www.jornaldentistry.pt - Mensal. março 2023 Ano 10 n. 104 €7 (Cont.)
Diretora: Prof. Doutora Célia Coutinho Alves

O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

bti
Human
Technology

SOMOS BTI
ESTE É O NOSSO MUNDO.
SEJA BEM VINDO!

CIÊNCIA E EXPERIÊNCIA
PARTILHADOS CONSIGO

www. bti-biotechnologyinstitute.com

Célia Coutinho Alves, DDS, PhD, médica dentista doutorada em periodontologia

A MULHER TAMBÉM PRECISA DE DORMIR

Em março escolhemos, uma vez mais, sublinhar o papel da mulher. Não porque precisem, mas porque merecem. E como merecem! No dia 8 deste mês celebra-se o Dia Internacional da Mulher. O número 8, que na sabedoria japonesa se entende como completo, e que se o deitarmos, se transforma em infinito (¥). Creio que não será por acaso que foi escolhido para celebrar a mulher. Nele relembramos ao mundo que há um trabalho de formiguinha persistente e resiliente só ao alcance das mulheres. Sei que é uma opinião suspeita, mas não são todas?

Creio que temos muita sorte, nós as mulheres, mesmo com todas as dificuldades e contrariedades, em termos nascido em Portugal, neste país em que escrevo e em que me leem. Somos um país à beira-mar plantado, de brandos costumes, mas de mulheres guerreiras, que ficaram de corações apertados a ver filhos e maridos partirem à conquista de mares nunca dantes navegados e terras prometidas. Alguns destes genes devemos continuar a carregar, por certo. E se é verdade que o nosso epigenoma é moldado pelos nossos hábitos e comportamentos, então será talvez por isso que cada geração de mulheres portuguesas acrescenta um ponto na arte de ser mais, de dar mais, de fazer mais (como tiveram de fazer por si, pelos que ficaram e pelos que partiram na epopeia ida dos descobrimentos).

Neste mês em que celebramos o Dia internacional da Mulher quisemos dar voz a algumas mulheres dentistas que também se têm destacado noutras áreas ou acumulado a medicina dentária com outras funções. Ainda esta semana, em conserva com um colega espanhol, ele me dizia que estava a pensar aumentar o número de gabinetes e ter mais valências interdisciplinares para responder às necessidades dos seus pacientes e me perguntava como é que eu fazia para dedicar tempo à gestão. Disse-lhe que a fazia entre consultas, porque, na verdade, a ideia inicial de dedicar uma tarde ou uma manhã por semana, não se mostrou exequível, pois são muitas as solicitações que vão caindo a toda a hora. Respondeu-me de imediato que isso de ser multitasking é só para as mulheres, que quando está em consultas, está em consultas. Pois, não sei muito bem o que é isso de ser multitasking, mas sei o que é ter de se ter uma organização primorosa dos vários chips que temos de trocar consoante a hora do dia. Quando somos mães, filhas, esposas, gestoras de casa, gestoras de clínicas, médicas-dentistas à cadeira, amigas, empregadoras ou docentes. E com tudo isto, pouco tempo sobra para sermos mulheres. Já para não falar do tempo que nos sobra para sermos mulheres livres. A verdade é que se perguntarmos às mulheres que tempo do seu dia tirariam aos outros para dedicar a si, quase todas teriam dificuldade em responder. Porque todos os chips estão encaixados que nem puzzles desde que o despertador toca até que a luz da cabeceira se volta a apagar e se inspira fundo com as omoplatas afundadas no colchão. E com sorte, o sono dessa noite será suficiente e reparador. Não há crianças pequenas ou idosos dependentes que nos acordem durante a noite. O trabalho do dia descansará à noite, tal como nós. O que nem sempre acontece...

Assim, juntamos a mulher e o sono na rubrica de março. Porque também em março se celebra o Dia Mundial do Sono. Aparentemente sem ligação linear, estão mais ligados do que imaginamos. Há que cansar o corpo de dia para dormir melhor à noite, dizem-nos. Mas é daquelas verdades que só mais tarde percebes que não é universal. A higiene do sono é fundamental para que o peso das responsabilidades ou das expectativas não se manifestem de forma inversa no sono, tornando-o cada vez mais leve e raro.

Mas não posso concluir este editorial sem lembrar que nem todas as mulheres do mundo têm a nossa sorte. A de nascerem livres para serem exatamente isso: mulheres livres. As atrocidades que se contam por esse mundo fora e que vêm à luz das notícias de vez em quando, fazem-me querer dar-lhes voz, dizer-lhes que contam, que são mulheres tal como eu e que um Dia Internacional é pouco para as fazer lembrar e valer os seus direitos. Que todos os dias sejam dias de celebrar as mulheres livres. Porque, as mulheres livres bastar-se-iam para ser tudo o resto que quisessem ser! ■

Célia Coutinho Alves

Célia Coutinho Alves , Médica Dentista Especialista em Periodontologia pela OMD, Doutorada em Periodontologia pela Universidade Santiago de Compostela

n. 104 março 2023

SUMÁRIO

EDITORIAL
.....03

CONVIDADO DO MÊS
Da Ciência à Arte
.....04

As Mulheres e os Homens são diferentes
.....06

CRÓNICA
Pimenta na Língua
.....08

Como evitar e resolver casos de pacientes com hipersensibilidade do tipo IV aos implantes de titânio
Dra. Ana Paz
.....10

Março - Mulheres na liderança
Dra. Mónica Pereira Lourenço
.....12

Queremos medir Resultados em Saúde Oral?
Dr. Orlando Monteiro da Silva
.....14

ASSIM VAI A...
A mulher e o sono
.....16

CLÍNICA
Implante reimplantado no setor estético. Previsibilidade e resultados a 10 anos
Eduardo Anitua DDS, MD, PhD
.....24

ENTREVISTA | CONGRESSO
"Todos os anos o nosso empenho é fazer mais e melhor na realização do nosso congresso da APHO"
.....28

ENTREVISTA | ANTEVISÃO
Simpósio Anual de Estudantes de Medicina Dentária quer aliar "formação dos futuros médicos dentistas" ao plano curricular das escolas medico-dentárias portuguesas
.....29

GESTÃO & MARKETING
Trabalhar muito ou trabalhar melhor?
Dr. Celso Orth
.....30

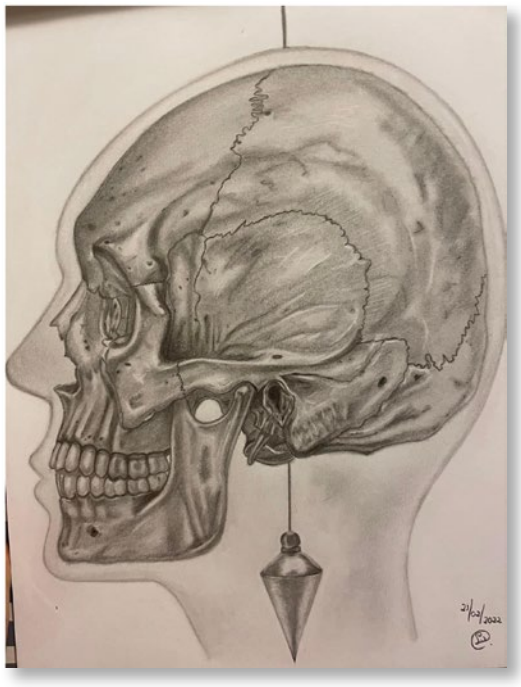
DA CIÊNCIA À ARTE

Dra. Susana Traila, 03124 da OMD. Autora (Textos e Ilustrações) do livro "A Purga da Virulência".

Fui convidada "para protagonizar a secção da edição de Março 'Convidado do Mês'", tendo como sugestão escrever sobre o meu "percurso profissional como mote 'Da Ciência à Arte'". O coração a bombear um fartote de gratidão. A trote, o meu pensamento. Um tormento seria uma dissertação egocêntrica. Saio do centro. Salto para a periferia: excêntrica. Pela singularidade da vivência na autencidade. O meu percurso. Na visível materialidade fracote. Sem displicência. Excesso (talvez) o curso da responsabilidade pelo que vaticina. Acção na solidão. Nesta cadência, nesta sonoridade, um alento. Em consciência: transformação da ciência em arte e da arte em ciência. Movimento em permanência. Abertura ao devir. Ao mundo do sentir.

No fundo brunir as palavras. Numa polimerização em frases coesas e coerentes. Eferentes para o leitor. Em volteio, é provável o devaneio. Trago a sina na mão, extensão simbiótica de um cérebro que habita no coração. Desdita na aparência, essência em missão. Na carótida pulsa puro sangue lusitano, a galope. Em traços largos a comunicação. Na mensagem a energia que depura, gera alegria, e faz sorrir. Área de formação: a Ciência Dentária. Uma medicina. Acção: prevenir, tratar, curar. Uma arte de cura. Cura(dor). Por amor: livre servo à saúde. Ao alívio da dor. Ao enfermiço adiar o ataúde. Na possibilidade de suavizar o sofrimento de cada um. Movimento em permanência. Analogia. Curadoria. Acervo artístico. Arte. A musicalidade destas palavras, numa só voz, uma ária. À ciência: a arte não lhe é uma área contrária. Há um eterno fluir e refluir à procedência. Conhecimento afluir. Cedência. Transmissão de informação. Progredir.

Nem tudo é inteligível. O incognoscível acicata o progresso. Não sou eu que o confesso. A história é a evidência deste processo. Registos desde a antiguidade. O desconhecido. Mentes criativas. Reactivas à curiosidade. Invenção. Evolução da medicina. O interior do corpo humano era invisível. Pela opacidade da pele. Renascimento. Leonardo da Vinci galgou esta barreira. Representação realista. Pormenorizada. Proporcional. Multidimensional. Desenho anatómico. Recurso fundamental para a compreensão do funcionamento do órgão. Transposição da ciência para a arte. Eureka! Pela lógica estava criada a Imagiologia. Assinalada a primeira época da cultura visual da Medicina. Publicação ilustrada (1543) da autoria de Andreas Vesalius "De Humani Corporis Fabrica". Tratado de Anatomia. Infindável a lista da colaboração entre artistas e anatomistas. "Veni, vidi, vici". A obra de arte ao serviço da comunicação científica e pedagógica. Um salto na compreensão do corpo humano.



Desenho de Susana Traila.

Os sentidos abrem o corpo à mente. Na pele, órgão essencial para a sobrevivência humana, a vida desenha linhas de expressão. No papel, em liberdade de expressão, desenho linhas de actuação, através de rabiscos em grafite e palavras escritas; tento uma proposta de reflexão. Desengano. Não faço arte. Amadorismo a discorrer. Muito caminho a percorrer. A vida, é sempre o melhor tutor; e o melhor avaliador. "Só a experiência, a dor e o trabalho trazem a dignidade que uma obra literária exige. Mesmo que não se tenha génio, pode-se, então, ter compostura." (Miguel Torga - pseudónimo do escritor e médico Adolfo Correia da Rocha, in Diário - 1947). Não basta ter um vislumbre de talento. Os passos têm de ser dados com tento. A maioria dos cavalos falhados deve-se ao facto de os terem obrigado, quando ainda impreparados, a saltar obstáculos desmesurados. A escutarem vozes sem temperança. Que os picaram com a espora a toda a hora. Após muitas quedas e enfados perderam a autoconfiança. Equitação é equilíbrio, descontração e postura. Treinar com paciente inteligência. Persistência sem desistência. Sem pressa. Haja sensibilidade. Inspiração. Transferir para a nossa criação a vivência pregressa. Fazer da obra o resultado da nossa origem, da nossa experiência, da sofrência, da feliz ocorrência, da aparente inconsistência, da coerência; em consequência de prestar assistência. Criar pelo (e para o) outro. Altruísmo. Empatia. Pormo-nos dentro da sua pele. Aceder ao seu interior, ao invísivel. Pormo-nos ao serviço da Humanidade. Pelo exemplo, estimular a consciência da condição humana. Essa é a arte de saber viver: uma maneira de ser e de proceder; a ciência da existência.

"A beleza das coisas existe na mente de quem as contempla" (David Hume). Na realidade é muito difícil avaliar, distinguir entre a capacidade de criar o belo que apraz e o ser capaz de criar verdadeira arte. Matura aceitação. O brio da humildade. A não-quietude. Provocar emocionalidade. O arrojo que desperta. Pela autenticidade, o equilíbrio. Inquieta manifestação de civilidade. Utilidade. Abertura ao mundo do sentir. Evoluir.

Na relação médico-doente a confiança na Humanidade. A certeza de reconhecer na pessoa a sua natureza. Dignidade. Beleza. A obra de arte afiança a experiência do incomunicável. A incerteza de reagir com subtil sageza à realidade que nos cerceia. Ética que se permeia de estética. Estética premiada pela ética. Na ciência e na arte: o pensar, o sentir e o agir. O estar ao serviço: interrogante, empático, criador. Olhar a realidade como se nada fosse evidente, sentir em si o envolvente, e dar dando-se, livremente.

"(...) que o meu corpo, as minhas sensações e os meus pensamentos se transformem em escrita, isto é, em qualquer coisa de inteligível e comum - a minha existência completamente dissolvida na cabeça e na vida dos outros. (In O Acontecimento, Annie Ernaux (1940-), Prémio Nobel de Literatura 2022, (Porto Editora 2022). E assim minorar (a ti que me lês) os males físicos, sofrimentos emocionais, angústias existenciais. Aliviar-te. Com o medicamento que combate o sofrimento interior: na audácia de "dispensar a farmácia" : purgAR-TE. MedicARTE.

A medicina é arte. A face é a parte do corpo humano mais valorizada. O sorriso uma curva que comunica. Contagia e encanta. Não pela absoluta simetria entre as duas metades separadas pela linha média; não pela perfeição, mas pela harmonia.

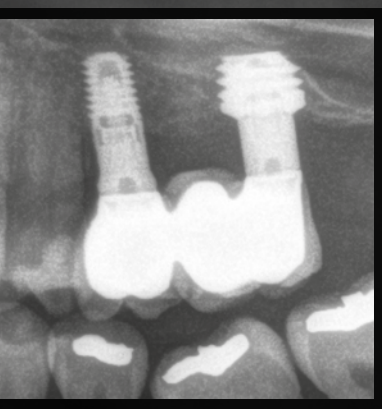
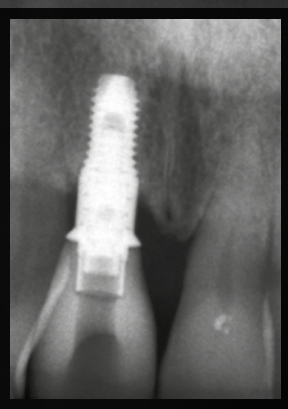
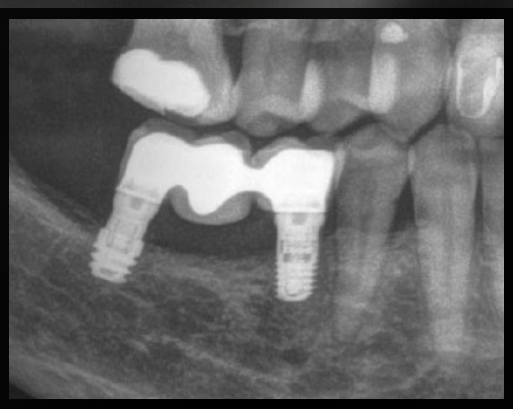
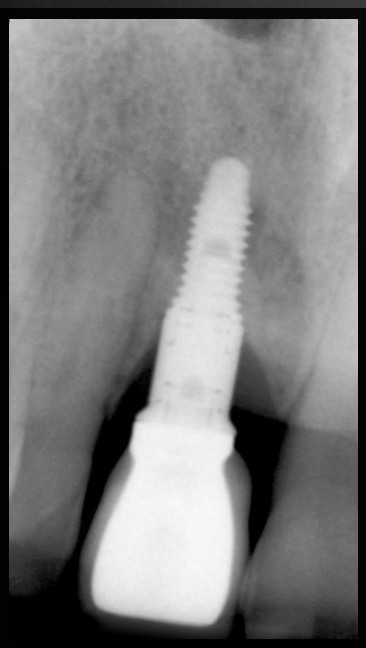
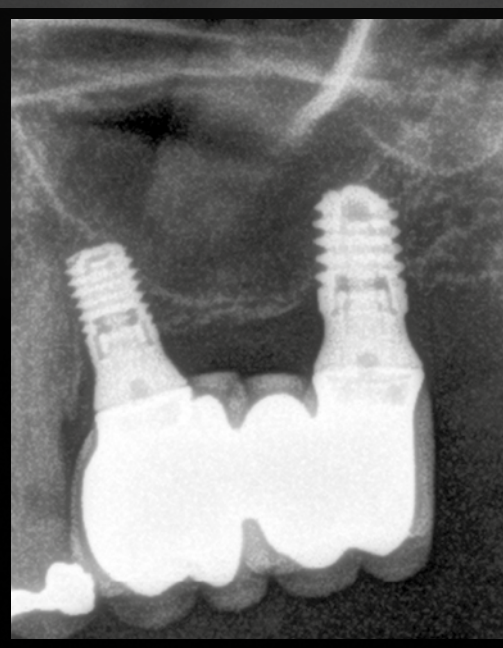
A arte é medicinal. ■

O autor escreve segundo a antiga ortografia.

bti®
Human
Technology

CIÊNCIA, SAÚDE, PESSOAS

CADA CASO É DIFERENTE, CADA PACIENTE É ÚNICO

Os problemas existem.
Nós temos a solução.

