em causa.

Através de um pequeno instrumento de aço colocado no interior do canal, este toma a forma interna deste, demonstrando de forma inequívoca as curvaturas multiplanares do canal (curvaturas nos 3 planos do espaço). Esta informação poderá ser usada para

seleccionar o tipo de limas manuais e rotatórias a usar, dependendo do tipo de curvaturas que o canal pode apresentar. Esta "impressão interna" do canal através de uma lima de calibre pequeno, promove informação necessária para minimizar degraus ou uma possível separação do instrumento ⁽¹⁾.

Este breve artigo tentará descortinar uma situação que muitas vezes passa despercebida na clínica, mas que acaba por ajudar, no sentido que antecipa uma possível complicação inerente à própria curvatura que o dente pode apresentar, sabendo nós de antemão que curvaturas mais abruptas tornam o caso com um grau de dificuldade bastante mais elevado. Tanto mais quando estas se encontram no sentido vestibular, as quais acabam por ficar sobrepostas na imagem produzida na radiografia e por isso acabam por não serem descortinadas por vezes.

Quando ocorre uma curvatura de forma abrupta no sentido vestibular nos últimos milímetros do canal, é de se esperar que o ápice do dente fique sobreposto à própria raiz do dente, no qual a projecção dessa porção de raiz que está para vestibular, produza duas linhas que nos façam lembrar uma linha de fractura ou dois canais laterais, mas que na realidade é apenas a projecção da zona apical do dente que se encontra no sentido vestibular e se projecta sobreposto na restante raiz, produzindo tais linhas (Fig. 1,2 e 3).

Dito por outras palavras, a plataforma que se cria externamente na raiz correspondente à curvatura abrupta dos últimos milímetros desta, faz com que o canal correspondente a essa plataforma horizontal da raiz se projecte e se sobreponha à plataforma vertical da própria raiz na projecção clínica da radiografia, sendo essa a explicação para a produção na radiografia de tais linhas na visão clínica.

Observando o mesmo dente numa visão mesio-distal, pode-se comprovar esta mesma curvatura abrupta de uma das raízes do dente em causa, a qual contém a fractura de um instrumento, e que na visão clínica aparece apenas como uma pequena linha que na realidade é representativa de um fragmento de instrumento maior. Tais afirmações podem ser comprovadas de seguida (Fig. 4 e 5).

No entanto poderá surgir a seguinte dúvida: E se a curvatura fosse no sentido palatino e não vestibular, estas linhas produzir-se-iam na mesma? Assumindo que a curvatura do mesmo dente fosse para palatino, podemos observar através das seguintes figuras que isso acontece de igual modo que para vestibular. (Fig. 6, 7 e 8).

Assim sendo, em termos clínicos acaba por ser bastante importante identificar estes casos que vão acabando por aparecer, sendo consciencioso efectuar além da radiografia na visão clínica (na qual podemos logo identificar a existência de



uma curvatura pelas linhas reproduzidas), também efectuar mais duas radiografias (uma mesializada e outra distalizada) para assim se conseguir identificar para que lado a curvatura se encontra.

- Se ela se encontrar para vestibular: na radiografia mesializada, a curvatura aparece na esquerda e na radiografia distalizada, ela

aparece na direita (isto em relação à plataforma vertical da raíz);

- Se ela se encontrar para palatino/lingual: na radiografia mesializada, a curvatura aparece na direita e na radiografia distalizada, ela aparece na esquerda (em relação à plataforma vertical da raíz).

Em termos de conclusão, podemos afirmar que a radiografia



Fig.1 – Radiografia do dente em causa (visão vestibulo – palatina). As setas a cor vermelha indicam essas mesmas linhas de sobreposição.



Fig.3 – Imagem do dente em causa (face vestibular). Dente envolvido em silicone para servir de posicionador para a toma da radiografia.



Fig.2 – Aproximação da zona de curvatura do ápice com a delimitação a cor vermelha desse mesmo ápice sobreposto na imagem radiográfica bidimensional.



Fig.4 – Radiografia do dente anterior (visão mesio – distal). Verifique a fractura do instrumento na plataforma horizontal, correspondente à zona após a curvatura abrupta do canal.

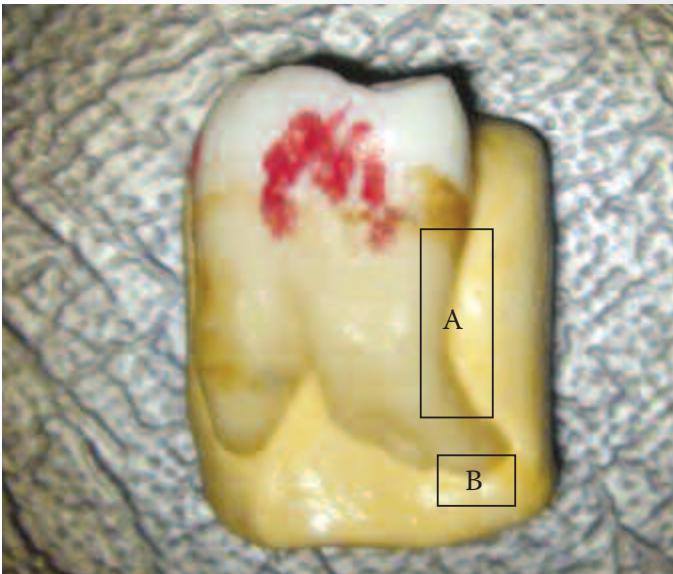


Fig.5 – Imagem do dente em causa (face mesial). Dente envolvido em silicone para servir de posicionador para a toma da radiografia.

A – Plataforma vertical da raiz que se projecta na radiografia;
 B – Plataforma horizontal da raiz que se projecta na radiografia.

sendo um meio de diagnóstico importantíssimo para a Endodontia e que fez esta sair “do escuro”, ainda pode por vezes apresentar algumas limitações as quais com uma análise mais cuidadosa, poderá revelar certos pormenores que poderão ser úteis na prática clínica diária e ajudar numa avaliação antecipada, de uma maior dificuldade do caso em questão.



Fig.7 – Aproximação da zona de curvatura do ápice com a delimitação a cor vermelha desse mesmo ápice sobreposto na imagem radiográfica bidimensional.



Fig.6 – Radiografia do dente em causa (visão palatino – vestibular). As setas a a cor vermelha indicam essas mesmas linhas de sobreposição.



Fig.8 – Imagem do dente em causa (face palatina). Dente envolvido em silicone para servir de posicionador para a toma da radiografia.

BIBLIOGRAFIA

1. Jerome CE, Hanlon RJ, Jr. *Identifying multiplanar root canal curvatures using stainless-steel instruments.* J Endod. 2003 May; 29(5):356-8.
2. Castellucci, A. *Endontics – Cap.5: Endodontic Radiography, Vol. 1,* IL TRIDENTE Edizione, 2004, pp 66.
3. Vertucci, F. J. *Root canal morphology and its relationships to endodontic procedures.* Endodontic Topics, 2005, Vol.10, pp3-29.



Radiologia

PRINCÍPIOS BÁSICOS DE SEGURANÇA E RADIOPROTECÇÃO EM IMAGIOLOGIA DENTÁRIA

AUTORES:

Ana Paula Reis

Médica Dentista. Docente de Imagiologia Dentária na FMDUP.



MM Provenzano

Médica Dentista. Mestre em Diagnóstico Bucal pela Universidade de São Paulo.



PALAVRAS-CHAVE

Radioprotecção, radiação ionizante, paciente.

Resumo

A prática da medicina dentária está directamente relacionada com a obtenção de radiografias das estruturas dentárias para a realização de um diagnóstico e plano de tratamento. Portanto, é necessário que o médico-dentista tenha conhecimento dos riscos relacionados a esta exposição e seja capaz de utilizá-la de forma consciente e segura.

Leis Nacionais sobre radioprotecção são elaboradas conforme as recomendações de Organizações Internacionais, como o ICRP (Internacional Commission on Radiological Protection), que se baseam nos princípios da Justificação, Optimização e Limitação de Dose, introduzidas pelo ICRP em 1977.^{1,2,3} Actualmente, o médico-dentista deve apresentar um Programa de Protecção Radiológica formulado de acordo com essas recomendações para cumprir as exigências da legislação.

O objectivo deste artigo é rever alguns conceitos básicos de radioprotecção e descrever normas na utilização da radiação ionizante.

De acordo com o Princípio da Justificação, qualquer prática envolvendo radiação ionizante, ou irradiação de pessoas com radiação ionizante, deve ser justificada em relação a outras alternativas e produzir um benefício positivo para a sociedade, ou seja, o benefício em si deve superar qualquer possível dano associado ao uso da radiação ionizante, levando em conta factores sociais e económicos, entre outros. Como exemplo, a utilização de elementos radioactivos em detectores de incêndio é uma praticada justificada. Os benefícios de alertar as pessoas de um possível incêndio superam os riscos.

A Justificação deve ser uma rotina em qualquer utilização de radiação ionizante, o que significa que o benefício de uma exposição deve se sobrepor aos riscos da mesma. Em Inglaterra foi

publicado um guia de critérios de selecção para Radiologia Dentária (*Selection Criteria for Dental Radiography*, Faculty of General Dental Practice, 2004). Estes critérios de selecção estão apresentados sob forma de directrizes e, como o termo indica, não são restrições rígidas para a prática clínica, mas são conceitos de boas práticas. No entanto, as necessidades de cada paciente devem ser consideradas. O IRMER (The Ionising Radiation (Medical Exposure) Regulations) exige que seja dada especial atenção à justificação da exposição de crianças e mulheres grávidas.^{1,2,3,4}

Com excepção de práticas terapêuticas em medicina (Radioterapia), quaisquer outras exposições à radiação devem ser optimizadas, ou seja, devem ser tão baixas quanto razoavelmente praticáveis (princípio de ALARP - As Low As Reasonably Practicable), levando-se em consideração factores sociais e económicos. Como por exemplo, tendo sido justificado o uso de elementos radioactivos em detectores de fumo, a actividade destas substâncias deve ser a mínima necessária para que seu funcionamento seja possível.^{1,2}

Após o médico ou médico-dentista ter decidido que a exposição é justificada, é conveniente que a dose de radiação ionizante seja a mínima praticável (princípio de ALARP). Para uma optimização de dose é necessário:

- Que o equipamento esteja em boas condições e seja correctamente utilizado;
 - O correcto posicionamento do paciente;
 - Utilizar películas radiográficas ou sensores digitais de boa qualidade;
- Um correcto processamento.

Aventais de chumbo não protegem contra a radiação espalhada internamente no corpo e, no caso da radiografia panorâmica, podem interferir fisicamente com o procedimento e degradar a imagem final. As recomendações da Comunidade



Europeia referem que não há nenhuma evidência que justificar o uso rotineiro de protecção abdominal em radiografia dentária. Protecções de chumbo da glândula tiróide devem ser utilizadas nos casos em que esta está na linha do feixe primário (ex. Telerradiografia de perfil ou Tomografia Computorizada da cabeça) (Fig. 1). Especial atenção deve ser dada a crianças e grávidas, ou seja, a realização de um exame a uma paciente grávida ou criança deve ser bastante justificada.^{2,4}

Na radiografia dentária, a optimização da dose para o paciente envolve a avaliação dos equipamentos de Raios-X, o tamanho do feixe, o receptor de imagem e, ocasionalmente, o uso de protecção de chumbo. Todos estes factores podem levar a uma redução significativa da dose efectiva para o paciente.^{1,2}

A dose recebida pelo paciente pode ser reduzida através do aumento da distância foco-pele (FSD), de modo que ela representa uma proporção maior de distância foco-filme. Directrizes Europeias recomendam pelo menos 20 cm para os aparelhos operando acima de 50 kVp. Uma vantagem adicional de um aumento da FSD é a redução do efeito de ampliação entre os tecidos (dentes) e receptor de imagem (filme).

A utilização de posicionadores de películas radiográficas é essencial em radiografias intra-orais, porque evitam que o paciente ou o médico-dentista mantenham a película em posição durante a exposição, irradiando os seus dedos (Fig. 2), reduzindo assim a dose de radiação recebida pelo Médico e paciente.

Na ausência de barreiras de protecção, o operador além de manter a distância mínima de 2 m e ficar posicionado na zona de menor exposição (a 45° do feixe primário à saída do paciente) (Fig. 3).^{5,6}

Todos os aparelhos de Raios-X devem ter uma luz de aviso e um sinal sonoro quando os estes estão a ser emitidos. A luz de aviso deve ser visível no aparelho de Raios-X.

