

# omd

REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

MAIO 2011  
NÚMERO 9 | €10,00  
TRIMESTRAL  
WWW.OMD.PT



ISSN: 1647-0486

**ORDEM**  
OMD ELEITA PARA  
A PRESIDÊNCIA DO CNOP

LICENCIAMNETO  
DE CLÍNICAS  
E CONSULTÓRIOS



EXERCÍCIO ILEGAL NA PRIMEIRA LINHA

**OMD COMBATE  
CRIME ORGANIZADO  
CONTRA A PROFISSÃO**

# 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  $\geq 40$  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 (CrCl) superior a 30 ml/min. Em doentes com depuração de creatinina (CrCl) 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, carbapenemes, monobactams); 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  $1/100$ , *raras:*  $>1/10000$  e  $1/1000$ , *muito raras:*  $<1/10000$ , *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; Raras: 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. **Apresentação e preços:** CLAVAMOX DT, comp. 1 g cx. 16 (9766105), PVP: €9,86. Comparticipação 69% (Regime Geral) Utente: €3,06. Comparticipação 84% (Regime Especial) Utente: €1,58. *Sob licença de GlaxoSmithKline. Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da AIM: BIAL - Portela & Cª S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado - PORTUGAL Capital Social €43.500.000 - Sociedade Anónima - Matrícula N° 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*



Ano III – nº 9 – Maio de 2011  
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

Lisgráfica

Periodicidade: Trimestral

Distribuição: Gratuita

Tiragem: 10.000 exemplares

Depósito Legal: 285 271/08

ISSN: 1647-0486



**editorial** 4

**agenda** 6

**mundo** 8

Atlas da Saúde Oral

**números** 9

Portugueses não vão  
ao médico dentista

**destaque** 12

Ordem combate  
crime organizado contra a profissão

**ordem** 14

OMD eleita para a presidência do CNOP

Audiência com Presidente da República

Novo regime de prescrição de medicamentos

Audiência com o presidente  
do Partido Social Democrata

Políticas de saúde discutidas  
com o Partido Comunista

Licenciamento de clínica e consultórios

**deontológico** 19

Segredo profissional  
– livro de reclamações

Deliberações e recomendações

Na palma da mão

**nacional** 20

Qualidade na saúde  
sem mínimos e máximos

Pagamento dos cheques-dentista

**global** 23

Saúde oral global

# índice



*Artigos assinados e de opinião  
remetem para as posições dos  
respective autores, não  
reflectindo, necessariamente,  
as posições oficiais  
e de consenso da OMD.  
Anúncios e cursos não impli-  
cam 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.*

“  
**SABEMOS, A MAIOR PARTE  
DE NÓS, ESTAR  
NA PROFISSÃO NÃO COM  
O OBJECTIVO ÚNICO DO  
LUCRO, OBJECTIVO LÍCITO  
DIGA-SE DE PASSAGEM,  
MAS COM O OBJECTIVO  
SUPERIOR DO  
RECONHECIMENTO DO  
TRABALHO EFECTUADO.  
DA QUALIDADE  
DO SERVIÇO PRESTADO**  
”



### **Medicina Dentária à rasca?**

*Estimados colegas,*

*Vivemos um tempo de mudança.*

Estes tempos devem provocar em toda a sociedade, médicos dentistas incluídos, uma necessidade de antecipação e adaptação, de “surfear” a onda, antes que esta nos rebente em cima.

Temos observado nas recentes formas de expressão da sociedade civil, com destaque para a manifestação designada por “Geração à Rasca” que os problemas com que se debate a medicina dentária não são, de forma alguma, exclusivos desta.

Fenómenos como a incerteza no exercício da profissão, precariedade, estágios não remunerados, sub-emprego, desemprego, emigração, entre outros, são, infelizmente, uma realidade transversal a vários grupos profissionais altamente qualificados.

Esta problemática decorre de causas multifactoriais, algumas sectoriais, outras mais estruturais, que afectam o nosso país.

A ultrapassagem destas situações não está, em grande parte, dependente apenas de um governo, de um país, de um grupo profissional e muito menos de uma ordem profissional.

Está no fundamental dependente de cada um de nós!

Estes fenómenos, que afectam a sociedade portuguesa no seu todo, são mais graves quando atingem os mais jovens, particularmente os mais qualificados, já que o futuro de Portugal está mais dependente da capacidade destas gerações.

No que respeita à medicina dentária, disponibilizada à população, em grande medida pelo sector privado, há alguns

factores sectoriais que merecem ser analisados e algumas reacções que devemos estar preparados para encetar.

O exagerado número de faculdades de medicina dentária e de médicos dentistas diplomados no nosso país é, sem dúvida, um destes factores. O país não tem, nem terá em tempos mais próximos uma oportunidade condigna para dar a estes nossos colegas mais jovens. Muitos deles continuarão a procurar oportunidades fora do país e exercer no estrangeiro ou, em alternativa, a sujeitarem-se a situações degradantes de emprego, ao nível da remuneração e de horários de trabalho. Só angariadores, disfarçados de “empresários” da medicina dentária podem beneficiar desta situação, pois vêm o principal custo que está envolvido na nossa atividade, o custo do nosso trabalho, substancialmente diminuído em função da oferta disponível...

Felizmente a sociedade vai tendo conhecimento desta realidade, ajudando de futuro a nivelar a procura por esta nossa área da medicina.

A percentagem de portugueses que não tem acesso, devido às suas condições socioeconómicas, à medicina dentária disponibilizada na rede privada é outro destes factores. E, também, não será de resolução súbita...

Na nossa reacção, temos que implicar maior adaptação.

Nos nossos horários de atendimento dos pacientes, procurando áreas e serviços diferenciados que nos distingam da generalidade da oferta disponível, refinando o tempo investido a informar os doentes sobre alternativas e propostas de tratamento, não caíndo na armadilha de julgarmos a capacidade económica dos doentes...

Temos que avisar os doentes das consultas de controlo, adaptar em determinadas situações as formas de pagamento dos nossos honorários à disponibilidade dos doentes.

É nestas alturas que nos devemos abrir mais às

comunidades onde estamos inseridos, interagindo socialmente, em associações, clubes, escolas etc.

Devemos refinar os processos de qualidade nos nossos consultórios, dando mais formação às assistentes dentárias, ao nível de gabinete e esterilização e ao nível do atendimento.

Usando algum tempo que possamos ter disponível para incrementar o valor das nossas instalações. O licenciamento dos nossos consultórios é já um primeiro passo.

Lembrem-se que com a crise surge a oportunidade e a seguir a uma recessão vem a recuperação...

Estamos todos conscientes que vivemos um período turbulento, de procura de novas soluções, de alteração de paradigmas. A saúde oral e a medicina dentária não estão imunes a este ambiente. Dentro do quadro de princípios que acima referi temos, todos, enquanto instituição e individualmente, de estar preparados para antecipar a mudança ou, no limite, acompanhá-la.

A medicina dentária portuguesa tem que ser um exemplo de capacidade de superação! Desde sempre fomos e somos, maioritariamente, profissionais liberais, autónomos e independentes.

Segundo o último estudo que fizemos através do Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 95,1% dos médicos dentistas referiram ser profissionais liberais e, destes, 37,9% referiram trabalhar exclusivamente por conta própria.

Nunca dependemos do Estado para nada, nem de subsídios, nem do QREN.

Somos, uma grande parte de nós, simultaneamente médicos dentistas, empresários e gestores das nossas clínicas e consultórios.

Esta forma de estar na profissão é a mais comum, não só em Portugal, como na Europa, Estados Unidos, nos países onde a medicina dentária está mais avançada. E não é por acaso. É assim, porque é a melhor forma de servir com qualidade acrescida a população.

E é aquela em que a relação directa médico dentista/paciente é melhor preservada.

A que permite a avaliação diária por parte daqueles a quem devemos satisfações, os nossos doentes.

Sabemos o que é produtividade, concorrência, trabalho. Avaliação baseada no objecto da nossa acção: a saúde das pessoas.

Sabemos que a nossa reputação é o nosso capital mais precioso.

Sabemos, a maior parte nós, estar na profissão não com o objectivo único do lucro, objectivo lícito diga-se de passagem, mas com o objectivo superior do

reconhecimento do trabalho efectuado. Da qualidade do serviço prestado. Nada disto, que para alguns parece constituir uma ameaça, é para nós novo.

Sabemos o que é investir em instalações, equipamentos, técnicas e materiais.

Criar emprego com assistentes dentários, higienistas, protésicos, indústria etc.

Investir na nossa formação contínua.

Sabemos o que é o declínio com a idade numa profissão, que exige destreza física e capacidade intelectual e que a nossa reforma é construída por cada um de nós.

Trabalhamos 11 meses, às vezes mais, 10 horas por dia.

Enfrentamos compromissos ao final do mês.

O regaço do Estado nunca aconchegou os profissionais liberais médicos dentistas. Nunca nos ajudou a enfrentar crises.

A crise da consulta adiada para o final do mês. A crise de adiar o que não é urgente tratar. De investir no tratamento dos filhos relegando os pais para quando houver disponibilidade.

Mal dum país, duma Europa, que não reconheça a capacidade e a importância das profissões liberais, que se afunde na burocracia ou na sobre-regulação, na carga fiscal, beneficiando grandes grupos económicos, com a consequência inexorável da diminuição da qualidade, do aumento dos preços, da penalização fácil do elo mais forte, o do trabalho.

Uma sociedade que não valoriza o trabalho, o risco, o empreendedorismo, atrevo-me a fazer-lhe o diagnóstico, está doente.

Mesmo que lhe tratemos da boca, dos dentes, a sua doença sistémica levá-la-á ao declínio.



*O Bastonário  
Orlando Monteiro da Silva*

## III ESTUDO NACIONAL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS ORAIS

A OMD vai participar na realização do III Estudo Nacional Epidemiológico das Doenças Orais, que será levado a cabo pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) durante o corrente ano. Para o efeito, a OMD criou o Grupo de Estudo Epidemiológico Nacional que integra representantes dos sete estabelecimentos de ensino superior da medicina dentária e que será responsável pela selecção dos médicos dentistas que participarão nas equipas que vão realizar as observações. Este estudo surge no âmbito de actuação do Grupo Técnico-Consultivo da DGS, no qual a OMD participa activamente.



## ACREDITAÇÃO DE ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

A Comissão Científica da OMD passou a disponibilizar um conjunto de regras internas que utiliza para a acreditação de actividades de formação contínua, para além do próprio regulamento, que se manteve inalterado.

A tendência de crescimento e diversificação das actividades de formação contínua, que são objecto de requerimento para acreditação pela OMD, justifica o propósito de harmonizar as linhas gerais. Estas devem servir de base à contribuição de cada membro da Comissão Científica da OMD, para o fim comum que tem em vista orientar e sobre o qual seja necessário decidir, emitindo o correspondente parecer casuístico, de acreditação ou de não acreditação, face a cada pedido.

Poderá consultar as novas regras internas em: [www.omd.pt/eventos/acreditacao](http://www.omd.pt/eventos/acreditacao).

“  
**GRUPO DE ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL INTEGRA REPRESENTANTES DOS SETE ESTABELECIMENTOS DE ENSINO SUPERIOR DA MEDICINA DENTÁRIA**  
”

“  
**OS VÁRIOS TEMAS DE SAÚDE ORAL ABORDADOS PRETENDEM INFORMAR E SENSIBILIZAR O PÚBLICO PARA COMPORTAMENTOS E CUIDADOS BÁSICOS DE SAÚDE ORAL**  
”

“  
**A COMISSÃO CIENTÍFICA DA OMD PASSOU A DISPONIBILIZAR UM CONJUNTO DE REGRAS INTERNAS QUE UTILIZA PARA A ACREDITAÇÃO DE ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO CONTÍNUA**  
”



## ORTODONTIA ATRIBUIÇÃO DE TÍTULOS DE ESPECIALIDADE

O Conselho Directivo da OMD deliberou a atribuição do título de especialista em ortodontia aos médicos dentistas Cláudia Azevedo Leitão (C.P. 3749), Eugénio Martins (C.P. 924), François Durand Pereira (C.P. 1447), Joana Godinho (C.P. 4404), Lucinda Gifford Faria (C.P. 1402), Patricia Almeida Pinto (C.P. 1339) e Saul Castro (C.P. 3583), na sequência de candidatura, realização e aprovação de provas orais pelo Colégio de Especialidade de Ortodontia, nos termos regulamentares.



## SITE OMD FOLHETOS EDUCATIVOS

Os 14 folhetos educativos elaborados pela OMD, destinados aos pacientes dos consultórios e ao público em geral, encontram-se disponíveis para consulta no site da OMD. Os vários temas de saúde oral abordados pretendem informar e sensibilizar o público para comportamentos e cuidados básicos de saúde oral: prevenção e higiene oral; saúde oral na grávida e no bebé; saúde oral na criança; saúde oral no idoso; cárie dentária e dentisteria; periodontologia; implantes; ortodontia; endodontia; cirurgia oral; cancro oral; branqueamento dentário; halitose; prótese fixa; prótese removível.

# vai acontecer...



## INSCRIÇÃO E PAGAMENTO ONLINE CONGRESSO OMD 2011

De regresso a Lisboa, o congresso da OMD é, desde sempre, um evento multidisciplinar, onde procuramos, de forma abrangente, integrar no programa científico diferentes áreas da medicina dentária. Este ano, destacamos a realização do fórum multidisciplinar de controvérsias e o curso prático de medicina dentária baseada na evidência, com inscrição limitada a 40 participantes. Não esquecemos, no entanto, os temas de índole socioprofissional, permitindo o esclarecimento e a discussão de assuntos que nos tocam diariamente e ainda um curso, de dia inteiro, para assistentes dentárias.

Os conferencistas nacionais e estrangeiros que vão participar no congresso, bem como as suas áreas de intervenção, estão já disponíveis para consulta no site da OMD ([www.omb.pt/congresso](http://www.omb.pt/congresso)). Os médicos dentistas poderão fazer, pela primeira vez, a inscrição no congresso e o pagamento online através do site da OMD, de forma mais cómoda, rápida e eficaz.

A realização da Expo-Dentária constituirá uma oportunidade única para os visitantes conhecerem e adquirirem as últimas novidades apresentadas pela indústria a nível mundial. Como complemento, no "Speakers Corner" poderá também assistir a diversas apresentações comerciais.

A edição deste ano do congresso realiza-se entre 10 e 12 de Novembro, no Centro de Congressos de Lisboa.

## BENEFICIE DE PREÇOS REDUZIDOS ATÉ 29 DE JULHO

Se efectuar a sua inscrição até ao dia 29 de Julho beneficia de uma redução no preço, pagando apenas 140€. A partir desta data e até 14 de Outubro, o valor da inscrição passa a ser 180€ e após 14 de Outubro, 220€.

Os estudantes e licenciados desde 2006, também usufruem, até esta data, de uma redução no preço de inscrição no Congresso, pagando apenas 90€.

“  
OS  
CONFERENCISTAS  
NACIONAIS E  
ESTRANGEIROS  
QUE VÃO  
PARTICIPAR  
NO CONGRESSO,  
BEM COMO AS  
SUAS ÁREAS DE  
INTERVENÇÃO,  
ESTÃO JÁ  
DISPONÍVEIS  
PARA CONSULTA  
NO SITE DA OMD  
[WWW.OMB.PT/](http://WWW.OMB.PT/)  
CONGRESSO

”

“  
OS  
PROGRAMAS  
ESTÃO  
DISPONÍVEIS  
PARA CONSULTA  
NO SITE  
DA OMD EM  
[WWW.OMB.PT](http://WWW.OMB.PT/)

”



## TOMADA DE POSSE DO NOVO PRESIDENTE CONGRESSO FDI

Caros colegas,

Aproxima-se uma data histórica para a medicina dentária portuguesa, o dia da tomada de posse do nosso bastonário, Orlando Monteiro da Silva, como presidente da FDI *World Dental Federation* (Federação Dentária Internacional), organização líder mundial que representa mais de um milhão de médicos dentistas de todo o mundo, com cerca de 200 instituições associadas de 134 países.

A cerimónia de tomada de posse será realizada durante o congresso anual da FDI, que decorrerá entre os dias 14 e 17 de Setembro, na Cidade do México.

Tendo conhecimento do interesse de vários colegas em estarem presentes nesta cerimónia marcante para a medicina dentária portuguesa e demonstrarem o seu apoio e solidariedade para com o nosso bastonário, o Conselho Directivo entendeu organizar dois pacotes de viagem para o México nessas datas. Uma das opções programadas contempla apenas a ida ao congresso, enquanto a outra inclui também uma semana de férias na Riviera Maia.

Os programas estão disponíveis para consulta no site da OMD em [www.omb.pt](http://www.omb.pt) e os preços não incluem a inscrição no congresso da FDI, que deverá ser feita através do site da FDI [www.fdicongress.org](http://www.fdicongress.org).

Esperamos por si na Cidade do México!

O Secretário-Geral

Paulo Ribeiro de Melo

### WORLDWIDE DENTAL DECAY

Average Number of Decayed, Missing and Filled permanent Teeth (DMFT) in 12-year-olds, 2008

- high, more than 3.5
- moderate, 2.6 - 3.5
- low, 1.2 - 2.5
- very low, 0.8 - 1.1
- no data

World average 3.0  
Highest: Croatia 6.7  
Lowest: Rwanda, Tanzania, Togo 0.3

**“ The nation's mouths are like its teeth, the more decayed they are the more it hurts to touch them. George Bernard Shaw, Irish playwright, 1856-1950 ”**

### MAPPING DENTAL CARIES 5

Dental decay remains largely untreated and there are widespread inequalities both between and within countries.

Dental treatment accounted for only 23% of the reduction in tooth decay in 12-year-olds in industrialised countries during the last 40 years. The main factors were fluoride toothpaste and general socio-economic development.

### ANATOMY OF TOOTH DECAY

Proportion of Decayed, Missing and Filled Teeth (DMFT) in children aged 11-14 years by nation grouping 1981-2004

Income Group	Teeth treated with filling	Teeth missing due to caries	Untreated decayed teeth
high-income	59%	42%	1%
middle-income	20%	73%	7%
low-income	2%	55%	43%

### DECLINING DECAY?

Changing rates of caries (DMFT) amongst 12-year-olds 1960-99

— developed countries  
— all countries  
— developing countries

**Health Action**  
Reducing frequency and quantity of sugar consumption, and appropriate exposure to fluorides are the best ways of preventing dental caries.

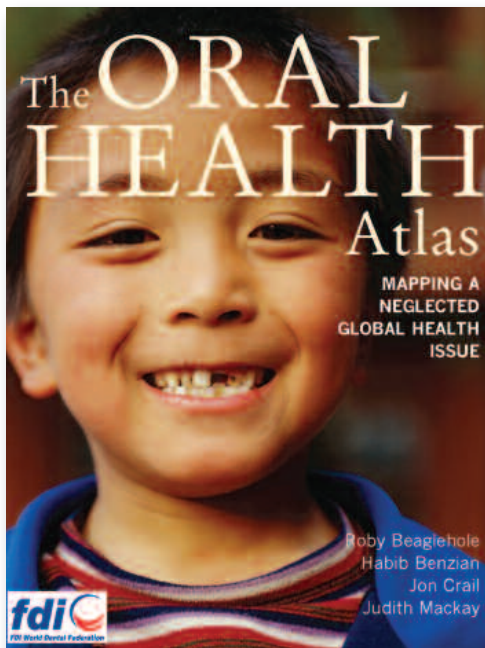
**DMFT**, which records the number of decayed (D), missing (M) and filled (F) teeth (T). While DMFT is not the only measure and has limitations, the oral health status of populations is often summarised as a DMFT score (usually of 12-year-olds).  
A DMFT score of 1.0 means that one of the 32 adult teeth is either decayed, missing or filled. Scores for individuals are full numbers, for populations they can have decimal values. The WHO maintains a global database for caries levels: the data collection, however, is incomplete and not up to date due to the complexity of undertaking national surveys or different health-system priorities. Accurate data about dental decay is important for projecting the future disease burden.

**Cories is a disease of social deprivation, just as it is a disease of bad diets. Ole Fejerskov & Edwin Kidd, 2008**

**T**ooth decay (dental caries) is an ancient disease. Levels of caries rose during the 17th century and reached epidemic proportions in the 19th and 20th centuries. The FDI and WHO set Global Goals for Oral Health by the Year 2030, and over the last three decades caries rates dropped in high-income countries. Scientists believe that this improvement was mainly the result of the widespread use of fluoride.  
As populations of low-income countries adopt a more affluent lifestyle, high in sugar consumption, dental decay rates rise. Generally, caries rates are highest in middle-income countries where sugar consumption is high but access to prevention and care is low.  
Since 1938, tooth decay has been measured using an index known as

24

# ATLAS DA SAÚDE ORAL



Não será uma grande surpresa, mas o Atlas demonstra o enorme fosso da saúde oral entre os países ricos e pobres, com altos e baixos rendimentos. O menino na capa exemplifica isso mesmo: é uma criança de alto risco, proveniente de um país de baixos ou médios rendimentos. Provavelmente não tem acesso a serviços médico dentários, mas já tem cáries graves que são um caminho para desenvolver mais problemas de saúde oral ao longo da vida.