BTI Biotechnology Institute Portugal
Tel.: +00 351 22 1201373 | bti.portugal@bticomercial.com | www. bti-biotechnologyinstitute.com

AS MULHERES E OS HOMENS SÃO DIFERENTES

Dr. André Mariz de Almeida, médico dentista.

Parece o início de um espetáculo de stand-up, mas no mundo científico apenas percebemos isto de uma forma lenta nas últimas décadas, e continuamos lentamente a perceber.

Hoje, tenho o privilégio de escrever o editorial de um número muito especial, um número que está dedicado às mulheres num mês em que se fala de sono.

Assim, e se formos buscar o famoso livro de John Gray, "Os Homens são de Marte e as Mulheres de Vénus", podemos analisar as diferenças entre homens e mulheres nos diferentes campos da saúde, da ciência à investigação.

Dedico-me à Dor Orofacial, disfunção temporomandibular e sono. Nesta edição d'O JornalDentistry temos algumas das referências nacionais, mulheres, a falar sobre sono. A maior parte delas vão marcar presença no V congresso Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e Sono, que decorrerá de 18 a 20 de maio na Egas Moniz School of Health and Science. Uma oportunidade única para ouvir estas especialistas, líderes na sua área.

Assim, escolhi dedicar este espaço para vos falar de dor. Em particular, nas diferenças ao nível da entre mulheres e homens. Estamos habituados a ouvir que os homens "são uns piegas". De facto, todos tomamos os mesmos fármacos para a dor, mas hoje sabemos que mulheres e homens apresentam um comportamento diferente na modulação de dor. Uma revisão publicada no Journal of Pain Research em 2017 analisou 25 estudos sobre dor que investigaram as diferenças de género em dor crónica.

Os resultados sugerem que as mulheres têm uma maior prevalência de dor crónica em comparação com os homens, em vários tipos de dor, nomeadamente dor musculoesquelética. Uma das explicações poderá prender-se com questões hormonais. Ou seja, se os homens são mais piegas é porque não estão tão habituados a sentir dor mas também porque se espera que as mulheres sintam dor durante grande parte da sua vida, dor associada à menstruação, dor de parto, estando assim habituados culturalmente a desvalorizar a dor na mulher.

Em 2018, Serena Williams afirmou que "os médicos não ouvem" quando se referia à questão da dor. Enquanto profissionais de saúde é essencial termos noção das diferenças biológicas e culturais relativamente à dor no género.

Devemos ter como objetivo assegurar que temos um entendimento profundo do doente que está à nossa frente, em termos de género e de todas as outras caraterísticas individuais para, assim, podermos individualizar igualmente o tratamento.

Acredito que, no futuro, chegaremos a um ponto em que teremos não apenas comprimidos para homens e mulheres, mas sim totalmente individualizados de acordo com o nosso fenótipo.

Quando falamos de ciência também temos de ver os ângulos mortos na pesquisa científica. Na Medicina Moderna, até há relativamente pouco tempo, grande parte dos ensaios clínicos eram feitos sem qualquer tipo de atenção ao género. Investigadores faziam apenas ensaios em homens e os resultados eram transpostos diretamente para as mulheres. Afinal nessa altura os homens e as mulheres eram todos do mesmo planeta no que toca à saúde. Apenas em 1993 a Food and Drug Administration nos Estados Unidos legislou que os ensaios clínicos patrocinados pelo governo considerassem ambos os géneros. Assim se percebe o viés existente em algumas conclusões em diferentes áreas referente a género.

Um trabalho muito interessante de revisão, em 2017, publicado no Natural Human Behaviour, avaliou 1,5 milhões de artigos médicos e mostrou que a probabilidade de um estudo incluir análise de género e sexo era maior quando as autoras eram mulheres, o que demonstra a importância da inclusão de mulheres em cargos de liderança na pesquisa médica. Além disso, cientistas do género feminino têm 35% mais probabilidade do que cientistas do género masculino de desenvolver tratamentos que beneficiem as mulheres, mas apenas 13% dos detentores de patentes são mulheres, indicando que há uma falta de reconhecimento e apoio para as mulheres na área de pesquisa.

É um privilégio escrever este editorial, neste momento do nosso tempo, em que sabemos que a paridade de género tem um caminho longo, o trabalho vai ser duro, mas temos a noção do caminho a percorrer, com quem caminhar e o muito que há a fazer. Da minha parte, é uma honra trabalhar com todas as mulheres com quem partilho a minha vida profissional e académica. Inspiram-me todos os dias, e fazem com que cada vez seja melhor investigador, professor e médico. Obrigado. ■

apex

MATERIAL E EQUIPAMENTO MÉDICO, LDA.

NOVA DISTRIBUIÇÃO SOLUÇÕES PARA RADIOLOGIA vatech

SCAN ME

Smart Plus™

A melhor escolha para implantologia

Green X™

Inovação da geração GREEN

vatech A9™

Superando a barreira de excelência

PaX-i™

O seu sócio no êxito digital

EzRay Air™ Wall

Inovação em peso

EzSensor Classic™

Fácil diagnóstico e grande experiência

www.apex.pt
@apexlda
@apex.pt

Rua Aval de Cima, 79
4200-107, Porto
225 573 320
Rede fixa nacional
admin@apex.pt

Rua Marcelino Mesquita, 3C - Urb. Sta. Catarina
2795-134 Linda-a-Velha
214 147 440
Rede fixa nacional
apexlisboa@apex.pt

PME líder'21

PIMENTA NA LÍNGUA

"ENERGIA É O QUE TENSIONA O ARCO; DECISÃO É O QUE SOLTA A FLECHA" – SUN TZU

Dr. João Pimenta, Académico Honorário da Academia Brasileira de Odontologia.

Estimados colegas:

Espero que esta minha carta vos encontre bem, que eu "cá vou andando" como diz o povo...teimosamente pensando pela minha cabeça e emitindo opiniões, aos olhos de alguns, desagradáveis e até despropositadas.

Mas eu sou assim, e com a minha idade, para o bem e para o mal, continuarei a ser a voz incómoda para os medíocres, incompetentes e afins, onde incluirei alguns trepadores sociais e académicos.

Vem isto a propósito de uma lembrança que me ocorreu sobre um facto que colocou em alvoroço a Faculdade onde me licenciei (sim, que este vosso amigo é licenciado com muito orgulho pela Escola Superior de Medicina Dentária do Porto que deu origem, não sei se bem se mal, à actual Faculdade, antes da estupidez que foi a adesão ao "famoso" processo de Bolonha).

Há mais de 20 anos, e porque um diretor dizia "escrevam" aos alunos que se queixavam da qualidade do ensino ministrado nessa Instituição, houve uma reunião geral de estudantes que decidiu avaliar esse mesmo ensino.

Cada ano elaborou um relatório que foi entregue à direção da Faculdade e, salvo erro, à Reitoria. Por acaso tive acesso a esse relatório, e lembro-me que era avassalador para um número relativamente elevado de disciplinas e seus docentes.

Há alguns dias coloquei nas redes sociais um pedido para ver se alguém ainda tinha esse documento, que não provocou qualquer efeito prático, como aliás é habitual na "Tugalândia", a não ser, e segundo um colega, um exagerado número de reprovações a pelo menos uma disciplina que era "fuzilada" nesse mesmo relatório.

Eu sei que há muitos critérios de avaliação das Universidades e das suas Faculdades. E sei também que, e segundo um documento da Entidade responsável por essa mesma avaliação, está escrito:

"A participação dos estudantes nos processos de avaliação tem uma dimensão relativamente bem definida na maioria dos sistemas de avaliação de vários países europeus, assumindo formas variadas, tanto ao nível da implementação interna (IES), como ao nível da implementação externa (Sistema) da avaliação. A participação dos estudantes pode ser encarada de diversas formas, por exemplo:

a) Como parceiros ou actores-chave, oferecendo uma perspetiva única sobre a situação do ensino superior, das instituições de ensino superior e da educação, em resultado da sua posição singular em termos de visão e conhecimento privilegiado sobre a qualidade.

b) Como *stakeholders*, constituindo um grupo (institucional e social) especialmente visado e, consequentemente, interessado na qualidade do ensino superior, em que a sua participação contribui para tornar a avaliação mais democrática e inclusiva.

c) Como clientes ou consumidores, revelando interesse por fatores relevantes para transformar a educação num bom investimento, o que inclui a qualidade, e revelando-se como fontes de informação sobre a sua experiência como clientes e sobre os resultados dessa experiência".

A prosa é muito linda e bem elaborada, mas eu não sei se isto está a acontecer ou não em Portugal. Mas sei, porque fui docente muitos anos, que os estudantes sabem muito bem quem são os bons e os maus professores, quem ensina ou não.

Podem ter a certeza que o que digo é verdade; uma verdade dura e que custa ouvir a muitos.

Numa Faculdade com uma grande componente prática como é medicina dentária não basta publicar muitos artigos ou fazer projetos de investigação com interesse objectivo muitas vezes nulo, mas com financiamentos importantes.

Rio-me muito quando vejo alguns artigos com um número "excessivo" de autores...estão a adivinhar porquê...

E pergunto a mim mesmo quantas patentes geraram as investigações em medicina dentária, a quem foram vendidas e quanto dinheiro deram às instituições.

Concluindo, reafirmo a minha convicção de que deveriam ser os alunos, em primeiro lugar, a avaliarem as instituições de ensino de medicina dentária.

Em segundo lugar soube que a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), e muito bem, promoveu um inquérito a recém-licenciados sobre a sua satisfação do ensino que tiveram enquanto estudantes.

Pessoalmente, acho importante que ele seja tornado público, ou que, pelo menos constitua um instrumento de trabalho com vista a uma melhoria na qualidade do ensino.

E, segundo a minha opinião, a componente prática é fundamental e essencial. Não me venham com a ideia de que o nosso ensino é extraordinário, dos melhores da Europa, capaz de atrair estrangeiros, como se estes não viessem para cá pela razão que é mais fácil entrarem aqui...

Os recém-licenciados acabam o curso com quantas extrações realizadas?...quantas coroas e pontes feitas?...quantas endodontias?...

Respondam...pois...com pouquíssimas ou nenhumas...

E isto é gravíssimo e devia envergonhar algumas faculdades...

A OMD deveria obrigar a um número mínimo de actos clínicos para um médico dentista ser admitido como tal...eu quero lá saber se isso é legal ou ilegal (se for ilegal lutem por ser legal), se estão a meter-se em assuntos que não podem ou não devem...eu quero médicos dentistas que, quando acabam o curso, tal qual eu e outros, são capazes de sentar "o cu no mocho" e trabalhar...

Há muitos anos que defendo que algumas faculdades deviam fechar. E faço-o não só como médico dentista atento aos problemas da classe, mas também como cidadão consciente.

E estava eu prestes a acabar esta carta, e eis que leio na primeira página de uma revista: "Excesso de médicos dentistas é uma falsa questão"... com todo o respeito que tenho ao Orlando Monteiro da Silva digo-lhe aberta e frontalmente: tem a certeza?...pois olha que eu tenho a firme convicção que é mesmo um problema; grande e grave...

Mesmo atados temos força...não nos calaremos... Foto de Eduardo Cruz da minha coleção privada.

E com esta me despeço, esperando que esta minha carta vos encontre de boa saúde...

"Inté"...

E AGORA PENSEM... ■

P.S. Tenho nas instituições de ensino de medicina dentária bons amigos e excelentes professores. Segundo a minha opinião, se os juntassem todos poderíamos ter duas extraordinárias faculdades...que eram mais que suficientes...

BIOLOGICAL DENTISTRY

COMO EVITAR E RESOLVER CASOS DE PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE DO TIPO IV AOS IMPLANTES DE TITÂNIO

Dra. Ana Paz, médica dentista, White Clinic, Lisboa

O titânio é comumente usado em aplicações industriais, como revestimentos para produtos farmacêuticos e aditivos alimentares. Também é usado na fabricação associada a embalagens, de modo que o titânio acaba por ser utilizado na indústria da água e alimentos. Na área médica, o titânio e as ligas de titânio têm sido usadas para fabricar vários sistemas de implantação e fixação. Muitos produtos de metal têm titânio associado para aumentar a resistência.

O titânio é um material inerte comumente usado nas áreas médicas e sobretudo na medicina dentária. É um dos materiais mais utilizados para implantes dentários devido à sua resistência mecânica. A colocação de implantes dentários de titânio foi, desde sempre, considerada segura e biocompatível com o corpo humano.

No entanto, por vezes, alguns pacientes podem desenvolver uma reação alérgica ou sensibilidade ao metal, o que pode resultar em inflamação localizada ou mesmo fracasso do implante dentário, tendo em conta que mesmo assim foi realizada uma boa intervenção cirúrgica e que o paciente tem níveis ótimos de vitamina D3.

Este tipo de reação é chamada de reação de hipersensibilidade tipo IV.

É importante identificar que esse tipo de reação de sensibilidade ao metal nem sempre leva à falta de integração do implante dentário ou à perda do mesmo. Muitas vezes essa reação de sensibilidade provoca uma inflamação crónica localizada e generalizada, provocando sintomas sistémicos, tais como fadiga, dor nas articulações, comprometimento cognitivo, eczema, eritema, urticária, inflamação e dor generalizada, necrose, perda óssea, entre outras. O desenvolvimento de doenças crónicas inflamatórias como o cancro e doenças autoimunes podem ter como uma das causas epigenéticas a colocação do implante de titânio.

As reações alérgicas do tipo IV ocorrem em resposta às ligas dentárias. O titânio, por outro lado, não aparece como um ião no tecido, mas sim como uma partícula de óxido. Por essa razão, muitas vezes pode não causar uma típica reação alérgica, mas sim produzir uma reação inflamatória.

As partículas de titânio no tecido perto do implante são fagocitadas pelos macrófagos, que respondem ao estímulo emitindo citoquinas pro-inflamatórias tais como TNF-alfa e RANTES/CCL5 (Sterner et al., 2004; Lechner et al.,2018).

Por essa razão, antes da colocação do implante, ou até mesmo se o paciente estiver a desenvolver algum destes sintomas, é aconselhável sugerir ao paciente que faça um teste de hipersensibilidade do tipo IV ao titânio e a todas as ligas do implante que podem incluir: níquel, alumínio, dióxido de titânio, sulfato de titânio e vanádio.