Deve ser feita uma manutenção regular e um controle de qualidade. O aparelho de Raios-X deve ser mantido adequadamente já que pode ser prejudicial tanto pela emissão de Raios-X a longo prazo como pelas falhas eléctricas e mecânicas que podem ocorrer a curto prazo. A frequência recomendada usual de manutenção é anual. Uma verificação de controlo de qualidade simples e eficaz é fazer uma exposição, no início de cada dia, de um objecto de teste e comparar a qualidade do filme com um obtido no final do dia de consultas.

É importante lembrar que a limitação de dose não se aplica ao paciente que recebe uma exposição médica. Não há limites de dose para exposições médicas, uma vez que se a execução de um exame for justificada, este pode salvar vidas. Os limites de dose aplicam-se a: técnicos, recepcionistas, e público em geral, como transeuntes, parentes de pacientes e outros pacientes. Isto pode ser particularmente importante nos departamentos de medicina

nuclear, pois podem haver vários pacientes após efectuarem um exame numa área de espera.^{1,2}

Com relação aos profissionais que apresentam risco ocupacional, estes são divididos em dois grupos, o primeiro (grupo A), refere-se aqueles que são susceptíveis de receber uma dose efectiva de mais de 6mSv ou uma dose equivalente a mais de três décimo dos limites de dose anual em um ano. No segundo (grupo B), encontram-se incluídas as demais entidades que trabalham com radiação.⁵ O limite de dose efectiva para os trabalhadores expostos é fixado em 100 mSv por um período de cinco anos consecutivos, na condição de esse valor não ultrapassar uma dose efectiva máxima de 50 mSv em cada ano.⁵



Figura 1 – Paciente com protecção de tiróide.



Figura 1.1 – Paciente com protecção de tiróide.

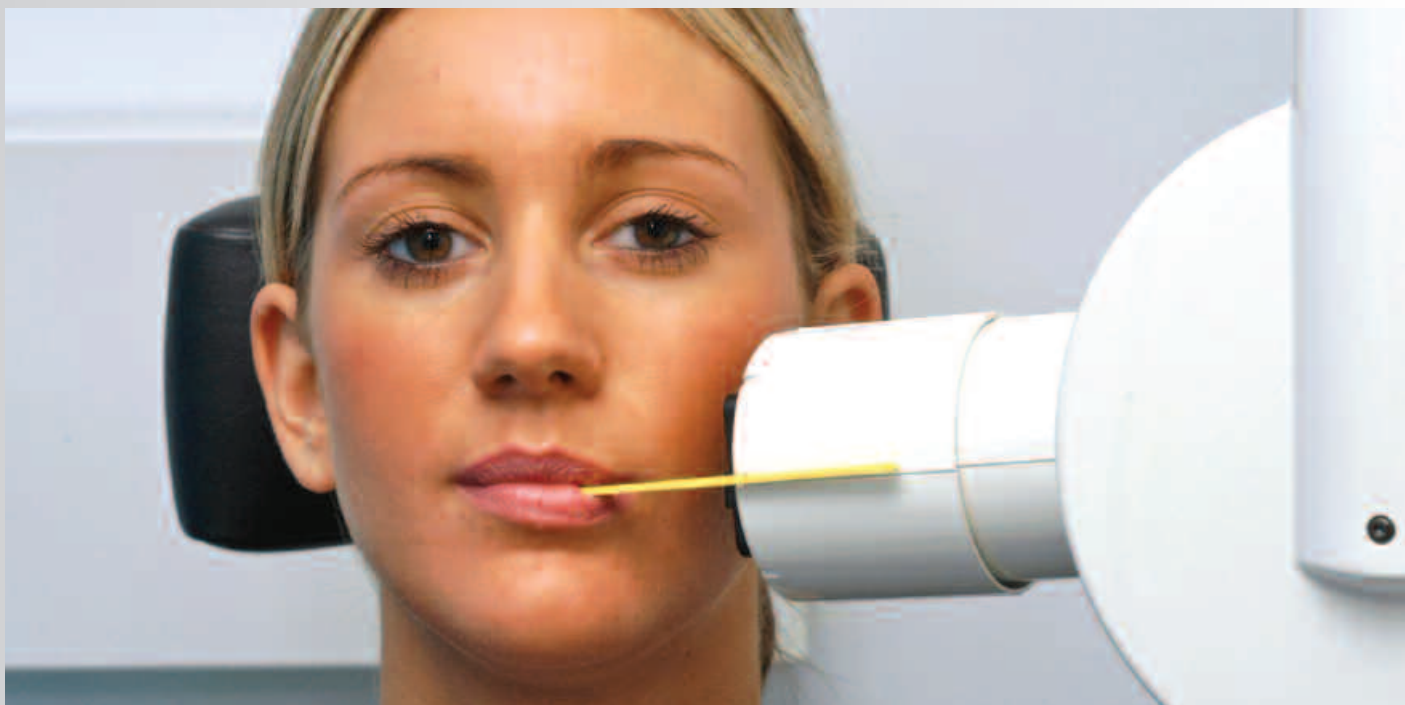


Figura 2 – Posicionador de películas e sensores radiográficos.

Os médicos-dentistas estão incluídos neste último grupo. De acordo com as normas de radioprotecção, estes devem realizar uma monitorização por dosimetria individual, sendo aferidas por entidades licenciadas com uma periodicidade trimestral. 5 Porém, outros países recomendam diferentes orientações. No Reino Unido, por exemplo, não é necessária a utilização de monitorização individual, a menos que a avaliação de risco indique que as doses individuais são susceptíveis de exceder 1 mSv por ano (por exemplo, por causa de um excesso de trabalho acima de 100 radiografias intra-orais ou 50 panorâmicas por semana).²

Deve ser estabelecido um limite de dose recebido pelos indivíduos. Nenhum trabalhador ou indivíduo do público deve receber, por ano, doses superiores aos limites primários estabelecidos pelas Autoridades Competentes.

O ICRP publicou novas recomendações em 2007 (ICRP103), contudo são necessários vários anos para que algumas mudanças sejam efectuadas na legislação de um país. A principal mudança é relacionada com a diminuição da radiosensibilidade das gónadas no cálculo da dose efectiva.²

Portugal, como membro da União Europeia, é obrigado a seguir certos requisitos de Directivas Comunitárias. Existem duas Directivas Europeias, particularmente relevantes:

- 96/29/Euratom do Conselho, de 13 de Maio 1996 (Princípios Básicos de Segurança)
- 97/43/Euratom do Conselho, de 30 de Junho 1997 (Exposições

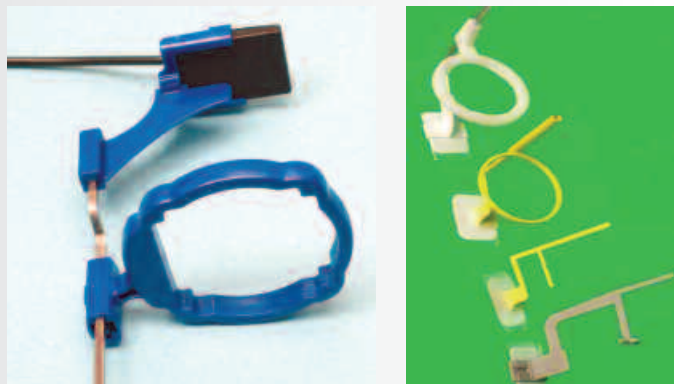


Figura 2.1 – Posicionador de películas e sensores radiográficos.

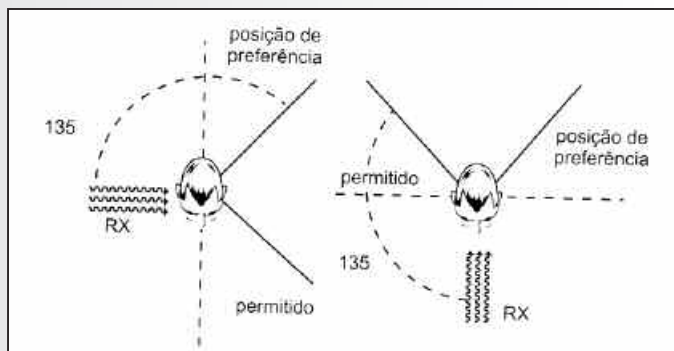


Figura 3 – Regra da posição e da distância. O operador deve se posicionar no mínimo a 1.8 metros do paciente num ângulo de 90° a 135° do feixe central de raios X.



Médicas)

Estas directivas são baseadas nas Recomendações do ICRP 1990 e nas Normas Básicas de Segurança da IAEA (International Atomic Energy Agency). Apesar de todos os membros da Comunidade Europeia seguirem as normas destas directivas, que são elaboradas de uma forma mais generalizada, as leis nacionais são mais específicas. Isso explica o facto de normas específicas de leis de radiações ionizantes serem diferentes de país para país.

No caso da radiologia dentária existem recomendações internacionais.² Portugal segue os princípios básicos destas recomendações europeias na elaboração das suas leis nacionais. De acordo com a legislação nacional, um Programa de Protecção Radiológica deve ser implementado e deve conter as seguintes informações:

- Apresentar o responsável pela protecção radiológica (RPR) e definir as suas funções;
- Estabelecer e manter actualizado um registo dos equipamentos produtores de radiações;
- Assegurar que os equipamentos utilizados têm a adequada manutenção.

Requisitos técnicos.

O equipamento deve ser instalado numa sala onde paredes, tectos, divisórias, portas e o revestimento das áreas destinadas a exames e tratamentos devem garantir a necessária protecção e segurança radiológica dos trabalhadores, do público e do paciente.³ As paredes expostas à radiação devem apresentar uma espessura mínima equivalente a 0.4 mm de chumbo, ou outro valor desde que seja apresentado um projecto de barreiras de protecção devidamente fundamentado. Para equivalência a outros materiais veja a tabela (*tabela VI do Anexo III do Decreto-Lei nº 180/2002, de 8 de Agosto*).

O titular deve efectuar e preservar um inventário actualizado do equipamento radiológico existente na instalação e fornecê-lo às autoridades de saúde quando o mesmo lhe for solicitado.³

Os requisitos adicionais para radiologia dentária são:

- A voltagem da ampola deve ser de pelo menos de 50 kV.
- A filtração adicional do feixe deve estar de acordo com a potência

Tensão (kVp)	Chumbo (mm)	Betão Barita (mm)	Betão (cm)	Tijolo (cm)	Aço (cm)	Vidro (cm)
50	0.4	1.2	4.0	13	0.30	5.0
70	0.4	1.6	5.5	18	0.25	5.0

Tabela VI – Equivalência de espessuras de chumbo a vários materiais.

(kV) do equipamento (mínimo de 1.5 mm de Alumínio para voltagens de até 70 kV e 2.5 mm para valores superiores).

- A distância foco-pele deve ser, pelo menos, de 20 cm para equipamentos com voltagens máximas acima de 60 kV e, pelo menos, 10 cm para equipamentos com voltagens máximas de 60 kv ou menos.

- O diâmetro do feixe deve irradiar um máximo de 60 mm na face exterior do aplicador do feixe.

- Para voltagens de ampolas de 50-70 kV, a emissão deve ser de 30-80 mGy/mas, a 1 m do foco.^{1,2,6}

Para o funcionamento de um equipamento de Raios-X é necessário obter uma licença, dada pelo Director-Geral da Saúde (Decreto-Lei nº165/2002 de 17 de Julho, Decreto regulamentar nº 9/90 de 19 de Abril). A licença deve ser renovada 5 anos após a sua concessão.

Conclusão:

Um profundo conhecimento de princípios de radioprotecção é fundamental para uma correcta utilização das radiações ionizantes por parte dos médicos-dentistas. Justificação, Optimização e Limitação de Dose são os conceitos que devem estar sempre presentes em qualquer utilização da radiação ionizante. O cumprimento da legislação bem como o licenciamento dos equipamentos de radiologia dentária são fundamentais para a segurança do Profissional, paciente, assistentes e público em geral. Actualmente, o cumprimento desta legislação é obrigatório para todos os profissionais que utilizem radiação inoizante em Portugal.

BIBLIOGRAFIA

Whaites, Eric. Essentials of Dental Radiography and Radiology. 4th ed.. Churchill Livingstone.

European guidelines on radiation protection in dental radiology. The safe use of radiographs in dental practice. Issue nº136.

Diário da República, 1.ª série – N.º. 182 – 8 de Agosto de 2002, Decreto de Lei nº 180-2008; (art 4º,9º,5º)

Wagner, et al.. Exposure of the pregnant patient to diagnostic radiations: A Guide to Medical Management, 2nd Edition, Publisher: Medical Physics Publishing, Madison, WI (1997).

Diário da República, 1.ª série — N.º 223 — 17 de Novembro de 2008, Decreto de Lei nº 222-2008;

White, Stuart C. Oral Radiology - Principles and Interpretation. 6ª edição.



Endodontia

RECONSTRUÇÃO ESTÉTICA DO DENTE ENDODONCIADO - CASO CLÍNICO

AUTORES:

Maria Carlos Real Dias

Médica Dentista, Assistente convidada da disciplina de Gnatofisiologia e Reabilitação Oral I e II da FMDUL.