A saúde oral é parte integrante da saúde geral e bem-estar. No entanto, cerca de 90% da população mundial já enfrentou problemas orais ou dentários ao longo da vida. Apesar de sua importância para os indivíduos e os sistemas de saúde, a saúde oral ainda é uma área negligenciada, tanto pelas políticas nacionais como internacionais.

O Atlas da Saúde Oral, da Federação Dentária Internacional, revela-nos os factos sobre a saúde oral, destacando a extensão dos problemas a nível mundial e sugere soluções individuais realistas à população em geral.

Uma combinação única de textos curtos, mapas, tabelas e gráficos apresentam estatísticas complexas e factos de uma forma intuitiva, fácil de entender num formato visual, complementados por tabelas extensas de dados global de saúde

oral e uma secção de referências. Em 120 páginas, o Atlas é um livro valioso para médicos dentistas, profissionais de saúde pública, decisores políticos e demais interessados na saúde oral. O Atlas da Saúde Oral está disponível no endereço [www.oralhealthatlas.org](http://www.oralhealthatlas.org).



# POR RAZÕES ECONÓMICAS PORTUGUESES NÃO VÃO AO MÉDICO DENTISTA

Um estudo da Deco/Proteste, publicado na revista Teste Saúde, de Março, revela que quase metade dos portugueses evita a visita ao médico dentista, na maioria, por falta de dinheiro e que um terço não tem hábitos de higiene oral adequados

O inquérito, feito a cerca de 4 mil portugueses, entre os 18 e os 74 anos, mostra o nosso país com o pior índice de saúde oral quando comparado com outros países, onde associações de consumidores levaram a cabo o mesmo estudo. Lavamos mal os dentes, reportamos mais problemas e vamos menos ao médico dentista do que os belgas, espanhóis e italianos.

A maioria dos inquiridos revela ser obrigada a recorrer a consultórios privados e a pagar do seu bolso, por falta de cuidados no Serviço Nacional de Saúde. Por outro lado, os grupos abrangidos pelo cheque-dentista, em muitos casos, não aproveitam as consultas gratuitas.

Relativamente à escovagem, quase quatro em cada 10 inquiridos admite lavar os dentes menos de duas vezes por dia e apenas um quinto utiliza o fio dentário. Metade dos inquiridos afirmaram que o médico dentista nunca demonstrou o uso correcto da escova e nove em cada 10 não obtiveram instruções sobre o fio dentário. Dos utilizadores de próteses dentárias, só um quarto recebeu explicações de limpeza.

Mais de metade dos inquiridos recorre à escova manual de dureza média e 22% afirma que tem gengivas sensíveis.

Em cada 100 portugueses, três revelaram nunca ter recorrido ao médico dentista e 39 só o visitam quando sentem dor. Apenas um

quarto afirmou ir à consulta, no mínimo, uma vez por ano. No entanto, as crianças merecem um pouco mais de atenção: 55% dos inquiridos com filhos menores declararam levá-los ao médico dentista com a frequência aconselhada. Mas 63% dos pais de crianças entre os dois e cinco anos nunca foram ao médico dentista.

Dois em cada 10 inquiridos declararam-se fumadores e um quinto ingere bebidas alcoólicas quase todos os dias. Seis em cada 10 inquiridos classificam a saúde da boca como fraca ou muito fraca. O mesmo sucede, por exemplo, com apenas 29% dos belgas. Por cá, 58% pensam que o exame de um médico dentista decretaria a necessidade imediata de tratamentos, um indicador de que a grande maioria está consciente.

Em cada 10 inquiridos, quatro não apreciam o seu sorriso. Os espanhóis são os mais próximos dos portugueses, com quase 30% de insatisfeitos e as queixas centram-se sobretudo na coloração escura ou amarelada e na falta de dentes. O alinhamento desagrada a cerca de um terço e o espaço interdentário, a um quarto.

Apenas 11% mantêm todos os dentes naturais. No entanto, só um quinto dos inquiridos entre 18 e 24 anos guarda a dentição completa. A média de falhas varia entre três, nos jovens, e 11, entre os 65 e os 74

anos. Quatro em cada 10 inquiridos têm próteses removíveis, coroas e implantes.

No último ano, 54% dos portugueses consultaram o médico dentista. O mesmo fizeram, por exemplo, 79% dos belgas e 64% dos espanhóis.

No entanto, um quarto dos pacientes considerou a experiência negativa. O tempo de espera, a falta de explicações sobre o tratamento e a qualidade insuficiente deste contribuíram para o desagrado. Mas o preço foi o factor que gerou mais queixas: 65% julgam-no demasiado elevado.

A grande maioria (90%) recorreu ao privado e pagou, em média, mais de € 200 no último ano. O valor anual indicado por maior número de inquiridos foi € 100. Porém, 5% desembolsaram mais de 2 mil euros. Metade afirmou que o custo impede as idas necessárias ao médico dentista.



# 10% DOS ANTIBIÓTICOS PRESCRITOS POR MÉDICOS DENTISTAS

**Os médicos** dentistas são responsáveis pela prescrição de mais de 10% da prescrição mundial de antibióticos.

Os portugueses gastam uma média de sete milhões de euros por mês em antibióticos, fazendo de Portugal o sexto país da Europa com maior consumo deste tipo de medicamentos.

Segundo dados da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed), nos últimos cinco anos foram gastos, em média, por ano, mais de 100 milhões de euros em antibacterianos.

A propósito do Dia Mundial da Saúde, comemorado a 7 de Abril, dedicado ao lema “Resistência aos antimicrobianos: se não actuarmos hoje, não haverá cura amanhã”, a Organização Mundial de Saúde

(OMS) alertou para o aumento da resistência aos antimicrobianos e necessidade de se implementarem medidas urgentes para a sua prevenção e controlo.

A OMS salientou a importância do papel dos governos, decisores políticos, profissionais de saúde, farmacêuticos e doentes no âmbito da implementação de políticas e práticas que garantam a eficácia dos medicamentos que actualmente são utilizados no tratamento de doenças infecciosas. “Se os profissionais da medicina dentária, juntamente com outros profissionais da saúde, racionalizassem o número de receitas de antibióticos, a taxa de desenvolvimento da resistência a estes medicamentos, poderia ser abrandada”, lê-se num documento da Federação Dentária Internacional, subscrito pela Ordem

dos Médicos Dentistas.

O bastonário, Orlando Monteiro da Silva, disse esperar que a prescrição electrónica de medicamentos, quando entrar em vigor, possa contribuir para um uso mais racional dos antibióticos.

“A prescrição electrónica, ao dotar os médicos dentistas de um conjunto de informações em termos de dosagem, de quantidade e das alternativas disponíveis, vai no sentido de melhorar a racionalização na prescrição de antibióticos”, referiu.

Orlando Monteiro da Silva acrescentou, ainda, que “os médicos dentistas, enquanto prescritores de medicamentos, têm de estar envolvidos nesta estratégia da Organização Mundial da Saúde”, para combater o uso indevido de antibióticos.



## METADE DOS JOVENS EUROPEUS ACEITA TRABALHAR NO ESTRANGEIRO

**Cerca de 53%** dos jovens europeus estão dispostos a trabalhar noutro país europeu ou encaram esta perspectiva com entusiasmo. Mas a falta de recursos financeiros desencoraja muitos deles a dar um primeiro passo nesse sentido, realizando parte dos seus estudos no estrangeiro, revelou um inquérito do Eurobarómetro divulgado em Maio.

Foram ligeiramente mais os que exprimiram uma preferência por trabalhar no estrangeiro por um período de tempo limitado (28%) e não por um período alargado (25%). Os jovens (56%) estão mais predispostos a trabalhar no estrangeiro que as jovens (49%) e o grupo etário dos 15 aos 19 anos está

mais predisposto a trabalhar no estrangeiro que o dos 30-35 anos (63% contra 42%). Os que têm mais habilitações são igualmente mais favoráveis à ideia de viver no estrangeiro que os que têm habilitações de um nível de ensino secundário inferior (55% contra 33%). Os jovens que estiveram a estudar no estrangeiro são mais favoráveis à ideia de trabalhar no estrangeiro depois de terminados os seus estudos. Um em cada sete (14%) jovens europeus declarou ter estado no estrangeiro – ou estar no estrangeiro na altura do inquérito – a estudar ou em formação. A proporção variava de 3% na Turquia até 39% em Chipre e 41% no Luxemburgo. O inquérito revelou que

os jovens adultos com habilitações de ensino superior e os que estão a frequentar actualmente um curso de ensino superior são, em geral, os que mais frequentemente declaram que estiveram no estrangeiro, e os habitantes das cidades correspondem quase ao dobro dos habitantes de vilas e zonas rurais que estiveram no estrangeiro com objectivos de estudo ou formação (21% contra 12%).

Este Eurobarómetro põe em evidência uma profunda disparidade entre o desejo generalizado dos jovens a trabalharem no estrangeiro e a mobilidade real dos trabalhadores: menos de 3% da população europeia activa vive actualmente fora do seu país de origem.

**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 da 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 – 1285 mg; Sódio 85 mg (sob a forma de bicarbonato de sódio e da 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 16,7 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 dismenorrea. Outros processos dolorosos associados a inflamação. Como anti-inflamatório: Osteoartrite, 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 proporciona 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 doentes, que são geralmente mais propensos aos efeitos secundários e têm maior 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 estabelecida para a população em geral.

**Insuficientes renais:** Convm 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)** dispepsia, 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, intranquilidade, 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, hematemese, melena, reacção anafiláctica, reacção psicótica, nervosismo, irritabilidade, depressão, confusão ou desorientação, amblóplia 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 hematemese e melenas. Caso se produza hemorragia gastrointestinal, poderá causar anemia e hematemese. 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 inchaço 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 hipertenso 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 nefrítico 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 C; 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 Enrique 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](http://www.zambon.pt)

**Zambon**



EXERCÍCIO ILEGAL NA PRIMEIRA LINHA  
**ORDEM COMBATE  
CRIME ORGANIZADO  
CONTRA A PROFISSÃO**

A ofensa grave dos princípios da profissão, do respeito pela qualificação de todos os médicos dentistas e um iminente perigo de saúde pública movem o nosso combate ao crime organizado

A OMD persiste no encalço dos ilegais e participou, novamente, no encerramento de mais três locais em manifesta irregularidade, situados em Olhão, Luz de Tavira e Almancil, na região do Algarve.

Diante da notícia de que estes locais persistiam actualmente na sua reabertura a público, de novo se actuou em eficaz cooperação institucional, contando com a Entidade Reguladora da Saúde e o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras na inspecção e no encerramento dos espaços.

Não descurando as consequências que derivam da verificação dos crimes de usurpação de funções, de adulteração de fármacos e da falsificação de documentos, tais os suportes que acobertavam a rede de imigração ilegal em Portugal.

Estas diligências, que levaram o Ministério Público de Olhão à dedução das acusações contra os responsáveis das clínicas, contaram sempre com a presença de um representante da equipa OMD, destacado para o efeito.

Desta situação foi dado conhecimento ao Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD, para que, de modo complementar, se faça uso dos poderes públicos de identificação dos corpos clínicos nos locais.

“

**A OMD CONTINUARÁ, COMO SEMPRE, A COLABORAR ACTIVAMENTE COM AS AUTORIDADES JUDICIAIS E SANITÁRIAS NA DEFESA INTRANSIGENTE DA SAÚDE PÚBLICA E NO COMBATE AO EXERCÍCIO ILEGAL**

”



A OMD recomenda que todos os associados se façam sempre acompanhar pela respectiva cédula profissional e, durante a prática médica, possuam o cartão de identificação visível aos pacientes

## PLATAFORMA DE COORDENAÇÃO GABINETE DE INTERVENÇÃO AO EXERCÍCIO ILEGAL (GIEI)

O esforço de combate ao exercício ilegal que tem sido realizado pela OMD foi reforçado com a criação do Gabinete de Intervenção ao Exercício Ilegal (GIEI), de acordo com decisão do Conselho Directivo, reunido a 19 de Março. Os membros do Conselho Directivo já têm actuado em diversas situações de identificação de exercício ilegal. Numa das acções mais recentes, alertaram para a prática de branqueamentos dentários por pessoas não habilitadas e em locais não apropriados, resultando em denúncias às entidades competentes na matéria e no alerta público, através dos órgãos de comunicação social, para estas situações de atentado à saúde pública. O novo gabinete funcionará como uma plataforma de coordenação, assegurando a intervenção de um conjunto de entidades com atribuições na área do exercício ilegal, para todas as diligências da OMD relacionadas com:

- Denúncias por iniciativa da própria OMD;
- Participações judiciais;
- Divulgação de informação pública sobre a profissão;
- Vistorias/inspecções com médicos dentistas;
- Apoio a encerramentos compulsivos e suspensão de actividades ilegais;
- Buscas a consultórios por ordem do tribunal;
- Participação em equipas multidisciplinares do IGAS.

O GIEI será coordenado pelo médico dentista Tiago Pires Frazão.

“

**A OMD PERSISTE NO ENCALÇO DOS ILEGAIS E PARTICIPOU, NOVAMENTE, NO ENCERRAMENTO DE MAIS TRÊS LOCAIS EM MANIFESTA IRREGULARIDADE, SITUADOS EM OLHÃO, LUZ DE TAVIRA E ALMANCIL, NA REGIÃO DO ALGARVE**

”

Existe um sério impacto e gravidade na cumplicidade alegada dos directores clínicos responsáveis pelo funcionamento dos espaços.

Por essa razão, nesta missão da Ordem, cumpre-se também um exemplo de prevenção geral e especial para todos os que desrespeitam o título profissional que possuem, atentando deslealmente contra seus colegas de profissão e a despeito da sua própria imagem como profissionais e como classe.

Noutras situações, como foi o caso recente em que o DIAP de Lisboa e a Divisão de Investigação Criminal do Comando da PSP de Lisboa, em conjunto com a OMD, realizou buscas a cinco clínicas de um mesmo titular, nos concelhos de Lisboa, Povoia de Santa Iria e Salvaterra de Magos, onde foram apreendidos fármacos, vinhetas, receitas, utensílios vários e outros equipamentos encontrados nos diversos locais, a intervenção atenta de médicos dentistas nestas equipas, foi crucial.

A OMD continuará, como sempre, a colaborar activamente com as autoridades judiciais e sanitárias na defesa intransigente da saúde pública e no combate ao exercício ilegal.



*Orlando Monteiro da Silva: "Gostaria de realçar a honra que constitui para a OMD ocupar, pela primeira vez, a presidência das ordens"*



*Carlos Pereira Martins - presidente reeleito da Comissão Executiva do CNOP e conselheiro do Comité Económico e Social Europeu*

## AUTO-REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES É UMA PRIORIDADE

# OMD ELEITA PARA A PRESIDÊNCIA DO CNOP

A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) foi eleita, pela primeira vez, para a presidência do Conselho Nacional das Ordens Profissionais (CNOP), no passado mês de Fevereiro, na sede da Ordem dos Advogados em Lisboa

**O CNOP** é a associação representativa das profissões liberais regulamentadas, cujo exercício exige a inscrição numa ordem profissional ou em associação de natureza jurídica equivalente, reunindo actualmente 14 instituições: Advogados; Arquitectos; Solicitadores; Biólogos; Economistas; Enfermeiros; Engenheiros; Farmacêuticos; Médicos; Médicos Dentistas; Médicos Veterinários; Notários; Psicólogos;

Revisores Oficiais de Contas. Orlando Monteiro da Silva, bastonário da OMD, que sucede agora a Fernando Santo, ex-bastonário da Ordem dos Engenheiros, afirmou "um total empenho na defesa e reforço do papel das ordens profissionais enquanto baluartes de excelência na estrutura administrativa do Estado e garantes da qualidade e certificação de competências profissionais a nível

nacional e internacional". A nova direcção propõe-se actuar fundamentalmente em três áreas chave, promovendo uma cimeira ou congresso transversal a todas as ordens profissionais; defendendo o primado da qualidade de todas as profissões com ordens profissionais e redefinindo criteriosamente os modernos princípios da auto-regulação e o papel das ordens face ao Estado.

# omd CADERNOS CIENTÍFICOS

REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

MAIO 2011  
NÚMERO 9  
TRIMESTRAL  
WWW.OMD.PT



## EDITORIAL

A ideia de criar ou partilhar conhecimento é sempre admirável. Conhecimento é, de facto, poder. Felizmente existe cada vez mais acesso ao ensino superior e formação pós-graduada. A actividade científica das universidades portuguesas tem crescido e existe, seguramente, uma atitude mais descomplexada em relação à capacidade de participação internacional.

De acordo com o *Performance Ranking of Scientific Papers for World Universities*, as universidades portuguesas têm vindo a produzir mais e melhor ciência nos últimos anos, ocupando até posições de algum relevo no contexto europeu. O esforço de alunos e professores no âmbito universitário deve, portanto, ser valorizado. Contudo, nem só das universidades surge a ciência. Existe, por todo o mundo, uma contribuição muito significativa por parte de unidades privadas e até por clínicos que, de forma autónoma, participam na geração e partilha de conhecimento. O valor da ciência produzida depende muito mais da qualidade intelectual e da ética das pessoas envolvidas do que o local de onde provém. Este equilíbrio, intrínseco até na definição de medicina baseada na evidência, é fundamental na medicina dentária.

Os médicos dentistas em Portugal possuem capacidade clínica e científica que é, no mínimo, semelhante ao que de melhor se faz pelo mundo fora. Não o afirmo por resultar bem num editorial, mas porque é a verdade. É necessário que todos saibamos que é perfeitamente possível fazer mais e melhor publicação nacional e internacional quer sejam clínicos privados ou investigadores universitários. Espero que os Cadernos Científicos possam espelhar isso mesmo.

Interessa discutir, obviamente, a responsabilidade nas deficiências culturais e sociais do nosso país. As condições estruturais na educação e economia são fundamentais e, sem dúvida, que, de alguma forma, condicionam o

desempenho científico, clínico e financeiro. Contudo, a análise de nada serve se daí não resultarem acções. A atitude deve ser emocionalmente mais inteligente. Saibamos que é importante haver prazer no “saber” e, ainda mais importante, aplicá-lo no “fazer” com o mesmo divertimento. Sem um entusiasmo desinteressado na criação de conhecimento era impossível chegar onde nos encontramos como civilização. Penso mas não tenho opinião exacta acerca da situação actual e tendência futura. Estou seguro que gostaria de ver mais entusiasmo na publicação científica e actividade clínica não por qualquer dividendo mas pelo simples “thrill”. É essa a essência que nos move no esforço e tudo o resto acaba por aparecer depois. Os títulos e o currículo são, ou devem ser, meras consequências do esforço porque, na realidade, acaba sempre por ser com autenticidade que nos apresentamos. Todos somos aquilo que pensamos e acredito mesmo que é possível ensinar a pensar melhor. O grande desafio futuro na educação é a formação “emocional”, entendo chamar-lhe assim. Gostaria de ver as universidades portuguesas a atenderem esta realidade com pioneirismo, em vez de serem, daqui a uns anos, obrigadas a fazê-lo por comparação. Como afirmei, não estou seguro se as novas gerações serão melhores ou piores, se os valores se mantiveram ou alteraram nem tenho clara noção se estamos mais ou menos solidários. Sei que podemos estar mais atentos. E sei que, em qualquer momento, por muito complexo ou aparentemente difícil, existem sempre formas de melhorar a nossa situação, de aprendermos a ser mais fortes para nosso benefício e, sobretudo, para partilhar e ajudar os outros. Afinal, essa é a premissa da nossa (e de todas) as profissões.

**Jorge André Cardoso**  
Médico Dentista

## COMPOSIÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO

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

## SUMÁRIO

### 1 • ÁREA EDITORIAL

Editorial CC  
Jorge André Cardoso



### 2 • ENDODONTIA

DENTAL OPERATING MICROSCOPE: HOW DOES IT WORK?

Jorge Martins  
Marina Saura  
Athanasia Pagona



### 8 • TERAPÉUTICA

COMPARAÇÃO DE DOIS SISTEMAS ANESTÉSICOS

Cristina Areias  
Viviana Macho  
Ana Norton  
Paula Macedo  
Casimiro de Andrade



### 14 • ENDODONTIA

DENTAL OPERATING MICROSCOPE: BENEFITS OF ITS USE ON ROOT CANAL TREATMENT

Jorge Martins  
Athanasia Pagona  
Marina Saura



## ENDODONTIA

## DENTAL OPERATING MICROSCOPE: HOW DOES IT WORK?

**Introduction**

Operating microscopes have been used for more than eighty years in various medical specialties as ophthalmology, otolaryngology, neurology or vascular and cardiac surgery and its use became spread in dentistry in the past thirty years (1,2,3,4,5). Reasons for this introduction included better visibility and lighting (6,7).