Algumas pessoas têm geneticamente uma predisposição à toxicidade do titânio. Isso ocorre porque certos genes pertencentes às vias de desintoxicação do fígado, que normalmente lidam com a desintoxicação do titânio, não estão presentes. Nestes casos, um teste genético pode dar essa confirmação.

Como alternativa aos implantes de titânio temos os implantes dentários de zircónia/cerâmicos, que são geralmente considerados biocompatíveis e hipoalérgicos.

O titânio não é considerado um metal tóxico, mas é um metal pesado e tem sérios efeitos negativos para a saúde.
O titânio tem a capacidade de interagir com a sílica mineral essencial, portanto sinais e/ou sintomas de deficiência de sílica* podem ser uma indicação de excesso de titânio.

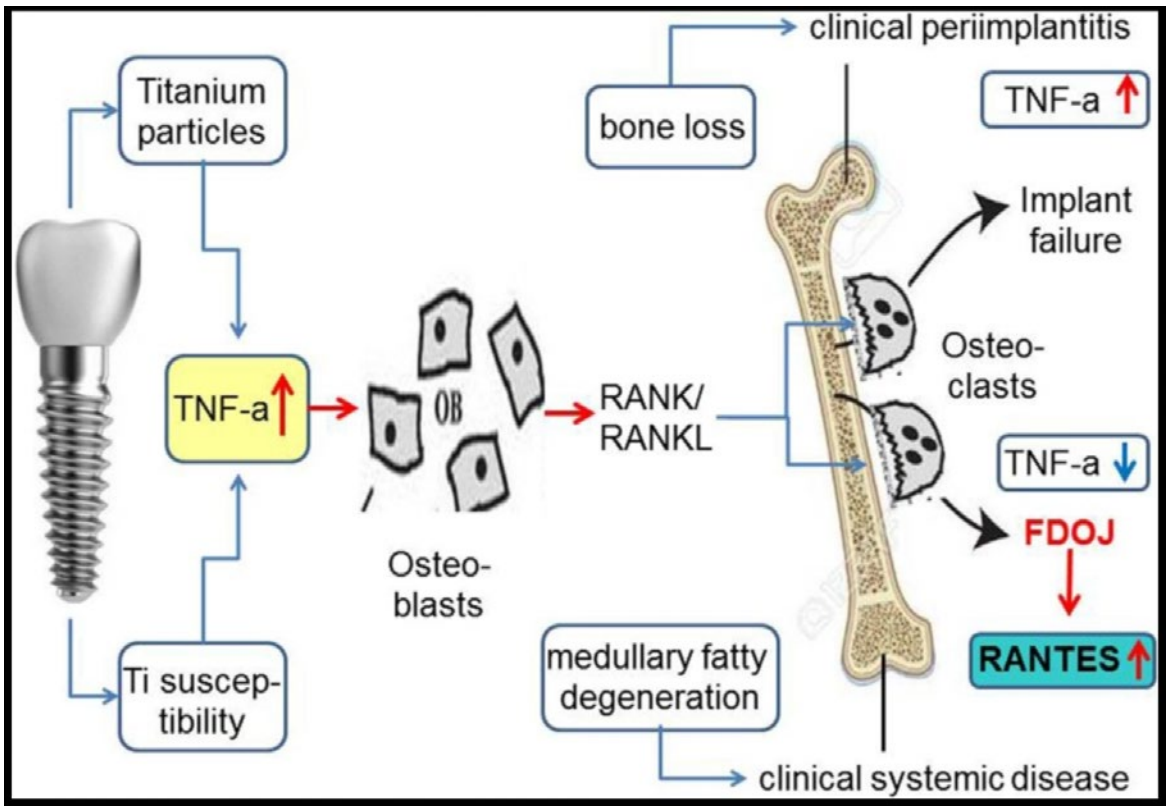
É importante entender que a suplementação de vitaminas e minerais não resolve a toxicidade do titânio e pode encobrir os sintomas que levam a problemas maiores. A desintoxicação/remoção do titânio é essencial para restaurar adequadamente os desequilíbrios de vitaminas e minerais.

Os implantes de cerâmica também são frequentemente chamados "implantes de zircónia" porque são feitos de um material cerâmico da cor do dente chamado "óxido de zircónio", que é uma versão cristalina do zircónio, que é inerte quando usado no corpo. A zircónia é, também, um material resistente e tem sido usada em outras aplicações médicas, como cirurgia ortopédica para implantes de cerâmica na anca.

A prevalência de alergias a implantes de zircónia é muito rara, e estudos sugerem que reações alérgicas a implantes de zircónia são praticamente inexistentes, com algumas estimativas sugerindo que ocorrem em menos de 1% dos casos.

É importante que no ato de substituição do implante de titânio e/ou colocação do implante de zircónia o osso esteja bem desinfetado com laser Er:Yag, piezo e ozono, livre de inflamação e infeção, e que os níveis de vitamina D3 do paciente estejam ótimos, iguais ou superiores a 70ng/ml. Também será necessário complementar com algumas vitaminas tais como a K2, vitamina C, vitaminas do complexo B e Magnésio. A integração do implante cerâmico é do tipo biológica e depende muito dos nutrientes essenciais para a sua consolidação e manutenção na loca osso-gengiva. ■

*Deficiência de sílica – unhas moles ou quebradiças, rugas prematuras, queda de cabelo, desenvolvimento ósseo deficiente e osteoporose podem ser indicações de toxicidade do titânio.



Possíveis efeitos colaterais dos implantes de titânio, que podem resultar: em perda óssea e fracasso do implante (mostrado na parte superior), ou em osteonecrose degenerativa gordurosa medular sem perda do implante (FDOJ), com interferência sistémica pela superexpressão de RANTES/CCL5 (mostrada na parte inferior). (Lechner et al. 2018).

Diretora:
Prof. Doutora Célia Coutinho Alves
Publisher:
Hermínia M. A. Guimarães • herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt
Consultor técnico:
Dr. Fernando Arrobas • fernando.arrobas@jornaldentistry.pt
Jornalistas:
Marta Quaresma Ferreira • marta.ferreira@medianext.pt
Colaboradores da edição:
Dra. Ana Paz, Eduardo Anitua DDS, MD, PhD, Dra. Mónica Lourenço, Dr. Orlando Monteiro da Silva, Dr. João Pimenta
Publicidade:
Hermínia M. A. Guimarães • herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt
Arte, Paginação e Pré-impressão:
Teresa Rodrigues
Web:
João Bernardes • webmaster@medianext.pt
Conselho Científico: Dr. André Mariz de Almeida, Prof. Dr. António Vasconcelos Tavares, Dr. António Patrício, Dra. Carina Ramos, Prof. Dra. Célia Coutinho Alves, Dr. Carlos Mota, Dr. Dárcio Fonseca, Dr. Eduardo Carreiro da Costa, Dra. Eunice Virgínia P. Carrilho, Dr. Fernando Duarte, Dr. Francisco Delille, Dr. João Pimenta, Dr. João Caramês, Dr. José M. Corte Real, Dr. Luís Bouceiro, Dr. Luís Marques, Dr. Luís Passos Ângelo, Dr. Manuel Marques Ferreira, Dr. Manuel Neves, Dr. Miguel Moura Gonçalves, Dr. Miguel Nóbrega, Dr. Raúl Vaz de Carvalho, Dr. Miguel Stanley, Dr. Paulo Miller, Dra. Raquel Zita Gomes e Dr. Nuno Pereira

Esta edição *d'O JornalDentistry* foi escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico

Editado por:
Media Next Professional Information Lda.

Gerente: Pedro Botelho
Redação, Comercial, Serviços Administrativos e Edição:
Largo da Lagoa, 7-C - 2795-116 Linda-a-Velha, Portugal
Tel: (+351) 214 147 300
Fax: (+351) 214 147 301
E-mail: geral@medianext.pt

Propriedades e direitos:
A propriedade do título *O JornalDentistry* é de Media Next Professional Information Lda. , NIPC 510 551 866 .Todos os direitos reservados. A reprodução do conteúdo (total ou parcial) sem permissão escrita do editor é proibida. O editor fará todos os esforços para que o material mantenha fidelidade ao original, não podendo ser responsabilizado por gralhas ou erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados são da inteira responsabilidade dos seus autores, podendo não corresponder necessariamente às opiniões do editor.

Detentores de 5% ou mais do Capital Social:
Pedro Lemos e Margarida Bento

Impressão e acabamento:
Grafisol - Edições e Papelarias, Lda. - Rua das Maçarocas, Business Center, Abrunheira, 2710-056 Sintra
Embalamento: Porenvel - Alfragide , Portugal
Distribuído por: CTT Correios de Portugal S.A.
Depósito Legal nº: 368072/13
Registo na ERC com o nº 126 958, de 01/03/2017
Estatuto editorial: Disponível em www.jornaldentistry.pt
Serviço de assinantes: E-mail: assinantes@medianext.pt
Se é medico dentista ou está ligado ao setor da medicina dentária poderá solicitar a sua assinatura gratuita, escrevendo para Serviço de Assinantes, enviando comprovativo de atividade para Largo da Lagoa, 7-C , 2795-116 Linda-a-Velha, Portugal
Preço de assinatura (11 números) Portugal 75€ Estrangeiro 95€
Tiragem: 5.100 explares AUDITADO - Periodicidade mensal (12 edições)
Membro da APCT - Associação Portuguesa de controlo de Tiragem e Circulação

Tiragem auditada por:

apct ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O CONTROLO DE TIRAGEM E CIRCULAÇÃO
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE IMPRENSA

Mónica Pereira Lourenço.

MARÇO - MULHERES NA LIDERANÇA

Apesar das profissões da saúde cada vez apresentarem uma maior presença feminina, os cargos de liderança continuam a ser ocupados maioritariamente por homens. Na nossa profissão, 62% são mulheres, mas nunca existiu uma Sra. Bastonária.

Existem crenças demasiado enraizadas e que custam a arrancar de dentro de cada um/uma de nós.

Todos crescemos a ouvir nomes sonantes em várias áreas científicas ou humanistas. Quem foi o melhor poeta? Fernando Pessoa. Quem foi o melhor presidente? Barack Obama. Quem é o melhor desportista? Cristiano Ronaldo. Na área da Medicina Dentária, que nome foi basilar na profissão? Manuel Fontes de Carvalho.

E, sem querer, todos os nomes que me surgem primeiro na cabeça são masculinos.

A falta de mulheres na liderança é um problema complexo e estrutural. É preciso questionar crenças base para entender que a nossa educação e experiência ainda nos condiciona muito.

A World Dental Federation (FDI, na sigla em português) foi fundada em 1900 e, em mais de 120 anos de existência, apenas quatro mulheres foram eleitas presidentes. Atualmente, temos ainda uma senhora na presidência - Ihsane Ben Yahya.

No panorama nacional e do associativismo jovem, ao fim de quatro líderes homens, a Sara Filipe assumiu a presidência da Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária (ANEMD).

Caminhamos para um futuro mais igual, mas ainda é verdade que as diferenças são muitas e inegáveis.

Eu acredito que um mundo mais justo começa em nossa casa, nas pequenas tarefas.

Segundo um estudo de 2019, apresentado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos, as mulheres suportam mais do triplo das tarefas domésticas que o companheiro (74%), enquanto o homem com quem vivem está responsável por 23% dos afazeres. Os casais considerados simétricos, em que ambos partilham igualmente os afazeres da casa, correspondem a 30% dos casos. Não existe cá o "eu sou homem, mas ajudo nas tarefas domésticas", existe o "eu sou homem e claro que também faço as tarefas de casa".

Normal que seja complicado para muitas mulheres dedicarem-se a cargos exigentes e de alta responsabilidade e liderança.

A igualdade começa quando damos salários dependentes do mérito, quando educamos as nossas filhas para também serem fortes e os nossos filhos admitindo o direito às fraquezas e vulnerabilidade.

Ser feminista é combater a desigualdade de direitos entre mulheres e homens. Por extensão, é defender a igualdade, em todos os aspetos (social, político, económico), entre homens e mulheres. É defender o direito de a mulher ser o que quiser: médica dentista, presidente, doméstica, ou mesmo homem, se esse for o seu sonho e ambição.

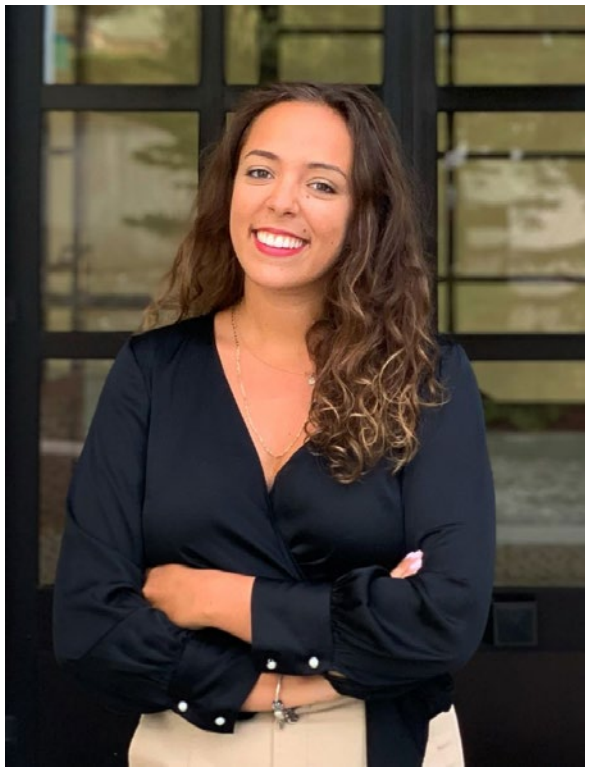
Femismo, um conceito totalmente diferente, implica a superioridade do género feminino sobre o masculino. É considerado o equivalente ao machismo, mas fazendo com que os oprimidos sejam os homens.

Há mulheres que são femistas – infelizmente – e homens que são feministas – felizmente. Se os homens não lutarem, tal como nós pela igualdade, esta torna-se impossível de atingir.

Por isso, quem é feminista levante da mão!

Eu já levantei a minha. Mais! Quero usar palcos que me colocam ao dispor para levantar outras.

Conheçam agora a Sara Filipe, a mulher que lidera atualmente o movimento estudantil nacional de medicina dentária.



Sara Filipe presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária.

Como te sentes em ser a primeira presidente mulher da ANEMD?

Ser presidente da ANEMD é imensamente gratificante, mas ser a primeira presidente mulher da Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária é um enorme orgulho, não tem como não ser. Ainda vivem demasiadas mulheres neste mundo que não podem usar o poder da sua voz por elas próprias e muito menos pelos outros.

São inegáveis ainda as desigualdades de género (mesmo no nosso país), no entanto, tenho consciência da sorte que tenho em viver numa realidade onde muitas das injustiças inerentes ao ser mulher já não são tão transparentes e cruas. Portanto, acho que faz todo o sentido normalizar a atribuição do cargo da presidência a uma mulher e até que estas questões sobre a pertinência da participação da mulher no associativismo deixem de ser necessárias.

Faz todo o sentido estar aqui. Note-se que o número de mulheres estudantes de medicina dentária é maior que o número de homens estudantes de medicina dentária, o que ainda confere mais representatividade ao meu trabalho.

Por isso não há muito a acrescentar para além de confessar uma particular felicidade ao assumir este papel, no entanto, a sensação de gratidão pela oportunidade que o associativismo me deu e pela confiança que me foi depositada não é apenas por ser mulher. Mas porque sendo mulher ou não, considero que o mereço e porque sou e reúno as competências para tal.

Porque achas que há poucas mulheres em cargos de liderança?