Joana Lima

Médica Dentista.



Marta Correia

Médica Dentista.



ABSTRACT

Teeth with root canal treatment present a higher risk of fracture, due to structural integrity loss. Cusp deflection after a root canal or a restorative treatment is important concerning the potential risk of fracture. The posterior teeth cusps become more fragile with restorative preparations progressively larger and access preparations. The cusp deflection increases in teeth with larger cavities and is maximum after chamber opening. This fact supports the importance of total cuspal coverage to minimize the risk of marginal microleakage or cusp fracture in endodontically treated teeth.

PALAVRAS-CHAVE

restaurações indirectas, dentes endodonzados

KEY-WORDS

indirect restorations, endodontically treated teeth

Resumo

Os dentes endodonzados apresentam maior risco de fractura devido à perda de integridade estrutural. A deflecção cúspidea que um dente apresenta após um tratamento endodôntico ou restaurador é importante em relação ao potencial risco de fractura. As cúspides dos dentes posteriores são fragilizadas por preparações restauradoras progressivamente maiores e acessos coronários. A deflecção cúspidea aumenta em dentes com cavidades maiores e é máxima após uma abertura coronária. Este facto reforça a importância do recobrimento cúspideo para minimizar o risco de fractura marginal e fractura das cúspides em dentes tratados endodônticamente.

Introdução

A restauração de um dente endodonzado é um tema, que apesar de extensamente estudado, continua a gerar alguma controvérsia.

Se há alguns anos, vários estudos suportavam a teoria de que o maior risco de fractura dos dentes endodonzados se devia à desidratação da dentina¹ e à perda de ligações de colagéio² neste tecido, hoje sabe-se que está associado à perda de estrutura dentária.

A perda de integridade estrutural associada à preparação da abertura coronária, conduz a uma maior prevalência de fracturas nos dentes endodonzados comparativamente aos dentes vitais^{3,4,5}. A abertura coronária resulta em um aumento da deflecção cúspidea durante a função, aumentando a possibilidade de fractura de cúspides e de microfractura das margens de uma restauração. Esta situação é agravada pelo facto de que, para além da destruição decorrente da preparação

do acesso à câmara pulpar, à maior parte dos dentes endodonzados, também está associada a perda de estrutura dentária devido a cárie ou a restaurações prévias.

Existem várias opções para restaurar um dente endodonzado e não existe uma solução única para todas as situações clínicas. Tendo em consideração os estudos publicados, nos dentes endodonzados devem-se privilegiar os tratamentos que preservem ao máximo a estrutura dentária⁶. Restaurações que aumentam a integridade estrutural, melhoram o prognóstico de um dente com tratamento endodôntico exposto às forças da mastigação. O recobrimento cúspideo é essencial para reforçar as cúspides de um dente com tratamento endodôntico⁷.

Um estudo efectuado por Mondelli RF⁸, propôs-se avaliar a resistência à fractura de prémolares muito destruídos (preparação de cavidades MOD, com remoção do tecto da câmara pulpar) restaurados com uma resina composta compactável com e sem recobrimento cúspideo.

Os resultados demonstraram que o recobrimento cúspideo pode constituir uma opção segura para restaurar dentes fragilizados, tratados endodônticamente. A restauração de prémolares com recobrimento cúspideo aumentou a resistência à fractura, quando comparado com dentes restaurados sem recobrimento cúspideo.

Descrição do caso clínico

Paciente jovem, sexo feminino, dirigiu-se à consulta com dor espontânea associada ao dente 15 após obturação mesial extensa (Fig 1). Após minucioso exame extra e intraoral foi diagnosticada pulpíte irreversível do dente sendo executada de emergência a primeira

sessão de endodontia. De acordo com a idade (34 anos), expectativas e estudo das diferentes alternativas de reabilitação foi proposto um tratamento minimamente invasivo para reconstrução deste dente, tendo como prioridades a resistência do mesmo após tratamento endodôntico e máximo selamento coronal do referido tratamento. Assim foi proposta a conclusão do tratamento canal com concomitante selamento coronal dos canais e preparação dentária para uma reconstrução estética indirecta de recobrimento cuspídeo total em sessão única. Segundo Schwartz (2004)⁹, no sentido de se reduzir a microinfiltração e contaminação da endodontia é recomendável que se faça a reconstrução imediata do dente ou em caso de não ser possível que se sele os canais com resina composta ou ionómero de vidro. Assim na mesma sessão (com isolamento absoluto com dique de borracha), após finalização do tratamento endodôntico, os canais dentários foram de imediato selados com resina composta de consistência flow (Fig 2,3). Este material, devido à grande fluidez que apresenta, permite uma perfeita acomodação do mesmo para posterior reconstrução do pavimento camarál. Ao contrário do ionómero de vidro, a resina composta apresenta menor absorção de água e maior resistência mecânica (Schartz 2004⁹). Ainda na mesma fase foi reconstruída a parede mesial do dente com resina composta para que o limite da preparação dentária se situasse a 2mm da margem gengival (Fig 4).

Após regularização do fundo de cavidade procedeu-se à preparação dentária para recobrimento cuspídeo total (Fig 5). O tipo de preparação utilizada foi a de retenção central onde apenas se executou um pequeno chanfro periférico em vestibular devido à demanda estética deste pré-molar (Fig 6,7). A impressão foi executada de imediato com silicone de adição de consistência light e putty em fase única. Para a fase seguinte é fundamental uma estreita relação com o laboratório de prótese (recorrendo a fotos e esquemas) para que se possa usufruir ao máximo das potencialidades dos materiais. A provisionalização foi executada com Fermit - Ivoclar Vivadent®

A peça protética foi executada com o sistema Adoro - Ivoclar Vivadent® (resina composta microparticulada adicionada de partículas de sílica) devido às suas propriedades de resistência mecânica, capacidade de reparação e excelente estética. Também foi tido em atenção, aquando da execução do chanfro vestibular, a translucidez deste sistema que permite uma fácil integração protética e mimética (Fig 7-13).



Fig 1 – Radiografia periapical inicial

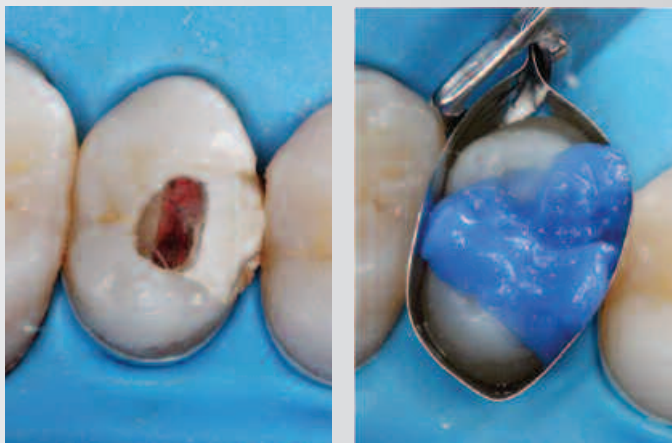


Fig 2, 3 – Última sessão de tratamento endodôntico com imediato selamento canal (condicionamento ácido do com ácido ortofosfórico a 37% durante 30 segundos e aplicação de adesivo de 5ª geração (Scotchbond 1 – 3M®).



Fig 4 – Resina composta de consistência Flow á entrada dos canais e reconstrução da parede mesial (limite cervical da preparação a 2mm da margem gengival)



Fig 5 – Preparação dentária.
Pormenor de chanfro vestibular devido à demanda estética



Fig 6 – Preparação dentária.
Pormenor de chanfro vestibular devido à demanda estética



Fig 7 – Preparação dentária concluída

A cimentação adesiva foi executada após try-in prévio ao isolamento absoluto (Fig 14-17). Foi respeitado o protocolo de Krejci (2007)¹⁰, utilizando um cimento autoadesivo de polimerização dual (RelyX Unicem-3M®) translúcido (Fig 18-21). Por se tratar de um cimento resinoso a última polimerização foi executada através de gel de oxalato (em todo o interface) a fim de evitar que a camada inibitória de oxigénio não permitisse um perfeito selamento marginal (Fig 22). No Rx final é de assinalar a radiolucidez do sistema Adoro - Ivoclar Vivadent®, sendo que se aponta como uma limitação deste sistema (Fig 23).

Após ajuste da oclusão, ficou visível a integração do resultado final, com consequente integração estética no panorama oral geral (Fig 24-27).

Comentário

Anteriormente o desenho das cavidades era realizado de acordo com as propriedades dos materiais e pela necessidade de macro retenções. Presentemente a chave das restaurações é serem mínimamente invasivas baseando-se em técnicas de adesão¹¹.

A evolução de resinas compostas tem vindo a caminhar no sentido de melhorar o aspecto estético, introduzindo a era pós amálgama⁷. As restaurações de resina composta directa tornaram-se um standard em cavidades intracoronarias¹¹, mas infelizmente, algumas limitações inerentes aos sistemas de resina composta ainda não foram superadas¹². A contracção da resina durante a polimerização é uma grande limitação, que em resinas fotopolimerizadas pode ir de 2 a 4% do volume^{12,13}. Outro problema é a não obtenção de uma polimerização completa e uniforme de toda a resina.¹⁴ Como consequência, pode levar a dor pós-operatória, pigmentação marginal, cárie secundária ou fracturas originando microinfiltração marginal¹⁵. Uma grande contracção pode provocar, ainda, forças excessivas na estrutura dentária dando origem a problemas pulpares^{12,13}. O desenvolvimento de sistemas de restauração indirecta com resina composta permite uma polimerização e manipulação do material em condições ambientais ideais, controladas pela luz, temperatura, humidade, pressão, tempo, resultando numa restauração bem polimerizada minimizando os problemas da contracção e melhorando as suas propriedades mecânicas graças ao ciclo de pós-polimerização. Também a execução extra oral permite a obtenção de contornos, contactos proximais, anatomia oclusal e adaptação cavo superficial de forma mais precisa^{14,15}.

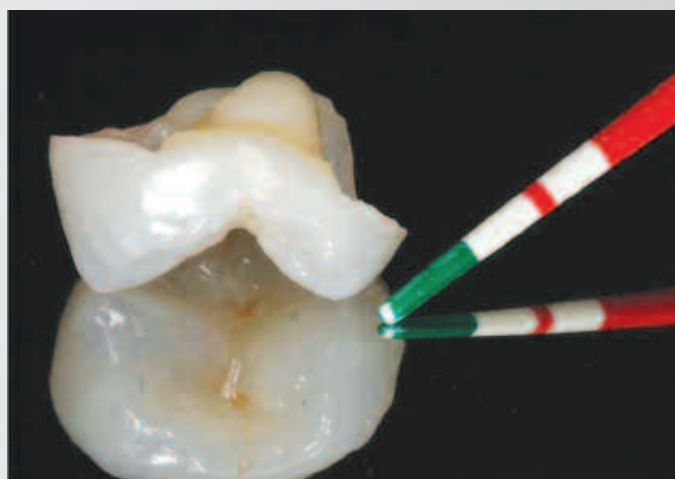
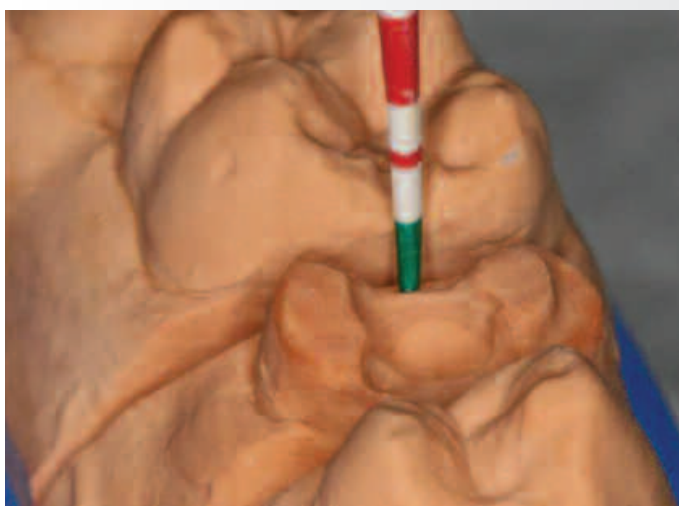


Fig 8-13- Fase laboratorial (medidas e perfil de transição – vista sagital)

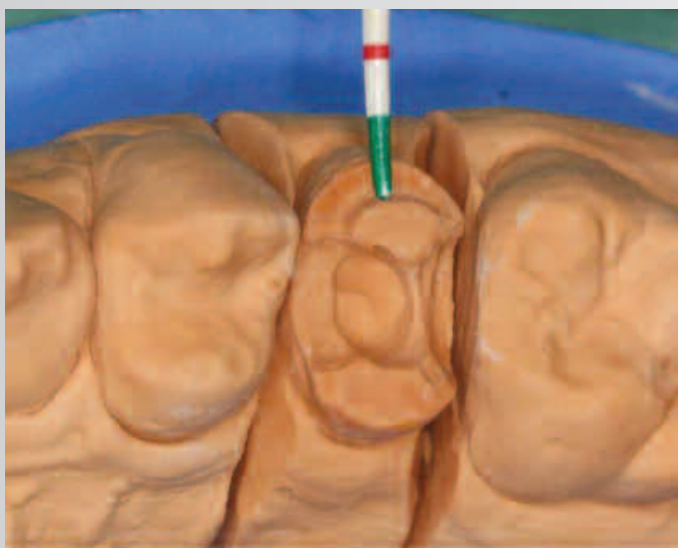


Fig 14-17 – Fase de confirmação intra-oral (try-in)

As preparações para restaurações indirectas devem estar desenhadas para proporcionar uma espessura adequada do material restaurador e simultaneamente um padrão de inserção passivo com ângulos internos arredondados e margens bem definidas¹⁶.