Traditionally the reading of the pulp canal chamber was based on a mental image of the most common anatomies associated with a tactile impression of the operator because of a severely limited visibility of the procedure (3,8). The predictability of the endodontic therapy is related with the correct tissues removal and disinfection of the root canal system, if a canal cannot be found, it cannot be cleaned and shaped and becomes a potential cause of failure of endodontic treatment (9). This has changed with the introduction of the magnification in endodontics. Superior lighting and magnification provides the clinician with a superior ability of treating cases that in the past were considered untreatable or with an inferior prognosis (3).

But the clinical better visualization, allowed by the microscope, must be associated with a user friendly performance of the instrument. Ergonomic design, compact in office space, support for documentation, capacity of receiving upgrades and experience of personal satisfaction are also factors mandatory for microscope use (10,11).

The purpose of this paper is to review the most important characteristics that a microscope must have and how it should be integrated in an endodontic office.

**Microscope components**

The microscope may be divided in four main groups of components: magnification, illumination, mounting and accessories (10) (**Figure 1**).

**Magnification**

Human eye is capable of distinguishing small shapes but still there is no similarity to when that small shape

**AUTORES**

**Jorge Martins** - Doctor of Dental Surgery, University of Lisbon (POR); Inter PG Endodontics at New York University (USA); Certified member of European Society of Endodontology; Department of Endodontics of Instituto de Implantologia, Lisbon (POR)

**Marina Saura** - Doctor of Dental Surgery, University Complutense of Madrid (SPA)  
Inter PG Endodontics at New York University (USA)

**Athanasia Pagona** - Doctor of Dental Surgery, University of Athens (GRE)  
Inter PG Endodontics at New York University (USA)

**RESUMO**

O microscópio operatório é usado em diversas especialidades médicas há quase cem anos. A sua utilização em medicina dentária difundiu-se nos últimos trinta anos, e devido à natureza e requisitos do tratamento endodôntico, os benefícios de utilizar o microscópio operatório dentário foram reconhecidos principalmente entre os endodontistas. As duas principais vantagens deste instrumento são as ampliações e a iluminação melhorada. Quando se decide avançar para esta tecnologia, há que considerar as diversas ampliações, o tipo de luz, o suporte e diversos outros acessórios disponíveis para melhorar o aparelho. Estes diversos componentes do microscópio são revistos assim como as vantagens de o utilizar.

**Palavras-Chave:** Microscópio operatório dentário, ampliação, iluminação, componentes

**ABSTRACT**

The operating microscope is being used on several medical specialties for almost one hundred years. In dentistry its use spread in the past thirty years, and owing to the nature and demands of the root canal therapy, the benefits of using the dental operating microscope have been recognized mainly among the endodontists. The two main advantages of using this instrument are the higher magnifications and the superior lightning. Factors such as the level of magnifications, the type of light, the mounting and some other accessories available to upgrade the instrument must be considered before stepping up to this technology. All these several factors of the microscope are reviewed as the main advantages of using it.

**Keywords:** Dental operating microscope, magnification, illumination, components





Figure 1 - Main body of a dental operating microscope available in the market.

is enlarged (11). The telescopic loupes are a classic type of magnification. It doesn't have lighting and the magnification is constant, which at certain point may be limitative, since different types of procedures may require different types of magnifications (10).

The magnification of a microscope is dependent of the binocular tube, objective lens and magnification changers (7,10).

The binocular tube has two important factors that have direct impact on the real magnification of the microscope, the focal length tube (FLT) and the eyepiece power (EP) (7,10). The eyepiece value is the one that may have more options depending on the manufacture, it may range from 6,3x to 20x (7), being more usual the 10x or the 12,5x (7,10). Besides allowing an adjustment of the interpupillary distance and diopters settings of the eyepieces, the binocular tube may also allow a variable inclination adjustment between 0° to 180° for better comfort (11).

The magnification changer (MC) is the responsible for the zoom change. It consists on a group of lens with different magnification values that are lodged in the interior of the body of the microscope that



Figure 2 - Rotational dial of the magnification changer.

may rotate through a dial (Figure 2).

The objective lens is the final lens of the microscope. It determines the working distance between the microscope and the operative area. This objective focal length (OFL) varies from 100mm to 400mm (7). To calculate the total magnification value of a microscope the following formula has to be calculated (4,10):

$$\text{Total Magnification} = (\text{FLT}/\text{OFL}) \times \text{EP} \times \text{MC}$$

On this formula the only value that may change, during the clinical endodontic procedures, affecting the total magnification is the dial of the magnification changer (7,10,12).

One factor to take in consideration is the depth of a field of the different type of magnifications. The depth of a field is inversely proportional to the total magnification. If the total magnification increases, the depth of the field decreases (1). The same happens with the field of view. The higher the magnification, the smaller the field of view. (Figures 3,4,5,6 and 7) (TABLE 1)

TABLE 1

Basic Value	FLT = 170mm : OFT = 250mm : EP = 12,5x				
Changer (MC)	0.4	0.6	1	1.6	2.5
Magnification	3,4x	5.1x	8,5x	13,6x	21,3x
Field of view	65mm	43mm	26mm	16mm	10mm

Total magnification value depending of the magnification changer value



Figure 3 - 3,4x magnification.



Figure 4 - 5,1x magnification.



Figure 5 - 8,5x magnification.



Figure 6 - 13,6x magnification. Identification of a 4th canal.





Figure 7 - 21,3x magnification. Perfect visualization of a 4th canal.

The quality of a microscope is not measured by its total higher magnification power, since high magnifications have small width and deep fields, but if it has acceptable magnifications compatible with clinical work. Different magnifications work better for different procedures but the most usual in routine endodontic procedures are between 6x and 8x (10).

### Illumination

Coaxial illumination is one of the most relevant benefits of dental operating microscope (7,11,12). All the dentists have already experienced the shadows done by our bodies and by hand instruments when using an over head lamp. This happens because the path of the operator's vision is different of the path of the illumination of the lamp. To eliminate the shadows the clinician has to play with the lamp, put it over his head and try to build two parallel paths, his sight and the light of the lamp. If you take in consideration the size of the structures that an endodontist tries to identify deep in the pulp chamber it is understandable that the shadows may not be an endodontist best friend. This may become even more annoying if one is performing an access opening through a metal-ceramic crown, in this case the metal of the crown may block all the light of the lamp and the floor of the chamber becomes completely dark.

Attaching a light source to a set of loupes may increase the magnification and reduce the shadow effect, but it's still not perfect since the paths of sight and light are still not parallel and only cross in one point, and that point has to match the structure the clinician is trying to visualize.

Coaxial illumination means illumination without shadows (7). The light of the microscope is emitted directly through the objective lens itself which means the paths of sight and light are parallel (**Figure 8 and 9**) (11). Usually the lamps of the microscope are logged in a lamp module which is part of the suspension system, the light of the



Figure 8 - Objective lens with the light off.



Figure 9 - Objective lens with the light on. The light comes out from the objective lens and takes a path parallel to the visual path.



Figure 10 - Fiberoptic cable entering on the microscope body.

lamp travels through a fiber optic cable and enter in the microscope body through a light guide socket (**Figure 10**), after the light crosses a series of prisms and gets out through the objective lens and illuminates the operating field, while the light illuminates the operating field the image is being transmitted back by a parallel path to the objective lens, magnification lens and finishes on the binocular eyepieces where it can be observed by the clinician (10).

There are two light systems available, a halogen or a xenon illumination system (4,10,12). The xenon light is similar to day light,



is more white and natural. The halogen light is more yellow and not so natural (4,10). The xenon light is the light of excellence, has a longer life time but is much more expensive than the halogen light. It is possible to adjust the fiber optic light brightness through a control knob. It is recommended not to set the brightness to a higher level than the required to the operation under the risk of a rapid rupture of the illumination lamp.

Some microscopes present light filters. An orange filter that prevents the premature curing of composite materials (**Figure 11**). A green or red filter which enhances the contrast of the structures (**Figure 12**), specially on tissues with strong blood supply. The green or red filter are primarily used on periodontics.



Figure 11 - Orange filter allowing a micro visualization when using composites preventing premature curing.



Figure 12 - Green filter enhances anatomic structures.

### Mounting

When using high power magnification the deep visual field is very small, so any movement may change the focus of the microscope. Both movements by the patient or by the microscope may change that focus. It's impossible to guarantee the patient doesn't move but is possible to guarantee the microscope doesn't. It is essential that the microscope becomes stable while in operation, but at the same time remaining maneuverable and easy to use even when using high power magnifications (11). The suspension systems take an

important role in the whole stability while in operation. The mounting selection must be based on the dimension, decor and renovation cost of an already existing endodontic office. Options as cumbersome rolling floor models may be favorable in multi room offices where the microscope has to change room once in a while. Already existing operating room where office renovations are not desired may also favor this option. The negative factor is the requirement of space, the office must be large enough since with this option is a floor stand option. Alternatives in small rooms may go for a wall mounting or a ceiling mounting space saving options. The ceiling option is the one that creates more space around the clinician but both the wall and the ceiling must have a structure enough strong to support the weight of the device. The distance between the suspension systems and the body of the microscope should be the smallest possible, the stability of the whole device increases with the decrease of the distance between the fixation point and the microscope body. All the built-in springs should be also tightened enough to give the microscope the perfect balance (7).

### Accessories

The ability of receiving upgrades is a factor to have in consideration when choosing a dental operating microscope. Accessories available depend from commercial companies that produce the microscope. One of the most important accessory is the optical path splitter (**Figure 13**) which allows the add of adapters for photographic and video cameras (**Figure 14**).



Figure 13 - An example of an optic path splitter available in the market.



Figure 14 - An adaptor to a SLR photographic camera that may be attached to the optical path splitter allowing photo documentation.



Integrated cameras systems may also be available. An extra binocular eyepieces tube for the dental assistant may also be added to this observation module. There are also monitors and recording systems available, which allow direct cabling connection to the image captation systems for live presentation of the procedure. Extra illumination modules that changes from regular halogen lamps to superior xenon lamp are usual. Diaphragms which increase the deep field may also be an extra option. Traditionally several hand grips are also available depending on the needs of the clinician.

**Instruments**

Some instrument modifications had to be made due to this particular technique of using the microscope. Higher magnifications increase not only the size of the anatomic structures the operator is trying to see but also the size of the instruments and finger tips, meaning that the finger tips and instruments are undesired when using the microscope (4). Adaptations to micro-endodontics had to be made on several instruments. The high speed hand-piece now uses long shank burs and smaller diameter cutting areas, ultra-sonics tips with thinner tips were developed, and hand instruments as spreaders and pluggers with long cables were developed (5,10) (**Figure 15**).

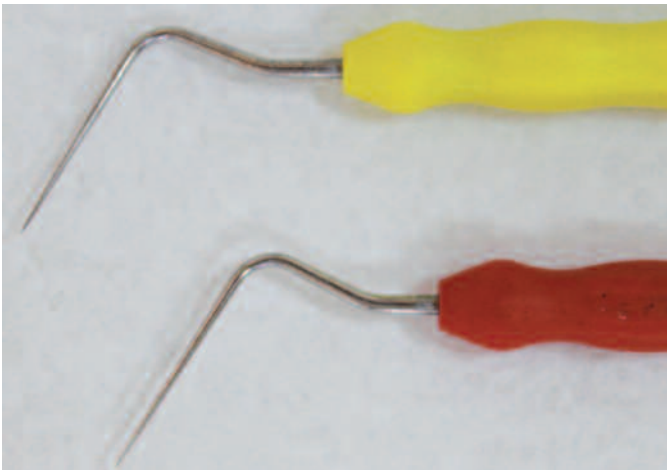


Figure 15 – Hand instruments as spreaders with long cables were developed to allow working without blocking the visibility.

**Ergonomics**

In a naked eye direct visualization of an upper tooth the clinician has to assume an inclined neck and back position towards the right shoulder. Working on this position is usually coupled with an over extension of the right arm around the patient’s head to hold the mirror or a retractor. Working on this unnatural and uncomfortable inclined neck and back posture leads to muscle tension which leads to a combination of rapid fatigue, pain and future musculoskeletal disorders (4,11,13).

The introduction of magnification loupes has changed the incorrect posture since the focus is achieved approximately around the 40 cm

of distance between the patients mouth and the loupes. This forces the clinician to have an upright posture on the lumbar and dorsal spine, but on the cervical the tensions may still remain since the operator has to look down. Even thou the loupe are for sure a relevant upgrade on the ergonomics (11).

On the dental microscopes the operator looks forward inside the binocular eyepieces, which corrects the incorrect cervical position of the loupes. The 180° tillable binocular tube and the objective lenses with focal lengths which vary between the 100mm to 400mm match the clinician personal working distance (10,11). The use of indirect vision through the dental mirror becomes more essential than ever but with the add of superior illumination and the several magnification options allows the operator to look closer and fared without having to change his upright working posture (11). Additionally to the upright neck and back posture the operators head is placed in the center of it’s balance point over the spine (4,14). Magnification also reduces the eye fatigue since the visualization of the anatomy in detail is made easier. All these characteristics greatly improve postural ergonomics and avoid back, neck, shoulder and eye fatigue that dentists usually suffer from (1,11,13,14).

**Photography and documentation**

One of the benefits of having a dental operating microscope is that one can document, with photography and videos, the procedure without having to interrupt the working flow. Unlike with the intraoral camera when the procedure has to be stopped to take photo shots, with the use of the micro-photography the clinical events can be captured at several magnifications with little or no interruption at all. Integrated cameras or extra adapters are available to upgrade the microscopes (11,15). Usually the camera adapters couple in an optical path splitter (10,15,16) (**Figure 16**). This optical path splitter has the ability of redirecting the received image into attached imaging devices without changing the view through the binocular eye pieces (10,16). Usually the optical path splitter has two extra exiting port where may be attached photographic or video cameras or extra observation binoculars (10,11,16).



Figure 16 – External camera adapters are available to upgrade the microscopes.

Several advantages may be achieved when documenting a clinical case. Since an image is worth more words, showing the images of the pathological findings can provide a better communication, counseling and education of the patients (2,5). You cannot diagnose what you can't see, and if the patients can't see either, they will not allow you to treat them. Explaining your diagnosis, the treatment plans and the results of the procedure to the patient ensures a better understanding of the benefits of the endodontic treatment.

Record images are also fundamental for a good communication with the referrers and a large database of images records may be used for a presentation to a group of colleagues (5). Images may also be useful for legal records (3).

### Personal satisfaction

Working in ideal conditions and being able to see and recognize in much greater detail what until some years ago you used to guess are important factors to take in consideration. Being able to correctly diagnose cracks in teeth, being able to identify 4 or 5 canals in a tooth, being able to remove posts and separated instruments and being able to change unpredictable outcomes into predictable ones will give the practitioner the sense of joy. Clinicians assisted by superior illumination, higher magnifications and special instruments will gradually experience a greater level of personal and professional satisfaction and feel more motivated to continue learning and developing his one technique (2).

### Acceptance of the dental operating microscope in endodontics

The operating microscope had its first appearance in otolaryngology in 1921 by the hands of Nylen, who performed a surgical procedure with it and reported it in *Acta of Otolaryngology* (17). After Nylen other medical specialties as neurology or vascular and cardiac surgery found the benefits of the magnification when working in small spaces (7).

Several attempts were done to spread the operating microscope in dentistry (1,18), but the acceptance of the dental operating microscope remained difficult until the early 1990's when well known specialists as Gary Carr or Syngcuk Kim began publication, lecture and offering courses that made the widespread of the benefits of high magnification and superior illumination (1,6,11). The microscope was made the standard of care in endodontics when, in 1998, the American Dental Association made the microscope training mandatory for all endodontic specialist programs in the United States (1,5). In the past years the endodontists have adopted the dental microscope into their practice. The use of the microscope among the population of endodontists in the United States has increased from 52% in 1999 to 90% in 2007 (6). Even more recently other dentistry areas as esthetic dentistry or periodontology are also starting to adopt the benefits of the magnification.

The introduction of the dental operating microscope in endodontics was not an introduction of a fancy and expensive gadget. The operating microscope is a significant addition to endodontics (2,7).

Higher magnifications and superior lighting adds better diagnostic capacity and more technical precision. Treatment modalities that were not possible in the past are now possible with predictability. A more comfortable ergonomic position and capacity for documentation of the cases are valuable benefits.

The dental operating microscope however doesn't change the main objectives of endodontics, it just enhances them before, during and after the treatment regardless the technique that has been chosen. The microscope doesn't do endodontic therapy by itself and doesn't camouflage the scientific and technical limitations of the clinician. The main upgrade a clinician can do in his professional career is his scientific education and skills development that may at last be followed by an acquisition of a dental operating microscope.

### References

- 1 - Arens D. Introduction to magnification in endodontics. *J Esthet Restor Dent* 2003;15:426-439.
- 2 - West JD. The role of the microscope in 21st century endodontics: visions of a new frontier. *Dent Today* 2000;19:62-69.
- 3 - Carr GB. Microscopes in endodontics. *J Calif Dent Assoc* 1992;20:55-61.
- 4 - Michaelides PL. Use of the operating microscope in dentistry. *J Calif Dent Assoc* 1996;24:45-50.
- 5 - Kim S. The microscope and endodontics. *Dent Clin North Am* 2004;48:11-18.
- 6 - Kersten DD, Mines P, Sweet M. Use of the microscope in endodontics: results of a questionnaire. *J Endodon* 2008;34:804-807.
- 7 - Khayat BG. The use of magnification in endodontic therapy: the operating microscope. *Pract Periodont Aesthet Dent* 1998;10:137-144.
- 8 - Buhrlay LJ, Barrows MJ, Begole EA, Wenckus CS. Effect of magnification on locating the MB2 canal in maxillary molars. *J Endodon* 2002;28: 324-327.
- 9 - Weine FS, Healey HJ, Gerstein H, Evanson L. Canal configuration in the mesiobuccal root of the maxillary first molar and its endodontic significance. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969;28:419-425.
- 10 - Kim S. Uso del microscopio quirúrgico. In: Kim S, Pecora G, Rubinstein R. *Atlas de microcirurgia en endodoncia*. 1ª ed. Madrid: Ripano SA, 2009: 45-55.
- 11 - Carr G, Murgel C. The use of the operating microscope in endodontics. *Dent Clin N Am* 2010;54:191-214.
- 12 - Castellucci A. Magnification in endodontics: the use of the operating microscope. *Endodontic Practice* 2003;29-36.
- 13 - Kinimoto Y, Takeshige F, Hayashi M, Ebisu S. Optimal Positioning for a Dental Operating Microscope During Nonsurgical Endodontics. *J Endodon* 2004;30:860-862.
- 14 - Didulescu A, Comes C, Ruso D, Bucur M, Anghel M, Argesanu V, Stratul S. A study on the ergonomical working modalities using the dental operating microscope (DOM). Part III: Ergonomical features of contemporary top dental microscopes commented. *Timisoara Medical Journal* 2010;60:102-108.
- 15 - Van As G. Digital documentation and the dental operating microscope: what you see is what you get. *Int J Microdent* 2009;1:30-41.
- 16 - Carr GB. Microscopic photography for the restorative dentist. *J Esthet Restor Dent* 2003;15:417-425.
- 17 - Nylen CO. The microscope in aural surgery: Its first use and later development. *Acta Otolaryngol* 1954;116:226-240.
- 18 - Apotheker H. A microscope for use in dentistry. *J Microsurg* 1981;3:7-10.



## TERAPÊUTICA

# COMPARAÇÃO DE DOIS SISTEMAS ANESTÉSICOS

## COMPARISON OF TWO ANESTHETIC SYSTEMS

### Introdução

O controlo da dor e ansiedade constituem um dos aspectos mais importantes para que a criança apresente um comportamento positivo no consultório dentário; no entanto, este controlo corresponde ainda a um dos maiores desafios que o Médico Dentista enfrenta principalmente no paciente pediátrico<sup>1</sup>, uma vez que o recurso à anestesia local, apesar de ser o método mais efectivo é causa de medo e ansiedade em muitas crianças. Um requisito para qualquer tratamento bem sucedido é o adequado controlo da dor durante a intervenção<sup>1,2</sup>. Na expectativa de contribuir para o sucesso de um tratamento indolor, os autores apresentam este estudo para comparação de uma anestesia de infiltração local clássica com um sistema anestésico sem agulha - Injex® (Rosch AG a Alemanha)<sup>3,4</sup> (Fig. 1 e 2). A dor é um sintoma subjectivo, sendo portanto sentida de maneiras diferentes. É habitual o medo da anestesia devido ao uso de agulhas. Este medo pode fazer com que os pacientes não sigam o tratamento adequadamente. A experiência obtida na fase preventiva e na preparatória facilita a escolha do método apropriado. Apesar disso o profissional deve apoiar-se na descrição da criança ou dos pais. Isto pode ser especialmente difícil quando a criança ainda não consegue descrever bem o que sente<sup>4,5</sup>.

Os injectores sem agulha Injex® foram criados para que a administração de anestésico ou outros medicamentos seja feita de um modo confortável usando um sistema que dispensa a utilização de agulhas, aspecto fundamental a considerar quando o tratamento é efectuado em crianças<sup>1-4</sup>. O sistema sem agulha Injex® é concebido para administrar vários tipos de medicamentos através de um pequeno fluxo a alta velocidade que penetra a pele e assim administra o fármaco (anestésico)<sup>3,4</sup> (Fig.2).