Possivelmente decorrente de todo um passado negro inerente a esse tema. A história não se apaga e é contada nos dias de hoje ainda. Não só enquanto partilha de ensinamentos e lições morais, mas porque em muitos cantos do mundo ainda há muitas mulheres que não têm o direito (além de outros) de possuir um cargo de liderança, estando os mesmos reservados para o sexo masculino unicamente. E foram várias as histórias tristes contadas por mulheres que se levantaram, se revoltaram, pediram permissão para falar, lutaram por um lugar e foram silenciadas.

Acredito muito que essas histórias ainda assombrem as vidas de algumas mulheres atualmente, nomeadamente no momento de se chegarem à frente e reclamarem a sua posição. Penso que, embora cada vez mais ténue, ainda exista um medo intrínseco ao passado que culmina num conformismo por parte das próprias mulheres.

Quanto ao resto, a minoria feminina nos cargos de liderança pode ter as mais variadas justificações. Justificações essas que podem incluir limites que as mulheres colocam em si mesmas ou que a própria sociedade eventualmente lhes coloque.

E, quanto a isso, cabe a cada uma de nós definir o peso que isso tem na decisão entre ficar à margem ou assumir a responsabilidade.

O que pode uma mulher acrescentar ao mundo da política? E a uma organização?

A minha resposta a essa questão é curta, mas suficiente.

Uma mulher acrescenta a uma organização, ao mundo da política, ao mundo do associativismo e a todas as faces que o mundo tem, exatamente o mesmo que um homem. ■

LÍNGUA AFIADA
PODCAST

OUÇA O LÍNGUA AFIADA,
O PODCAST DO *O JORNALDENTISTRY*
SOBRE OS TEMAS ATUAIS
DA MEDICINA DENTÁRIA

O JornalDentistry
Para profissionais de medicina dentária

QUEREMOS MEDIR RESULTADOS EM SAÚDE ORAL?

"You can't manage what you can't measure". Peter Drucker

Orlando Monteiro da Silva, Presidente da Associação Nacional dos Profissionais Liberais, Antigo Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas

A implementação de modelos de financiamento e reembolso baseados em resultados envolvem uma transformação significativa na prestação de cuidados e na gestão financeira de todo o processo. Para uma implementação e adoção adequada destes modelos, a literacia, educação e a divulgação de informação desempenharão um papel crítico. Adicionalmente, é fundamental uma infraestrutura de tecnologia de informação e comunicação (TIC) apropriada, análises e métodos para prever a utilização e os custos inerentes a cada um dos procedimentos, independentemente da sua natureza.

A nossa realidade

No essencial, são prevalentes em Portugal duas fontes de financiamento dos cuidados de saúde oral:

- Privado, através de:

• pagamentos *out of the pocket* (diretos), a grande maioria, com liberdade de escolha por parte do utente;
• e em comparticipação, ex: seguros de saúde, ADSE (funcionários públicos e dependentes) e subsistemas de saúde, com algum grau de liberdade de escolha por parte dos utilizadores.

- Público, através do orçamento de Estado, no contexto:

• do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Serviços Regionais de Saúde dos Açores e Madeira, sem liberdade de escolha do prestador por parte do utente;
• do Cheque Dentista para prestação de cuidados a grupos pré-definidos da população na prática clínica privada dos médicos dentistas aderentes, com liberdade de escolha do prestador;
• e da Segurança Social, neste caso para grupos desfavorecidos em risco e população idosa de baixo rendimentos, para procedimentos de reabilitação através de prótese dentária e alguns tratamentos básicos, mediante aprovação prévia.

As despesas por pagamentos diretos dos cidadãos no âmbito da prestação de cuidados de saúde oral constituem uma das mais relevantes em Portugal no que respeita a pagamentos diretos; recorde-se que, apesar do Serviço Nacional de Saúde português ser teoricamente universal, geral e tendencionalmente gratuito, a acessibilidade está muito limitada e condicionada no acesso a várias áreas da saúde, nomeadamente, e aqui em particular, a área da saúde oral.

Estes pagamentos diretos, efetuados por privados, constituem-se já muito próximos de 40% da despesa total da saúde em Portugal, englobando o medicamento, análises e meios auxiliares de diagnóstico, dispositivos médicos, próteses e tratamentos de medicina dentária, saúde visual, de entre várias outras rubricas.

De que forma são efetuados os pagamentos de procedimentos clínicos por parte das pessoas e das famílias?

Na área da saúde oral fundamentalmente através de duas vertentes:
• Por Ato, (*fee for service*). Ex: prática privada convencional, ADSE, Seguros e Planos de Saúde;

• Por Capitação. Ex: Cheque Dentista ou *Plafonds* de Seguros de Saúde, com tetos, usualmente anuais, fixos para os prestadores.

E a questão fundamental da avaliação dos resultados decorrentes dos procedimentos efetuados estará ligada à forma de pagamento?

É consensual que sim. Repare-se que:
• os pagamentos por ato recompensam no geral a quantidade, mas não a qualidade ou eficiência do atendimento clínico; conduzem frequentemente ao sobre-tratamento;

• os pagamentos por capitação tornam-se frequentemente desconectados das necessidades reais dos pacientes/utentes, que surgem ou evoluem ao longo do tempo; levam ao sub-tratamento.

Qual será então a forma mais eficiente de financiar cuidados de medicina dentária?

Todas têm vantagens e desvantagens. O pagamento por ato é a nossa cultura, a norma, o nosso mantra. Tende a induzir sobre tratamento. Como tal, governos, subsistemas e companhias de seguros introduziram regras "cegas" para reduzir o excesso de serviços, sem acautelar a qualidade e as boas práticas clínicas, uma vez que mecanismos de monitorização adequados têm uma implementação dispendiosa, requerendo capacidade humana e infraestrutura adicional para medir e monitorizar a utilização (ou possível sobre utilização) de serviços.

Noutro contexto, ao nível dos cuidados de saúde primários do SNS, os pagamentos por ato foram sendo substituídos por mecanismos de capitação e por alguma forma de pagamento por "ocorrência ou tipo de episódio", como os designados grupos de diagnósticos homogéneos nos hospitais do SNS.

A capitação (ex. em Portugal, o Cheque Dentista) envolve o pagamento de um valor fixo por pessoa inscrita com um prestador ou instituição para um determinado período de tempo, com serviços e procedimentos previamente definidos. No entanto, o controle de custos tem-se feito neste programa, erroneamente, à custa de abordagens e práticas que tendem a evitar procedimentos preventivos, dispositivos, testes, materiais e tratamentos de reabilitação, mais dispendiosos e consumidores de mais tempo e recursos humanos, em detrimento de uma avaliação cuidada dos ganhos em saúde obtidos.

Nesta fase, considera-se que para uma realidade como a portuguesa, diversificar os modelos de pagamento e reembolso adicionando modalidades de pagamento por valor/resultados obtidos será mais salutar e permitirá testar a aceitação por parte de todos os *stakeholders* envolvidos, prestadores, cidadão, financiadores e reguladores.

Mas como podemos então avaliar o essencial? Os resultados clínicos decorrentes de diferentes modelos?

Desde logo é fundamental uma avaliação prévia e personalizada do risco individual e coletivo decorrente das patologias existentes, do estado geral de saúde, dos hábitos comportamentais e outros fatores influenciadores. Para tal, é preciso que os financiadores, Estado, Seguros Públicos e Privados se disponibilizem a pagar essa avaliação.

A introdução do reembolso baseado em valor, em função do risco calculado e dos resultados obtidos, serve como uma alavanca para alinhar melhor os incentivos aos prestadores para uma prestação com qualidade dos serviços de saúde.

Alinhar o reembolso com o valor desta forma recompensa os prestadores pela eficiência na obtenção de bons resultados, ao mesmo tempo que responsabiliza pelo seu inverso, penalizando a prestação de cuidados de qualidade inferior.

O conceito de reembolso baseado em Valor parte de uma abordagem de pagamento radicalmente diferente: pagamentos agrupados.

Num sistema de pagamentos agrupados, os prestadores são pagos por linha de patologia de um cliente ao longo de todo o ciclo de atendimento, ou seja, todos os serviços, procedimentos, testes, medicamentos e dispositivos usados para tratar um paciente.

Vejamos um exemplo genérico de cadeia de valor aplicado à "Extração Cirúrgica em Ambulatório de Dente do Siso Incluso" e as fases a levar em conta:

1. Integração de cuidados ao longo da organização. Ex: triagem, análise de risco, planificação e operacionalização e *follow up*;

2. Comunicação multidisciplinar. Ex: Rececionista, Assistente Dentário, Médico Dentista, Higienista Oral, Protésico Dentário, Médico Assistente, Nutricionista;

3. Partilha de informação em plataforma tecnológica. Ex: Programa Informático de Medicina Dentária com elevado grau de interoperabilidade;

4. Pagamento em Banda ou Modular. Ex: atribuição de 3 a 5 níveis de pagamento decorrentes de análise prévia de risco, em função de morbilidades, idade, perfil do paciente, localização do dente, proximidade de estruturas nervosas e vasculares, de entre outros fatores;

5. Medição:

a) Custos. Ex: mapeamento e registo de todos os custos e unidades de tempo afetadas por todos os intervenientes, e

b) Resultados. Ex: decorrência de alveolite (inflamação e infeção pós-operatória, dor, inchaço, impedimento de atividade mastigatória, limitação de movimento, etc.);

6. Expansão de melhores práticas e serviços de excelência. Ex: atribuição de um índice de resultados e qualidade a profissionais e unidades de referência de cirurgia oral nesta linha de procedimento;

7. Valor social reconhecido. Ex: avaliação através do financiamento público deste procedimento, tantas vezes incapacitante das funções mastigatórias, causando dor, cefaleias e infeções repetidas.

Em conclusão, para alcançar um sistema de prestação baseado em Valor, é necessário seguir uma série de etapas que se reforçam mutuamente:

• Avaliar o risco individual e coletivo decorrente das patologias em questão, do estado geral de saúde dos utentes, dos hábitos comportamentais, e outros fatores concorrentes;

• Medir e divulgar os resultados de saúde para todos os prestadores e todas as condições médicas. Estes resultados não só impulsionarão os prestadores e seguradores de saúde a melhorar a eficácia e eficiência, mas também ajudarão os pacientes e financiadores a escolherem as melhores equipas de prestadores para as suas circunstâncias médicas. Os resultados devem ser medidos ao longo de todo o ciclo de tratamento de uma condição médica, não separadamente para cada intervenção. Os resultados são inerentemente multidimensionais, incluindo não apenas o impacto direto da intervenção, mas também o grau de saúde ou recuperação alcançado, o tempo necessário para a recuperação, o desconforto do tratamento e a sustentabilidade da recuperação;

• Reexaminar radicalmente como organizar a prestação de serviços de tratamento e reabilitação, mas também de prevenção, bem-estar, triagem e manutenção de saúde de rotina.

O modelo de prestação de serviços de saúde no qual os prestadores são reembolsados de forma digna e tangível com base nos resultados de saúde do paciente, na qualidade e no custo dos cuidados (pagamento por desempenho) é entendido como modelo de saúde baseado em valor.

O que pretendem os doentes, o que é que realmente lhes importa?

Resultados. Fáceis de compreender, identificar, de sentir, de avaliar e comparar. ■

DO WE WANT TO MEASURE ORAL HEALTH OUTCOMES?

"You can't manage what you can't measure". Peter Drucker

Orlando Monteiro da Silva, President of the National Association of Liberal Professionals. Former President of the Portuguese Dental Association.

The implementation of Results-based financing and reimbursement models involves a significant transformation in the provision of care and financial management of the entire process. For the proper implementation and adoption of these models, literacy, education and information dissemination will play a critical role.

In addition, an appropriate information and communication technology (ICT) infrastructure, analyses and methods to predict the use and costs inherent in each of the procedures, regardless of their nature, is essential.

Our reality

In essence, two sources of funding for oral health care are prevalent in Portugal:

- Private, through:

• out of the pocket payments, the vast majority, with freedom of choice by the user;

• and in share, e.g. health insurance, ADSE (government employee and dependents) and health subsystems, with some degree of freedom of choice on the part of users.

- Public, through the State budget, in the context:

• the National Health Service (NHS) and Regional Health Services of the Azores and Madeira, without freedom of choice of the provider by the user;

• the 'Dental Voucher' to provide care to predefined groups of the population in the private clinical practice of adherent dentists, with freedom of choice of the provider;

• and Social Security, in this case for disadvantaged groups at risk and low-income elderly population, for rehabilitation procedures through dental prosthesis and some basic treatments, upon prior approval.

Expenditure on out of the pocket payments by citizens in the context of the provision of oral health care is one of the most relevant in Portugal with regard to direct payment; although the Portuguese NHS is theoretically universal, general and biased free, accessibility is very limited and conditioned on access to various areas of health, namely and here in particular the area of oral health.

These out of the pocket payments, made by private individuals, are already very close to 40% of the total health expenditure in Portugal, including the pills, analyses and auxiliary means of diagnosis, medical devices, prostheses and treatments of dental medicine, visual health, among several other headings.

How are payments for clinical procedures made by people and families?

In the area of oral health primarily through two strands:

• FFS (fee-for-service). Ex: conventional private practice, ADSE, Insurance and Health Plans;

• By Capitation. Ex: in Portugal the Dental Voucher 'Cheque Dentista' or Health Insurance Plafonds, with limits, usually annual, fixed for providers.

And will the fundamental question of the evaluation of the Results arising from the procedures carried out be linked to the form of payment?

It's consensual. Note that:
• payments FFS reward quantity overall, but not the quality or efficiency of clinical care; often lead to overtreatment;

• capitation payments often become disconnected from the actual needs of patients/users, which arise or evolve over time; lead to undertreatment.

So what will be the most efficient way to fund dental care?

All have advantages and disadvantages. Payment FFS is our culture, the norm, our *mantra*. It tends to induce treatment.

As such governments, subsystems and insurance companies have introduced "blind" rules to reduce over-service, without safeguarding quality and good clinical practice, as appropriate monitoring mechanisms have costly implementation, requiring human capacity and additional infrastructure to measure and monitor the use (or possible use) of services.

In another context, at the level of primary health care of the NHS, payments by act were replaced by capitation mechanisms and by some form of payment for "occurrence or type of episode", such as the designated homogeneous diagnostic groups in NHS hospitals.

The capitation Dental Voucher involves the payment of a fixed amount per person registered with a provider or institution for a certain period of time, with previously defined services and procedures. However, cost control has been done in this program, erroneously, at the expense of approaches and practices that tend to avoid preventive procedures, devices, tests, materials and rehabilitation treatments, more expensive and consumers of more time and human resources, to the detriment of a careful assessment of the health gains obtained.

At this stage, it is considered that for a reality such as the Portuguese, diversifying payment and reimbursement models by adding payment modalities by Value/ Results obtained will be healthier and allows testing acceptance by all stakeholders involved, providers, citizens, financiers and regulators.

But how can we then evaluate the essentials? The clinical results arising from different models?

A prior and personalized assessment of individual and collective risk resulting from existing pathologies, general health status, behavioral habits and other influencing factors is essential. To do so, funders, State, Public and Private Insurance must be made available to pay for this assessment.

The introduction of value-based reimbursement, depending on the calculated risk and the Results obtained, serves as a lever to better align providers' incentives for quality healthcare delivery.

Aligning reimbursement with the amount in this way rewards providers for efficiency in achieving good Results, while blaming for their reverse, penalizing the provision of lower quality care.

The value-based repayment concept is part of a radically different payment approach: grouped payments.

In a bundle payment system, providers are paid per pathology line of a customer throughout the entire service cycle, i.e. all services, procedures, tests, medications and devices used to treat a patient.