Todas as linhas e vértices dos ângulos, internos e externos, devem ser arredondados para evitar concentrações de tensões nas restaurações e na estrutura dentária, reduzindo o potencial de fracturas¹⁶. As brocas utilizadas devem criar paredes divergentes para permitir uma inserção passiva da restauração¹⁷. A divergência pode ser maior que 10 graus^{11,15} uma vez que a restauração de cor dentária natural é retida por adesão podendo aplicar-se pouca pressão durante a inserção preliminar e a cimentação da mesma¹⁶.

A nível oclusal deve haver um preparo em profundidade de pelo menos 2mm para cúspides funcionais e 1mm nas



netcaixa

ACESSO RÁPIDO A UM MUNDO DE VANTAGENS.

O serviço netcaixa é uma solução integrada de aceitação de pagamentos da Caixa em Terminais de Pagamento Automático (TPA), através de cartões de crédito, de débito e cartões estrangeiros, que possibilita o acesso a um conjunto de vantagens financeiras.

Adira ao netcaixa e aceite os cartões das marcas Multibanco, Visa e Mastercard em condições especialmente vantajosas:

- Taxa de **adesão gratuita**;
- Tarifa de Serviço de Cliente escalonada em função do volume de negócios;
- **Ausência** de comissões mínimas;
- **Benefícios** nas transacções efectuadas com cartões Caixa;
- Acesso a produtos bancários adaptados a este segmento - contas à ordem com condições especiais e soluções de Gestão Automática de Tesouraria;
- Soluções de Terminais de Pagamento Automático (TPA), de **tecnologia inovadora e comunicações ilimitadas incluídas**, com um período de fidelização de 12 meses;
- Entrega gratuita de consumíveis;
- Crédito imediato na conta do comerciante ou até 24h;
- **Prestígio da marca Caixa.**

Adira já ao netcaixa e beneficie de condições únicas.

Para mais informações contacte a linha de atendimento permanente exclusiva a Clientes netcaixa **707 29 70 70**.



Fig 18-21 – Cimentação – Protocolo para cimentação auto-adesiva



cúspides não funcionais. O preparo não deve ultrapassar em profundidade os 4mm. A maioria dos sistemas de compósito e cerâmica requerem que qualquer dos istmos tenha pelo menos 2mm de largura para diminuir a possibilidade de fractura da restauração. Idealmente, não deve haver zonas retentivas que impediriam a inserção da restauração ¹⁶. A margem gengival deve estender-se o mínimo possível uma vez que para a adesão, são preferíveis as margens em esmalte e porque as margens gengivais profundas são difíceis de registar e de isolar adequadamente durante a cimentação ¹⁶.

Em zonas onde a estética se impõe é aconselhado fazer um chanfro por vestibular no limite da preparação para o enquadramento e mimetismo da restauração. Durante a preparação devem eliminar-se manchas sobre as paredes externas, como as que deixam com frequência os produtos de corrosão das restaurações antigas de amálgama. Estas manchas podem mostrar-se como linhas negras ou cinzentas nas margens depois da cimentação ^{16,18}.

As zonas retentivas podem ser eliminadas utilizando um material de base ¹⁶. O ideal será sempre uma resina composta micro híbrida que apresenta uma pequena contracção de polimerização e uma fácil aplicação comparado com os compósitos fluidos ¹¹.

No caso de dentes vitais, se uma considerável área de dentina fica exposta antes da toma de impressões é fundamental a aplicação de um agente de adesão. A aplicação de adesivos e compósitos selando os túbulos dentinários, permite uma melhor adesão uma vez que a dentina recentemente preparada é um substrato ideal para a mesma. Numa dentina contaminada a adesão é menor

sendo que a força de adesão desenvolve-se no tempo. O selamento imediato da dentina também permite uma diminuição de tensões. No que concerne a restaurações directas a adesão é mais fraca devido a contracção da resina sendo que em restaurações indirectas o stress dissipa-se dando origem a uma melhor adaptação¹⁹. O selamento também confere protecção mecânica e térmica durante a fase de provisionalização¹¹.

Em dentes endodunciados que se encontram muito destruídos é importante conservar a estrutura dentária remanescente, especialmente em cervical, que para além de estabilizar mecanicamente a restauração, aumenta a superfície disponível para a adesão a núcleos com propriedades físicas semelhantes à dentina⁶. A não ser que haja insuficiente estrutura dentária para a retenção do núcleo o uso de espigões não é mandatário em dentes endodunciados. Nestes casos pode-se utilizar a câmara pulpar como meio retenção⁶.

Schwartz e Robbins sugeram o recobrimento cúspideo em dentes endodunciados para assegurar o êxito a longo prazo, uma vez que há maior possibilidade de sobrevivência do que quando as restaurações são intracoronárias. Dentes com tratamento endoduntico encontram-se bastante fragilizados, frequentemente com grande perda de estrutura dentária e o recobrimento cúspideo poderá representar uma opção válida para protecção da deflexão cúspidea presente (aumentada devido à falta de estrutura dentária, nomeadamente do tecto da câmara pulpar, cárie ou restaurações prévias)²⁰.

Conclusão

Cada vez mais os pacientes requerem restaurações estéticas, também em sectores posteriores. Graças aos avanços tecnológicos, as resinas compostas têm dado lugar ao desenvolvimento de grande variedade de restaurações indirectas de cor natural que oferecem uma excelente alternativa às restaurações de compósito directas. Esta verificação é especialmente adequada para restaurações de grande dimensão, resistindo à força da mastigação, com uma mínima destruição da estrutura dentária. Não obstante, e dado que os procedimentos clínicos são relativamente sensíveis à técnica, são cruciais uma selecção apropriada dos casos aliada à destreza do médico dentista com extrema atenção a todo o pormenor que o caso exija.

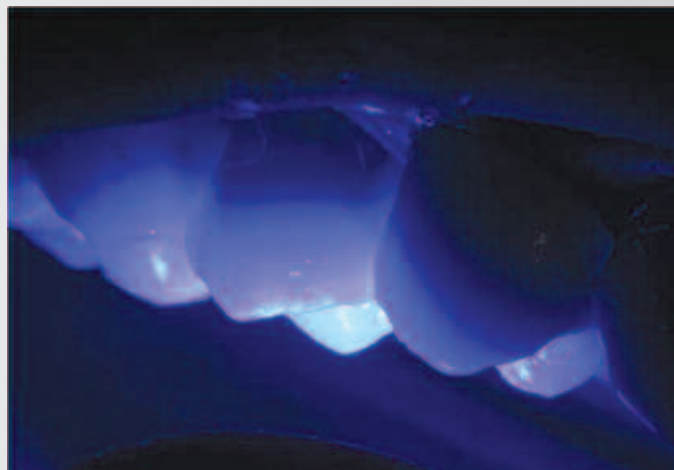


Fig 22- Fotopolimerização periférica com gel de oxalato (translucidez mimética)



Fig 23 – Radiografia final (patente radiolucidez do sistema Adoro - IvoclarVivadent®)



Fig 24 - Integração final – vista sagital e oclusal



Fig 25 - Integração final – vista sagital e oclusal



Fig 26- Estética final – Perfil de transição e mimetismo



Fig 27-Resultado final

BIBLIOGRAFIA

- Helfer AR, Melnick S, Schilder H. Determination of moisture content of vital and pulpless teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972; 34: 661-70
- Rivera EM, Yamauchi M. Site comparisons of dentine collagen crosslinks from extracted human teeth. *Arch Oral Biol* 1993; 38: 541-6
- Reeh ES. Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic restorative procedures. *J Endodon* 1989; 15: 512-6
- Panitvisai P, Messer HH. Cuspal deflection in molars in relation to endodontic and restorative procedures. *J Endodon* 1995; 21: 57-61
- Gutmann JL. The dentin-root complex: anatomic and biologic considerations in restoring endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent* 1992; 67: 458-67
- Dietschi D, Duc O, Krejci I, Sadan A. Biomechanical considerations for the restoration of endodontically treated teeth: a systematic review of the literature – Part 1. Composition and micro- and macrostructure alterations. *Quintessence Int*. 2007 Oct;38(9):733-43
- Magne P. Composite Resins and Bonded Porcelain: The Postamalgam Era? *CDA Journal* 2006; 34 (2): 135-147
- Mondelli RF, Ishikiriama SK, De Oliveira Filho O, Mondelli J. Fracture resistance of weakened teeth restored with condensable resin with and without cuspal coverage. *J Appl Oral Sci*. 2009 May-Jun;17(3):161-5.
- Schwartz R, Robbins J. Post placement and restoration of endodontically treated teeth: a literature review. *J of endodontics* May 2004, 5(30):289-301
- Krejci I. Bonded Indirect restorations for posterior teeth: The luthing appointment. *Quintessence International*. 2007; 37 (7); 543-53
- Rocca GT, Krejci I. Bonded indirect restorations for posterior teeth: From cavity preparation to provisionalization. *Quintessence Int* 2007;38:371-379
- Ruyter, EI. Types of resin-based inlay materials and their properties. *Int Dent J*;1992.
- Duquia Rcs, Osinaga Pwr, Demarco Ff, Habekost Lv, Conceição En; Cervical Microleakage in MOD Restorations: In Vitro Comparison of Indirect and Direct Composite; *Operative Dentistry*; 2006
- Baratieri L N, *Odontologia Restauradora Fundamentos e Possibilidades*, Quintessence ed 2004
- Echevarría García J.J.; Pumarola Suñe J; *El manual de Odontología*. 2ª Edición. Masson; Barcelona; 2008
- Theodore RM, Heymann HO, Swift EJ, *Sturdevant Arte y Ciencia de la Odontología Conservadora*, Elsevier Mosby, 2007
- De la Macorra García J.L, *Incrustaciones de resina compuesta*.
Revista Europea de Odonto-Estomatología. Volumen VII – N2. Marzo-Abril Madrid. 1995
- Cueto M. Onlays cerámicos para restaurar dientes endodonzados. Parte 1 Tallado. *Maxilaris*. Octubre 2005.
- Magne P, Hyung Kim T, Cascione D, Immediate Dentin Sealing improves bond strenght of indirect restorations. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, December 2005
- Schwartz R, Summitt J, William J. Robbins. 1999. *Fundamentos en Odontología Operatoria*. Dvinni Editorial Ltda. Colombia

soluções especiais para
médicos dentistas



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

Trabalhamos para responder às necessidades próprias dos Médicos Dentistas, da sua vida e dos seus projectos. Com a experiência e *expertise* mundiais, a AXA desenvolveu um conjunto de opções adequadas às necessidades da sua vida privada e profissional, com condições especiais para si que é Médico Dentista. Contacte-nos para conhecer todas as vantagens.

Nível de Satisfação dos Clientes com a resolução dos sinistros Automóvel

ATENDIMENTO



EFICÁCIA



ACONSELHAMENTO



Fonte: Estudo BASEF, 2009 Markttest.

Base: Indivíduos que possuem seguro automóvel e participaram sinistro auto há menos de 1 ano / Indivíduos que possuem seguro automóvel na AXA e participaram sinistro auto há menos de 1 ano.