Esta investigação foi realizada com o objectivo de comparar o resultado entre ambos os métodos, comparar a colaboração no tratamento ou seja se a técnica é aceite pelo paciente e verificar se o

### AUTORES

**Cristina Areias** - Médica Dentista, Mestre em Reabilitação Oral, **Viviana Macho** - Médica Dentista, Mestre em Odontopediatria, **Ana Norton** - Médica Dentista, Mestre em Implantologia. Ambos Assistentes Convidados de Odontopediatria **Paula Macedo** - Médica Dentista, Prof. Auxiliar de Odontopediatria **Casimiro de Andrade** - Médico Dentista, Regente da Disciplina de Odontopediatria

### RESUMO

**Introdução:** Um requisito para qualquer tratamento bem sucedido é o adequado controlo da dor durante a intervenção. Os autores apresentam este estudo para comparação de uma anestesia de infiltração local clássica com um sistema anestésico sem agulha - Injex® (Rosch AG a Alemanha).

**Material e Métodos:** É um estudo caso-controlo numa população que frequenta a consulta de Odontopediatria II da clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Foram tratadas 150 crianças entre os 3 e os 17 anos, de Setembro a Dezembro de 2009, aleatoriamente seleccionadas, com o método Injex® e com o método convencional "carpule".

A avaliação pelo paciente foi realizada respondendo um questionário relativo ao conforto do tratamento em que se usou a Escala de Dor - Escala de Lickert's. O médico dentista também avaliou o conforto do tratamento através da Escala Visual Analógica (EVA) e a quantidade da anestesia local necessária. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. **Resultados:** O sistema Injex® foi bem aceite pelos pacientes de uma maneira geral, no entanto tem algumas limitações nomeadamente quando é necessária a administração de anestesia troncular.

**Conclusão:** O sistema Injex® pode ser uma alternativa valiosa para usar na odontopediatria em crianças mais pequenas.

**Palavras - Chave:** Anestesia, odontopediatria, dor, sem agulha, comportamento

### ABSTRACT

**Introduction:** A requisite for any quite succeeded treatment is the appropriate control of the pain during the intervention. The objective of this study is to compare the comfort of local classic infiltration anaesthesia with a system without needle - Injex® (Rosch AG to Germany).

**Material and Methods:** It is a case-control study in the population that frequents the consultation of Odontopediatric II of the clinic of the Faculty of Dental Medicine of the University of Oporto. 150 random selected children aged between three and seventeen years were treated, since September until December of 2009, with the method Injex® and with the conventional method "carpule".

The evaluation for the patient was given by a questionnaire in the comfort of the treatment that uses a Scale of Pain - the Lickert's scale. The medical dentist also valued the comfort of the treatment and the necessary amount of the local anaesthesia. The study was approved by the Commission of Ethics of the Faculty of Dental Medicine of the University of Oporto.

**Results:** The Injex® system was well accepted by patients in a general way, however have some limitations particularly in the treatment that require the administration of troncular anesthesia. **Conclusion:** The system Injex® can be a valuable alternative to use in the odontopediatrics.

**Keywords:** Anaesthesia, odontopediatric, pain, needle-free, behaviour





Fig.1 - Activador



Fig. 2 - Sistema Injex®

anestésico é igualmente eficaz ou se depende do tipo de tratamento.

## Materiais e métodos

É um estudo caso-controlo numa população que frequenta a consulta de Odontopediatria II da clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. De acordo com as recomendações “Declaração de Helsínquia” foi preenchido uma declaração de consentimento informado para cada criança.

Foram tratadas 100 crianças entre os três e os dezassete anos, de Setembro a Dezembro de 2009, aleatoriamente seleccionadas, com o método Injex® e com o método convencional “carpule”. Os tratamentos foram efectuados pelos alunos do último ano de Medicina Dentária, na disciplina de Odontopediatria II sempre com supervisão de um Assistente. Não foi usada anestesia tópica. Previamente foram separados envelopes que continham o método a utilizar e que eram colocados aleatoriamente antes da chegada do paciente. Os tratamentos realizados foram restaurações em dentição temporária e permanente, sendo registada a quantidade de anestesia usada e se foi ou não necessário o seu reforço. A anestesia utilizada foi a lidocaína com e sem vasoconstritor dependendo de cada caso. Para anestesiá-lo com o método “carpule” foi feita a punção no fundo do vestíbulo – anestesia infiltrativa. Para anestesiá-lo com o método Injex® o injector foi encostado à mucosa (com firmeza) e disparou-se o dispositivo, o líquido penetrou nos tecidos por pressão.

Os critérios de exclusão foram ter idade inferior a três e superior a dezassete anos e ser incapaz de colaborar para a realização do

tratamento. A avaliação pelo paciente foi feita respondendo a um questionário relativo ao conforto do tratamento em que se usou a Escala de Dor - Escala de Lickert’s (choro, fechar a boca, gritar, esperar, descontrariado, desconfiado, ansioso e nervoso – sempre, às vezes, pouco e nenhum). O médico dentista também avaliou o conforto do tratamento através da Escala Visual Analógica (EVA – linha horizontal com 10 cm em que é colocada uma cruz para assinalar a quantidade de dor e que será medida através de uma régua desde o zero e codificada posteriormente) e a quantidade da anestesia local necessária.

Para o estudo estatístico utilizou-se o programa SPSS 17.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

## Resultados

### Identificação dos pacientes

Foram observados 100 pacientes pediátricos 54 do género masculino e 46 do género feminino (Gráfico 1). As suas idades variavam entre os 3 e os 17 anos. Entre os 3 e os 6 anos foram tratadas 9 crianças, entre os 7 e os 10 anos, 44 crianças, entre os 11 e os 14, 31 e por fim entre os 15 e os 17, foram tratadas 16 crianças. (Gráfico 1).

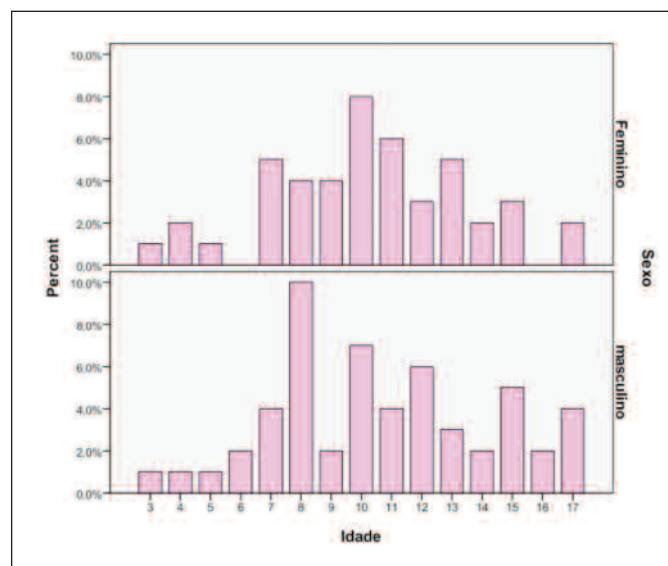


Gráfico 1 – Género masculino e feminino vs idade

### Caracterização dos tratamentos

Dos 100 tratamentos efectuados 42 foram em dentição temporária e 58 em dentição permanente (Gráfico 2).

As crianças foram tratadas aleatoriamente ou seja o método de escolha do sistema anestésico a utilizar foi aleatório. Verificou-se que nas crianças mais pequenas foi usado um maior número de vezes o método Injex® (Gráfico 3).

Foram tratadas 54% de Classe I, 42% Classe II e 4% Classe IV e V



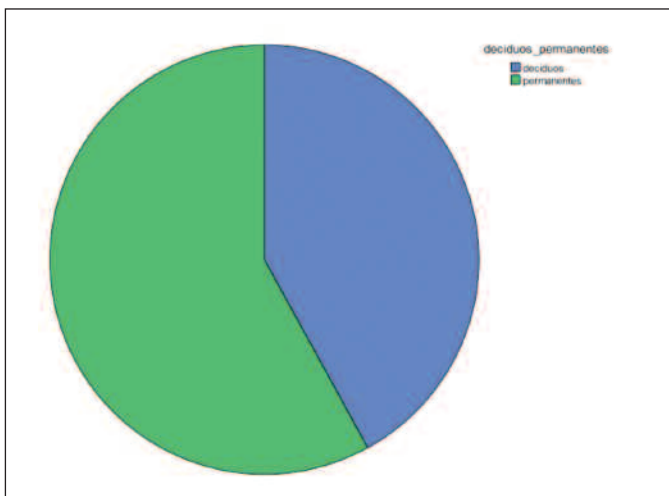


Gráfico 2 - Dentição temporária vs permanente

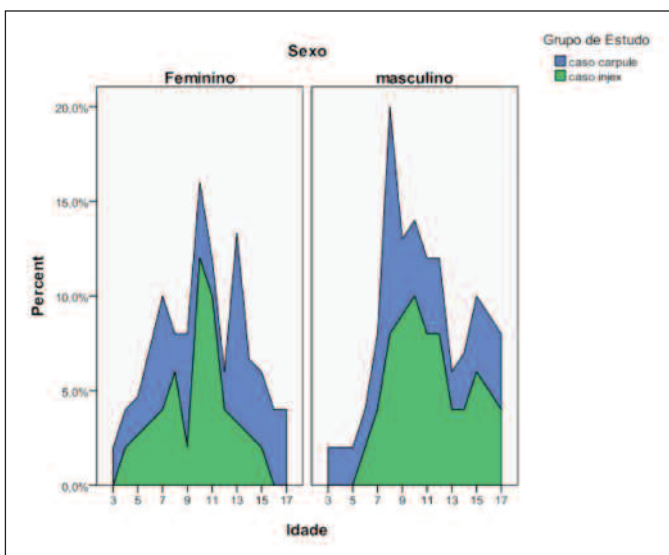


Gráfico 3 - Comparação dos sistemas anestésicos vs a idade

**(Quadro I).**

Os pacientes foram colaborantes em 82% dos casos e pouco colaborantes em 17% **(Quadro II)**.

No que diz respeito à dor verificou-se que o paciente refere sempre mais dor em relação à opinião do clínico **(Gráfico 4)**.

Relativamente à repetição da anestesia verificou-se a necessidade de repetição em 68% dos casos **(Gráfico 5)**. Foi necessária repetir a anestesia nomeadamente nas Classe I e II e pelo Sistema Injex® **(Gráfico 6)**.

**Discussão**

O medo da anestesia convencional, normalmente presente na consulta, pode fazer com que os pacientes não sigam o tratamento adequadamente<sup>1,2,6</sup>. Deste modo, este método anestésico poderá ter como benefícios a administração sem dor, a eliminação da punção, a dosagem precisa, bem como a facilidade de aplicação e a segurança<sup>4,8</sup>.

Este dispositivo fornece uma alternativa à injeção de agulha padrão e uma metodologia que poderia reduzir o risco de acidentes<sup>8-10</sup>.

O sistema Injex® pode ser uma alternativa valiosa para usar na odontopediatria.

Como se verifica, a amostra é constituída por 54% (n=54) de pacientes do género masculino e 46% (n=46) femininos, com idades compreendidas entre os três e os dezassete anos.

É uma amostra equilibrada o que nos permite obter resultados mais homogêneos.

No grupo etário entre os 7-10 anos fizeram parte 44% dos pacientes, no grupo 11-14, 31%, no grupo 15-17, 16% e por fim no grupo 3-6, 9%.

A média de idades é de 10 anos e é semelhante à encontrada noutros estudos com populações recrutadas noutras instituições<sup>10-12</sup>.

Os tratamentos foram realizados em dentes temporários (n=42)

Grupo de Estudo		Anestesia				Total
		0	0.5 anestubo	1 anestubo	>1 anestubo	
Caso Carpule Restauração classe I		1	7	22	4	34
	Classe II	1	3	10	0	14
	Classe IV e V	0	0	2	0	2
	Total	2	10	34	4	50
Caso Injex® Restauração classe I			1	19	0	20
	Classe II		0	25	3	28
	Classe IV e V		0	2	0	2
	Total		1	46	3	50

Quadro I - Restauração \* Anestesia \* Grupo de Estudo

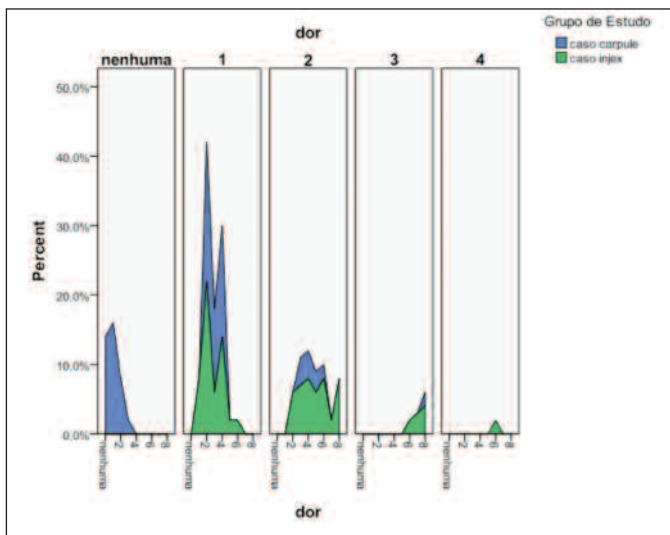


Gráfico 4 – Comparação da opinião clínico vs paciente relativamente à dor

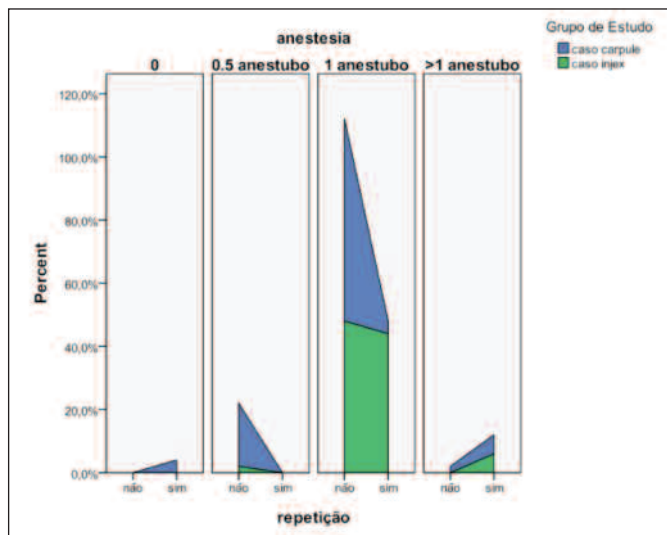


Gráfico 6 – Repetição anestesia vs restauração

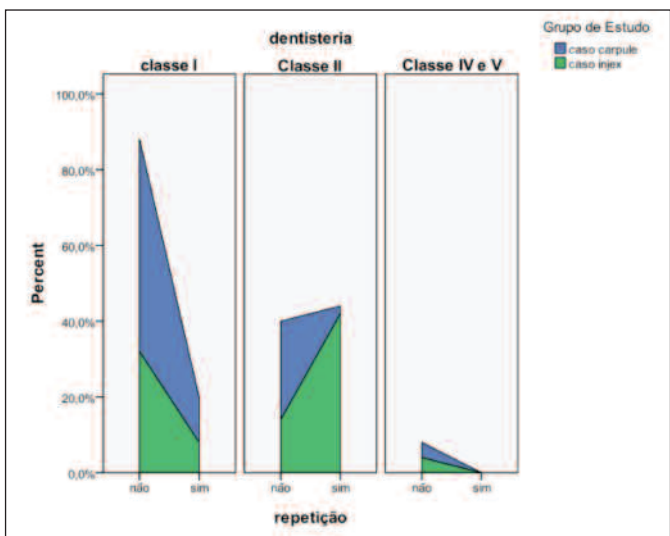


Gráfico 5 – Necessidade de repetição da anestesia vs dentisteria

e permanentes (n=58). Foram tratadas 54% Classe I, 42% Classe II, e 4% Classe IV e V.

A anestesia foi repetida em 68% dos casos. Verificou-se uma maior repetição de anestesia quando a cárie era mais profunda e não era possível usar anestesia troncular nas Classe I e II pelo método Injex®. O que pode revelar que nem sempre se pode optar por este método, ou seja depende do tipo de anestesia a ministrar. Verificou-se ainda que é mais efectivo na dentição temporária talvez por o osso ser mais poroso e permitir uma melhor difusão do anestésico que entra sob pressão.

No que diz respeito à colaboração, 82% colaboraram, 17% pouco colaborantes e apenas 1% não colaborou. A colaboração das crianças mais pequenas é beneficiada por este método uma vez que não tem extremidade (ausência de agulha).

Relativamente à dor realizou-se a EVA (Escala Visual Analógica) e verificou-se que o paciente referiu sempre mais dor em relação à opinião do clínico.

Grupo de Estudo		Anestesia				Total
		0	0.5 anestubo	1 anestubo	>1 anestubo	
Caso Carpule	colaboração não colaborou	1	0	0	0	1
	colaborou	1	5	32	4	42
	pouco colaborante mas possível	0	5	2	0	7
	Total	2	10	34	4	50
Caso Injex®	colaboração Colaborou		0	37	3	40
	pouco colaborante mas possível		1	9	0	10
	Total		1	46	3	50

Quadro II - Colaboração \* Anestesia \* Grupo de Estudo



O sucesso da odontopediatria indolor constitui uma grande vitória no atendimento do paciente pediátrico, contribuindo para uma melhoria dos cuidados de saúde oral. Este método apesar de recente é de grande utilidade técnica, principalmente nas crianças mais pequenas, onde podem surgir maiores problemas na administração de anestesia. Existe ainda pouca literatura referente a este método no que diz respeito à Medicina Dentária, no entanto é bastante usado em diabéticos.

Não obstante a constante evolução, as técnicas anestésicas apesar de apresentarem resultados cada vez mais promissores, ainda podem causar alguma dor e ansiedade dos pacientes. Desta forma, são necessários mais estudos e o desenvolvimento de novas tecnologias que eliminem por completo a dor associada ao momento da anestesia.

### Referências bibliográficas

S.Wagner, G.Dues, D.Sawitzky, P.Frey and B.Christ. Assessment of the biological performance of the needle-free injector INJEX® using the isolated porcine forelimb. *British Journal of Dermatology* 2004; 150: 455-461.

Geenen L, Marks LA, Martens LC. Clinical evaluation of the Injex® system, a local anaesthesia system without needles: a comfort evaluation study. *Rev Belge Med Dent.* 2004;59(3):149-55.

Munshi AK, Hegde A, Bashir N. Clinical evaluation of the efficacy of anaesthesia and patient preference using needle-less jet syringe in paediatric dental practice. *J Clin Pediatr Dent.* 2001 Winter;25(2):131-6.

Sarno MJ, Blasé E, Galindo N, Ramirz R, Schirmer CL, Trujillo-Juarez DF. Clinical immunogenicity of measles, mumps and rubella vaccine delivered by the Injex® Jet injector: comparison with standard syringe injection. *Pediatr Infect Dis J.* 2000 Sep;19(9):839-42.

Cho SY, Drummond BK, Anderson MH, Williams S. Effectiveness of electronic dental anaesthesia for restorative care in children. *Pediatr Dent.* 1998 Mar-Apr;20(2):105-11.

Paulo Melo, Álvaro Azevedo, Mariza Henriques. A doença antes da cavidade. *Acta Pediatr Port* 2008;39(6):253-9.

Cristina Areias, Viviana Macho, José Frias-Bulhosa, Hercília Guimarães, Casimiro de Andrade. "Saúde Oral em Pediatria". *Acta Pediatr Port* 2008;39(4):163-70

Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc* 2005 Mar; 136(3):364-72.

WHO. Ayutthaya Declaration. The 2nd Asian Conference of Oral Health Promotion for School Children; 2003; February 23. <http://www.who.int/>

Parhar G, Yoon RK, Chussid S., Maternal-child oral health behaviors and caries experience in the child. *J Clin Pediatr Dent.* 2010 Winter;34(2):135-9.

Xia B, Liu KY, Wang CL, Sun LJ, Ge LH. [Clinical evaluation of oral midazolam sedation for dental treatment in children.], *Beijing Da Xue Xue Bao.* 2010 Feb 18;42(1):78-81. Chinese.