Let's look at a generic example of a Value Chain applied to "Surgical Extraction of Impacted Wisdom Tooth in Ambulatory Surgery Center" and the phases to be taken into account:

1. Integration of care throughout the Organization. E.g. screening, risk analysis planning and operationalization and follow up;

2. Multidisciplinary communication. Ex: Receptionist, Dental Assistant, Dentist, Oral Hygienist, Dental Prosthetic Technician, Assistant Physician, Nutritionist;

3. Information sharing on a technology platform. Ex: Dental Medicine computer Program with a high degree of interoperability;

4. Bundle payment Ex: allocation of 3 to 5 levels of payment resulting from previous risk analysis, due to morbidities, age, patient profile, tooth location, proximity to nerve and vascular structures, among other factors;

5. Measurement:

a) Costs. E.g. mapping and recording of all costs and time units affected by all actors, and

b) Results. Ex: due to alveolitis (inflammation and postoperative infection, pain, swelling, impediment of masticatory activity, limitation of movement);

6. Expansion of best practices and services of excellence. Ex: attribution of a Results and Quality index to professionals and reference units of oral surgery in this line of procedure;

7. Recognized Social Value. Ex: evaluation through public funding of this procedure, which is so often disabling masticatory functions, causing pain, headache and repeated infections.

In conclusion, to achieve a value-based delivery system, it is necessary to follow a series of mutually reinforcing steps:

• Evaluate the individual and collective risk arising from the pathologies in question, the general health status of users, behavioral habits, and other competing factors;

• Measure and disseminate health outcomes for all providers and all medical conditions. These results will not only boost healthcare providers and insurers to improve effectiveness and efficiency but will also help patients and funders choose the best teams of providers for their medical circumstances. Results should be measured throughout the entire treatment cycle of a medical condition, not separately for each intervention. The results are inherently multidimensional, including not only the direct impact of the intervention, but also the degree of health or recovery achieved, the time required for recovery, treatment discomfort and sustainability of recovery;

• Radically re-examine how to organize the provision of treatment and rehabilitation services, but also prevention, well-being, screening and routine health maintenance.

The model of providing health services in which providers are reimbursed in a dignified and tangible manner based on patient health outcomes, quality and cost of care (payment for performance) is understood as a value-based health model.

What do patients want, what do they really care about?

Results. Easy to understand, identify, feel, evaluate and compare. ■

'DORMIR SOBRE O ASSUNTO': A RELAÇÃO DA MULHER COM O SONO

Num mês dedicado às mulheres, *O'JornalDentistry* convidou várias profissionais de diferentes áreas de referência relacionadas com o sono, entre elas médicas dentistas, uma fisioterapeuta, uma otorrinolaringologista, uma pneumologista e uma pediatra, para apresentarem a sua perspetiva sobre como as diferentes fases da vida de uma mulher afetam o sono e de que forma é que este se relaciona com a saúde oral.

1 – Existem distúrbios do sono que afetam desproporcionalmente as mulheres, em comparação com os homens?

2 – Os ciclos menstruais e, mais tarde, a menopausa podem afetar o sono das mulheres?

3 – E a maternidade? Quais são as melhores estratégias para lidar com a privação do sono após o parto?

4 – Como é que a apneia do sono afeta a qualidade de vida das mulheres e quais os sintomas mais comuns e efeitos a longo prazo (ex.: doenças cardiovasculares, metabólicas...)?

5 – Quais são as opções de tratamento para mulheres com apneia do sono?

6 – A insónia também é mais comum nas mulheres? Quais os principais efeitos colaterais dos medicamentos para dormir e que alternativas se podem recomendar?

7 – O stress e a ansiedade também podem afetar o sono. Quais as estratégias e hábitos de "higiene do sono" mais eficazes e que se podem implementar para melhorar a qualidade do sono?

8 – Que papel pode a mãe desempenhar na qualidade de sono das crianças? Que boas práticas podem ser implementadas nas diferentes idades (primeiros meses, infância, adolescência...)?

Dra. Filipa Ricardo, fisioterapeuta

Fisioterapeuta Licenciada pela Escola Superior de Saúde Atlântica – Universidade Atlântica; Mestre em Exercício e Bem-Estar – Universidade Lusófona Humanidades e Tecnologias; Mestre em Terapia Miofuncional - Instituto Superior de Estudos Psicológicos, Madrid; Pós-graduação Internacional em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial - Universidade de Belo Horizonte, Brasil; Pós-graduação em Fisiopatologia do Sistema Músculo-Esquelético Crânio-Cervical, Crânio-Mandibular e Dor Orofacial - Universidad Andrés Bello, Chile; Docente na Escola Superior de Saúde Atlântica – Universidade atlântica; Prática Clínica exclusiva em Dor Orofacial, Disfunção Temporomandibular e Sono no Hospital CUF Descobertas, no Hospital da Luz Lisboa, na Clínica CUF Alvalade e na Clínica Dentária de Santa Madalena.

1. Como sabemos, existem muitas diferenças entre os homens e as mulheres e, obviamente, o sono não é exceção. Quando pensamos em distúrbios do sono que afetam de forma desproporcional as mulheres, facilmente a insónia surge em primeiro lugar. O que não nos podemos esquecer é que, muitas vezes, nas mulheres, a insónia está associada a outros distúrbios do sono, nomeadamente os distúrbios respiratórios, tais como a apneia obstrutiva do sono que tipicamente é considerada uma doença dos homens. É, por isso, que quando há suspeita de distúrbio do sono é imprescindível uma avaliação detalhada que só é possível junto de equipas especializadas.

2. O sono das mulheres é afetado pelo ciclo menstrual, pela gravidez, pela menopausa, isto é, varia de acordo com a fase da vida em que se encontra e relaciona-se sobretudo com as alterações a nível hormonal.

Na menopausa, manifestações conhecidas como os episódios de calor súbito e sudorese intensa (sintomas vasomotores) provocam inúmeros despertares e afetam o sono das mulheres. Porém, é também nesta fase que podem surgir ou agravar distúrbios do sono como a insónia ou a apneia obstrutiva do sono.

3. As alterações do sono iniciam-se logo durante a gravidez, cada trimestre apresenta características próprias. Na maternidade, o desafio é ainda maior porque há uma série de horários relacionados com a alimentação e com o sono do bebé que a mãe precisa de cumprir. As estratégias para minimizar a privação do sono passam por manter uma rotina diária para a mãe e para o bebé, descansar enquanto o bebé dorme e pedir ajuda ou delegar as tarefas domésticas.

4. A apneia do sono afeta a qualidade de vida de milhões de pessoas no mundo e é um grave problema de saúde pública que acarreta elevados custos. Mais grave é pensar que há um sub-diagnóstico desta patologia, sobretudo nas mulheres. Os sintomas mais comuns são: cansaço e sonolência durante o dia, cefaleia ao acordar, sensação de que o sono não foi reparador, dificuldade de concentração, de atenção e de memória e acordar múltiplas vezes durante a noite. Para além destes, mulheres que ressonem ou que parem de respirar durante o sono (testemunhado por outras pessoas) devem procurar uma equipa de Medicina do Sono.

Para além de sentirem o seu bem-estar afetado sem terem qualquer perspetiva de melhoria, por não terem um diagnóstico e, consequentemente, não terem um tratamento adequado, estas mulheres têm acrescidos riscos para a saúde a longo-prazo a nível cardiovascular, metabólico e neurológico.

5. Uma vez que a equipa multi e interdisciplinar de Medicina do Sono estabelece o diagnóstico de apneia obstrutiva do sono, as opções de tratamento são discutidas com a doente. As hipóteses são variadas e incluem a terapia através dos dispositivos de pressão positiva contínua - CPAP (*continuous positive airway pressure*), os dispositivos intra-orais - DAM (dispositivos de avanço mandibular) e várias opções cirúrgicas.

Estas opções de tratamento não se esgotam em si mesmas e, neste sentido, a fisioterapia participa com um conjunto de estratégias de intervenção personalizadas e centradas na pessoa com apneia obstrutiva do sono que dependem de uma criteriosa avaliação e passam, por exemplo, pela educação sobre a própria condição, pela facilitação da adaptação ao CPAP ou ao DAM. No caso dos dispositivos intra-orais, o controlo prévio de eventual disfunção temporomandibular é fulcral e a parceria com a medicina dentária é essencial para um tratamento bem-sucedido.

Por fim, mas não menos importante, o fisioterapeuta também promove a atividade física e o exercício e é um agente facilitador da adesão ao tratamento.

7 O stress e a ansiedade podem efetivamente afetar o sono e, deste modo, devem ser devidamente avaliados pela equipa de Medicina do Sono. Contudo, existem recomendações, por exemplo as da World Sleep Society, que devem ser incentivadas de forma a aumentar a qualidade do sono, tais como manter o quarto e a cama confortáveis (temperatura, ruído e iluminação), evitar o consumo excessivo de álcool e de tabaco antes de dormir, evitar o consumo de cafeína antes de ir dormir (café, chá, refrigerantes e chocolate), encontrar um horário regular para dormir, evitar sestas com duração superior a 45 minutos, evitar comida pesada, picante ou doce antes de dormir e realizar exercício físico regularmente (devidamente prescrito).

Falar das medidas de "higiene do sono" é importante, mas educar sobre os seus benefícios é crucial para que o sono seja percebido como vital para a saúde. Os benefícios do sono são incontáveis, porém alguns são especialmente queridos às mulheres, tais como o papel que o sono desempenha no equilíbrio emocional e no controlo do peso.

8. As boas práticas que devem ser implementadas são transversais a todas as idades e já foram referidas anteriormente. Porém, há alguns aspetos que podem ser reforçados junto das crianças e adolescentes como, por exemplo, evitar o consumo excessivo de açúcar e o tempo prolongado de exposição aos ecrãs.

Uma mãe é uma educadora. Uma mãe bem informada relativamente aos benefícios que o sono tem no crescimento e desenvolvimento dos filhos, independentemente da idade, vai certamente transmitir e perpetuar esse conhecimento ao longo do tempo.

Dra. Gabriela Videira, médica dentista

Prática privada em Lisboa. Disfunção Temporomandibular, Dor Orofacial e Medicina Dentária do Sono. Periodontologia e Implantes. Co-Fundadora e Secretária - Geral da SociedadePortuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial - SPDOF. Coordenadora da Secção do Sono da SPDOF.Especialista em Periodontologia pela OMD.

1. O sono normal é diferente no homem e na mulher, o que também justifica as diferenças encontradas nas manifestações das principais patologias. As razões prendem-se com questões hormonais, de acordo com o ciclo menstrual ou com a influência da menopausa, mas também com alterações anatómicas, distribuição de gordura corporal. Simplificando: as mulheres são mais afetadas pela insónia e os homens pela apneia do sono.

2. A mulher grávida tem o nível de progesterona aumentado, sente sonolência no início da gestação. Na menopausa acontece o contrário: a progesterona cai e piora a qualidade do sono da mulher. A mulher passa a ter nesta fase um aumento da incidência da apneia do sono, roncopatia e de outras patologias sistémicas.

3. Na gravidez é muito importante controlar a ansiedade de forma a manter um bom sono, evitando as insónias tão comuns na grávida. A grávida deve também ter o cuidado de controlar o aumento de peso de modo a reduzir o risco de apneia na gravidez.

No pós-parto as estratégias são mais nas rotinas e higiene do sono, quer da mãe quer do bebé. Deixaria três notas:

1 – Não utilizar o colo da mãe para o recém-nascido dormir;
2 - Introduzir uma rotina diária com bebé e também uma rotina de sono ao bebé;
3 - Distinguir os choros/sons do bebé, evitando um constante estado de alerta para a mãe conseguir descansar.

4. A apneia do sono na mulher nem sempre se manifesta com os clássicos roncos noturnos. Os sintomas associados são por vezes mais subtis e de difícil diagnóstico diferencial como a fadiga, enxaqueca, alterações de memória, depressão, ansiedade, taquicardia, alterações de humor. A apneia do sono nas mulheres é subdiagnosticada. Ocorre muitas vezes em mulheres jovens e magras que saem do padrão estereotipado da apneia do sono.

5. Os tratamentos são semelhantes no homem e na mulher e devem ser avaliados em equipas multidisciplinares. Englobam a correção dos fatores de risco como a obesidade, tabaco, a ingestão de álcool ao deitar por exemplo, associados a terapêuticas isoladas ou combinadas. O CPAP – pressão positiva, mais direcionado para apneias graves ou moderadas em doentes com comorbilidades - continua a ser o mais prescrito, mas o advento de novos tratamentos e a dificuldade de adesão levou a que se procurassem outras opções.

O contributo dos dispositivos intraorais e da medicina dentária mais orientados para as apneias ligeiras tem vindo a crescer com uma elevada taxa de sucesso e as mulheres aderem muito a este tratamento mais cómodo. A vertente cirúrgica tem muitas vezes de ser considerada, seja no âmbito da cirurgia maxilo-facial ou da otorrino, dependendo do quadro específico do doente.

Como se pode ver, temos de procurar uma solução personalizada para os nossos doentes neste leque de opções e numa área onde surgem novos tratamentos.

6. Sim. Como referi anteriormente, a mulher tem maior prevalência de insónia. Em relação aos fármacos para a insónia são muitas vezes uma necessidade, mas devem ser associados a terapia comportamental para a insónia. Esta técnica de tratamento tem uma taxa de sucesso a longo prazo excelente e que, muitas vezes, não é prescrita pelos profissionais.

7. A Associação Mundial de Medicina do Sono tem dez mandamentos para os adultos que resumem os cuidados necessários:

1 — Ter um horário regular de deitar e acordar.
2 — No caso de dormir a sesta, esta deve ocorrer antes do meio da tarde e não exceder os 45 minutos.
3 — Evitar fumar e ingerir bebidas alcoólicas, sobretudo nas quatros horas anteriores ao início do sono.
4 — Evitar a ingestão de cafeína (café, chás, refrigerantes e chocolate) antes de dormir.
5 — Evitar refeições pesadas, com alto teor de gorduras ou açúcar, bem como picantes, quatro horas antes de dormir, optando por uma refeição ligeira.
6 — Praticar atividade física regular, mas esta deve ser evitada nas horas próximas do início do sono.
7 — Utilizar uma cama e colchão confortáveis.
8 — A temperatura no quarto deve ser adequada e estável durante a noite.
9 — O ambiente deve ser silencioso e com a menor luminosidade possível, desligando a televisão, relógios e telemóveis.
10 — A cama não deve ser utilizada para afazeres intelectuais ou de entretenimento, nomeadamente quando implica trabalho no computador ou outros dispositivos eletrónicos.

Dra. Joana Vaz de Castro, otorrinolaringologista

M.D. especialista em Medicina do Sono – Somnologist Sleep Medicine Centre (SMC): Centro de Electroencefalografia e Neurofisiologia Clínica (CENC), Lisboa, Portugal; M.D. especialista em Otorrinolaringologia: CENC; CUF Almada; Hospital Ordem Terceira Chiado; Hospital SOERAD Torres Vedras. Hospital das Forças Armadas, Lisboa Lisbon; CUF Sintra; SAMS Barreiro. M.D. residente de Otorrinolaringologia (2012 –2016) e consultora; Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada, Portugal; 2011 M.D. residente / estágio; CHLO E.P.E. Hospital São Francisco Xavier, Hospital Santa Cruz e Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal. Membro do conselho de administração da Ordem dos Médicos - Colégio da Competência em Medicina do Sono. Sleep Revolution Project, WP-10.1 (EU subsidized Horizon 2020, Project 965417) na Universidade de Reiquiavique, Islândia 2021, e em Lisboa, Portugal, 2022. ISAMB. CHRC, Nova Medical School; Doutoramento em Neurociências pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Treino e Competência em Medicina do Sono pela Ordem dos Médicos; Residência de Otorrinolaringologia – programa de 5 anos no Hospital Garcia da Orta E.P.E. Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade Ciências-Médicas da Universidade Nova de Lisboa); Primeiro semestre do 4.º ano da licenciatura em Medicina na Facoltà di Medicina e Chirurgia della Universitá degli Studi di Siena, Itália (Programa de ERASMUS); Bacharelado Internacional na American-British Academy (ABA) School, na Omã.