Contactos de Atendimento Exclusivo
todos os dias úteis, das 8h30 às 19h00

21 794 30 26 | 22 608 15 26

medicos.dentistas@axa.pt

www.axa.pt

www.axanet.pt



redefinimos / standards





AGENDA

eventos científicos

Formação Contínua OMD
Eventos acreditados pela OMD
Eventos organizados por outras entidades

EM PORTUGAL

Curso de Suporte Imediato de Vida (SIV)

2 e 3 de Julho de 2010 - Centro de Formação da ARS Centro - Av. Bissaya Barreto, 52 – Coimbra

Curso de Fim de Dia

11º Curso - Abordagem dos Pacientes

Medicamento Comprometidos

13 de Setembro de 2010 - Tiara Park Atlantic Porto - Av. Boavista, 1466 - Porto

Curso teórico

Facetas, Coroas e Pontes Cerâmicas de A a Z

11 de Setembro de 2010 - Espaço Físico OMD Açores – Angra do Heroísmo – Ilha Terceira

Curso de Radiodiagnóstico e Radioprotecção

17 e 18 de Setembro de 2010 - Departamento de Medicina Dentária da Universidade Católica - Viseu

Curso de Suporte Imediato de Vida (SIV)

24 e 25 de Setembro de 2010 – Centro de Formação da ARS Centro - Av. Bissaya Barreto, 52 – Coimbra

Curso de Fim de Dia

12º Curso – Reabilitação Oral em Implantologia: Protocolo Clínico de Eleição

11 de Outubro de 2010 - Hotel Villa Rica - Av.5 de Outubro, nº 295 - Lisboa

XXX Congresso da SPEMD

15 e 16 de Outubro de 2010 – Fundação Dr. Cupertino de Miranda - Porto

XIX Congresso da OMD

11 a 13 de Novembro de 2010 – Europarque – Santa Maria da Feira

Sociedade Portuguesa de Ortodontia

XVII Congresso da Sociedade Portuguesa de Ortodontia

8,9 e 10 de Outubro de 2010

Vila Nova de Gaia – Hotel Meliá Gaia Porto

Sociedade Portuguesa

de Ortopedia Dento-Facial

“Adult and Adolescent border line cases treatments”

9 de Outubro de 2010

Porto – Hotel Hipanema Park

NO ESTRANGEIRO

2nd Congress of the European Society of Microscope Dentistry

16 a 18 de Setembro de 201 – Reval Hotel Lietuva - Vilnius - Lituânia

IDEM 2010

16 a 18 de Abril de 2010 – Singapura - República de Singapura

Annual Meeting European Society of Dental Ergonomics

4 e 5 de Junho de 2010 - Ghent University Hospital – Gent – Bélgica

IADR General Session & Exhibition

14 a 17 de Julho de 2010 – Barcelona - Espanha

2010 FDI Annual World Dental Congress

2 a 5 de Setembro de 2010 - Centro de Convenções da Bahia - Salvador da Bahia – Brasil

IFEA 8th Endodontic World Congress

1 a 4 de Outubro de 2010 – Atenas – Grécia

ADA Annual Session

9 a 12 de Outubro de 2010 – Orlando – Califórnia - EUA

Congrès ADF 2010

23 a 27 Novembro - Palais des Congrès - Paris - França

Sofia Dental Meeting

30 de Setembro a 3 de Outubro de 2010 – Hotel Dedeman-Princess - Sofia - Bulgária

British Dental Conference & Exhibition 2010

20 a 22 de Maio de 2010 - Arena and Convention Centre Liverpool (ACCL) - Liverpool – Reino Unido

XLVI Reunión SEPA (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración)

20 a 22 de Maio de 2010 – Auditori – Palau de Congressos – Girona - Espanha

15th European Congress on Dental Public Health

9 a 11 de Setembro de 2010 – Constanta - Roménia

Greater New York Dental Meeting

26 de Novembro a 1 de Dezembro de 2010 Nova Iorque – Estados Unidos

Novos protocolos de cooperação



Equipa da APMDH, que tem como presidente João Leite Moreira, na imagem à esquerda do bastonário, Orlando Monteiro da Silva



A SPOP, presidida por Paula Marques, está aqui representada pelo seu vice-presidente, Luís Pedro Ferreira

Mais duas organizações do sector da medicina dentária, a Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar (APMDH) e a Sociedade Portuguesa de Odontopediatria (SPOP), assinaram um protocolo de cooperação institucional com a OMD.

No caso da SPOP, ainda foi assinado um segundo protocolo no âmbito das sociedades científicas, com o objectivo de dinamizar a produção científica nacional.

A SPOP é a terceira sociedade científica a aderir à iniciativa, apresentada pela OMD em 2009, a qual já aderiram a Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento-Facial e a Sociedade Portuguesa de Ortodontia.

Ordem formalizou relação institucional com a Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar (APMDH) e Sociedade Portuguesa de Odontopediatria (SPOP)

Jovens médicos dentistas iniciaram trabalhos



A resolução de problemas relacionados com o programa cheque-dentista e com o exercício ilegal serão outras das competências do recém-criado Conselho

A primeira reunião que formalizou a criação do Conselho dos Jovens Médicos Dentistas (CJMD) decorreu durante as Jornadas da Primavera, em Albufeira.

A ideia para este grupo surgiu durante a campanha eleitoral pela actual direcção da OMD.

O CJMD procura desempenhar a ponte entre os jovens profissionais e a OMD, de forma a promover a discussão e resolução dos principais problemas que afectam os jovens médicos dentistas.

Na reunião foram abordados diversos temas, tais como:

- a criação de um regulamento interno para o CJMD;
- a formação de um grupo de trabalho destinado à elaboração de um estágio de formação vocacional, remunerado e opcional;
- e a criação de um gabinete que apoie activamente o jovem médico dentista, em estreita colaboração com as associações de estudantes e faculdades.

A resolução de problemas relacionados com o programa cheque-dentista e com o exercício ilegal serão outras das competências do recém-criado comité. Para isso, contará, respectivamente, com o suporte do responsável da OMD pelo programa e secretário-geral, Paulo Ribeiro de Melo, e da directora

do Departamento Jurídico, Filipa Carvalho Marques, ambos presentes na reunião de Albufeira. Outras decisões importantes foram também tomadas como a participação na Revista e no site da OMD, a realização de laços com organizações internacionais como a *Youth Dentists Worldwide* e a *International Associational of Dental Students*, e ainda com outras organizações nacionais.

Foi também criado um grupo de trabalho para o estudo de formas de integração dos médicos dentistas no Serviço Nacional de Saúde e na medicina do trabalho. Especial destaque e grande expectativa foi atribuída ainda à criação de um “Encontro Nacional de Jovens Médicos Dentistas” e à organização de uma Conferência de Jovens Médicos Dentistas a realizar por altura do Congresso Anual da OMD. No final da reunião, o bastonário, Orlando Monteiro da Silva, manifestou o seu «apoio incondicional a este grupo e a todos os jovens médicos dentistas», que, relembramos, constituíram uma das motivações para a recandidatura.

Esta reunião foi dirigida pelos médicos dentistas Tiago Pires Frazão, Ricardo Oliveira Pinto e Humberto Santos Silva, membros do Conselho Directivo da OMD.

Congresso OMD 2010

Programa provisório

Os nomes dos conferencistas nacionais e estrangeiros que vão participar no próximo congresso da OMD já estão disponíveis para consulta no microsite do evento (www.omb.pt/congresso).

Este ano, os médicos dentistas mais jovens, licenciados desde 2006, beneficiam de uma redução no preço de inscrição no Congresso, igual ao valor cobrado aos estudantes.

Um dos destaques da edição 2010 do Congresso será o “Curso de Fotografia e Vídeo Digital em Medicina Dentária”, que contará com a presença de um conferencista de referência nesta área. Se quer mesmo participar, tenha em atenção que o curso está limitado a 250 inscrições.

Pela primeira vez, realiza-se o Fórum Ibérico dedicado ao tratamento de casos interdisciplinares, que contará com a participação de destacados conferencistas dos dois países.



A edição deste ano realiza-se entre 11 e 13 de Novembro, no Europarque, em Santa Maria da Feira. Consulte toda a informação sobre o congresso no site da OMD.

Inscrições no Congresso até 30 de Julho com preços reduzidos

PAGED no Porto

Gestão para médicos dentistas

O Porto vai receber, a partir de Outubro, a segunda edição do Programa Avançado de Gestão para Médicos Dentistas (PAGED), organizado pela Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica em parceria com a Ordem dos Médicos Dentistas.

Este curso tem como principais benefícios promover a aquisição e reforço das competências de gestão em médicos dentistas que já têm um conjunto alargado de responsabilidades de gestão nas suas clínicas ou em clínicas nas quais trabalham.

Assim, o PAGED tem como objectivos dotar os participantes de formação em:

- áreas funcionais clássicas da gestão - a contabilidade, o marketing, os recursos humanos, etc;
- áreas mais específicas como ético-jurídicas e finanças pessoais, particularmente necessárias a uma profissão como forte cariz liberal;

- áreas integradoras de estratégia e empreendedorismo, com partilha de casos, e uso de instrumentos como o “balanced scorecard” com o intuito de servirem de alavanca de melhoria nas organizações a que pertencem;
 - para além da formação em sala, através do uso de instrumentos de auto-análise disponibilizados, o PAGED permitirá uma auto-consultoria do médico dentista à sua clínica ou à clínica onde trabalha;
 - a avaliação do curso reflete o seu cariz prático e dirigido aos desafios reais de cada participante, através de um modelo de avaliação de competências mais do que conhecimentos teóricos.
- O objectivo global é equipar os participantes com os conceitos e as ferramentas necessários para assumirem um papel de liderança nas organizações onde trabalham e obterem melhor desempenho nas suas clínicas dentárias.

Informação online: <http://link.omb.pt/r6paged>



Recomendação C.D.D. Nº 1/2010

Segredo profissional em contratos de franquia e similares



Assiste-se hoje a um crescente aumento da celebração de contratos comerciais de franquia ou “franchising” ou similares entre médicos dentistas e entidades terceiras

A Ordem dos Médicos Dentistas, no cumprimento das suas atribuições legais na defesa da ética, da deontologia e qualificação profissional dos seus membros, com o objectivo de assegurar e fazer respeitar o direito dos doentes, pugnando sempre pela prestação de serviços de medicina dentária de qualidade, não pode deixar de acompanhar o actual contexto económico no qual se estabelecem as relações profissionais entre médicos dentistas e terceiros.

Assiste-se hoje a um crescente aumento da celebração de contratos comerciais de franquia ou “franchising” ou similares entre médicos dentistas e entidades terceiras, as quais muitas vezes desconhecem a vigência e conseqüentemente, o alcance do normativo das regras que incidem sobre o exercício de determinada profissão.

Ora, deve-se tomar em consideração que, no clausulado deste tipo de contratos, normalmente é estipulado pelas partes o poder de fiscalização da entidade franqueadora no que diz respeito ao espaço onde se encontra instalado a clínica ou consultório de medicina dentária, o qual abrange o direito de acesso a toda a documentação resultante do

exercício da actividade profissional, tais como por exemplo, documentação e registos contabilísticos. Ora, o poder de fiscalização acima aludido, não poderá colidir com a deontologia própria dos médicos dentistas, designadamente no que diz respeito a matéria do segredo profissional e conservação, manutenção, divulgação e propriedade do arquivo clínico.

Assim, e tomando em consideração:

- A liberdade contratual reconhecida às partes pela lei na fixação do conteúdo e alcance do contrato que pretendem celebrar;

- O dever de segredo profissional previsto art. 21º do Código Deontológico, bem como no art. 12º, nº1, alínea c) do Estatuto ao qual todo o médico dentista está sujeito;

- O teor da Informação do CDD sobre a precisão do conceito de “arquivo clínico” e “ficheiro clínico”. está disponível no site da OMD;

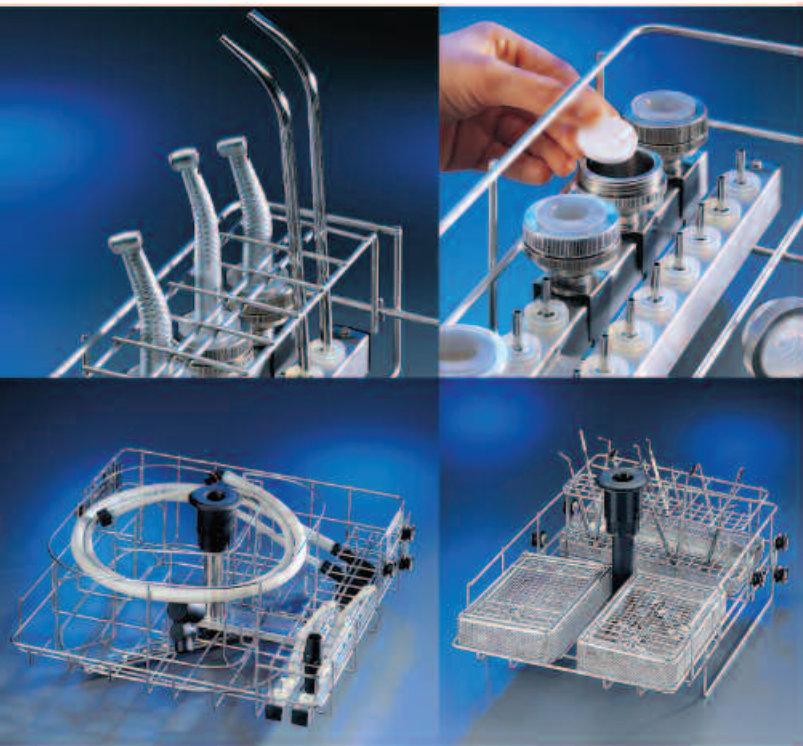
- O regime previsto na Lei nº 102/2005 de 26 de Janeiro, sobre a noção, conteúdo, propriedade, acesso, tratamento e manutenção da informação de saúde;

- A competência atribuída ao Conselho Deontológico e de Disciplina nos termos do disposto do nº1, al. i) do art. 53º do Estatuto, no sentido de resolver todas as dúvidas suscitadas pela interpretação e aplicação do Estatuto e do Código Deontológico,

É aprovada uma recomendação nos seguintes termos:

- Na celebração de contratos comerciais designados de franquia ou “franchising” ou de contratos com características similares, nos quais esteja atribuído um poder de fiscalização a um terceiro que não seja médico dentista ou sendo, não seja o responsável clínico pelos tratamentos médicos dentários efectuados, deve o médico dentista responsável pela direcção clínica do espaço franqueado, fazer respeitar a aplicação do direito de acesso aos ficheiros clínicos constante do Código Deontológico, isto é, guardar sigilo profissional sobre toda a informação relacionada como o doente, constante ou não da sua ficha clínica, obtida no exercício da sua profissão.