Fuhrer CT 3rd, Weddell JA, Sanders BJ, Jones JE, Dean JA, Tomlin A. Effect on behavior of dental treatment rendered under conscious sedation and general anesthesia in pediatric patients. *Pediatr Dent.* 2009 Nov-Dec;31(7):492-7.

e se pudesse aceder aos seus seguros  
a qualquer hora e em qualquer lugar? /  
**com o AXAnet, já pode**



**AXAnet**  
[www.axanet.pt](http://www.axanet.pt)

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

**21 794 3026 | 22 608 1526**

[medicos.dentistas@axa.pt](mailto:medicos.dentistas@axa.pt)

[www.axa.pt](http://www.axa.pt)

[www.axanet.pt](http://www.axanet.pt)



## ENDODONTIA

# DENTAL OPERATING MICROSCOPE: BENEFITS OF ITS USE ON ROOT CANAL TREATMENT

## Introduction

Achieving success in endodontic therapy requires the removal of the pulp tissue, the correct cleaning, shaping and disinfection of the root canal system (1), the correct root canal obturation and an effective coronal rehabilitation to avoid the coronal microleakage (2). Therefore, the ability of reading correctly the anatomy of the pulp chamber and the identification of all the main canals in the system are important factors to take in consideration when trying to achieve high success rates. Diagnostic procedures as identification marginal leakage on restorative dentistry, soft tissue evaluation and crack lines identification (3) are also factors that may influence the outcome and difficult to be evaluated without the use of magnification (4,5). Historically the endodontic therapy was based in the tactile capacity of the operator and a lot of guess work based on the most common characteristics of the main root canal system (6,7). The introduction of the dental operating microscope enhances the vision by the simultaneous use of magnification and coaxial illumination reducing the guess factor increasing the predictability of the treatment (6,8). The purpose of this paper is to review some of the endodontic treatment phases that may become favored with the introduction of the dental operating microscope in the clinical practice.

## Macro vs Micro procedures

Conservative dentistry tries to preserve and protect the healthy tissues. The anatomic structures that a dentist tries to treat and preserve are measured in millimeters, and it is on these very small structures that the procedures of the endodontic treatment have to be performed. Some of these procedures can be improved by magnification (micro-procedures) and others do not (macro-procedures).

The most relevant micro-procedure is the approach to the pulp chamber. Decay removal, access opening and exploration of the pulp chamber with endodontic explorers are much benefited with the

## AUTOR

**Jorge Martins** - Doctor of Dental Surgery, University of Lisbon (POR)  
Inter PG Endodontics at New York University (USA)

Certified member of European Society of Endodontology  
Department of Endodontics of Instituto de Implantologia, Lisbon (POR)

**Athanasia Pagona** - Doctor of Dental Surgery, University of Athens (GRE)  
Inter PG Endodontics at New York University (USA)

**Marina Saura** - Doctor of Dental Surgery, University Complutense of Madrid (SPA)  
Inter PG Endodontics at New York University (USA)

## RESUMO

Tendo em conta que o campo cirúrgico endodôntico se mede em milímetros, o tratamento endodôntico esteve sempre muito dependente da sensação tátil do operador e dos seus conhecimentos anatómicos. Uma melhor iluminação e as diferentes ampliações disponíveis no microscópio óptico dentário trouxeram muitos benefícios ao tratamento. Alguns procedimentos clínicos, como a remoção de instrumentos separados ou reparação de perfurações intra-canalares nem deveriam ser tentadas sem microscópio, sob o risco de perda severa de estrutura dentária. Localização dos canais pulpares, trepanação de coroas protéticas, apexificações e manuseamento de canais calcificados são outras das suas vantagens principais. Estas vantagens endodônticas principais e outras complementares são revistas neste texto.

**Keywords:** Dental operating microscopes, endodontic therapy, benefits

## ABSTRACT

Since the endodontic surgical field is measured in millimeters, endodontic therapy has always been very dependent from the tactile sensation of the operator and its anatomic knowledge. The superior lightning and the several magnifications available on the dental operating microscope brought many benefits to the therapy. Some clinical procedures, as removal of separated instruments or intra-canal perforation repairs should not even be attempted without the use of the microscope under the risk of heavy tooth structure sacrifice. Location of canal orifices on the pulp chamber, trepanation of prosthetic crowns, apexifications or working on calcified canals are other major advantages. All this major endodontic advantages and other minor ones are reviewed on this paper.

**Palavras-chave:** Microscópio operatório dentário, tratamento endodôntico, benefícios



use of magnification and co-axial illumination, since it allows a better reading of the intra-cameral anatomy and dentin map geography without the presence of shadows. All the actions used to approach the pulp chamber, exploring the chamber and working in the coronal part of the canals are enhanced by the microscope. Magnification is not required for macro-procedures as the anesthesia, clamp selection or rubber dam application. Other steps as hand or mechanical file working on the middle and apical part of the canal, achievement of the canal patency and rotary file instrumentation may be performed with lower magnification, but the benefits are not outstanding.

Some diagnostics as crack teeth may also benefit with the operatory microscope observation (3).

### Which magnification to chose

The quality of the microscope is not proportional to its power or higher magnification (9). The operations through the microscope become more difficult to be performed when higher magnifications are used, since they have a smaller visual depth of field. The dental operating microscope magnifications may be divided in three groups: lower, medium and higher magnifications. Magnifications that range from 3x to 8x are considered lower magnifications which allows to have a wider visual field and a longer depth field allowing any movement to remain in focus (4,9). Medium magnifications range between 10x to 16x and are considered the endodontic operating magnifications (4,9). For documentation and exploration of small details may be used higher magnifications, from 20x to upper, but these ranges do not benefit the working procedures.

### Mirror placement

It is impossible to visualize the pulp chamber directly through the microscope, so the indirect vision becomes mandatory on this micro-endodontics world. The perfect angulation between the visual path of the dental operating microscope and the mouth mirror should be around the 45° (5), this angle should be achieved in a comfortable manner without requiring an uncomfortable patient head position or clinician posture. On the maxillary arch is quite simple to achieve, the line from the occlusal face of the tooth to the mirror should be perpendicular to the visual path, which will allow a perfect 45° angle of the mirror to the visual path of the microscope (5). On the mandibular arch is also quite simple to achieve on the anterior and pre-molars teeth, on the molars it becomes more difficult depending on the mouth opening range which may or may not allow space to correct mirror placement. Besides the mirror angulation it is also important the mirror distance from the tooth being observed and the mirror itself. If the mirror is placed too close to the tooth it may not allow a correct operation due to lack of space, so the mirror has to be placed far enough from the tooth allowing space for the instruments and its correct operation (5).

## Benefits of dental operating microscope in endodontics

The benefits of using the microscope may be divided on major and minor advantages. The major advantages are mainly related to technical and very precise and delicate actions that have to be done under magnification. Apexifications or separated instruments removal should not even be attempted without proper magnification. The minor advantages are a mix of technical and diagnosis benefits, these procedures may be done without magnification, but becomes easier and predictable with it.

### Major advantages

#### Canals localization

Numerous studies have shown the advantage of using operating microscope when exploring the pulp chamber looking for canals. (10,11,12,13,14,15). For example, a study reports the frequency of locating the MB2 canal on maxillary first molars is 71,1% when using microscopes, 62,5% when using magnification loupes and 17,2% when not using magnification at all (10). Other study reports rate findings of 87,96% when using microscope and 53,7% without magnifications (11). Both studies conclude that exists statistic significance between using microscopes and not using any kind of magnification.

Based on these studies, more emphasis should be given on the importance of using the magnification when looking for accessory canals (5) (**Figure 1**). If one can not find all the canals more pulp tissue is not removed, less canal system is disinfected and worst is the prognosis (1).

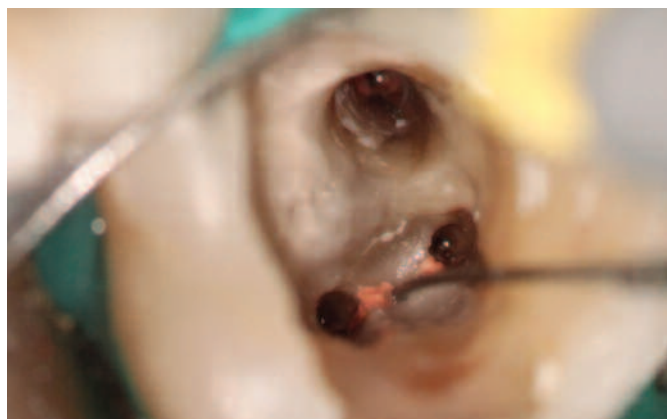


Figure 1 – Identification of the middle mesial canal on the retreatment of tooth #47.

#### Calcified canals

Every access preparation in a calcified tooth is an opportunity to perforate and destroy that tooth (7). The use of magnification and a careful examination of the color change between the whiter dentin wall and the yellow calcified tissue may make easier the strategic removal of tissue following the calcified structure until



Figure 2 – Location of a thin orifice of a calcified canal on tooth # 23.



Figure 3 – Co-axial illumination allowing a perfect visualization of the pulp chamber without shadows.

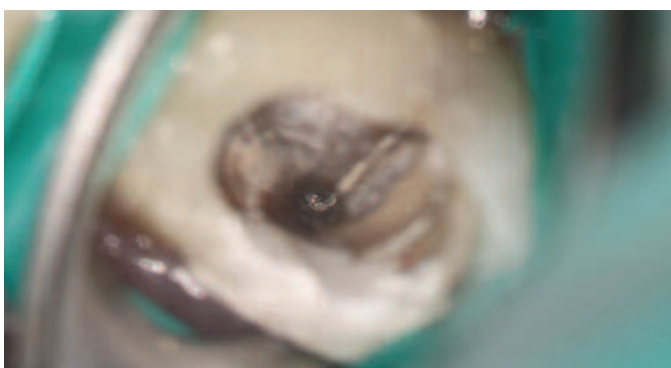


Figure 4 – Visualization of a separated instrument deep in the canal of a molar.

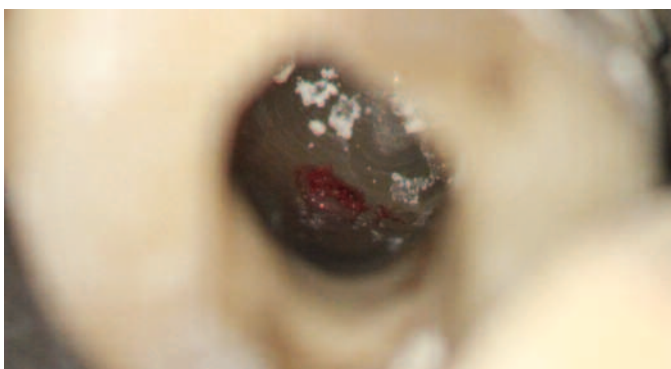


Figure 5 – Visualization of the bleeding area of a perforation of a pulp chamber floor.

the point where a tiny access to the canal interior can be found (5,16) (**Figure 2**).

#### *Crown trepanation*

Prosthetic crowns rarely match the original anatomy of the crown, since it may be used to rectify spee curvatures, rotations, mesialisations and contact points. All this modifications completely change the anatomic references the endodontist uses on the access opening procedure, making it a major candidate for iatrogenic errors.

One problem that may also occur is the bad visibility to the pulp chamber and dentin floor map making difficult the location of the canals. This happens mainly on the full metal or metal-ceramic crowns and not so much on the zirconium-ceramic crowns, because the metal used has the ability of blocking the light of the over head lamp shadowing the entire pulp chamber (**Figure 3**).

Coaxial illumination eliminates the shadowing effect and the higher magnification allows a more accurate control of the access opening cavity reducing the risk for mistakes on these anatomic altered crowns.

#### *Separated instruments removal*

Several techniques have been proposed to help with the separated instruments removal. Some techniques use loops (17,18), other use hollow tube engagement (19) and others use ultrasonic tips (20), but, independently from which technique was used, they all require the use of dental operating microscope.

A perfect visualization of the separated fragment of the instrument is mandatory for its removal (**Figure 4**). It is important for a perfect control of the dentin removal around the fragment and to remain centered in the canal avoiding root perforations (5,16,17).

#### *Perforation repair*

Repairing canal/periodontal communications is a precise technique. Proper visualization of the perforation site (**Figure 5**) and precise application of the repairing material (**Figure 6**) are essential to achieve a correct sealing of the perforations (21, 22).

#### *Apexification*

Advanced therapies for open apex teeth require a precise placement of an apical plug of apexification biomaterial (23,24). This plug has to be placed and packed in the apical third of the open canal against the periapical tissues, which have a very low resistance, which may lead to severe extrusion of the packed material. Proper illumination and magnification allows the visualization inside the canal of the plug of the apexification biomaterial allowing a better control of its placement on the apical portion and also a better visualization of the packing quality (**Figure 7**) avoiding the overpacking attempts that may lead to extrusions.

## Minor advantages

### *Pulp involvement*

If the decay is too close to the pulp chamber, all the conservative measures taken by the clinician may not be enough to avoid the endodontic therapy. It has been well documented that bacteria from microleakage or decay provoke an inflammatory reaction on the pulp tissue (25,26) which may lead to endodontic therapy. It has also been shown that the odontoblast process penetrates in the dentinal tubules in a distance from the pulp ranging from the 0,2mm to 0,7mm (27) which means you do not have to expose the pulp to invade it. The use of the microscope may help to understand how close to the pulp the cavity is or to visualize a very small pulp exposure (**Figure 8**).

### *Dentin floor map*

The dentin floor map is darker in color than pulp chamber walls. On the floor map can be seen developmental groves connecting all the canals (28) (**Figure 9**). When looking for canals a clinician should be aware of this facts and understand that the orifice of the canals are located on the endings of the developmental groves. The use of the microscope enhances the reading of the dentin floor map (16).

### *Pulp stones*

Pulp stones or denticles are a type of pulp tissue calcification that may have several origins. Some authors relate it to choric trauma, while other relate it to natural phenomena (29). The incidence of pulp stones is around 50% of all teeth (29) and may have different kinds of shapes that go from small round denticles to stones that occupy almost the entire pulp chamber. It may also be found at the superior part of the pulp canals. The clinical significance of these calcified structures is that it may block the canal orifices making the access opening and canal finding more difficult. With correct magnification, illumination and with the auxiliary of ultrasonic tip the pulp stones removal is made easier (**Figure 10**).

### *Strategic preservation of tooth structure*

Superior illumination and higher magnification may allow the strategic removal of dentin structure minimizing the loss of healthy tissue during the access opening (**Figure 11**). With better visualization, and still maintaining the straight-line access to the canals, is possible to reduce the outline form of the access cavity by almost 50% (7).

### *Gutta-percha removal*

Gutta-percha removal may be one of the more challenging tasks to perform on endodontic retreatments (**Figure 12**). The canals are not round, most of time when using a "round" file, even with



Figure 6 - Repair of the perforation of the case of the Figure 5.



Figure 7 - Packing of the apexification biomaterial on the last third of the canal and its perfect visualization.



Figure 8 - Exposure of the pulp horns on a tooth #11 after a fixed crown preparation.



Figure 9 - Dark dentin groves on the floor of the pulp chamber ending on the canal entrance.

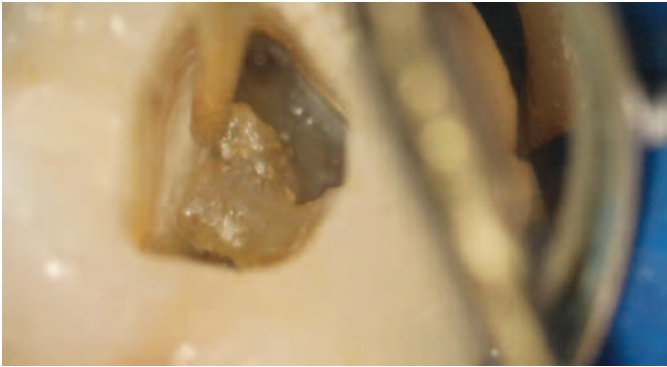


Figure 10 – Use of ultrasonic tips removing a pulp stone from tooth #26.



Figure 11 – Conservative access opening on a previous fixed prosthodontic prepared pre-molar.



Figure 12 – Gutta-percha removal using a rotary file and solvent.

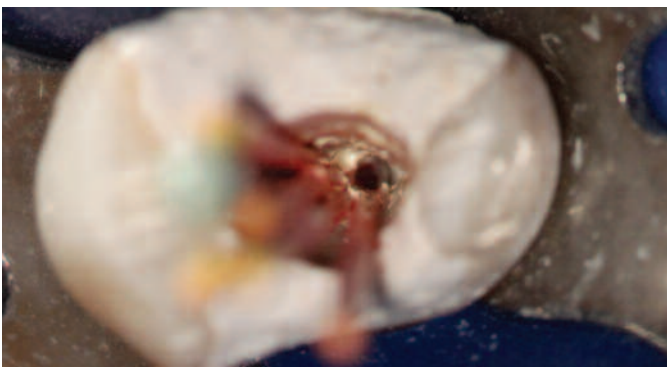


Figure 13 – Perfect visualization of the spreader space on a lateral condensation technique.

solvents, it is not possible to remove all the gutta-percha of the original filling. Most of the times the remaining gutta-percha of the original filling can be identified on radiograph but not seen inside the canal with naked eye. By using the microscope it is possible to visualize the remaining gutta-percha stoked on the dentin wall of the root canal system. With this advantage the effort for removing the remaining filling material can be maximized.

#### *Obturation: Cold lateral condensation*

Cold lateral condensation of the filling material is a precision work mainly when done correctly on molars. The condensation of twenty or thirty accessory gutta-percha points may be a challenging activity without the use of some kind of magnification. Every clinician has felt the frustration of not been capable of placing correctly an accessory point on the space created previously by the use of a digital spreader (**Figure 13 and 14**). Magnification allows a better visualization of the spreader space and an easier and precise placement of the accessory point avoiding the deception of binding several gutta-percha points on the attempts of hitting the spreader space.

#### *Obturation: Downpack*

The benefit of using magnification on the initial phase of the continuous wave of condensation technique is the ability of visualize the gutta-percha apical plug after the removal of the heat source plugger after the first heat wave (7) (**Figure 15 and 16**). This apical plug may be at a depth around 10 mm from the canal orifice opening (depending on the root length) which makes impossible to see it with naked eye. The microscope allows a precise packing of the heated gutta-percha plug with cold pluggers after the hot plugger removal.

#### *Obturation: Backfill*

The backfill phase of the continuous wave of condensation technique consists on consecutives increments of small portions of heated gutta-percha and its condensation with cold pluggers (**Figure 17**). The use of magnification at this phase helps to perform a better packing of the heated gutta-percha increments.

#### *Analyses of files defects*

Small unwinding on the cutting spiral of the endodontic files, hand or rotary files, indicates that the files have been submitted to torsional fatigue and are starting to breakdown (30,31). If these files are not discarded it will ultimately end on file separation (30,31). These unwinding defects of the files can be visualized with naked eye, the magnification may help to confirm it (**Figure 18**).

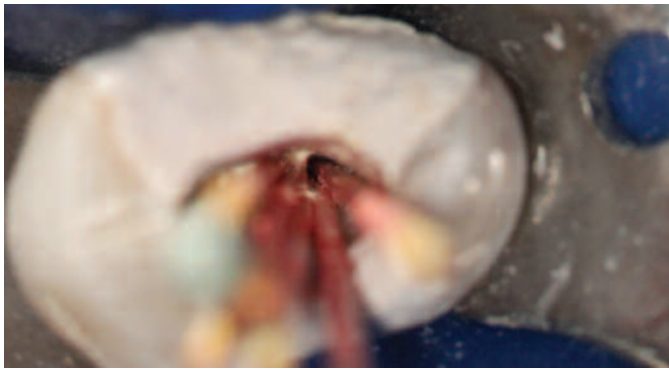


Figure 14 - Accessory gutta-percha cone placed on the spreader space of

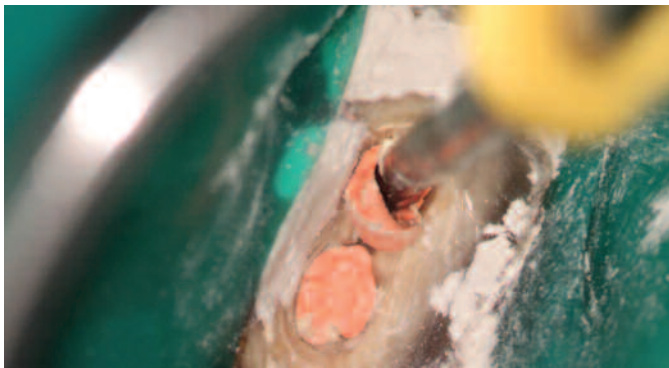


Figure 15 - First heat wave on a continuous wave of condensation technique of a tooth #14.



Figure 16 - Visualization of the apical plug after the first heat wave of the case on Figure 15.



Figure 17 - Visualization of the plasticized gutta-percha placement on the top of the apical plug after the downpack of Figure 15 and 16.



Figure 18 - A 15k hand file with an unwinding on the last spiral.



Figure 19 - Visualization of crack lines under an old amalgam restoration.

#### Crack tooth or fractures

The crack tooth syndrome diagnosis has relied on the symptoms described by the patient and the signs that may or not be harder to see and identify (3,7,21). This visual limitation results on therapies that often come too late. An earlier identification of a crack tooth and the understanding of the crack progression may lead the clinician to adapt the treatment plan to that specific pathological situation, reducing the chance of future fractures and increasing severely the chances of tooth survival (3). Preventive dentistry has meant brushing, flossing or sealants, nowadays it also means early identification of asymptomatic pathological findings (3). A crack tooth to be treated does not have to be symptomatic, but it has to be identified, ideally still prior to symptoms (**Figure 19**). The early identification of a crack tooth is so hard that some author defend that it should be done with a total magnification of 14x or upper (3).