1. Os distúrbios do sono mais comuns na população são a insónia e a síndrome apneia obstrutiva do sono (SAOS). A insónia afeta cerca de 10-25% das mulheres. As mulheres reportam mais distúrbios do sono, e isto pode ser por razões biológicas intrínsecas ao género, por acumulações de funções como a profissão, tarefas domésticas e familiares, ou por um aumento de outras doenças que interferem com o sono, como é o caso da depressão. Se no Coorte de Wisconson, em 1993, reportou prevalência de SAOS de 2% e 4% para mulheres e homens, no estudo epidemiológico de São Paulo, em 2010, esta prevalência é de 26% e 41%. Mesmo que as mulheres tenham menos SAOS que os homens, esta prevalência é alta e não menosprezível. Apesar de o diagnóstico e tratamento habitual de SAOS privilegiar os homens, as mulheres têm mais sintomas com SAOS mais ligeiros. Infelizmente, por apresentação por vezes atípica, com queixas como cefaleia, insónia, fadiga e não sonolência diurna, e/ou movimentos das pernas, muitas mulheres continuam a não ser diagnosticadas ou não tratadas.

2. A insónia nas mulheres aumenta com a idade, sendo que as mulheres >59 anos têm mais insónia que as mulheres peri-menopausa (45-51), e essas têm mais insónia que as jovens (20-26 anos). A insónia na menopausa pode ser relacionada com sintomas vasomotores que prejudicam o sono, como a surdorese e a palpitação, mas também alterações do humor e ansiedade. A suplementação com terapêutica hormonal de substituição (THS) tem demonstrado melhorar a qualidade do sono, a redução de latência do sono e a redução de microdespertares durante o sono e, consequentemente, uma redução de fadiga diurna. Foi verificado que este benefício do sono com a THS mantém-se em mulheres que não tenham grandes sintomas vasomotores. Isto pode ser explicado pelo efeito direto no sistema nervoso central ou por redução de perceção de sintomas vasomotores. Na polissonografia (PSG) a THS reduz latência do sono, aumenta eficiência do sono, aumenta o sono REM e diminui o sono NREM. Como tal, tem sido recomendado como tratamento de primeira linha. Quando a THS não é recomendada, podem ser investigados outros tratamentos para aliviar sintomas vasomotores.

Em relação a SAOS, durante a menopausa o controle ventilatório diminui, aumenta a instabilidade respiratória, o aumento da colapsibilidade dos tecidos moles e ganho de peso e a redistribuição da gordura nas VAS predispõem para SAOS. Tanto a progesterona e estrogénio aumentam a contractilidade do genioglosso (musculo dilatador das VAS) e podem estabilizar a ventilação, no entanto, não há dados suficientes para a recomendação de THS na menopausa como tratamento para SAOS.

3. Durante a gravidez, o sono tem uma característica U, com aumento do tempo total de sono (TTS) no primeiro trimestre, diminuindo no segundo e aumentando novamente no terceiro. Existe um aumento do tempo de latência para o sono e diminuição da capacidade de manutenção do sono, com um aumento dos microdespertares e despertares. Comparado com o final da gravidez, no puerpério a eficiência do sono e TTS é menor nos primeiros 3-5 meses e depois melhora. Na minha opinião, a melhor forma de lidar com as alterações do sono após o parto é tentar dividir tarefas com familiares ou amigos, tanto durante o dia, como à noite, para reduzir a sobrecarga de trabalho e aumentar hipóteses de ter mais oportunidade de dormir e compensar o sono perdido durante a noite. Quando for para dormir, independentemente da hora, criar condições favoráveis para que isso aconteça, como um quarto com temperatura confortável e pouca luz. O ser humano não foi feito para trabalhar com privação de sono, e cuidar de um ser humano é um trabalho. Se a indução ou manutenção do sono ainda for difícil, deve-se consultar um psicólogo do sono, quer para aumentar

a literacia em sono, como para aprendizagem de técnicas adequadas para a promoção de um bom sono.

5. O tratamento de SAOS deverá ser sempre personalizado. Como tal, será diferente para uma mulher jovem, para a grávida e para a mulher peri ou pós menopausa. Apesar das diferenças entre os géneros, do ponto de vista hormonal e anatómico, a opção terapêutica a escolher terá sempre de ser de acordo com uma avaliação de risco/benefício, consentimento informado e probabilidade de eficácia. Neste aspeto acho que deverá ser oferecido tanto às mulheres como aos homens todos os tratamentos e adjuvantes possíveis. Promoção de exercício físico, exercícios miofuncionais com terapia da fala, controlo de queixas nasais e/ou refluxo e acompanhamento por nutricionista. A terapia propriamente dita de SAOS, com reduções efetivas do índice de apneia-hipopneia (IAH), passa por cirurgia dos tecidos moles da faringe/laringe (amigdalas palatinas, palato mole, amigdalas linguais e epiglote), cirurgia maxilo-mandibular ou de expansão do palato duro, cirurgia para colocação de um estimulador do hipoglosso, cirurgia bariátrica, terapia posicional, dispositivo de avanço mandibular, ventiloterapia não invasiva (PAP – positive airway pressure) ou várias combinações destas. Na verdade, como a SAOS é uma doença que se vai agravando ao longo da vida, com o passar dos anos pode ser necessário mais que tratamento, ou até em conjunto, dependendo da anatomia e/ou a gravidade da SAOS.

Para estados temporários, como a mulher grávida com SAOS, deverá ser proposto ventiloterapia PAP, tendo em conta o benefício imediato para a mulher e o feto.

6. O padrão de ouro para o tratamento da insónia deverá ser psicologia do sono que, por exemplo, inclui cognitive behavioural therapy-insomnina (CBT-I). Deverá ser oferecido a todos os que sofrem de insónia, independentemente da idade e do género. A terapêutica farmacológica poderá ser um adjuvante e concomitante ao tratamento com psicologia do sono, mas o ideal é não necessitar de medicação para a vida toda. As benzodiazepinas (BZD) não deverão ser utilizadas, por não curarem a causa, pela possibilidade de vício, por perturbarem o sono e aumentarem a depressão neurológica central. Em alguns estudos, a melatonina pode ser alternativa, mas pode perturbar o ciclo circadiano. Com o envelhecimento é normal haver um avanço de fase, que faz com que os mais velhos acordem mais cedo e também tenham que dormir mais cedo. Socialmente pode ser difícil de aceitar, contrastando com os adolescentes, que sofrem um atraso de fase. Há antidepressivos atípicos (p.ex. trazodona e mirtazipina) que em baixas doses ajudam a induzir o sono ou manter o sono sem os efeitos aditivos das BZDs, ou às vezes tratar mesmo a depressão, que está na origem da insónia. A melhor terapêutica para a insónia será sempre a psicologia de sono e, caso necessário, temporariamente um medicamento que possa auxiliar este processo.

7. Existem técnicas comprovadas a para melhorar o sono. Vale a pena adaptar a cada pessoa, e com psicologia do sono poderá ser identificada a técnica adequada. Existem, no entanto, medidas gerais como meditação, yoga, mindfullness, *journalling*, que podem ser sugeridas. No entanto, pode não funcionar com a pessoa; a ansiedade pode ser reduzida com exercício físico ou atividades lúdicas. A técnica mais eficaz tem de ser aquela que se adapta ao perfil e preferências de cada pessoa com efeitos comprovados.

8. As crianças são uns espelhos do que acontece no ambiente em que se encontram. Quando falamos de sono, o sono das crianças é influenciado principalmente por hábitos de sono da família. Mas esta influência não tem só uma direção: os pais influenciam o sono das crianças, e as crianças influenciam o sono dos pais. Até aos primeiros seis meses de vida, o sono está em organização, o ritmo circadiano começa a aparecer às seis semanas e até aos seis meses estabiliza. Primeiro deverá ser do conhecimento da família quais são as recomendações de TTS mínimas para as crianças de acordo com a idade (sugeridas pela Academia Americana de Medicina do Sono em 2016): 11 horas entre os 1-3 anos, 10 horas 3-5 anos, 9 horas para crianças em idade escolar (5-12 anos) e 8 horas para adolescentes (12-18 anos). É importante adaptar às necessidade da criança, mas será mais ao menos nesta proporção. Conhecendo estes TTS recomendados, deverão ser dadas as oportunidades para que os filhos possam dormir estas horas. No entanto, há particularidades, como por exemplo os adolescentes que passam a cronotipos mais tardios. Como tal, adormecem mais tarde e deveriam acordar mais tarde. Isto tem uma explicação biológica que, infelizmente, frequentemente é incompatível com o horário escolar e que causa privação de sono, sendo necessárias sestas à tarde ou recuperar o sono durante o fim de semana. O sono é fundamental para o desenvolvimento e maturação neuronal, pelo que é fundamental deixar e ajudar os filhos a dormirem tudo que precisam.

Dra. Lia Oliveira, pediatra

Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa (2002-2008), com média final de 18 valores. Internato da Formação Específica em Pediatria (2010-2014) no Departamento de Pediatria do HSM–CHULN, EPE, com avaliação final de 19,3 valores. Durante o período de formação em Pediatria realizou estágio no Serviço de Neurologia Pediátrica do Hospital San Joan de Déu, Barcelona, com especial foco na área do sono pediátrico. Competência em Medicina do Sono, pela Ordem dos Médicos. Ciclo de Estudos Especiais em Pneumologia Pediátrica, na Unidade de Pneumologia Pediátrica (UPP) do Departamento de Pediatria do HSM-CHULN, com avaliação de 19,1 valores. Atualmente desempenha atividade assistencial no Laboratório Pediátrico de Estudos de Sono e Ventilação e na Unidade de Pneumologia Pediátrica do HSM-CHULN, que integra o mesmo Laboratório. Autora de vários projetos de investigação na área da pneumologia e sono, com várias comunicações científicas (orais e artigos) nacionais e internacionais.

1. O sono é diferente no homem e na mulher, pelo que também os seus distúrbios são diferentes. Por exemplo, a perturbação respiratória do sono é mais frequente no homem do que na mulher antes da menopausa, com prevalência semelhante após esta; e a insónia é mais prevalente na mulher. A maior prevalência de doenças que afetam o sono na mulher, como a depressão, justifica também a pior qualidade de sono reportada, globalmente, pelas mulheres.

2. As hormonas sexuais alteram o sono. As hormonas femininas, e as suas flutuações ao longo do ciclo menstrual, gravidez, menopausa, alteram a arquitetura do sono e os seus distúrbios. Relativamente aos distúrbios, a mulher na menopausa aumenta o risco de perturbação respiratória do sono, insónia, síndrome de pernas inquietas e movimentos periódicos dos membros.

3. Os primeiros tempos da maternidade são um desafio (sobretudo o primeiro trimestre), não só pelas alterações hormonais que alteram a arquitetura do sono e aumentam o risco de depressão, mas também pela privação de sono imposta pelos horários de um bebé. Assim, o pós-parto carateriza-se por uma sensação subjetiva de má qualidade de sono, com vários despertares noturnos, aumento do cansaço, redução do tempo total de sono, com alterações na arquitetura. Assim, é fundamental um bom suporte emocional e tentar acompanhar os ciclos de sono do bebé, aproveitando para dormir nos períodos em que o bebé dorme.

4. A perturbação respiratória do sono na mulher difere da descrição clássica de "apneia do sono", o que pode conduzir ao subdiagnóstico. Na mulher, o ressonar pode ser menos evidente, podendo ser referidos outros sintomas como insónia, nocturia, suores noturnos, cansaço (embora possam negar sonolência diurna), cefaleias matinais, alterações do humor e pernas inquietas. Apesar dos diferentes sintomas, a inflamação sistémica persiste, associando-se a problemas cardiovasculares e metabólicos, com aumento do risco de hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes e todos os eventos cardiovasculares daí resultantes.

5. Relativamente ao tratamento da apneia do sono, os princípios gerais passam pela educação para um estilo de vida saudável (controlo do peso, exercício físico), com uma boa higiene de sono. Toda a medicação deve ser revista no sentido de pesquisar potenciais agravantes. Os dispositivos de pressão contínua positiva na via aérea (CPAP) ou com dois níveis de pressão (BiPAP) estão indicados nos casos moderados a graves. Os dispositivos orais poderão ter interesse nos casos ligeiros a moderados, ou quando o ventilador não é tolerado. A terapêutica hormonal de substituição tem um impacto controverso na perturbação respiratória do sono, não sendo claro o seu benefício.

6. A insónia é mais prevalente nas mulheres. O tratamento inicial passa pela educação e compreensão da insónia: é secundária a outro problema? Nesse caso, o foco deve ser o problema primário. Dependendo da fase da vida da mulher, as terapêuticas hormonais poderão ajudar a melhorar a qualidade do sono. Do ponto de vista farmacológico, há que

pesar sempre os riscos e os benefícios; os efeitos colaterais podem ser preferíveis a uma má qualidade de sono e todas as nefastas consequências da insónia; um tratamento curto, de 3-4 semanas, é seguro e, muitas vezes, adequado.

7. A saúde mental afeta o sono, pelo que uma rotina relaxante é fundamental. Uma boa higiene de sono passa por reduzir os estímulos na hora próxima de dormir (incluindo telemóveis, televisão e todo o tipo de aparelhos eletrónicos), limitar o uso de bebidas com cafeína e de nicotina, exercício físico, um ambiente confortável no quarto, ler, meditar.

8. A mãe, sendo quem, habitualmente, passa mais tempo com o bebé nos primeiros meses, terá esse papel primordial na educação: tentar que o bebé ganhe autonomia no início do sono. Esta capacidade desenvolve-se pelos 4-6 meses, pelo que é importante potenciá-la, evitando erros de associação ao início do sono: evitar que o bebé adormeça na mama ou no colo, de forma que o sono decorra no seu berço. Nas crianças mais crescidas é fundamental sedimentar esta autonomia: a partir dos 6-9 meses poderão transitar para o seu próprio quarto, associando esse espaço ao início do sono. Começa depois, pelos 2-3 anos, uma fase de maior desafio: a imposição dos limites – a criança, dona da sua personalidade, tenta por tudo evitar a hora de dormir; os pais devem, então, impor limites e manter as regras e rotinas desse momento. À medida que crescem, esta fase de afirmação da personalidade melhora, mas surgem os aparelhos eletrónicos e, mais tarde, na adolescência, os apelos sociais. Assim, é fundamental manter as regras e rotinas de sono saudáveis, começando pelo exemplo dado pelos pais.

Dra. Susana Falardo Ramos, médica dentista

DDS, MSc, PhD, Doctor of Dentistry, ISCS Egas Moniz, Portugal, European PhD (Prophylaxis, Pediatrics, Orthodontics) Univ Compl Madrid, Myofunctional Therapy Master, ISEP, Madrid, Dental Sleep Medicine Mastery, AADSM, Chicago, Scientific Committee Member, AADSM, European Expert Sleep Dentist, EADSM, International Certificant, ABDSM, President of the EADSM, Assistant Invited Professor of Orthodontics at Portuguese Catholic University

1. Os homens e as mulheres são afetados de formas diferentes pelos distúrbios do sono. Não podemos generalizar a prevalência e/ou incidência dos distúrbios do sono face a diferenças de género. No entanto, enquanto nos homens o ronco terá maior incidência, nas mulheres a insónia é a mais prevalente.

Há que recordar que alguns distúrbios de sono estão associados a profissões e são independentes do género, como sejam as alterações do ritmo circadiano, por exemplo, e o trabalho por turnos.

2. Sim. As oscilações hormonais ocorridas durante as diferentes fases do ciclo menstrual, e as diferenças de temperatura corporal que ocorrem durante esta fase, implicam com alterações na arquitetura do sono. Além de que situações como, por exemplo, dismenorreia, tensão pré-menstrual, transtorno disfórico pré-menstrual e fluxo sanguíneo abundante podem levar a insónia e fragmentação do sono.