Aparelhos de desinfeção Miele: eficácia reconhecida ao menor custo.



Desinfektor G 7881

Recomendações claras e credíveis são sempre uma boa base para a tomada de decisões, especialmente quando se referem à segurança e economia. Indicadas por **especialistas em saúde oral**, as **máquinas profissionais** da Miele garantem resultados únicos: lavagem em profundidade dos instrumentos dentários, assegurando uma desinfeção eficaz, condição fundamental para uma esterilização perfeita. Com o Termo-Desinfector Miele obtém um nível de higiene extremamente elevado com segurança para os pacientes e colaboradores através da redução do perigo de contaminação. Além de uma durabilidade superior, estes aparelhos permitem ainda um consumo otimizado de água e energia, com tempos de funcionamento muito curtos.

Inovação, qualidade e eficácia. Só podia ser Miele.



Kit-teste
Permite uma verificação rápida dos resíduos de proteínas nos instrumentos após a lavagem.

ACT dá razão à OMD

A portaria a seguir

Legislação aplicada à contratação de assistentes de consultório de medicina dentária

O regime laboral dos assistentes de consultório de medicina dentária é definido apenas pela portaria nº 736/2006, de 26 de Julho, confirmou a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) à OMD.

Em Abril de 2009, a Ordem solicitou esclarecimentos à ACT depois de saber que alguns médicos dentistas estavam em diferendo com aquela entidade quanto à legislação a aplicar na contratação de assistentes de consultório.

Nessa interpelação (que pode ser consultada na Revista OMD nº 3), foi elaborado um histórico da legislação que originou os diferendos e justificou, em alternativa, porque apenas a portaria nº 736/2006 devia ser considerada.

Quase um ano depois, em Março de 2010, a ACT respondeu que «perfilha o entendimento da Ordem dos Médicos Dentistas». Assim, ao dar razão à posição da OMD, ficam também garantidos os interesses dos médicos dentistas.

Consultar portaria em <http://link.omb.pt/r6act>.



Doutoramentos em medicina dentária

Provas académicas

Maria de Lurdes Lobo Pereira (442)

Caracterização do efeito do fumo do tabaco no comportamento celular na interface com o implante.

Aprovada por unanimidade (04/03/2009)

Doutoramento em Med. Dentária – ramo de conhecimento em Farmacologia e Radiologia (Decreto-Lei nº 216/92 de 13/10)

Universidade do Porto

Vera Paulino (2108)

Estudo comparativo das características das arcadas dentárias entre três grupos de idade: adolescentes, adultos jovens e adultos

Qualificação de Sobresaliente “Cum Laude” (10/07/09)

Universidade de Valência

André Correia (4422)

Estudo das tensões exercidas sobre próteses fixas em zircónia e em titânio. Comportamento mecânico de estruturas executadas em CAD-CAM

Aprovado por unanimidade (24/07/2009)

Doutoramento em Med. Dentária – ramo de conhecimento em Prótese Dentária e Oclusão (Decreto-Lei nº 216/92 de 13/10)

Universidade do Porto

Maria João Ponces (631)

Deslocamento condilar nos tipos faciais hiperdivergentes nos tipos faciais hiperdivergentes

Aprovada por unanimidade (24/09/2009)

Doutoramento em Med. Dentária – ramo de conhecimento em Odontopediatria e Ortodontia (Decreto-Lei nº 216/92 de 13/10)

Universidade do Porto

Isabel Roçadas Pires (1533)

A influência da saúde oral na qualidade de vida

Aprovada por unanimidade (27/11/2009)

Doutoramento em Med. Dentária – ramo de conhecimento em Odontopediatria e Ortodontia (Decreto-Lei nº 216/92 de 13/10)

Universidade do Porto

Paula Vaz (2075)

Estudo da susceptibilidade individual para a resposta inflamatória do hospedeiro em paciente portadores de prótese dentária implanto-suportada

Aprovado por unanimidade (20/01/2010)

Doutoramento em Med. Dentária – ramo de conhecimento em Anatomia Dentária e Genética Orofacial (Decreto-Lei nº 216/92 de 13/10) -

Universidade do Porto

Pedro Mesquita (823)

Avaliação do Comportamento de células osteoblásticas na presença de diferentes superfícies de implantes

Aprovado por unanimidade (28/04/2010)

Doutoramento em Medicina Dentária - ramo de conhecimento em Anatomia Dentária e Genética Orofacial (Decreto-Lei nº 216/92 de 13/10)

Universidade do Porto

A contribuição das seguradoras para a penosa vida do médico dentista

Vai para 15 anos quando, em Coimbra, escandalizei tudo e todos pedindo ao Governo que tomasse medidas para que fossem encerradas algumas escolas. Já na altura se adivinhavam os dias de hoje, e já na altura também foi dito que os colegas, sobretudo os jovens iriam ser vítimas das mais vis aexplorações.

Infelizmente tinha razão! A realidade está aí e é-me impossível prever onde vamos chegar nos tempos mais próximos, nomeadamente porque as políticas de formação não são tangidas pelos reais interesses da profissão e, fechar faculdades só será possível quando elas entrarem em colapso financeiro, o que realmente já esteve mais distante no horizonte temporal.

Porém este conjunto de factos e projecções não resolve o desespero dos colegas que sendo médicos dentistas, não podem ser outra coisa. São prisioneiros deles próprios e, se querem continuar a exercer ficam à mercê dos interesses de terceiros que são os verdadeiros donos da medicina dentária em Portugal. Refiro-me directamente às companhias de seguros que oferecem seguros de saúde aos seus clientes, em condições tais que a palavra exploração é pouco significativa para designar a forma como são contratados os médicos dentistas que aceitam trabalhar para estas entidades.

Recebem menos do que qualquer profissional indiferenciado (basta a escolaridade mínima para obter melhor remuneração) e são obrigados a efectuar actos médicos de forma gratuita o que é um atentado à dignidade de qualquer pessoa, em qualquer parte do mundo.

Mas, se tal não bastasse, há que referir que esses actos gratuitos são realizados nos consultórios dos explorados que têm que suportar os custos do equipamento e do material que utilizam.

Quer isto dizer que são obrigados a pagar, o que continuam a fazer na ténue esperança que essa atitude permita a angariação de pacientes que possam viabilizar a clínica.

Ora, tal não acontece porque, mesmo que os ditos pacientes a quem foram disponibilizados serviços obrigatoriamente gratuitos, se fidelizem, todos os outros tratamentos que venham a necessitar também não são pagos com valores que permitam um vencimento com alguma razoabilidade.

Estamos perante um escândalo que envolve não só o

bom nome de uma classe mas também, a saúde pública dos portugueses, o que ainda é mais grave!

Para quem não sabe, os materiais que são utilizados nos consultórios dentários, tem diversos preços e, por arrastamento, diversas qualidades.

Naturalmente que nos casos aqui referidos, é crível que sejam utilizados os menos dispendiosos. Desiludam-se pois aqueles que pensam que vão ter a mesma qualidade de atendimento quando aderem a esses seguros de saúde de medicina dentária.

Isso significa que também os pacientes estão a ser vítimas das seguradoras cujos interesses pouco tem a ver com a qualidade dos cuidados que são prestados aos seus clientes.

E já não refiro a tentação de descurar a utilização de aparelhos e técnicas que no consultório são essenciais para garantir a segurança dos doentes. Os cuidados com a esterilização dos equipamentos e a desinfecção dos espaços, são extremamente caros mas, como não estão à vista podem, em casos de desespero extremo, não existir.

Não gostaria de constatar isso mas, infelizmente, tenho que admitir que aconteça e, a ser verdade o responsável não é só o médico dentista. É também a entidade que o explora.

Tenhamos consciência disso e sejamos suficientemente claros para pôr a público uma situação cujos reflexos finais não se confinam ao portador dos serviços nem ao intermediário.

A verdadeira vítima é o paciente que, aliciado pelas seguradoras não tem consciência da realidade.

Por tudo isto, é tempo de se perceber que ao sermos capazes de pôr em “pratos limpos” esta situação, não estamos imbuídos de qualquer espírito corporativista. Estamos isso sim, a zelar pela saúde dos portugueses, numa área em que não existe prestação de cuidados no sector público e que, conseqüentemente, está absolutamente à mercê dos interesses económicos de entidades estranhas cujo objectivo principal é a obtenção de dividendos custe o que custar.

A medicina dentária não é um sector comercial qualquer, em que os mesmos serviços podem ter custos de tão grande disparidade. Quando o custo de um acto é 500 não pode ser cobrado por 50! Se o for... Algo não está bem, e os factos são argumento suficiente para que a Entidade Reguladora da Saúde intervenha.



Manuel Fontes de Carvalho
Médico dentista
Ex-bastónario da OMD

Os colegas mais velhos, conhecem a luta que travei contra a abertura desmesurada de novas faculdades de medicina dentária

Proposta de uma ficha dentária



Maria Inês Guimarães
Médica dentista

A identificação humana tem na tecnologia e meios de comunicação, importante alavanca para atingir de forma eficaz e eficiente resultados positivos. Também a odontologia forense (OD) ou medicina dentária forense (MDF), tem nesses meios forma de melhorar significativamente a rapidez e sucesso na obtenção de resultados fidedignos de identificação. Foram vários os países que mais se desenvolveram nesta área, entre eles, destacamos a Dinamarca, Noruega, Espanha, Estados Unidos da América, México e Cuba.

Através do tempo, foram muitos os casos notáveis resolvidos em que os indícios oro-dentários serviram de meio de identificação como auxiliares da justiça. A primeira aplicação de elementos dentários na identificação de cadáveres, remonta à época da Roma Imperial, segundo relato de Tácito nos Anales, quando Agripina, mãe de Nero e quarta esposa do imperador romano de Cláudio I, mandou matar o marido, que governou desde o ano 41 a 54 da era moderna, e a amante deste, Loilla Paulina, que, pela sua beleza e fortuna, constituía a sua principal rival. Esta foi identificada depois de morta, através da tonalidade dos dentes, da maloclusão e dos dentes cariados.

A 26 de Dezembro de 2004, ocorreu um terramoto no Oceano Índico. Ao tremor de terra seguiu-se uma onda gigante (tsunami) de cerca de dez metros de altura que devastou as zonas costeiras do Sri Lanka, Índia, Indonésia, Tailândia, Malásia, Ilhas Maldivas e Bangladesh. O número de vítimas ascendeu as 190.000 pessoas. Verificou-se que devido à existência de registos dentários dos turistas estrangeiros, mais de 80% destes foram identificados através da comparação dos odontogramas ante-mortem (AM) e post-mortem (PM), ao contrário das vítimas Tailandesas cujos registos eram inexistentes e não puderam ser identificados

Mais recentemente a 20 de Fevereiro de 2010, em Portugal, na catástrofe ocorrida na Região Autónoma da Madeira, três das mais de 45 vítimas foram identificadas através dos registos dentários do(s) médico(s) dentista(s) que os seguiam.

Foram inúmeras as situações ao longo da história, onde a MDF teve um papel de relevo na

identificação humana. É de salientar que a importância foi tanto maior, quanto maior a destruição causada nos corpos das vítimas pelos efeitos da catástrofe. A resistência das arcadas dentárias, devido às suas características físico-químicas e biológicas, tornam-nas um elemento anatómico disponível em situações de severa agressão.