#### Hidden decay

If you can not see you can not treat. The use of the microscope for diagnose pathological findings may be very useful to intra-oral examination. Sometimes the radiographs may present images compatible with carious lesions that may also be





Figure 20 – Identification of a small dentin opening of an interproximal decay between two upper pre-molars.



Figure 21 – Identification of a marginal leakage on an old amalgam filling on the interproximal area of a molar and an implant crown.



Figure 22 – Visualization of a fistula on the apical area of a tooth #25.

artifacts. In these cases the sharp explorer probing and the high magnification may bring some clear conclusions (**Figure 20**).

#### Marginal leakage

Marginal leakage may leads to pulp inflammation (25,26), which may lead to pulp necrosis (32). The operating microscope enables the visualization of the marginal leakage of previous restorative procedures (7) (**Figure 21**). The material breakdown may not be detected during a routine examination, as a result the decay under the restorative filling may advance uninterruptedly for a long period of time. This situation is more

common to occur if the restorative procedure is a full crown which compromises the precise radiological evaluation and early diagnosis (21).

#### Soft tissue evaluation

Soft tissue observation may not be the most important benefit of the microscope but it may help to evaluate so the proper diagnosis and treatment plan can be performed (7) (**Figure 22**). Higher magnification and co-axial illumination enhances the visibility to the small endodontic operation field. Major advantages as locating extra canals or operating inside the canals as removing separated instruments or apexifications became predictable treatments. Other minor advantages as better control of the obturation techniques or diagnosis help are also adds to the global treatment.

#### References

- 1 - Weine FS, Healey HJ, Gerstein H, Evanson L. Canal configuration in the mesiobuccal root of the maxillary first molar and its endodontic significance. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969;28:419-425
- 2 - Imura N, Pinheiro ET, Gomes B, Zaia AA, Ferraz CC, Souza-Filho FJ. The outcome of endodontic treatment: a retrospective study of 2000 cases performed by a specialist. *J Endodon* 2007;33:1278-1282
- 3 - Clark DJ, Sheets CG, Paquette JM. Definitive diagnosis of early enamel and dentin cracks based on microscopic evaluation. *J Esthet Restor Dent* 2003;15:391-401.
- 4 - Khayat BG. The use of magnification in endodontic therapy: the operating microscope. *Pract Periodont Aesthet Dent* 1998;10:137-144
- 5 - Kim S. The microscope and endodontics. *Dent Clin North Am* 2004;48:11-18
- 6 - Sempira HN, Hartwell GR. Frequency of second mesiobuccal canals in maxillary molars as determined by the use of an operating microscope: a clinical study. *J Endodon* 2000;26:673-674
- 7 - West JD. The role of the microscope in 21st century endodontics: visions of a new frontier. *Dent Today* 2000;19:62-69
- 8 - Kersten DD, Mines P, Sweet M. Use of the microscope in endodontics: results of a questionnaire. *J Endodon* 2008;34:804-807
- 9 - Kim S. Uso del microscopio quirúrgico. In: Kim S, Pecora G, Rubinstein R. *Atlas de microcirurgia en endodoncia*. 1ª edi. Madrid: Ripano SA, 2009: 45-55
- 10 - Buhrlay LJ, Barrows MJ, Begole EA, Wenckus CS. Effect of magnification on locating the MB2 canal in maxillary molars. *J Endodon* 2002;28: 324-327
- 11 - Coutinho Filho T, Cerda R, Gurgel Filho ED, de Deus GA, Magalhaes KM. The influence of the surgical operating

- microscope in locating the mesiolingual canal orifice: a laboratory analysis. *Braz Oral Res* 2006;20:59-63.
- 12 – Carvalho MC, Zuolo ML. Orifice locating with a microscope. *J Endodon* 2000;26:532-534
- 13 – Baldassari-Cruz LA, Lilly JP, Rivera EM. The influence of dental operating microscopes in locating the mesiolingual canal orifice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodon* 2002;93:190-194
- 14 – Stropko JJ. Canal morphology of maxillary molars: clinical observations of canal configurations. *J Endodon* 1990;25:446-450
- 15 – Kulid JC, Peters DD: Incidence and configuration of canal systems in the mesio buccal root of maxillary first and second molars. *J Endodontics* 1990;16:311-317
- 16 – Carr GB. Microscopes in endodontics. *J Calif Dent Assoc* 1992;20:55-61
- 17 – Terauchi Y, O'Leary L, Suda H. Removal of separated files from root canals with a new file-removal system: case reports. *J Endodon* 2006;32:789-797
- 18 – Terauchi Y, O'Leary L, Kikuchi I, Asanagi M, Yoshioka T, Kobayashi C, Suda H. Evaluation of the efficiency of a new file removal system in comparison with two conventional systems. *J Endodon* 2007;33:585-588
- 19 – Okiji T. Modified usage of the Masserann Kit for removing intracanal broken instruments. *J Endodon* 2003;29:466-467
- 20 – Ruddle CJ. Nonsurgical retreatment. *J Endodon* 2004;30:827-845
- 21 – Arens D. Introduction to magnification in endodontics. *J Esthet Restor Dent* 2003;15:426-439
- 22 – Clauder T. The dental microscope: an indispensable tool in endodontic practice. In: Carl Zeiss Surgical GmbH. The microscope in dentistry: an editorial forum for dental professionals. Carl Zeiss Surgical GmbH, Germany, 2007: 16-19
- 23 – Shabahang S, Torabinejad M, Boyne PP, Abedi HR, McMillan P. A comparative study of root-end induction using osteogenic protei-1, calcium hydroxide and mineral trioxide aggregate in dogs. *J Endodon* 1999;25:1-5
- 24 – Shabahang S, Torabinejad M. Treatment of teeth with apen apices using mineral trioxide aggregate. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 2000;12:315-320
- 25 – Brannstrom M, Vojinovic O. Response of the dental pulp to invasion of bacteria around three filling materials. *J Dent Child* 1976;43:15-21
- 26 – Bergholtz G, Cox CF, Loesche WJ, Syed SA. Bacterial leakage around the dental restorations: its effect on the dental pulp. *J Oral Pathol* 1982;11:439-450
- 27 – Brannstrom M, Garberoglio R. The dentinal tubules and the odontoblast process: a scanning electron microscopic study. *Acta Odontol Scand* 1972;30:291-311
- 28 – Vertucci FJ, Haddix JE, Britto LR. Tooth morphology and access cavity preparation. In: Cohen S, Hargreaves K. Pathways of the pulp. 9th edi. St.Louis: Mosby Inc, 2006:148-232
- 29 – Pashley DH, Liewehr FR. Structure and functions of the dentin-pulp complex. In: Cohen S, Hargreaves K. Pathways of the pulp. 9th edi. St.Louis: Mosby Inc, 2006:460-513
- 30 – Sattapan B, Nervo GJ, Palamara JE, Messer HH. Defects in rotary nickel-titanium files after clinical use. *J Endodon* 2000;26:161-165
- 31 – Shen Y, Cheung G, Bian Z, Peng B. Comparison of defects in Profile and Protaper systems after clinical use. *J Endodon* 2006;32:61-65
- 32 – Love RM. Invasion of dentinal tubules by root canal bacteria. *Endodon Topics* 2004;9:52-65



# omd AGENDA

## EVENTOS CIENTÍFICOS

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

### FORMAÇÃO CONTÍNUA OMD

#### EM PORTUGAL

- **XX Reunião Anual de Medicina dentária e estomatologia de Coimbra – I Encontro Internacional de Implantologia de Coimbra**  
2 a 4 de Junho de 2011 – Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Coimbra
- **Curso Teórico**  
Considerações sobre o plano de tratamento interdisciplinar em casos avançados  
4 de Junho - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto – Porto
- **Curso Prático (4 Módulos - Endodontia)**  
4º Módulo - Hands-on – Instrumentação e obturação em endodontia  
4 Junho - HF Ipanema Park - Porto
- **Curso Teórico**  
Considerações sobre o plano de tratamento interdisciplinar em casos avançados  
5 de Junho - Espaço Físico OMD RA Madeira – Funchal
- **Curso de Fim de Dia**  
9º curso - Tratamento periimplante – conceitos actuais  
6 Junho - Novotel – Setúbal

- **Curso de Fim de Dia**  
10º curso - Como obter pontos de contacto em restaurações posteriores  
4 Julho - Hotel Turismo - Braga
- **Curso de Fim de Dia**  
11º curso - Técnicas de controlo comportamental  
5 Setembro - Hotel Miracorgo - Vila Real
- **Curso de Fim de Dia**  
12º curso - Conceitos actuais em cirurgia oral  
1 Outubro - Espaço Físico OMD RA Açores – Angra do Heroísmo – Ilha Terceira
- **Curso de Fim de Dia**  
13º curso – Facetas vs coroas cerâmicas – quando utilizar  
1 Outubro - Espaço Físico OMD RA Açores – Angra do Heroísmo – Ilha Terceira
- **Curso de Fim de Dia**  
14º curso - Soluções de irrigação em endodontia  
3 Outubro - Hotel Faro – Faro
- **XX Congresso da OMD**  
10, 11 e 12 de Novembro  
– Centro de Congressos de Lisboa – Lisboa

#### NO ESTRANGEIRO

- **23rd Congress of the International Association for Paediatric Dentistry**  
15 a 18 de Junho de 2011 – Atenas – Grécia
- **16th Annual Meeting of the EADPH**  
22 a 24 de Setembro de 2011 – Sapienza University - Roma – Itália
- **IX Congreso Nacional SECIB**  
29 de Setembro a 1 de Outubro de 2011 – Palacio de Congresos de Zaragoza - Zaragoza - Espanha
- **ADA Annual Session 2011**  
10 a 13 de Outubro de 2011 – Las Vegas – EUA
- **41ª Reunión Anual SEPES 2011**  
13 a 15 de Outubro de 2011 – Palau Firal i de Congressos - Tarragona – Espanha
- **Congrès ADF 2011**  
22 a 26 de Novembro de 2011 – Palais des Congrès - Paris - França
- **FDI Annual World Dental Congress**  
14 a 17 de Setembro de 2011 – Centro Banamex - Cidade do México - México



MAIS DE 700 MÉDICOS DENTISTAS ENCONTRAM-SE  
A EXERCER NO ESTRANGEIRO

# AUDIÊNCIA COM PRESIDENTE DA REPÚBLICA

A direcção da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) foi recebida em audiência, no dia 21 de Abril, pelo Presidente da República, no Palácio de Belém. No que diz respeito ao exercício da profissão em Portugal, a OMD transmitiu ao Presidente a preocupação crescente com o facto de a maioria dos jovens médicos dentistas diplomados em Portugal não encontrarem colocação profissional no nosso país. Mais de 700 médicos dentistas, encontram-se já a exercer no estrangeiro, sendo o Reino Unido o destino de eleição devido às contratações efectuadas pelo serviço nacional de saúde inglês.

A situação económica dos mais de 7000 médicos dentistas a exercer em Portugal preocupa também a OMD. A crise económica tem levado a uma menor procura de cuidados de medicina dentária por parte da população. Este factor tem criado dificuldades na sobrevivência económica das mais de 5500 clínicas e consultórios de medicina dentária em Portugal.

Para além desta situação, estão igualmente em risco milhares de empregos de profissões na área da medicina dentária, como assistentes dentárias, mais de 9000, higienistas orais, cerca de 400, e protésicos dentários, mais de 3000.

Segundo o último estudo realizado pela OMD através do Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 95,1% dos médicos dentistas referiram ser profissionais liberais e, destes, 37,9% referiram trabalhar exclusivamente por conta própria.



Da esquerda para direita, em representação da Ordem dos Médicos Dentistas, António Felino, João Caramês, presidente da Mesa da Assembleia-Geral, Paulo Melo, secretário-geral, Ana Cristina Mano Azul, presidente do Conselho Fiscal, e Orlando Monteiro da Silva, bastonário. Ao lado, o Presidente da República, Aníbal Cavaco Silva, e o consultor para os assuntos da saúde da Casa Civil do Presidente da República, Fernando Leal da Costa.

A OMD manifestou também a necessidade urgente de Portugal reconhecer a capacidade e a importância das profissões liberais no contexto actual: um país que se afunda na burocracia ou na sobregulação, na carga fiscal, beneficiando grandes grupos económicos, com a consequência inexorável da diminuição da qualidade, do aumento dos preços, da penalização fácil do elo mais forte, o do trabalho. Neste contexto de crise económica, a OMD pretendeu realçar e reafirmar a importância de se assegurar o financiamento adequado do sistema da saúde e da medicina dentária. Entre 40 a 90% das crianças com 12 anos, sofrem de cárie dentária e, portanto, de dor e de infecção crónica. Muitas vezes, as consequências são tão graves, como: absentismo escolar, dificuldade em mastigar os alimentos, com impacto significativo no crescimento.

As doenças orais estão comprovadamente entre as segundas e quartas doenças, de tratamento mais caro. Os países da OCDE gastam seis

a 12% dos seus orçamentos em saúde, em saúde oral.

Não nos podemos esquecer que as doenças da cavidade oral são algumas das mais comuns doenças não comunicáveis, afectando mais de 90% da população do mundo inteiro. Por outro lado, a saúde oral e a saúde em geral estão intimamente relacionadas e, como tal, situações como doenças cardiovasculares, HIV/SIDA, diabetes, artrite, baixo peso à nascença e má nutrição, são exemplos de doenças relacionadas com a saúde oral.

Não havendo resposta ao nível da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde, com excepção de alguns grupos alvo da população, é particularmente importante assegurar que a generalidade da população em Portugal tenha acesso a cuidados básicos de medicina dentária. Portugal obteve alguns ganhos em saúde nos últimos anos na medicina dentária e é por isso importante assegurar que essa situação não se inverta devido à crise económica das famílias em Portugal.

“  
**NÃO NOS  
PODEMOS  
ESQUECER QUE  
AS DOENÇAS  
DA CAVIDADE  
ORAL SÃO  
ALGUMAS DAS  
MAIS COMUNS  
DOENÇAS NÃO  
COMUNICÁVEIS,  
AFECTANDO  
MAIS DE 90%  
DA POPULAÇÃO  
DO MUNDO  
INTEIRO**  
”

## NOTÍCIAS BREVES



### EM VIGOR A PARTIR DE 1 DE JULHO NOVO REGIME DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Foi publicada no dia 18 de Maio a Portaria nº 198/2011 de 18 de Maio que regulamenta o novo Regime de Prescrição de Medicamentos para todo o sector da saúde e que entrará em vigor a partir do próximo dia 1 de Julho.

Depois do acordo de princípio obtido e anunciado publicamente entre o Ministério da Saúde, a Ordem dos Médicos Dentistas e a Ordem dos Médicos, a 21 de Fevereiro de 2011, o projecto de portaria da prescrição electrónica foi debatido numa reunião da OMD com o secretário de Estado e da Saúde, Manuel Pizarro, realizada a 4 de Abril, em Lisboa. A OMD esteve representada nesta reunião pelo bastonário, Orlando Monteiro da Silva, pelo secretário-geral, Paulo Ribeiro de Melo, e pela assessora jurídica, Filipa Carvalho Marques.

Durante o encontro, foi discutido o regime geral de prescrição electrónica e a regulamentação das excepções apontadas pela OMD.

Como resultado destas acções a OMD conseguiu que as novas regras tivessem em conta a realidade da nossa profissão. Consequentemente, foi assegurado que a regra geral de prescrição electrónica não será obrigatória para os colegas que se encontrem nas seguintes situações:

- Sempre que prescrevam em ambiente de domicílio;
- Sempre que verifiquem a falência do sistema electrónico no consultório/clínica;
- Caso prescrevam até 50 receitas por mês;

Em caso de inadaptação informática comprovada. Estas situações de excepção têm de ser mencionadas na receita manual. No caso de inadaptação informática comprovada, o (a) colega terá de preencher o formulário próprio enviado pela OMD por correio e remetê-lo com o RSF para apreciação e validação.

Para mais informações, consulte [www.omb.pt/prescricao](http://www.omb.pt/prescricao).

## SITUAÇÃO PROFISSIONAL EM ANÁLISE

### AUDIÊNCIA COM O PRESIDENTE DO PARTIDO SOCIAL DEMOCRATA



O **bastonário** da OMD foi recebido em audiência pelo presidente do Partido Social Democrata (PSD), Pedro Passos Coelho, no passado dia 7 de Março, na sede do partido, em Lisboa.

Na perspectiva da OMD, o bastonário descreveu a actual situação profissional dos médicos dentistas, assim como da saúde oral em Portugal.

O presidente do PSD demonstrou um

grande conhecimento sectorial da área da saúde, particularmente dos temas da actualidade, como a sustentabilidade do SNS e as iniciativas legislativas em curso, nomeadamente a prescrição electrónica e a prescrição por Denominação Comum Internacional. A presidência que o bastonário ocupa no Conselho Nacional das Ordens Profissionais, bem como a da Federação Dentária Internacional (FDI) foram, também, tema de conversa deste encontro.

Por parte da OMD, este encontro foi marcado por uma avaliação positiva, na medida em que foi possível capitalizar mais apoio político para as questões inerentes à medicina dentária e ao exercício profissional.

### PCP REAFIRMOU A DEFESA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE POLÍTICAS DE SAÚDE DISCUTIDAS COM O PARTIDO COMUNISTA



Na **sequência** das reuniões que a OMD tem vindo a promover com todos os partidos com assento parlamentar, damos nota do encontro realizado com o Partido Comunista Português (PCP), representado por Jorge Pires, membro do Comité Central do PCP, responsável pelo sector da saúde, e por Paula Santos, deputada à Assembleia da República.

Como habitualmente, foi transmitida a visão da OMD sobre o sector da medicina dentária em Portugal e registada a posição do PCP sobre a matéria. Em linhas gerais, o Partido reafirmou a sua posição na defesa do Serviço Nacional de Saúde e dos seus princípios básicos, como a universalidade e acesso tendencialmente gratuito a todos os cidadãos, incluindo à medicina dentária.

“Preciso de um  
**compósito**  
que se comporte  
como o **dente!**“

Dr. Arne Kersting

## MAIS PRÓXIMO DO DENTE

No conjunto das suas propriedades físicas, Grandio®SO é o material de preenchimento mais semelhante ao dente.\* Isto significa para si: restaurações duradouras, fiáveis e, acima de tudo, pacientes satisfeitos.

- Satisfaz os mais exigentes requisitos, com aplicação universal nas áreas anterior e posterior
- Opacidade natural semelhante aos dentes, utilizando apenas uma cor
- Sistema de cores inteligente com novas tonalidades que fazem a diferença: <sup>VC</sup>A3.25 e <sup>VC</sup>A5
- Boa consistência, elevada estabilidade de luz, fácil polimento com alto brilho

# GrandioSO



\*Para quaisquer dúvidas não hesite em solicitar a nossa informação científica dos produtos.

**IDS  
2011**

Visite-nos na Colônia (Alemanha)  
22.-26.03.2011  
stand R8/S9 + P10, salão 10.2

## SESSÕES DE ESCLARECIMENTO

# LICENCIAMENTO DE CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS



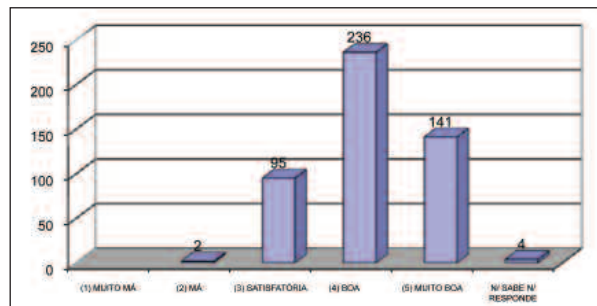
A OMD realizou, desde o início do ano, diversas sessões de esclarecimento sobre o processo de licenciamento de clínicas e consultórios, de norte a sul do país, com o objectivo de clarificar presencialmente todas as dúvidas dos associados sobre os novos requisitos de organização e funcionamento decorrentes do actual regime jurídico

As sessões decorreram nas cidades de Olhão, Braga, Porto, Setúbal, Lisboa, Guarda, Chaves e Coimbra, tendo registado a presença de mais de um milhão de médicos dentistas. Em 2010 foram também realizadas sessões em Tomar e no Congresso da OMD, que reuniram centenas de associados.