Na menopausa, com as alterações nos ciclos biológicos de vida e alterações hormonais extremas, as mulheres apresentam maior risco de distúrbios do sono, como insónia, má qualidade do sono, apneia obstrutiva do sono (AOS), síndrome das pernas inquietas (SPI), depressão e vários transtornos relacionados ao humor e à ansiedade.

3. O período da gestação é também uma fase de grandes alterações hormonais e corporais que implicam com a alteração e qualidade do sono.

Se por um lado o aumento de peso, o aumento da volemia corporal e a alteração do centro de gravidade (causado pelo desenvolvimento fetal) favorecem o aparecimento de apneia do sono (a qual acarreta risco elevado de diabetes, hipertensão arterial e pré-eclampsia, complicações pós-parto e necessidades de cuidados especiais neonatais), por outro lado é também um período em que pode surgir refluxo gastro esofágico e, consequentemente, bruxismo, assim como maior incidência de síndrome de pernas inquietas e insuficiência venosa inferior.

No período pós-parto, algumas das situações tendem a agravar e a acometer para períodos de ansiedade extrema e dificuldade de restabelecer a qualidade do sono, também em parte causada pela necessidade de amamentação noturna, levando a situações de depressão pós-parto.

Nesta fase, é muito importante restabelecer as medidas de higiene do sono. O apoio da família e, em particular, do parceiro são fundamentais. Manter horários regulares para cuidar do recém-nascido, de forma que este se adapte ao ritmo circadiano, são fundamentais.

6. O tratamento e as terapias aplicadas na apneia do sono não diferem em função do género, mas sim em função do indivíduo. Sendo que o diagnóstico é multidisciplinar, assim também é o tratamento, passando por ventilação noturna, dispositivos de avanço mandibular, medidas de controlo de peso, terapia posicional, cirurgia, terapia miofuncional, medidas de higiene do sono e terapias conjugadas, isto é, tratamentos que envolvem mais do que uma terapia em simultâneo.

7. Sim, a insónia tem maior incidência nas mulheres, mas o seu tratamento não se resigna à toma de medicação. Embora e muito infelizmente seja o que acontece na sociedade. A toma generalizada da medicação e/ou automedicação, em particular de benzodiazepinas, para além de dependência e diminuição de eficácia com o tempo, causa também alterações na estrutura do sono e pode agravar outras patologias subjacentes não diagnosticadas como, por exemplo, a síndrome de resistência das vias aéreas e a apneia do sono.

Em algumas situações a insónia surge por associação a outras situações, como é o caso de ronco do parceiro, levando a situações extremas de dormir em quartos diferentes ou a separação. Em outras situações, a insónia pode estar associada a perda de familiares, amigos, animais de estimação, problemas laborais ou estados depressivos ou ansiedade.

Na generalidade das situações procura-se alternativa à medicação com terapia cognitivo-comportamentais para a insónia, que permite, através de medidas de conhecimento e de comportamento individuais, reconhecer as situações *trigger* de forma a controlar ou até eliminá-las. Outra das medidas é a meditação e a prática de exercício físico, como por exemplo yoga, o tai-chi, o pilates, que controlam a ansiedade.

Recentemente a acupuntura também tem sido adotada para controlo de ansiedade e estados depressivos.

8. Um pouco na continuidade da pergunta/resposta anterior, o stress e ansiedade, em parte devido a alterações forçadas do quotidiano, provocadas pela pandemia, vieram alterar e até agravar a qualidade e quantidade de sono.

A adoção de hábitos de vida saudáveis passa por evitar o sedentarismo, dando prioridade ao bem-estar, uma alimentação equilibrada, exercício físico, caminhadas ao ar livre, maior exposição solar, evitar exposição aos ecrãs azuis, em particular no período noturno. Manter horários regulares e constantes durante a semana e aos fins de semana são fundamentais para controlar os níveis de ansiedade.

Prof. Teresa Paiva, neurologista

Licenciada em Medicina em 1969. É atualmente Directora Clínica do CENC – Centro de Medicina do Sono, investigadora do CHRC- UN e do ISAMB-FM-UL e colaboradora das Pós-graduações em Psicologia do Sono da UCP e Sono da Infância e Adolescência da ESSCVP. É Neurologista, Neurofisiologista com Competência em Medicina do Sono e Somnologista Europeia. Foi Professora Associada convidada de

Neurologia da Faculdade Medicina-UL e de Engenharia Biomédica do Instituto Superior Técnico-UL. Organizou a 1º Consulta de Cefaleias e o 1º laboratório de Sono em Portugal e o 1º Mestrado mundial de Ciências do Sono. Sócia fundadora nº 1 da Associação Portuguesa de Sono. Tem tido uma atividade intensa e frequente na divulgação do Sono para o público e profissionais. Tem 187 artigos em revistas, 83 capítulos de livros e 15 livros publicados em várias línguas, com 6077 citações e h index de 43; i10 de 104.

1. Sim. As insónias afetam mais as mulheres que os homens. No entanto, apesar de as necessidades de sono serem semelhantes nos dois géneros, as mulheres dormem um pouco mais que os homens quando se considera tanto o sono noturno como as sestas; por seu lado as mulheres tendem a ter mais sono profundo e menos sono superficial, bem como um período circadiano ligeiramente mais curto.

Estes dados da quantidade e características do sono melhores nas mulheres parecem entrar em contradição com a maior prevalência de insónia e depressão que elas têm. Fatores hormonais e existenciais podem explicar as insónias femininas, mas as melhores características do sono parecem estar associadas à maior longevidade das mulheres.

Importa dizer que há doenças que afetam mais o sexo masculino, entre elas destaco o sonambulismo, a apneia do sono, e o transtorno comportamental do sono REM.

2. Sim muitas insónias, assim como dores de cabeça, estão associadas ao período menstrual. Por sua vez, a insónia pode agravar-se ou iniciar-se na menopausa, ao contrário das dores de cabeça que tendem a desaparecer nesta fase.

3. As insónias na maternidade também têm causas hormonais, para além das preocupações, da existência da criança e de uma nova fase da vida.

As estratégias dependem de muitos fatores: ser ou não o primeiro filho, ser ou não saudável, ter ou não ter ajudas, etc.

Para crianças saudáveis importa saber que, se o são, dormem bem desde que os pais não lhes estraguem o sono, isto é, não os deixam dormir sossegados e lhes façam qualquer coisa quando a criança assinala os microdespertares normais, que ela e todos nós temos.

Para as mães, um problema que têm de lidar é com a culpa e o medo de não tratarem bem o bebé: a culpa é melhor deitar fora e o medo também porque uma mãe que ama o seu bebé há-de saber o que deve fazer, principalmente com a ajuda de algumas leituras de profissionais credenciados.

4. As apneias nas mulheres são mais frequentemente associadas a insónias. Em ambos os sexos há pior qualidade de vida, pequenas alterações cognitivas e sexuais, maiores riscos de acidentes e de doenças cardio ou cerebrovasculares. Os tratamentos (emagrecimento, CPAP/APAP, avanço mandibular, treino postural, terapia miofuncional e ORL) e os riscos são relativamente semelhantes. As terapias com PAP devem usar dispositivos desenvolvidos para mulheres, cuja via aérea é diferente dos homens.

6. Os sedativos e hipnóticos têm risco de habituação, dependência e perturbações de memória (alguns remédios ditos naturais com misturas de muitas substâncias também). Os antidepressivos em baixas doses podem estar indicados, mas podem dar alterações do peso e reduzir o sono REM; os antipsicóticos modificam o sono profundo e o REM.

A terapia cognitivo comportamental da insónia é considerada como tratamento de 1ª linha. Mudanças em atitude e crenças e pequenos ajustes na vida de trabalho e/ou familiar são essenciais.

Ter horários regulares de deitar, levantar, comer e trabalhar; Dormir o que se precisa (nem demais nem de menos); Fazer atividade física regular (nem demais nem de menos), com tempos ao ar livre e não à noite; Ter uma alimentação equilibrada; Trabalhar com medida (nem demais nem de menos); Tomar só os remédios que precisa (nenhuns ou poucos); Acabar o uso de aparelhos eletrónicos algum tempo antes de se deitar; Não levar as preocupações para a cama; Relativizar preocupações e coisas da vida.

Dra. Vânia Caldeira, pneumologista

Mestrado integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa 2006-2012. Especialidade de Pneumologia no Hospital de Santa Marta (CHLC) 2014-2018. Assistente hospitalar de Pneumologia no CHLC entre 2019 e 2020. Assistente hospitalar de Pneumologia no CHS desde 2020: Coordenadora do Laboratório de Sono e do Hospital de Dia de Insuficiência Respiratória; Coordenadora da Formação do Serviço de Pneumologia; Coordenadora da Interligação com os Cuidados de Saúde Primários. Pneumologista assistente da Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca (UNIICA) do CHS. Assistente hospitalar de Pneumologia na CUF Santarém e CUF Almada. Sonologista na Clínica Hugo Madeira e Clínica SleepLab. Competência em Medicina do Sono pela Ordem dos Médicos em 2020. Especialista em Medicina do Sono pela European Sleep Research Society em 2021. Organização e colaboração em diversos cursos de Ventilação Não Invasiva e Sono. Actividade de ensino médico pré e pós-graduado. Várias publicações científicas e colaboração em livros na área da Ventilação Não Invasiva, Sono e Insuficiência Respiratória. Membro da Comissão de Trabalho de Patologia Respiratória do Sono da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Sócia da Associação Portuguesa do Sono. Cédula Ordem Médicos nº 55050

1. As diferenças biológicas entre homens e mulheres têm impacto também no sono e, desde cedo, que as mulheres podem experimentar pior qualidade subjetiva do sono, maior risco de insónia e de outros distúrbios de sono. O sono é influenciado por múltiplos fatores como a regulação hormonal, mas também o stress, as alterações de humor (ansiedade e depressão), o envelhecimento e as fases da vida. Ao longo da sua vida, a mulher experimenta múltiplos desafios biológicos que podem comprometer o seu sono, como a menstruação, a gravidez ou a menopausa. Globalmente parece haver mais sono lento profundo nas mulheres e mais rápida acumulação da pressão de sono e a literatura científica mostra-nos que as mulheres referem mais distúrbios do sono do que os homens (1,3-1,6:1), sentem-se mais insatisfeitas com a qualidade do seu sono e têm maior risco de diagnóstico de algumas patologias. Alguns estudos referem que a insónia é até 40% mais frequente nas mulheres. Também a síndrome de pernas inquietas é mais prevalente no sexo feminino e pode causar importante disrupção do sono, consistindo numa sensação desagradável dos membros inferiores ou uma urgência em mover os mesmos, que agrava com o repouso e ao longo do dia e alivia com o movimento.

2. A menstruação, com as suas flutuações hormonais, vai ter impacto também no sono da mulher – os sintomas de dismenorreia e síndrome pré-menstrual com dor abdominal e cefaleias vão contribuir para a diminuição da qualidade do sono, com diminuição da eficiência do sono, mais despertares noturnos e sonhos disruptivos, queixas de insónia e sono não reparador, com consequências diurnas – fadiga, sonolência excessiva, dificuldades de concentração e agravamento das alterações do humor. Muitas vezes estes sintomas geram um círculo vicioso de dor que agrava a disrupção do sono, causando mais privação do sono e, com isso, menor tolerância à dor. Também as alterações do humor típicas deste período são agravadas pelo próprio sono não reparador.

Por outro lado, o climatério é outro desafio na vida da mulher: os sintomas vasomotores podem estar presentes em até 85% dos casos e geram fragmentação do sono, diminuição da eficiência do sono com insónia de manutenção importante. Cerca de um quarto das mulheres entre os 50 e 64 anos tem algum tipo de distúrbio do sono. As mulheres na perimenopausa podem sofrer de dificuldade em iniciar ou manter o sono e de despertar precoce na madrugada. Muitas vezes, a insónia nesta fase da vida da mulher pode mascarar um distúrbio respiratório do sono, pelo que a avaliação por especialista em Medicina do Sono deve ser considerada nos casos de insónia no climatério. Em alguns casos de insónia mais grave, as doentes podem beneficiar de terapia de substituição hormonal ou antidepressivos.

3. A gravidez é outra fase da vida da mulher que representa um enorme desafio para a qualidade do sono e que é muitas vezes menosprezada. Há uma prevalência de 10 a 15% de distúrbios do sono na gravidez e, ao contrário do que muitas vezes se pensa, logo desde o primeiro trimestre. Ao longo da gravidez as variações hormonais, mas também a nictúria, as queixas de refluxo gastro-esofágico e o desconforto progressivo uterino vão contribuindo para o compromisso da continuidade e qualidade do sono. Verifica-se uma diminuição da eficiência do sono com queixas de insónia inicial e de manutenção, despertares noturnos com fragmentação do sono, sono mais superficial e não reparador. A fadiga e a sonolência são sintomas frequentes, mas muito

subvalorizados. Existe ainda um aumento da prevalência de algumas doenças do sono.

Cerca de 10 a 45% das grávidas tem roncopatia. O aumento ponderal, a diminuição da capacidade residual funcional pulmonar e a fragmentação do sono contribuem para o aumento dos distúrbios respiratórios do sono, nomeadamente a apneia do sono. Embora na maioria das situações o problema se resolva após o parto, pode persistir e manter necessidade de tratamento.

Cerca de 15 a 23% das grávidas podem ter síndrome das pernas inquietas a contribuir para um sono não reparador, despertares frequentes, insónia inicial ou de manutenção e fadiga. A avaliação destas doentes e a suplementação com ferro é essencial.

Embora subvalorizados e, também por isso subdiagnosticados, os distúrbios do sono e a própria privação do sono acarretam risco maternofetal com aumento da incidência de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, partos pré-termo e recém-nascidos de baixo peso.

A diminuição da eficiência e a fragmentação do sono mantém-se no pós-parto em relação com as alterações hormonais, do humor e, também, com os novos desafios de cuidar de um recém-nascido.

Durante a gravidez, manter hábitos saudáveis de sono com horários regulares, tentando cumprir as 7-9 horas de sono recomendadas, evitando a ingestão de líquidos ao final do dia, usando almofadas para prevenir o refluxo gastro-esofágico e assegurando um adequado controlo da temperatura no quarto podem ajudar. Quer na gravidez, quer no pós-parto, é fundamental procurar manter uma boa higiene do sono e técnicas como a meditação, o yoga ou o exercício físico demonstraram ser benéficos.

4. Embora os homens tenham duas vezes mais risco de apneia do sono, após a menopausa a prevalência nas mulheres é similar aos homens. Existem alguns fatores de risco importantes para a doença, como o excesso de peso e a obesidade, a idade, a história familiar de apneia do sono e alterações anatómicas da via aérea superior que predisponham ao colapso da mesma (ex: hipertrofia amigdalina, macroglossia, retrognatia). Embora nos homens predominem os sintomas clássicos como a roncopatia, as apneias presenciadas, o *gasping* ou a sonolência diurna excessiva, nas mulheres a presença de sintomas atípicos dificulta o diagnóstico. Frequentemente as mulheres com apneia do sono têm sobretudo queixas de insónia, nictúria, sudorese noturna, fadiga, sono não reparador, cefaleias, irritabilidade ou humor depressivo. Por fim, verifica-se ainda que mesmo em apneias do sono de menor gravidade, com índice de apneia-hipopneia mais baixo, as mulheres são habitualmente mais sintomáticas do que os homens.

Além da diferença marcada na sintomatologia, existem também outras particularidades no comportamento da doença. No sexo feminino pode predominar uma obstrução parcial mantida da via aérea (mesmo sem eventos respiratórios) que contribui para os microdespertares e fragmentação do sono. Alguns estudos documentam maior risco cardiovascular nas mulheres com apneia do sono (em relação com predomínio de eventos respiratórios no sono REM), que contribui para a aterosclerose e disfunção endotelial, incidência de hipertensão arterial, de diabetes e de doença coronária. Destaca-se ainda uma elevada prevalência de comorbilidades psiquiátricas, como a ansiedade e depressão e a ocorrência de síndrome de hipoventilação da obesidade, com aumento do risco de mortalidade.