Embora a identificação dentária não seja uma metodologia inovadora, conforme é sabido, a sua utilização ainda tem muito potencial a desenvolver no sentido de poder contribuir para a melhoria dos resultados a alcançar.

A identificação através da arcada dentária é muito útil, principalmente quando se trata de corpos carbonizados ou esqueletizados. No entanto, para isso ocorrer é necessário dispor de uma ficha dentária anterior (odontograma) fornecida pelo médico dentista (MD) e/ou médico estomatologista (ME) da vítima e esse registo é peça basilar para a identificação humana, não só de desconhecidos como de vítimas de catástrofes de qualquer espécie. A realização de um registo dentário eficaz é um passo importante na gestão eficiente da saúde oral dos doentes e na maximização do acto médico dentário, pois permite arquivar conjuntamente os processos administrativo e clínico, exames complementares de diagnóstico, fotografias e assim providenciar informações às autoridades legais, no caso de ser necessário identificar um indivíduo, seu doente, além da partilha com outros profissionais de saúde.

A implementação de um sistema comum aos MD e/ou ME, de fácil aplicação e utilização, que pudesse ser posto em prática sempre que solicitado, através de uma ficha dentária, representa uma mais-valia para situações de identificação humana através das estruturas dentárias. A realização de uma ficha dentária tipo, tem como primeira grande vantagem a possibilidade de se obter uma identificação positiva, na ausência de dados identificadores tradicionais, tais como, roupa, adornos e jóias, documentos, entre outros, assim como a não necessidade de utilizar exames mais complexos, morosos e dispendiosos, como é o do ácido desoxirribonucleico (ADN).

O correcto e completo preenchimento da ficha

dentária, no dia-a-dia do MD e/ou ME, permite em caso de identificação médico-legal, comparar características AM, existentes nessas mesmas fichas dentárias, com características PM para assim obter uma identificação positiva, ou excluir qualquer tipo de possibilidade de identificação. A presença de erros/falhas no correcto preenchimento dos registos clínicos, assim como a conservação desses dados, tem implicações directas nos resultados a obter. A uniformização das fichas dentárias e a sua utilização em suporte digital permitirá colmatar omissões que surgem devido à ausência de regulamentação sobre o conteúdo das fichas dentárias. Nomeadamente, minimizar as ocorrências de:

- Não registo de tratamentos anteriores e efectuados;
- Erros na identificação do dente/quadrante;
- A inexistência de actualizações e anotações relativas a diversas particularidades;
- E ainda o facto de cada MD e/ou ME desenhar a sua própria ficha dentária.

Neste trabalho efectuou-se uma proposta de ficha dentária tipo, com informação útil no caso de identificação humana, dando a conhecer as características intra e extra-orais mais importantes que devem constar desses mesmos registos diários, e avaliou-se a importância do estudo das arcadas dentárias como método de identificação humana em situações de grandes catástrofes. Pretendeu-se conceber e discutir uma ficha dentária universal, útil para a prática clínica diária do MD/ME, bem como para a uniformização dos dados e conseqüente benefício na identificação humana em situações de grandes catástrofes.

*“A primeira identificação feita através dos dentes foi a dos nossos pais Adão e Eva, na maçã que trincaram”,
(Danielsen, 1973)*

Consulte o artigo completo em <http://link.ond.pt/r6ficha>

Aloclair® Plus
Alívio rápido da dor e cicatrização das Aftas

- Não provoca ardor
- Rápida acção
- Promove a cicatrização
- Não contém álcool

Bebé[®] Criança[®]
Afta[®] Idoso[®]
Aloclair Plus

NOVA FÓRMULA MELHORADA
Com Aloe Vera e Ácido Hialurónico

DISPOSITIVO MÉDICO Classe IIa
(1) Cimaz R. Safety and Efficacy of Aloclair™ Gel in the treatment of Oral Aphthous Lesions in Children: Preliminary Findings from an Open Pilot Study – 3, 2002 – Data on file.

Comissão Europeia

Prioridades europeias para a Saúde

«Serão tomadas medidas que vão melhorar a saúde pública e assegurar a segurança dos consumidores», avança o documento

A Comissão Europeia adoptou a 31 de Março um programa de trabalho com 34 prioridades estratégicas para cumprir até final do ano, a começar pela estratégia da União Europeia (UE) destinada a ultrapassar a crise económica.

Relativamente ao sector da saúde, «serão tomadas medidas que vão melhorar a saúde pública e assegurar a segurança dos consumidores», sintetiza o documento.

Isto levará à implementação da estratégia de Saúde da UE, da qual vai resultar o segundo programa comunitário no domínio da saúde, terminando o processo de co-decisão sobre os direitos dos pacientes nos cuidados de saúde transfronteiriços e na doação e transplante de órgãos, bem como a actualização do

trabalho sobre a gripe pandémica e as ameaças à saúde pública.

Também será aprovada nova legislação sobre produtos farmacêuticos que «vai ajudar a garantir medicamentos seguros para os pacientes, salvaguardando a competitividade do sector».

«Chegámos a acordo sobre as nossas prioridades e definimos ainda uma lista indicativa de iniciativas para os próximos anos», disse o presidente do Executivo comunitário, José Manuel Durão Barroso. “O momento de agir” é o título do programa de trabalho da Comissão Barroso II, em funções desde o início de Fevereiro passado. Este segundo mandato à frente do Executivo comunitário prolonga-se até 31 de Outubro de 2014.

Eurobarómetro sobre Tabaco

Portugueses fumam acima da média europeia

Em Portugal, cada fumador consome 15,5 cigarros por dia, contra uma média de 14,4 nos Estados-membros

Quase um em cada quatro portugueses (23 por cento) fumam, percentagem que está abaixo da média dos Estados-membros da União Europeia (UE27 29 por cento).

No entanto, os portugueses fumam mais do que os restantes europeus. Em Portugal, cada fumador consome 15,5 cigarros por dia, contra uma média de 14,4 nos Estados-membros, indica um Eurobarómetro, publicado em Maio, no âmbito do Dia Mundial Sem Tabaco.

O inquérito revela também que há mais homens (Portugal 30 por cento, UE 35 por cento) do que mulheres (PT 17 por cento, UE 25 por cento) a fumar. Em termos de idades, o maior número de fumadores encontra-se na faixa etária dos 40 aos 54 anos (PT 35 por cento, UE 35 por cento), seguindo-se a dos 25-39 (PT 32 por cento, UE 37 por cento) e dos 15-24 (PT 22 por cento, UE 35 por cento).

Com mais de 55 anos, apenas oito por cento dos portugueses e 17 por cento da média dos europeus dizem ser fumadores.

A maioria dos portugueses (64 por cento) dizem nunca ter fumado (UE 49 por cento) e 13 por cento

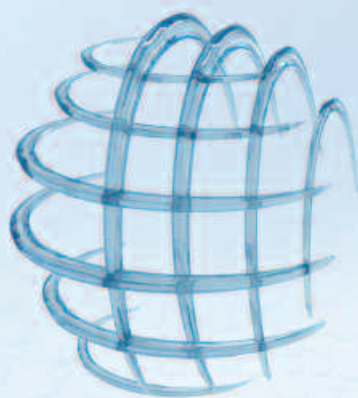
(22 por cento UE) respondem já ter deixado de fumar. Em relação à exposição passiva ao fumo no local de trabalho, 81 por cento dos portugueses dizem nunca ou quase nunca a sofrerem (UE 76 por cento).

Também nos restaurantes a maioria dos respondentes diz estar isenta da exposição ao fumo de tabaco (PT 82 por cento, UE 69 por cento).

Quanto aos factores que influenciam a escolha de uma marca específica de tabaco, a maioria dos fumadores disse ser o sabor (PT 81 por cento, UE 78 por cento), seguindo-se o preço (PT 51 por cento, UE 50 por cento), o teor de nicotina e níveis de monóxido de carbono (PT 51 por cento, UE 39 por cento) e, por fim, a embalagem (PT 19 por cento, UE 15 por cento).

Sobre as políticas de combate ao tabagismo, a maioria concorda com os avisos colocados nos maços de tabaco (PT 75 por cento, UE 75 por cento) e com a aplicação de um imposto especial sobre estes produtos (PT 64 por cento, UE 67 por cento).

Ficha técnica: Em Portugal foram realizadas, pela TNS Euroteste, 1031 entrevistas entre os dias 02 e 18 de Outubro passado sobre esta matéria.



XIX CONGRESSO

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS
PORTUGUESE DENTAL ASSOCIATION ANNUAL MEETING

www.ond.pt

2010

ORGANIZAÇÃO

GOLD SPONSORS

PATROCINADORES OFICIAIS



Nota negativa para saúde europeia



Metade dos europeus teme pela sua segurança quando recebe cuidados de saúde, nos hospitais ou fora deles

O receio de apanharem infecções hospitalares está no topo das preocupações dos cidadãos dos 27 países da União Europeia (UE), quando recorrem a cuidados de saúde. Depois ainda têm medo de diagnósticos médicos incorrectos, insuficientes ou mesmo demorados.

Estas conclusões estão num Eurobarómetro sobre segurança e qualidade nos cuidados de saúde, resultado de quase 27 mil entrevistas pessoais a cidadãos da UE. O estudo foi encomendado pela Direcção Geral da Saúde e dos Consumidores.

Segundo o Centro Europeu para Prevenção e Controlo de Doenças, as infecções hospitalares ocorrem em 5% dos pacientes hospitalizados. O que equivale a 4,1 milhões de pessoas. Em consequência, o organismo comunitário estima que estas infecções causam cerca de 37 mil mortes anuais.

Situações adversas

Mais de 25% dos entrevistados afirmaram que eles ou um membro da sua família viveram situações

adversas ligadas à saúde. No entanto, grande parte desses eventos, associados à gestão hospitalar, a médicos, enfermeiros ou farmacêuticos, ficaram, no entanto, sem formalização de queixa.

Por país, mais de quatro em cada dez inquiridos na Suécia, Dinamarca, Letónia e Holanda dizem já terem sido confrontados com eventos adversos. No lado oposto, mais de oito em cada dez inquiridos na Áustria, Grécia, Bulgária e Portugal dizem que não experimentaram quaisquer eventos adversos. Quase um terço dos inquiridos não sabe qual é a entidade responsável pela segurança do paciente no seu país. Outros vêem o Ministério da Saúde ou os prestadores de cuidados de saúde (ambulatório, hospital, médico, enfermeiro), como o organismos responsáveis.

A maioria dos entrevistados (73%) dizem que a televisão é a sua principal fonte de informações sobre situações adversas em saúde, seguido por jornais e revistas (44%). Apenas 9% buscam informações em estatísticas oficiais ou no hospital. Se fossem prejudicados no seu próprio país, a maioria dos inquiridos antecipam que procurariam a ajuda de um advogado, ou então a administração do hospital ou Ministério da Saúde. Se o dano ocorresse noutro Estado-membro, afirmaram que primeiro contactariam a embaixada ou consulado. Das pessoas que se submeteram a cirurgias, 17% dizem que nunca foi obtido consentimento por escrito.

Saúde do vizinho é melhor que a minha

A maioria dos inquiridos, cerca de 70%, considera o índice de qualidade de cuidados de saúde do seu país como boa ou muito boa, mas é observada uma variação significativa em função do país.

Na verdade, em 16 dos Estados-membros, os cidadãos consideram que o seu país oferece piores cuidados de saúde relativamente aos restantes países da UE.

Deste grupo, os países com cidadãos mais descontentes com a qualidade dos cuidados de saúde nacionais são a Grécia (75% dizem ser fraca ou muito má), a Hungria (72%), Roménia (69%), Bulgária (68%), Polónia (67%), Letónia (62%), Lituânia (58%) e Portugal (56%).

Foquim Dental

NEW SILVER

4.490 €*



PACK SILVER

8.990 €*

* Incluem:
Turbina Tossal com luz
Micro Motor e Contra Ângulo de spray ultimate
Destartizador
Fotopolimerizador de LED
Jacto de Bicarbonato
Transporte e instalação



NOVAS PROMOÇÕES



Não é de obter grande iluminação. É preciso controlar a luz para não danificar a estrutura do dente. O Tred é a solução para este problema.

Iluminação LED de alta potência. Controlada por um sensor de temperatura. Segurança para o paciente e o profissional.



Iluminação LED de alta potência. Controlada por um sensor de temperatura. Segurança para o paciente e o profissional.

~~2.750 €~~ 2.190 €

~~4.000 €~~ 3.790 €

~~2.220 €~~ 1.800 €



NON C'E' FUTURO SENZA PASSATO (Não há futuro sem um passado)

Os proprietários da VIVI são os mesmos empresários que fundaram VILA SISTEM (MEDICAL) SpA há mais de 50 anos, MOCOM há 20 anos e várias outras empresas pertencentes a este campo.