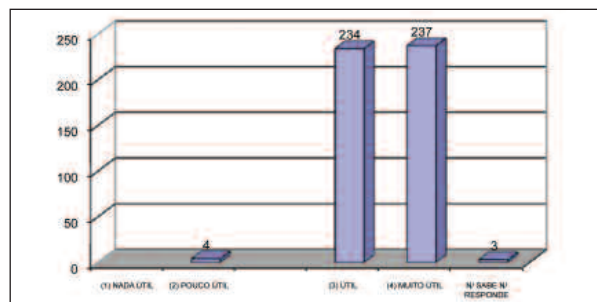
A equipa que esteve na primeira linha destas acções foi constituída pelo secretário-geral da OMD, Paulo Ribeiro de Melo e a directora do Departamento Jurídico da OMD, Filipa Carvalho Marques, contando com o apoio presencial dos elementos do Gabinete de Apoio ao Licenciamento, Patrícia Manarte, Jaime Mota, Alão Freitas, Ricardo Oliveira Pinto, André Mos Caldas, José Rosa e Tiago Pires Frazão. As respostas obtidas nos inquéritos efectuados para avaliar a eficácia e utilidade das sessões foram bastante positivas, denotando a qualidade das

mesmas. Assim, 99% dos médicos dentistas que assistiram às sessões consideraram que o que aprenderam foi útil ou muito útil; 66% sentiram que aprenderam bastante ou muito, relativamente aos objectivos propostos e 78% consideraram que os resultados obtidos foram bons ou muito bons. Por último 90% dos médicos dentistas consideraram que irão aplicar os conhecimentos adquiridos a curto prazo ou de imediato. As sessões de esclarecimento inseriram-se na estratégia desenvolvida pela OMD para apoio ao licenciamento, que integrou, desde a primeira hora, outras acções que se encontram em pleno funcionamento para informação e clarificação de dúvidas.

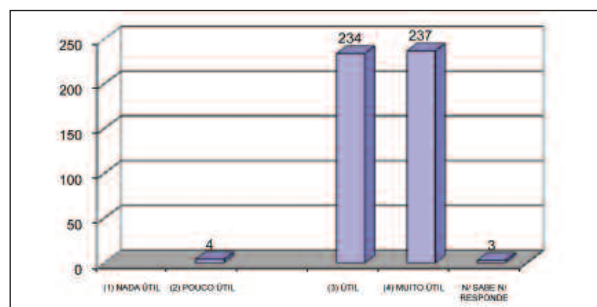
Para obter mais informações sobre o licenciamento, aceda ao endereço [www.omb.pt/licenciamento](http://www.omb.pt/licenciamento).



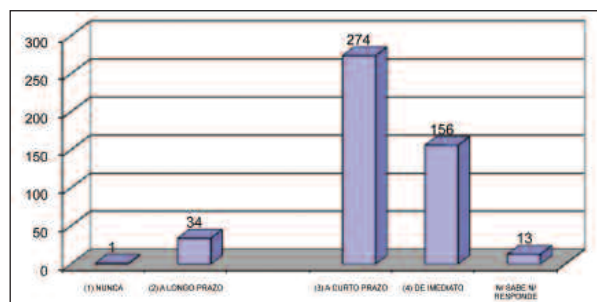
Tendo em conta as suas expectativas e os objectivos que o levaram a inscrever-se neste curso, como avalia a sua satisfação em relação aos resultados obtidos?



Tendo em conta a sua actividade profissional, considera o que aprendeu durante o módulo / curso lhe vai ser



Tendo em conta os objectivos do módulo / curso, considera que os atingiu, isto é, que aprendeu



Pensa que estará em condições de aplicar no seu posto de trabalho o que aprendeu neste módulo / curso

## NOVA RECOMENDAÇÃO

# SEGREDO PROFISSIONAL – LIVRO DE RECLAMAÇÕES

Foi aprovada pelo Conselho Deontológico e de Disciplina uma nova recomendação respeitante às comunicações entre médicos dentistas e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) no âmbito das alegações de defesa em processos de reclamação, cujo teor aqui se publica na íntegra:

### Segredo profissional – livro de reclamações

Nos termos do disposto no art. 20º na Portaria nº268/2010 de 12 de

Maio, as clínicas e os consultórios de medicina dentária estão obrigados à existência e disponibilização do livro de reclamações.

Como tal, sempre que um utente manifeste a intenção de reclamar e solicita para o efeito o respectivo livro de reclamações, deve o médico dentista de imediato facultá-lo.

Uma vez apresentada a reclamação e remetido o respectivo destacável para a ERS, é a entidade reclamada nos termos do disposto no art. 5º e 6º, nº2 do Decreto-Lei nº 156/2005

de 15 de Setembro notificada para apresentar as suas alegações por escrito.

O Conselho Deontológico e de Disciplina alerta os médicos dentistas para o cumprimento do regime do segredo profissional constante do art.21º do Código Deontológico da OMD nas alegações a apresentar à ERS, nomeadamente não revelando tratamentos médico-dentários que tenham sido efectuados no caso em concreto.

## ACTUALIZAÇÃO

# DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Em virtude das várias alterações legislativas operadas a nível legal com reflexo na Medicina Dentária, surgiu a necessidade de proceder à actualização de determinadas Deliberações e Recomendações emanadas pelo Conselho Deontológico e de Disciplina (CDD) da OMD. Assim, em reunião de 18 de Dezembro de 2010 procedeu aquele Órgão à revisão e alteração dos seguintes diplomas, os quais estão disponíveis para consulta no portal electrónico da Ordem ([www.ombd.pt/cdd](http://www.ombd.pt/cdd)):

- Aviso – Registo Disciplinar;
- Deliberação - Trato a manter com os meios de comunicação social;
- Recomendação – Direcção Clínica;
- Recomendação – Quotas;
- Recomendação – Título de Especialista;
- Recomendação nº2
- Recomendação nº5/2001 – Internet;
- Deliberação – Publicidade das Penas Disciplinares;

## NA PALMA DA MÃO

O Código Deontológico e os Estatutos da OMD podem, agora, ser consultados em livro electrónico nos smartphones e tablets iPhone/iPad ou Android.

Estes aparelhos já conseguem abrir, de origem, ficheiros ePub, um formato padrão internacional também utilizado pela OMD.

Só precisa aceder a [www.ombd.pt/mobile](http://www.ombd.pt/mobile), através do seu aparelho, e descarregar os livros electrónicos.

Ambos os documentos estão também livremente disponíveis como página de internet e ficheiro PDF.





GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

## QUALIDADE NA SAÚDE SEM MÍNIMOS E MÁXIMOS

Que papel está reservado às ordens profissionais na gestão das unidades de saúde? Num debate realizado pelo Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, em que participaram os quatro bastonários do sector da saúde, tentou-se responder a esta questão

**Nos cuidados** de saúde, a qualidade não pode ser definida em mínimos e máximos. “Há qualidade ou não há”, defendeu a bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Maria Augusta de Sousa.

Podem-se, antes, definir mínimos de recursos humanos, sugeriu o bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, Carlos Maurício Barbosa. “Os decisores políticos deviam apoiar-se muito mais nas ordens profissionais do que se têm apoiado”, aconselhou.

A bastonária dos enfermeiros defendeu que “as ordens profissionais não devem ter um papel directo na gestão de uma organização de saúde. No entanto, deviam ser chamadas e ouvidas no planeamento dessas mesmas unidades”.

E completou: “Estes contributos só acontecem ocasionalmente e de forma informal. Isto devia ser obrigatório. As ordens profissionais deviam ser chamadas a dar os seus contributos para os planos estratégicos das organizações de saúde”.

“As ordens profissionais são, efectivamente, um instrumento que, entende o Estado português, pela via da auto-regulação profissional, garante a qualidade dos serviços”, afirmou Maria Augusta de Sousa. “Não há contradição entre ordens profissionais e a gestão de unidades de saúde”.

Orlando Monteiro da Silva, bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, lembrou que o grupo profissional que representa é sujeito a “pressões enormes para impor práticas de qualidade”.

“Não queremos que sejam pessoas de fora da saúde a definir aquilo que nos já sabemos. Não quero ver a minha profissão refém e condicionada”, acrescentou.

O exercício liberal da profissão de médico dentista é cada vez dificultado pelas convenções, seguros e grandes grupos económicos. É necessária “uma regulação adequada da actividade seguradora no ramo da saúde, que vive totalmente desenquadrada, a actuar em rédea

livre”, alertou o bastonário da OMD.

A gestão de recursos humanos é muito importante na medicina dentária, uma vez que “o trabalho é o principal valor da profissão”, defendeu Orlando Monteiro da Silva, que também apelou à introdução de mais parcerias público-privadas na saúde, como é o caso do programa cheque-dentista.

No caso dos farmacêuticos, o bastonário Carlos Maurício Barbosa referiu que a sua profissão foi pioneira na implementação de padrões de qualidade. Alguns laboratórios avançaram para a dupla certificação, com as normas ISO.

Além disso, mencionou também a formação contínua: a cada cinco anos, têm de ter créditos suficientes para renovarem a carteira profissional.

O debate contou com a intensa participação de diversos dirigentes das ordens profissionais do sector da saúde, professores universitários e estudantes de pós-graduação. Para um versão mais extensa deste artigo, aceda a <http://link.omd.pt/r9ucp>.



Orlando Monteiro da Silva lembrou o bom relacionamento institucional que a Ordem dos Médicos, dirigida pelo agora ex-bastonaário Pedro Nunes, sempre teve com a Ordem dos Médicos Dentistas. Felicitou, igualmente, a eleição do seu sucessor, José Manuel Silva.

Pedro Nunes lembrou, numa das últimas aparições públicas enquanto bastonaário da Ordem dos Médicos, que o modelo da Ordem dos Médicos portuguesa é único na Europa e até foi seguido nos países africanos de expressão portuguesa. Em contraste, em Portugal apenas 20% dos médicos votaram nas últimas eleições, o que leva o ex-bastonaário a pensar que “muitos profissionais ainda não compreenderem as ordens”.

As ordens profissionais enfrentam, actualmente, três grandes desafios, avançou Pedro Nunes. O primeiro diz respeito ao que chamou “armadilha corporativa” de cada grupo profissional. “As ordens têm de defender o interesse público e não o interesse dos profissionais”. Como as ordens não têm poderes reais, a exibição pública, no palco mediático, e “a intervenção política poderá matar as ordens”, defendeu.

O segundo desafio está em evitar que o mesmo tipo de debate democrático vigente na sociedade seja alastrado às ordens profissionais, incorrendo estas o risco de perpetuar o mesmo *status quo* da sociedade.

Por último, urge assegurar sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, pago pelas contribuições de todos os cidadãos. “É necessário garantir que todos os cidadãos têm igual acesso a todos os recursos”, defendeu. Para isso, temos de continuar a investir em tecnologia e na formação dos profissionais, garantindo uma devida qualificação.

“  
**AS ORDENS  
TÊM DE  
DEFENDER  
O INTERESSE  
PÚBLICO  
E NÃO O  
INTERESSE DOS  
PROFISSIONAIS**  
”

“  
**AS ORDENS  
PROFISSIONAIS  
SÃO,  
EFFECTIVAMENTE,  
UM  
INSTRUMENTO  
QUE, ENTENDE  
O ESTADO  
PORTUGUÊS,  
PELA VIA DA  
AUTO-  
-REGULAÇÃO  
PROFISSIONAL,  
GARANTE  
A QUALIDADE  
DOS SERVIÇOS**  
”

## PROCEDIMENTOS A SEGUIR **PAGAMENTO DOS CHEQUES- -DENTISTA**

O cumprimento dos procedimentos de pagamento evita atrasos pelas ARS:

- 1** - Entre o dia 1 e dia 8 da cada mês, deverá solicitar no site do SISO o pedido de pagamento dos cheques-dentista utilizados.
- 2** - Nesse momento é gerada a carta de pedido de pagamento (à qual está associado o número de pedido de pagamento), que deverá enviar por CTT para a ARS respectiva, anexando apenas os cheques-dentistas devidamente assinados pelo utente e médico dentista.
- 3** - Depois de enviada a informação, deverá aguardar por um email de validação de pagamento da ARS, onde consta o número anteriormente gerado no pedido de pagamento (ponto 2).
- 4** - Deverá imprimir esse email, anexar a factura com o número de pagamento (gerado inicialmente no ponto 2) no descritivo e enviar ambos os documentos por CTT.
- 5** - A cada pedido de pagamento corresponde apenas uma única factura.



# FDI Annual World Congress

NEW HORIZONS IN ORAL HEALTH CARE

14 - 17 SEPT. 2011



# ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

# SAÚDE ORAL GLOBAL

A prestigiada revista científica *Community Dental Health* publicou recentemente um editorial da autoria de Poul Erik Petersen, responsável pelo Programa de Saúde Oral da Organização Mundial de Saúde (OMS), que salienta as actividades e as abordagens actuais deste programa que trabalha de forma sistemática no sentido de implementar, em diversos países do mundo, a promoção da saúde oral e a prevenção integrada das doenças.

Dada a relevância estratégica que este artigo tem para a saúde oral, publicámo-lo na íntegra nesta edição da revista:

## **1ª Evolução da saúde oral global O papel de liderança da Organização Mundial da Saúde**

O progresso rumo a um mundo mais saudável requer uma forte acção política, uma ampla participação e uma defesa sustentada. O Programa de Saúde Oral Global da Organização Mundial de Saúde (PGSO OMS) tem trabalhado arduamente ao longo dos anos, para colocar a saúde oral no topo da agenda da política de saúde e dos decisores a nível mundial. Em 2007, a OMS recebeu um mandato único para que os seus dois órgãos, o Conselho Executivo e a Assembleia Mundial de Saúde (AMS), reforçassem as acções relacionadas com a saúde oral. Um relatório completo sobre saúde oral global foi elaborado pelo Secretariado de Saúde (PGSO OMS) para os órgãos directivos, tendo a Assembleia Mundial de Saúde posteriormente aprovado a Resolução (AMS.60.17): “Saúde oral: plano de acção para a promoção e a prevenção integrada da doença” (Petersen, 2008; Petersen, 2009).

Esta declaração representa uma política de amplo alcance, direccionada para a melhoria da saúde oral dos indivíduos nos 193

Estados-membros. A declaração da OMS é um estímulo para os países desenvolverem ou adaptarem programas nacionais de saúde oral, e a medida é um forte apoio para as acções globais realizadas pelo PGSO OMS nos últimos anos. O plano de acção para a promoção da saúde oral e prevenção integrada das doenças engloba vários elementos.

### **A Resolução da OMS de 2007 insta os Estados-membros a:**

1. adoptar medidas para assegurar que a saúde oral é incorporada em políticas integradas de prevenção das doenças crónicas não-transmissíveis.
2. tomar medidas para garantir que são utilizadas abordagens baseadas na evidência.
3. considerar mecanismos para fornecer cuidados essenciais de saúde oral e para incorporar a saúde oral no quadro dos cuidados de saúde primários.
4. considerar o desenvolvimento e a implementação de programas de fluoretação.
5. tomar medidas para garantir que a prevenção do cancro oral é uma parte integrante dos programas nacionais de controlo e prevenção do cancro.

6. garantir a prevenção das doenças orais associadas ao HIV/SIDA e a promoção da saúde oral e qualidade de vida para indivíduos com HIV/SIDA.

7. desenvolver e implementar a promoção da saúde oral junto de crianças, como parte das actividades de promoção da saúde na escola.

8. aumentar a capacidade de formar profissionais de saúde oral.

9. desenvolver e implementar, em países afectados por *Noma*<sup>2</sup>, programas nacionais de controle da doença no âmbito de programas nacionais para a gestão integrada de doenças da infância e de redução da subnutrição e pobreza.

10. incorporar um sistema de informação em saúde oral nos planos de vigilância sanitária.

11. fortalecer a pesquisa e investigação em saúde oral.

12. consignar recursos humanos e planeamento da força de trabalho para a saúde oral como parte integrante de todos os planos de saúde.

13. considerar o aumento das disposições orçamentais que são dedicadas à prevenção e controle de doenças ou sequelas orais ou

...

1-Petersen PE. Improvement of global oral health - the leadership role of the World Health Organization. *Community Dental Health*. 2010; 27(4):194-9.

2-n.t. - também designada por “cancrum oris” ou “estomatite gangrenosa”

...  
craniofaciais.

*A Resolução requer ao Director-Geral:*

- sensibilização para os desafios globais na promoção da saúde oral, considerando as necessidades específicas dos países de baixos rendimentos, dos pobres e outros grupos desfavorecidos da população.
- assegurar que a OMS fornece orientação e apoio técnico aos Estados-membros para a elaboração e implementação de programas de saúde oral.
- promover continuamente a cooperação internacional e a interacção com e entre todos os agentes envolvidos na implementação de planos de acção em saúde oral, incluindo os Centros Colaboradores da OMS e as Organizações Não-Governamentais.
- comunicar à UNICEF e a outras organizações do sistema das Nações Unidas que desenvolvem actividades relacionadas com a saúde.
- reforçar a liderança técnica da OMS na promoção da saúde oral.

### **As abordagens da OMS para a promoção da saúde oral**

O PGSO OMS tem desenvolvido políticas para a melhoria da saúde oral no século XXI (Petersen, 2003). Quatro orientações estratégicas fornecem um quadro para focar o trabalho técnico da OMS para a saúde oral:

1. Reduzir o peso da doença ou de deficiências orais, especialmente em populações pobres e desfavorecidas;
2. Promover estilos de vida saudáveis e reduzir os factores de risco para a saúde oral com origem ambiental, económica, social e comportamental;
3. Desenvolver sistemas de saúde oral que melhorem equitativamente os resultados da saúde oral, respondam às necessidades e legítimas solicitações dos indivíduos e que sejam financeiramente justos;
4. Elaborar políticas em saúde oral, baseadas na integração da saúde

oral nos programas de saúde nacionais e comunitários, e promover a saúde oral como uma componente efectiva das políticas de desenvolvimento da sociedade.

### **Desenvolvimento de actividades da OMS**

A OMS publicou um relatório das suas realizações em saúde oral durante o período de 2002-2007 (Petersen, 2008; Petersen, 2009). Como consequência imediata da publicação da Resolução AMS60.17, o PGSO OMS está actualmente envolvida com vários projectos importantes.

### **Políticas e programas**

Com a participação activa do PGSO OMS, as políticas de saúde oral, desenvolvidas de acordo com a resolução AMS.60.17, são agora formuladas pelos Escritórios Regionais da OMS para a África e Sudeste Asiático, tendo já sido iniciadas para as Regiões do Mediterrâneo Oriental e do Pacífico Ocidental.

A Conferência Global sobre Promoção da Saúde, que teve lugar em Ottawa em 1986, foi o primeiro momento em que se criou um enfoque nos ambientes saudáveis, estilos de vida saudáveis e nos sistemas de saúde orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença. Em 2009, durante a 7ª Conferência Global da OMS sobre Promoção da Saúde, que teve lugar em Nairobi, no Quênia, pela primeira vez na história, a saúde oral foi abordada numa sessão especial organizada pelo PGSO OMS (Petersen e Kwan, 2010). A sessão centrou-se na robustez das comunidades, na literacia sanitária, nos comportamentos de saúde, estabelecimento de parcerias e criação sinérgias em acções intersectoriais, o fortalecimento dos sistemas de saúde, incluindo a edificação de competências para a

promoção da saúde oral. As directrizes estabelecidas em Nairobi para a intervenção em saúde oral, incluem:

1. A saúde oral é considerada um Direito Humano, essencial para a saúde geral e qualidade de vida dos indivíduos.
2. A promoção da saúde oral e a prevenção de doenças bucais devem ser asseguradas através de Cuidados Primários de Saúde e na promoção da saúde em geral. As abordagens integradas apresentam a melhor eficiência de custo e são a forma mais realista para a implementação de intervenções adequadas na saúde oral em todo o mundo.
3. Construir condições, a nível nacional e a nível das comunidades, para a promoção da saúde oral e prevenção integrada de doenças bucais exige políticas adequadas, bem como recursos humanos e financeiros para a redução do fosso existente entre pobres e ricos.

Recentemente, a OMS iniciou uma análise global das determinantes sociais em saúde e publicou um importante relatório, através da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais em Saúde (WHO, 2008). O PGSO OMS contribuiu para o trabalho realizado no âmbito da Comissão, concentrando a sua atenção nas determinantes sociais em saúde oral. Numa importante publicação da OMS (Blas & Kurup, 2010), a equidade e as implicações para os programas de saúde pública foram destacados como os problemas prioritários em saúde pública. O capítulo respeitante à saúde oral sugere vários pontos de partida para acções no âmbito da saúde pública (Kwan e Petersen, 2010).

### **Fuoretos e Saúde Oral**

O PGSO OMS continua a defender a utilização efectiva dos fuoretos por

“  
**ELABORAR  
POLÍTICAS EM  
SAÚDE ORAL,  
BASEADAS NA  
INTEGRAÇÃO  
DA SAÚDE ORAL  
NOS  
PROGRAMAS  
DE SAÚDE  
NACIONAIS E  
COMUNITÁRIOS,  
E PROMOVER  
A SAÚDE ORAL  
COMO UMA  
COMPONENTE  
EFFECTIVA DAS  
POLÍTICAS DE  
DESENVOLVI-  
MENTO DA  
SOCIEDADE**  
”

parte dos países, através da criação de sistemas automáticos de fluoretação. A fluoretação das águas para consumo Humano é uma importante política oficial da OMS, de acordo com várias resoluções da OMS. A fluoretação do sal e do leite são medidas muito relevantes, caso a fluoretação da água não seja possível. Nos últimos anos, o PGSO OMS esteve envolvida na organização de programas nacionais de fluoretação na China, Tailândia, Vietname, Laos, Madagáscar, Bulgária e Macedónia. A nível regional, o PGSO OMS realizou um simpósio sobre a importância do flúor na prevenção da cárie dentária, a reunião foi organizada pelo Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Treino em Odontologia Preventiva, Beijing, China. A nível global, são elaboradas directrizes e manuais para auxiliar os administradores de saúde pública, como por exemplo, um documento da OMS sobre a fluoretação do leite publicado em 2009 e um outro documento da OMS sobre agentes químicos, incluindo o flúor, preparado em 2010. Neste contexto, também a resolução da OMS TRS846 sobre Fluoretos e Saúde Oral foi actualizada e o PGSO OMS forneceu dados para o relatório SCHER da EU sobre a utilização do fluoreto na prevenção da cárie dentária.

### **Tabaco ou Saúde Oral**

O uso de tabaco é um factor de risco para o desenvolvimento do cancro de cavidade oral e doença periodontal. Com base na Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco de 2003, o PGSO OMS trabalha através da integração dos seus esforços para a saúde oral em iniciativas contra o tabaco. Recentemente, em 31 de Maio de 2009, o Programa participou na acção global “O tabaco provoca doenças da boca”, com continuação a nível nacional. Foram produzidos folhetos alertando para os efeitos

nocivos para a saúde bucal decorrentes do consumo de tabaco, para auxiliar os países na sensibilização sobre este importante factor de risco. Além disso, várias publicações do PGSO OMS, sobre o peso do cancro na cavidade oral e da doença periodontal, revelam a necessidade urgente da incorporação dos assuntos da saúde oral em intervenções nacionais relacionadas com a saúde pública.

### **Dieta-nutrição-saúde oral**

A Relatório Técnico da OMS Série 916 enfatizou a importância da dieta na prevenção de doenças crónicas, incluindo as doenças orais. O papel do consumo de açúcares no desenvolvimento de doenças crónicas, incluindo a cárie dentária, está actualmente a ser revisto pela OMS para fornecer informação actualizada sobre uma forte evidência dos efeitos nocivos para a saúde resultantes do consumo de açúcares. O PGSO OMS contribuiu para a implementação da Estratégia Global sobre Dieta, Actividade Física e Saúde, por exemplo, destacando o controlo do consumo de açúcares e sublinhando a importância do consumo de frutas e legumes na prevenção do cancro oral, e o PGSO OMS colabora com o Grupo de Peritos da OMS em Orientação Nutricional.

### **Saúde Oral Escolar**

A escola é um cenário único para a saúde das crianças, pais, professores e da comunidade. O PGSO OMS está envolvido na organização de projectos de saúde escolar em vários países do mundo. Estes projectos são particularmente estabelecidos em países de médio ou baixo rendimento e muitas vezes ligados a programas de alimentação e nutrição, de uso apropriado de flúor, por exemplo, a fluoretação do leite ou a acessibilidade a dentífricos fluoretados. Componentes da saúde

oral podem ser incorporadas em projectos de saúde geral implementados no âmbito das Escolas Promotoras da Saúde da OMS. O trabalho de saúde escolar é apoiado pela UNICEF, UNESCO e pelo Centro de Desenvolvimento da Educação.

### **Saúde oral-saúde geral-3ª idade**

A saúde oral é uma componente essencial da saúde geral e da qualidade de vida. Em 2005, o PGSO OMS e o Centro da OMS de Kobe organizaram em Kobe, no Japão, um seminário sobre “Saúde Oral-Saúde Geral no envelhecimento das sociedades”. O resultado desta reunião constitui uma importante fundamentação para o apoio dado pela OMS no reforço da promoção da saúde oral, bem como dos cuidados primários de saúde para os idosos. Os programas de saúde pública para as pessoas idosas estão no topo da agenda do PGSO OMS. Além disso, a importância da intervenção em saúde oral, justificada pelos resultados de pesquisas sobre a relação entre a saúde geral e a saúde oral, foi abordada em 2010, durante um Simpósio internacional em Niigata, Japão, organizado pelo Centro Colaborador da OMS para a Transversalidade das Ciências da Saúde Oral.

A relação entre a saúde oral e a saúde geral manifesta-se, em particular, na 3ª idade. O PGSO OMS tem documentado que a saúde oral dos idosos é largamente negligenciada pelos responsáveis políticos, autoridades de saúde, profissionais de saúde oral, investigadores e outros profissionais de saúde. Baseado em rastreios de saúde oral a nível global e na análise dos programas de saúde oral para as pessoas idosas, o PGSO OMS alertou para a necessidade de uma intervenção na saúde pública, tendo os idosos como importante grupo alvo em todo o mundo. O reforço da

“  
**O USO DE  
TABACO É UM  
FACTOR DE  
RISCO PARA O  
DESENVOLVIME  
NTO DO CANCRO  
DE CAVIDADE  
ORAL E DOENÇA  
PERIODONTAL**”

promoção da saúde, a prevenção integrada das doenças, a capacidade dos sistemas de saúde oral, incluindo os cuidados primários de saúde oral em idades particularmente sensíveis, são uma necessidade urgente. Este apelo à necessidade de intervenção na saúde pública foi publicado na *Community Dental Health* (Petersen et al, 2010).

### **Patologia oral relacionada com HIV/SIDA**

Segundo estimativas da OMS e UNAIDS, 33,4 milhões de pessoas viviam com HIV/SIDA no final de 2008. Nesse mesmo ano, cerca de 2,7 milhões de pessoas foram infectadas e 2 milhões morreram de HIV/SIDA, incluindo 280 000 crianças. Dois terços das infecções pelo HIV/SIDA ocorrem na África sub-Saariana. O peso do HIV/SIDA também é elevado no Sudeste da Ásia e apresenta-se como um crescente problema de saúde pública na Europa Oriental. O GOHP WHO está activamente envolvido na investigação de lesões orais relacionadas com HIV/SIDA em adultos, crianças e órfãos de alguns países seleccionados de África. Este projecto é realizado pelo Centro Colaborador da OMS para a Pesquisa de Programas de Saúde Oral Comunitária situado em Copenhaga, na Dinamarca. Além disso, o PGSO OMS colaborou significativamente no trabalho da OMS/UNAIDS para a prevenção do HIV/SIDA e no Programa de Saúde da Criança e HIV da OMS, por exemplo, na elaboração de módulos de ensino e formação em saúde oral e de manuais de formação dirigidos aos prestadores de cuidados de saúde primários.

### **Fortalecimento dos sistemas de saúde oral**

O PGSO OMS desenvolveu directrizes para o fortalecimento dos sistemas assistenciais de saúde oral. Em países de elevados rendimentos as

“  
**A CÁRIE DENTÁRIA É UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA MUNDIAL. APESAR DO GRANDE ESFORÇO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA, AS RESTAURAÇÕES DENTÁRIAS AINDA SÃO UMA NECESSIDADE PARA O RESTABELECIMENTO FUNCIONAL DOS DENTES**  
”

desigualdades e a adaptação dos serviços para atender às necessidades da população são questões importantes. Em países de baixo e médio rendimento, o aumento da capacidade, a cobertura universal e financeiramente justa dos cuidados de saúde oral são os principais desafios associados a iniciativas para resolver o problema das desigualdades. No entanto, na maioria dos países do mundo há uma grande necessidade para o estabelecimento de sistemas nacionais de saúde oral que sejam efectivamente orientados para a promoção da saúde e prevenção integrada das doenças. Para os países com limitados recursos humanos em saúde oral, a OMS encoraja a formação específica em saúde oral dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários. Estes programas de formação devem incluir a triagem das doenças orais, detecção precoce, atendimento inicial de sintomas/problemas orais e prestação de cuidados essenciais de saúde oral. Existem experiências positivas em países em desenvolvimento em relação ao cancro oral e ao HIV/SIDA. No trabalho com os diferentes países, o PGSO OMS tem dado apoio ao desenvolvimento dos cuidados primários em saúde oral com base nos princípios enunciados no Relatório Mundial da Saúde sobre Cuidados Primários de Saúde (2008) e aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde na Resolução AMS.62.12 (2009).

### **Protecção do ambiente e cuidados dentários**

A cárie dentária é um problema de saúde pública mundial. Apesar do grande esforço na promoção da saúde e prevenção da doença, as restaurações dentárias ainda são uma necessidade para o restabelecimento funcional dos

dentes. São cada vez mais reconhecidas as implicações ambientais resultantes da utilização de mercúrio e preferem-se as soluções alternativas para a amálgama dentária. A OMS e a *United Nations Environment Programme* (UNEP) têm reforçado o trabalho para a redução das emissões de mercúrio e respectivo uso. A UNEP está mandatada para elaborar um instrumento juridicamente vinculativo sobre a proibição do mercúrio. Os trabalhos começaram em 2010 com o objectivo de serem concluídos antes do Conselho Administrativo da UNEP /Fórum Ministerial Mundial do Ambiente em 2013. Esse Tratado terá um impacto significativo na prestação de cuidados de saúde oral em todo o mundo. Devido à intervenção do PGSO OMS, foi decidido adiar o processo para o sector dos cuidados de saúde dentária, a fim de desenvolver alternativas de qualidade para as restaurações dentárias com amálgama. No final de 2009, o PGSO OMS realizou uma consultoria em Genebra, que visou os diferentes materiais de restauração dentária. Um relatório dessa reunião técnica forneceu um conjunto de informações, sobre as mais actuais evidências respeitantes à utilização de materiais dentários restauradores e foram ainda discutidos alguns dos desafios, no futuro, em relação ao recurso a materiais alternativos à amálgama dentária.

### **Liderança da OMS em informação em saúde**

Os Regulamentos de Nomenclatura da OMS são essenciais para a prática de cuidados de saúde e a Classificação Internacional de Doenças (CID) é usada para informação de mortalidade e de morbilidade em todos os Estados-Membros. As versões do CID têm-se mostrado úteis para a codificação da

mortalidade e da morbilidade, bem como para o registo de doenças específicas, lesões, sinais, sintomas, queixas, circunstâncias sociais, razões para a apresentação e as causas externas de lesões e doenças. A OMS iniciou a realização de uma revisão da versão actual da CID-10 na CID-11. Uma série de Grupos de Aconselhamento Temático (GTA) foram criados para apoiar esse trabalho técnico, um destes grupos está focado na saúde oral. O PGSO OMS convidou um grupo de especialistas em saúde oral de todas as Regiões para ajudar na preparação desta versão mais recente a ser usada nas ciências dentárias.

### **Vigilância da saúde oral**

O PGSO OMS tem desenvolvido sistemas para a vigilância em saúde oral, de forma a poderem ser integrados em programas Nacionais de vigilância de saúde. O sistema da OMS STEPS contém um módulo de saúde oral para a recolha de dados através de questionários e esse sistema já está em uso em vários países. A vigilância em saúde oral baseada em indicadores clínicos é recomendada também para os diferentes países através do manual da OMS *Oral Health Surveys-Basic Methods* (WHO, 1997). O manual foi actualizado, incluindo os questionários STEPS para a avaliação de risco para a saúde oral e medidas de qualidade de vida. Além disso, são sugeridas ferramentas para a recolha de dados sobre lesões bucais relacionadas com o HIV/SIDA. Ao longo dos últimos anos, a actualização do manual da OMS foi validada a partir de inquéritos realizados em países seleccionados em todo o mundo, a componente do HIV/SIDA foi concebida a partir de experiências adquiridas em países Africanos.

O PGSO OMS continua o seu esforço em manter o Banco de Dados Global de Saúde Oral instalado através dos

Centros Colaboradores da OMS para a Educação, Formação e Investigação em Saúde Oral, localizado em Malmö, na Suécia e o da Transversalidade das Ciências da Saúde Oral, situado em Niigata, no Japão. O banco é altamente relevante para o desenvolvimento global da vigilância da saúde e actualmente a informação, proveniente dos diferentes países, será vital para a futura publicação *Global Burden of Disease*. A vigilância do cancro oral é baseada nos dados fornecidos pela Agência Internacional da OMS para a Investigação sobre Cancro. O PGSO OMS está envolvido com a vigilância da Noma em países Africanos, em conjunto com OMS/AFRO. Recentemente, a OMS realizou um levantamento sobre a actual situação epidemiológica da Noma e a implementação de programas nacionais de prevenção.

### **Investigação em Saúde Oral**

Foi dada uma elevada prioridade à investigação em saúde oral, por parte do PGSO OMS. A Assembleia Mundial de Saúde em 2010 re-enfatezou as responsabilidades e objectivos da OMS na investigação em saúde. A OMS reconhece a importância da investigação na promoção e equidade em saúde. Em geral, pretende-se o reforço a nível nacional dos sistemas de investigação em saúde e iniciar ou fortalecer a colaboração entre países. Uma particular atenção deve ser prestada às necessidades de investigação dos países com baixos rendimentos, notoriamente em áreas como: a transferência de tecnologias, recursos humanos na área da investigação e o desenvolvimento de infra-estruturas. A OMS fornece directivas muito claras sobre investigação em saúde pública oral (Petersen, 2009). Estas implicam uma forte ênfase nas determinantes sociais, qualidade de vida, saúde oral, sistemas de pesquisa e investigação, evidência

para a intervenção em saúde pública, pesquisa em metodologias operacionais e estabelecimento de pontes entre a saúde oral nos países em desenvolvimento e naqueles já desenvolvidos.

A 7ª Conferência Global de Promoção da Saúde (Petersen e Kwan, 2010) alertou para a necessidade de implementação da medicina dentária, em benefício das populações mais pobres e excluídas em todo o mundo. De forma a alcançar esta meta o PGSO OMS interage numa estreita colaboração com os Centros Colaboradores de saúde oral da OMS, com a Associação Internacional de Investigação Dentária (IADR) e com a Federação Dentária Internacional (FDI). Recentemente a IADR iniciou um promissor projecto ao desenvolver a agenda global para a pesquisa das desigualdades sociais em saúde oral. O reforço de tal investigação tenciona cobrir as principais doenças orais, os seus determinantes sociais e as implicações para a investigação em saúde pública.

### **Trabalho da OMS com as Organizações Não-Governamentais (ONG)**

A OMS organiza regularmente encontros com as ONG para a partilha de experiências na prevenção das doenças crónicas. O PGSO OMS trabalha efectivamente com duas ONG globais, ou seja, a Federação Dentária Internacional (FDI) e a Associação Internacional para a Investigação Dentária (IADR). As duas ONG estabeleceram uma estreita colaboração oficial com a OMS e as actividades desenvolvidas baseiam-se no planeamento de um trabalho conjunto ao longo de três anos. As actividades em curso da OMS-FDI-IADR são, por exemplo, o fornecimento de robusta evidência e experiência prática relevantes para o

“  
**A OMS RECONHECE A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO NA PROMOÇÃO E EQUIDADE EM SAÚDE. EM GERAL, PRETENDE-SE O REFORÇO A NÍVEL NACIONAL DOS SISTEMAS DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE E INICIAR OU FORTALECER A COLABORAÇÃO ENTRE PAÍSES**  
”

desenvolvimento de futuros materiais para a restauração dentária e reforço da intervenção de saúde oral em relação aos idosos. A OMS também trabalha com outras ONG, tais como a Ajuda Dentária Internacional (AOI), em projectos de base comunitária na saúde oral, em vários países com baixos e médio rendimentos.

### O Papel de Liderança da OMS

O mandato da OMS para a acção em saúde oral e as orientações para o trabalho a ser realizado pelo programa técnico de saúde oral foi estabelecido na Resolução AMS.60.17. O PGSO OMS continua seu esforço para a aumentar a sensibilização dos decisores políticos e das autoridades de saúde ao nível global, regional e nacional para a importância da saúde oral. Esta tarefa essencial inclui ainda a advocacia da saúde oral junto de outras organizações das Nações Unidas, tais como a UNICEF, a UNESCO, a UNEP e a UNAIDS. Para a saúde oral, é fundamental trabalhar de forma eficaz com as ONG, pois esta interacção pode proporcionar uma troca de experiências e dar início a novas acções de saúde oral.

O PGSO OMS integra também as suas actividades em saúde oral, no trabalho desenvolvido por outros departamentos ou unidades da OMS. Em primeiro lugar, integra

“  
**OMS ESTÁ  
ALTAMENTE  
EMPENHADA  
EM TRABALHAR  
PARA A  
IMPLEMENTAÇÃO  
DA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE  
E ESTREITAR  
O FOSSE  
RELATIVAMENTE  
À SAÚDE ENTRE  
RICOS  
E POBRES,  
A NÍVEL GLOBAL,  
REGIONAL  
E NACIONAL**  
”

todos os serviços de alimentação e nutrição, de luta contra o tabagismo, o cancro, HIV/SIDA, da saúde infantil, do envelhecimento e saúde, e colabora nos serviços relacionados com o fortalecimento dos sistemas de assistência em saúde e de Cuidados Primários de Saúde, de vigilância, de pesquisa e evidência em saúde pública, de água e saneamento e dos ambientes saudáveis.

O GOHP é uma unidade do Departamento de Doenças Crónicas e de Promoção da Saúde da OMS. O departamento desenvolveu seu Plano de Acção para a Prevenção de Doenças Não-Transmissíveis 2008-2013 e que incide sobre factores de risco, igualmente importantes para a saúde oral, ou seja, a dieta e nutrição, uso de tabaco e o consumo excessivo de álcool. Este plano de acção oferece uma plataforma única para a integração da prevenção de doenças orais, na prevenção de outras doenças crónicas proeminentes, tais como a diabetes e o cancro em geral. O PGSO OMS trabalha efectivamente com os Centros Colaboradores da OMS na área da saúde oral. As actividades desses Centros são realizadas sob a liderança da OMS; o grande empenho e a assistência técnica de elevado nível oferecida pelos Centros Colaboradores da OMS são uma mais-valia para a

implementação do plano de trabalho para a saúde oral da OMS. Paralelamente, todo o trabalho realizado pela IADR, FDI e AOI em apoio da OMS é muito apreciado.

Globalmente, a OMS desempenha um papel importante no trabalho de prevenção e controlo de doenças e promoção da saúde. A adopção dos princípios básicos na promoção da saúde ainda é um desafio grande para países de todo o mundo. A 7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde de 2009 definiu as directrizes para a transferência da ciência para a acção e foram feitos esforços especiais em relação à saúde oral. Actualmente, a OMS tem vindo a fortalecer o seu trabalho para a promoção da saúde; a promoção da saúde oral é uma parte importante deste projecto. Com base na evidência disponível, o objectivo deste trabalho é especificar “o que funciona” e identificar os obstáculos e as oportunidades para a promoção da saúde. Mais importante ainda, a OMS está altamente empenhada em trabalhar para a implementação da promoção da saúde e estreitar o fosso relativamente à saúde entre ricos e pobres, a nível global, regional e nacional.

(Tradução do artigo por Mestre José Frias-Bulhosa)

### Bibliografia

- Blas, E., Kurup, A.S. (2010): Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization.
- Commission on Social Determinants of Health (2008): Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the CSDH. Geneva: World Health Organization.
- Kwan, S., Petersen, P.E. (2010): Oral health: equity and social determinants. In: Equity, social determinants and public health programmes. Ed. Blas, E., Kurup, A.S., pp159-176. Geneva: World Health Organization.
- Petersen, P.E. (2003): The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and Oral Epidemiology 31 (1), 3-24.
- Petersen, P.E. (2008): World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. International Dental Journal 58, 115-121.
- Petersen, P.E. (2009): Global policy for improvement of oral health in the 21st century - implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dentistry and Oral Epidemiology 37, 1-8.
- Petersen, P.E., Kwan, S. (2010): The 7th WHO Global Conference on Health Promotion- towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). Community Dental Health 27 (Supplement 1), 1-9.
- Petersen, P.E., Kandelman, D., Arpin, S., Ogawa, H. (2010). Global oral health of older people - Call for public health action. Community Dental Health 27 (Supplement 2), 1-11.
- World Health Organization (1997). Oral Health Surveys-Basic Methods (4th Edition). Geneva: WHO.



10 | 11 | 12 | NOV | 2011 | CENTRO DE CONGRESSOS DE LISBOA | PORTUGAL

# LISBOA NOV. 2011



**XX CONGRESSO**  
ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS  
PORTUGUESE DENTAL ASSOCIATION ANNUAL MEETING



CONGRESSO OMD

[www.ond.pt](http://www.ond.pt)

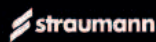
ORGANIZAÇÃO



PLATINIUM SPONSOR



GOLD SPONSORS



PATROCINADORES OFICIAIS



# Peça o Novo CATÁLOGO 2011



## A Ravagnani Dental no Mundo



**MAIA**  
T. 22 974 11 02 F. 22 974 11 01  
Rua da Caverreira, nº 30  
4425-042 Águas Santas - MAIA

**ALMADA**  
T. 21 274 48 04 F. 21 274 48 04  
Rua Padre Francisco Recreio, 3 - A (traseiras)  
2800-082 Almada

**ALGARVE**  
T. 289 360 025  
Fonte de Boliquiteime - EN125  
Ed. Fonte Nova, Lote 3, Loja A  
8100-070 Boliquiteime

[WWW.RAVAGNANIDENTAL-PORTUGAL.COM](http://WWW.RAVAGNANIDENTAL-PORTUGAL.COM)

E\_mail: [comercial@ravagnanidental-portugal.com](mailto:comercial@ravagnanidental-portugal.com)