Articulação Thera-L 405F Led com Acabamento

~~890 €~~ 595 €



Kit Completo
Micromotor Definitiva LED - Eléctrico

~~1.150 €~~ 820 €



Kit Completo
Micromotor Definitiva Eléctrico

~~1.050 €~~ 600 €



Acoplamento LED compatível Kavo

230 €



Substituição Fluida

~~300 €~~ 250 €

Crescendo com Confiança
www.foquimdental.com



Rua 44-A, n.º 2 - Quimiparque
Caixa Postal: 5111
2831-904 Barreiro
Tel: 21 247 72 61 - Tel: 21 089 79 25
Fax: 21 207 34 23

Preços para Portugal Continental - IVA não incluído

Campanha internacional

Locais de trabalho cinco estrelas



Positive practice environments for health care professionals

KEY CHARACTERISTICS:

Professional recognition

- Recognise the full range of competencies provided by health care professionals and provide the autonomy for these competencies to be fully utilized.
- Promote professional autonomy and control over practice and pace of work.
- Recognise and reward employee contribution/performance.
- Regularly assess employee satisfaction and act on outcomes.

Management Practices

- Commit to equal opportunity and fair treatment.
- Provide adequate and timely compensation commensurate with education, experience and professional responsibilities.
- Maintain effective performance management systems.
- Offer decent and flexible benefit packages.
- Involve employees in planning and decision making affecting their practice, work environment and patient care.
- Encourage open communication, collegiality, team work and supportive relationships.
- Foster a culture of mutual trust, fairness and respect.
- Adopt policies and procedures that positively encourage the reporting of professional misconduct or violation of laws/regulations.
- Provide clear and comprehensive job descriptions/specifications.
- Promote transparency in decision making processes (where applicable).
- Ensure effective grievance/complaints procedures are in place.
- Demonstrate effective management and leadership practices.

Support structures

- Invest in health and work environments.
- Foster strong employment relationships between and among employer/employee/co-workers/patient.
- Adhere to regulatory frameworks that ensure safe working conditions.
- Provide access to adequate equipment, supplies and support staff.
- Engage employees in continuous assessment and improvement of work design and work organisation.
- Promote healthy work-life balance through policies and programmes that support fair and manageable workloads and job demands/stress, and flexible work arrangements.
- Offer employment security and work predictability.
- Ensure employees practice under an overarching code of ethics.
- Communicate clearly and uphold standards of practice.
- Regularly review scopes of practice and competencies.

Education

- Support opportunities for professional training, development and career advancement.
- Offer thorough orientation programmes for new hires.
- Foster effective supervisory, mentoring and peer coaching programmes.

Occupational Health and Safety

- Adhere to safe staffing levels.
- Adopt occupational health, safety and wellness policies and programmes that address workplace hazards, discrimination, physical and psychological violence and issues pertaining to personal security.

Quality Workplaces for Quality Care



All health sector stakeholders, be they employer or employee, private or public, governmental or non-governmental, have their respective and specific roles and responsibilities to foster a positive practice environment.

Quando os prestadores de cuidados de saúde têm boas condições de trabalho, o paciente é que fica a ganhar em qualidade.

Esta convicção levou várias organizações internacionais ligadas à saúde, entre as quais a Federação Dentária Internacional (FDI), a lançarem uma campanha para difundir as melhores práticas a aplicar no local de trabalho.

Destinado a gestores e profissionais da saúde, o projecto que ainda agora começou – chamado “Positive Practice Environments” (PPE) – vai prolongar-se por muitos anos, garantem os organizadores.

«Os pacientes têm o direito ao melhor desempenho por parte dos prestadores de cuidados de saúde. Isto só se consegue num ambiente de trabalho que mantém os colaboradores bem preparados e motivados», sustentam.

A campanha PPE vai ocupar, segundo os organizadores, «um papel central» na questão do sub-investimento em curso no sector da saúde, na escassez de profissionais de saúde e na respectiva deteriorização das condições de trabalho. «Vamos promover a segurança e locais de trabalho rentáveis e saudáveis, reforçando os sistemas de saúde em benefício do paciente», acrescentam.

As actividades de campanha já estão em curso em Marrocos, Uganda e Zâmbia. A iniciativa está aberta a todos os países, organizações de saúde e disciplinas de saúde.

Além dos médicos dentistas, também aderiram à campanha as federações internacionais dos enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, médicos e ainda a Federação Internacional de Hospitais.

Na internet, os recursos, ferramentas e eventos da campanha podem ser consultados no endereço www.ppecampaign.org.

Diário Económico Digital

Mais barato para médicos dentistas

A Ordem dos Médicos Dentistas estabeleceu um protocolo de colaboração com o Diário Económico com o objectivo de proporcionar aos seus membros condições preferenciais e exclusivas, designadamente na redução do preço das assinaturas do jornal Diário Económico, na sua versão digital.

Na sequência desta parceria, será oferecido um acesso gratuito, durante três semanas, ao Diário Económico Digital.

O Económico Digital é uma nova plataforma que permite ler a partir das 23h00 de cada dia o jornal do dia seguinte. Uma forma simples, rápida e eficaz de dispor da informação a qualquer momento do dia, no seu computador.

Através do Económico Digital, poderá aceder em

qualquer parte do mundo, ao arquivo das capas do Diário Económico de mais de vinte anos de economia, aceder aos arquivos integrais do jornal, fazer pesquisas, consultar ou armazenar no seu computador toda a informação económica de referência. Uma plataforma evoluída e dinâmica que permite ainda ao leitor seleccionar as notícias do seu interesse e criar o seu próprio jornal. Para além de dar a conhecer as múltiplas funcionalidades da inovadora plataforma, esta parceria pretende criar excelentes relações entre as duas instituições, ser motivo de união e partilha, continuando a contribuir para a procura e estímulo da informação económica em Portugal e no Mundo. Conheça a oferta em <http://link.omid.pt/r6economico>.

Na sequência desta parceria, será oferecido um acesso gratuito, durante três semanas, ao Diário Económico Digital



MedSUPPORT - Engenharia & Apoio à Decisão,
EMPRESA DE ENGENHARIA BIOMÉDICA,
PRESTA SERVIÇOS À MEDICINA DENTÁRIA:

- APOIO AO LICENCIAMENTO (PORTARIA 268/2010)
- MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTO MÉDICO E CLÍNICO

APRESENTAMOS SOLUÇÕES PERSONALIZADAS E NÃO REPRESENTAMOS MARCAS

TELE +315 229 445 650

WWW.MEDSUPPORT.PT

MEDSUPPORT@MEDSUPPORT.PT

ExpoDentária

DEIXE A SUA MARCA NA MAIOR FEIRA DE MEDICINA DENTÁRIA DE PORTUGAL



XIX CONGRESSO
ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS
PORTUGUESE DENTAL ASSOCIATION ANNUAL MEETING

A Expo-Dentária é a maior feira de medicina dentária realizada em Portugal, registando na sua anterior edição uma participação superior a 5.900 visitantes. O seu êxito crescente confirma que é o lugar certo para gerar as melhores oportunidades de negócio e de visibilidade internacional para a sua empresa.

Deixe a sua marca na Expo-Dentária 2010.

Para mais informações visite: www.ond.pt

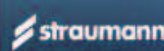
11 NOVEMBRO
12
13 **2010**

EUROPARQUE
SANTA MARIA DA FEIRA

ORGANIZAÇÃO | GOLD SPONSORS



PATROCINADORES OFICIAIS



Água, o bem essencial à vida...



Chegou o Novo ZALDIAR EFE. A resposta efervescente à dor.



Frente a frente com a dor

GRUNENTHAL, S.A.
Rua Alfredo da Silva, 16
2610-016 Amadora - Portugal
Tel.: 214 726 300 / Fax: 214 710 910
NC 500 101 965 - Soc. Anónima,
Cap. Social 3.785.000 €
Mat. nº 6815 da C. Cors. Reg. Com.
Amadora - Portugal

NOME: ZALDIAR EFE 37,5 mg/325 mg, comprimidos efervescentes **COMPOSIÇÃO:** Cada comprimido efervescente contém 37,5 mg de clonidrato de tramadol e 325 mg de paracetamol. Excipientes: Cada comprimido efervescente contém 7,8 mmol (ou 179,4 mg) de sódio (na forma de citrato monossódico, bicarbonato de sódio e sacarina sódica). Cada comprimido efervescente contém 0,4 mg de amarelo-sol FCF **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido efervescente. **INDICAÇÕES:** ZALDIAR EFE está indicado para o tratamento sintomático da dor moderada a intensa. **POSOLOGIA:** Dose inicial de dois comprimidos efervescentes. O intervalo entre as doses não deve ser inferior a seis horas. Dose máxima diária 8 comprimidos. Idade superior a 12 anos. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao clonidrato de tramadol, paracetamol, amarelo-sol FCF ou a qualquer dos excipientes; Intoxicação aguda pelo álcool, medicamentos hipnóticos, analgésicos de acção central, opiáceos ou medicamentos psicotrópicos; Não deve ser administrado a doentes em tratamento com inibidores da monoamino oxidase nem após as duas semanas depois da paragem do tratamento; Insuficiência hepática grave; Epilepsia não controlada por tratamento; Insuficiência respiratória grave; não está indicado como terapêutica de substituição em doentes dependentes de opiáceos. **ADVERTÊNCIAS:** Têm sido observadas convulsões em doentes predispostos e a receber tratamento com tramadol e/ou tratados com fármacos que podem diminuir o limiar convulsivo. Deve ser usado com precaução em doentes com dependência de opiáceos, com traumatismo craniano, predispostos a convulsões, apresentando perturbações biliares, em estado de choque, com alteração da consciência de origem desconhecida, com problemas que afectam o centro respiratório ou a função respiratória ou com aumento da pressão intracraniana. **INTERACÇÕES:** Inibidores da MAO não selectivos; Inibidores selectivos da MAO A; Inibidores selectivos da MAO B; Inibidores selectivos da recaptação de serotonina, antidepressores tricíclicos, antipsicóticos, analgésicos de acção central ou anestésicos locais. Não se recomenda a utilização concomitante com agonistas/antagonistas dos opiáceos (buprenorfina, nalbupfina, pentazocina). **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Náuseas, tonturas e sonolência; confusão, alterações do humor, ansiedade, nervosismo, euforia, perturbações do sono; depressão, alucinações, pesadelos, amnésia; dependência do fármaco; abuso; cefaleias, tremor; contrações musculares involuntárias, parestesias; convulsões, ataxia; visão turva; acufenos; arritmia, taquicardia, palpitações; hipertensão, afrontamentos, dispneia; vômitos, obstipação, xerostomia, diarreia, dor abdominal, dispepsia, flatulência; fadiga, melenas; sudorese, prurido; reacções dérmicas (por exemplo rash e urticária); alterações na micção (disúria e retenção urinária); albuminúria; anorexia; dor torácica; elevação das transaminases; **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Abril 2009. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Grunenthal, S.A. - R. Alfredo da Silva, 16 - 2610-016 Amadora. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. PVP 5,19 €. (Comparticipado no escalão C -37%)

TOTAL LINE

sinOl
since 1965

VISIODENT
IMAGINE & CREATE

TOTAL S.LINE 8.990,00 €
 TOTAL E.LINE 9.990,00 €
 TOTAL B.LINE 10.990,00 €
 TOTAL C.LINE 11.990,00 €
 TOTAL T.LINE 12.990,00 €



+ 2690 €

~~PVP: 3290 €~~

IMPERDIVEL
 Tempo limitado

COMPONENTES TOTAL LINE

Raio X Intra-oral Evostyle 70 KVa, 8 mA;



Motor de aspiração DMEGA S1 101



Autoclave BTD17 – Classe B, 17 lts.
com impressora



Cuba Ultrasons DB4820, 2,5 Lts



Compressor XP120D, 120 l/min
com secador e caixa insonorizada



Destiladora de água



Seladora PKG240



Turbina com Luz AZL, 3 sprays



Micromotor pneumático AI4C
com spray interno



Contra-ângulo LBIPA1, com spray interno



Destartizador UDS-N2



Fotopolimerizador LED
acoplado na unidade assistente



Jacto de bicarbonato



ravagnaniDENTAL
 PORTUGAL

www.ravagnanidental-portugal.com

MAIA
 T: 22 974 11 02 | F: 22 974 11 01
 Rua da Cavimora, nº 30
 4425-042 Aguiar das Rebas - MAIA

ALMADA
 T: 21 274 48 04 | F: 21 274 48 04
 Rua Padre Francisco Ricardo, 3 - A (transfêrki)
 2800-063 Alameda

ALGARVE
 T: 299 350 025
 Ponta do Boliqueiro - EN 125
 Ed. Fern Nova, Loja 3, Loja A
 8180-070 Boliqueiro