Por todas estas particularidades é fundamental manter um elevado nível de suspeita para identificar as mulheres que podem ter um distúrbio respiratório do sono e que beneficiam de uma polissonografia. Nos casos de elevada suspeita, o estudo do sono de ambulatório é habitualmente suficiente e mais cómodo e prático para a doente; nos casos em que predomina a insónia ou a suspeita é menor, é preferível um estudo do sono nível I em laboratório.

5. Nos casos mais graves de apneia do sono, ou quando cursa com sonolência diurna excessiva, o tratamento de primeira linha é a terapia de pressão positiva da via aérea (PAP), com autoCPAP ou CPAP. O principal desafio no tratamento da mulher com apneia do sono é o facto de predominar o fenótipo de apneia do sono com insónia comórbida (COMISA) que diminui a compliance a este tratamento. Abordar simultaneamente a insónia nestas doentes, com recurso a terapia farmacológica, mas também terapia cognitivo-comportamental, é nuclear para o sucesso da terapia. Em casos menos graves ou refractários, a terapia PAP tem-se mostrado como um benefício crescente com alternativas terapêuticas como o dispositivo de avanço mandibular, a cirurgia da via aérea ou a terapia posicional (que previne o decúbito dorsal em doentes com predomínio dos eventos nessa posição). Algumas medidas devem ser aconselhadas a todas as doentes, como a perda ponderal, uma dieta equilibrada, a prática de exercício físico regular e uma boa higiene do sono.

Nas mulheres com queixas de sono é, por isso, essencial uma avaliação em consulta de sono para uma abordagem por uma equipa multidisciplinar e um tratamento integrado que, muitas vezes, inclui várias modalidades.

6. Virtualmente, qualquer indivíduo pode ter queixas de insónia transitórias em algum momento da vida quando submetido a determinados fatores precipitantes (luto, stress, entre outros). A insónia crónica surge habitualmente quando se perpetuam comportamentos maladaptativos que apenas agravam as queixas de sono. A insónia é mais comum no sexo feminino e consiste na dificuldade em iniciar ou manter o sono, que acontece pelo menos três vezes por semana durante três meses e que tem impacto no funcionamento diurno (alterações do humor, disfunção cognitiva, fadiga ou impacto social e familiar). O mais importante na abordagem da insónia é a identificação dos principais problemas associados, incluindo comorbilidades como a apneia do sono, a síndrome de pernas inquietas, a ansiedade ou a depressão, mas também a correção dos comportamentos maladaptativos. Só uma abordagem integrada com recurso à terapia cognitivo-comportamental permite desmistificar algumas ideias erradas acerca do sono e melhorar os comportamentos de forma a quebrar o círculo vicioso e dormir melhor. A auto-medicação é um risco, quer pela perpetuação dos comportamentos errados que mantém a insónia, quer pelos efeitos adversos de medicação não adequada (sonolência no dia seguinte e maior disrupção do sono). Após avaliação por especialista em consulta de sono pode haver indicação para tratamento farmacológico personalizado como adjuvante da intervenção cognitivo-comportamental realizada por psicólogos do sono. Procurar ajuda precocemente e não perpetuar erros é a melhor estratégia.

7. As medidas de higiene do sono são um conjunto de boas rotinas do sono, tão importantes como escovar diariamente os dentes. Devem privilegiar-se os horários de sono regulares que asseguram as 7 a 9 horas de sono no adulto e garantir uma adequada oportunidade e ambiente para o sono – quarto e cama confortáveis, com adequada temperatura e bom isolamento de ruído e luz. As técnicas de meditação ou relaxamento podem ajudar ao final do dia para diminui a ansiedade e o estado de *hyperarousal* ao deitar. As rotinas pré-sono devem preparar-nos para dormir: uma refeição ligeira ao jantar, evitando café, álcool ou tabaco, mantendo um ambiente calmo e com pouca exposição à luz (sobretudo dos dispositivos eletrónicos), preferindo uma música calma ou uma leitura antes de ir para o quarto. Durante o dia, a prática de exercício físico regular e uma boa exposição à luz durante a manhã são medidas adicionais que favorecem um sono de qualidade.

8. As medidas de higiene do sono devem ser uma prática da família e são parte da educação das crianças. Garantir uma adequada oportunidade de sono, respeitando a regularidade do mesmo e as necessidades fisiológicas de sono de cada idade (desde as 11 a 14 horas até aos 2 anos, até às 8 a 10 horas dos 14 aos 18 anos) é essencial para um crescimento físico e mental saudável. Desde cedo que é importante a implementação de rotinas que relaxem a criança e a preparem para o sono, criando um ambiente calmo antes de deitar e limitando a exposição aos dispositivos eletrónicos. Nas crianças os problemas de sono manifestam-se muitas vezes pelo impacto no rendimento escolar ou pelas consequências comportamentais. Sobretudo nos adolescentes, as medidas de evicção da luz ao final do dia tornam-se essenciais devido a um atraso de fase fisiológico que gera dificuldade em adormecer e pode agravar situações de privação do sono com compromisso diurno e impacto na rentabilidade escolar. A atenção ao sono da família, desde o bebé ao idoso, é essencial para identificar problemas e procurar ajuda atempada. ■

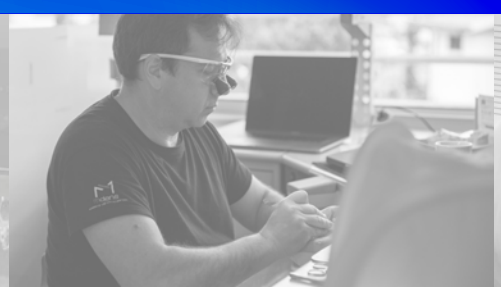
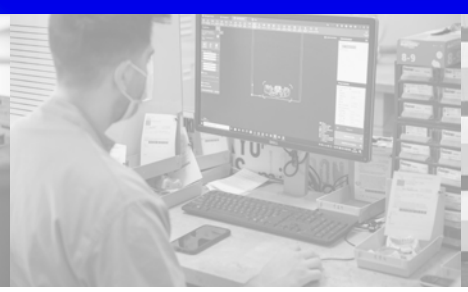
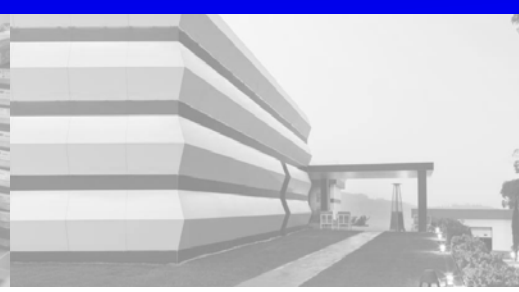
www.spdof.pt

**Suporte Bibliográfico da Dra. Filipa Ricardo*
- Covassin, N., Singh, P., & Somers, V. K. (2016). Keeping Up With the Clock. Hypertension, 68(5),1081–1090. https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.116.06588
- Frange, C., Franco, A. M., Brasil, E., Hirata, R. P., Lino, J. A., Mortari, D. M., Ykeda, D. S., Leocádio-Miguel, M. A., D'Aurea, C. V. R., Silva, L. O. e, Telles, S. C. L., Furlan, S. F., Peruchi, B. B., Leite, C. F., Yagihara, F. T., Campos, L. D., Ulhôa, M. A., Cruz, M. G. da R., Beidacki, R., & Santos, R. B. (2022). Practice recommendations for the role of physiotherapy in the management of sleep disorders: the 2022 Brazilian Sleep Association Guidelines. Sleep Science, 15(4). https://doi.org/10.5935/1984-0063.20220083
- Paiva, T., Andersen, M.L., & Tufik, S. (2014). O Sono e a Medicina do Sono (1º ed). Editora Manole.
- Restrepo, C., Santamaría, A., & Manrique, R. (2021). Sleep bruxism in children: relationship with screen-time and sugar consumption. Sleep Medicine: X, 3, 100035. https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2021.100035
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., & Weeß, H.-G. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. Journal of Sleep Research, 26(6), 675–700. https://doi.org/10.1111/jsr.12594

dental
future
trends

Mdens Friends Summit

26 maio 14H
Sunset House

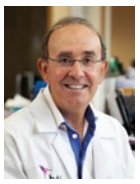
14h
hora de abertura

8
conferências

8
nº de conferencistas

A Mdens é um laboratório de Prótese Dentária com quase duas décadas, conhecido pela elevada qualidade dos seus trabalhos e serviços, sempre utilizando as mais atuais técnicas e processos disponíveis. Dia 26 de Maio, vamos realizar a primeira edição da MDens Friends Summit, na Sunset House em Vila Nova de Famalicão. Juntos vamos entrar e descobrir a próxima geração de técnicas e inovações dentárias.

mdens



*Eduardo Anitua DDS, MD, PhD

IMPLANTE REIMPLANTADO NO SETOR ESTÉTICO. PREVISIBILIDADE E RESULTADOS A 10 ANOS

Introdução.

Todos os dias, um número crescente de pacientes recorre à implantologia para reabilitar o seu edentulismo, uma vez que inúmeras técnicas e implantes de diferentes comprimentos e diâmetros foram desenvolvidos para abordar todas as situações, por mais avançada que seja a atrofia óssea[1]. Isto significa que há cada vez mais pacientes com implantes e, como esta técnica é amplamente utilizada, a elevada prevalência destes tratamentos significa que estamos a começar a ver numerosos casos em que o tratamento falhou e os implantes tiveram de ser removidos[2]. Embora a taxa de sobrevivência dos implantes dentários seja elevada (96,5% aos 10 anos e 94,6% aos 20 anos)[3], existem problemas que podem levar à necessidade de remoção de implantes, sendo a principal causa de insucesso a peri-implantite. A peri-implantite é a complicação mais frequente, afetando 20% dos pacientes e 10% dos implantes[4,5]. Este processo inflamatório destrutivo afeta tanto os tecidos moles como duros, causando formação de bolsas e reabsorção óssea progressiva em torno de implantes dentários osteointegrados, levando à colonização da superfície exposta do implante e perpetuando a infeção[2]. Quando a peri-implantite progride, ou no caso de implantes mal posicionados que não possam ser reabilitados com sucesso, a opção mais bem sucedida a longo prazo é a explantação de implantes[3,6,7]. Para além da impossibilidade de descontaminação completa da superfície exposta do implante, foi demonstrado que o facto de o implante ser posicionado acima do nível restante da crista óssea pode também levar a forças com efeito de alavanca que aumentam a tensão e perda óssea da crista, bem como a fratura dos implantes envolvidos em alguns casos[7-10]. A técnica e o protocolo para a remoção do implante - uma vez tomada a decisão de remover - são cruciais para a reabilitação do caso, uma vez que as técnicas que permitem a exploração atraumática com preservação total do leito do implante e do volume ósseo residual são as mais susceptíveis de oferecer ao paciente uma nova oportunidade de beneficiar novamente dos implantes dentários[11-14]. As técnicas de remoção de implantes contra-torque permitem que o implante seja removido, deixando o leito ósseo intacto e, em muitos casos, a inserção de um novo implante no mesmo local cirúrgico[12-14]. O kit BTI Kexim[12-14] foi desenvolvido para este fim, permitindo a remoção atraumática do implante; e após uma avaliação do local de explantação, pode planear-se a inserção de um novo implante. Na maioria dos casos, após remoção do tecido inflamatório e re-perfuração da área, o implante pode ser colocado, uma vez que existem numerosas opções para este fim, tais como implantes curtos, implantes estreitos ou ambos ao mesmo tempo[15]. No sector estético, esta substituição é de importância vital, uma vez que a substituição imediata do dente tem conotações psicológicas para o paciente[16,17]. Neste artigo apresenta-se uma análise retrospetiva de implantes reimplantados no setor estético no mesmo local de extracção e no mesmo procedimento cirúrgico com um tempo de seguimento mínimo de 10 anos.

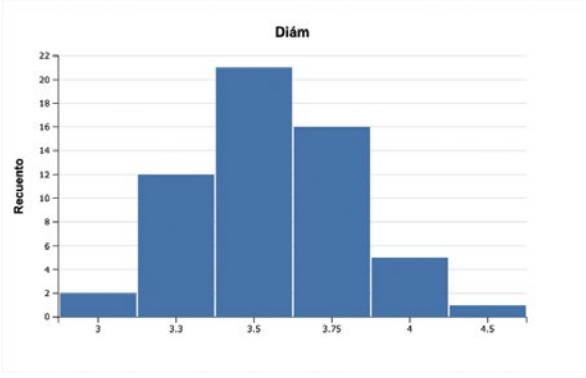


Fig. 1. Diâmetro dos implantes incluídos no estudo (implante reimplantado).

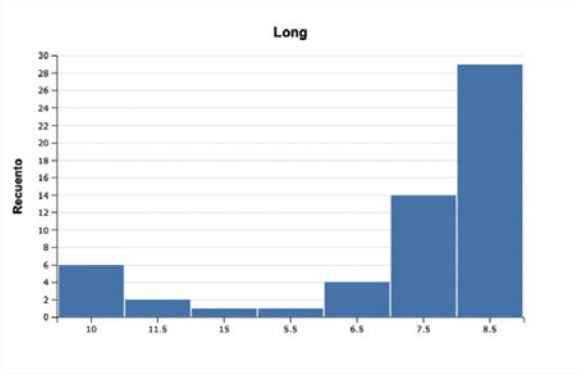


Fig. 2. Comprimento dos implantes inseridos após a explante do implante primário.

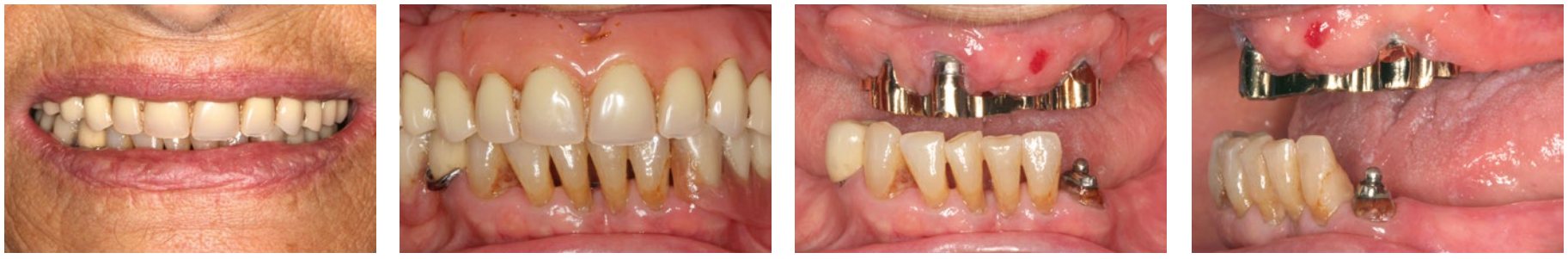
Material e método.

Foi realizado um estudo retrospetivo em pacientes numa clínica dentária em Vitória, Espanha, que foram submetidos, entre 2010 e 2011, a explantações com colocação de implantes imediatos nessa área e, no mesmo tempo cirúrgico, na área estética entre os dentes 13 e 23. Os dados foram obtidos retrospetivamente através da revisão dos registos médicos dos pacientes que preenchiam os critérios de inclusão e nos quais as intervenções foram realizadas entre 2010 e 2011, de modo a que o tempo de seguimento fosse de pelo menos 10 anos. Todos os pacientes foram submetidos a um protocolo de diagnóstico no qual foi realizado um CBCT pré-explantação para orientar a técnica e subsequente inserção do novo implante. Antes da extração do implante dentário, cada paciente recebeu uma pré-medicação constituída por 2 gramas de amoxicilina e 1 grama de paracetamol por via oral. A operação é realizada sob anestesia local (cloridrato de articaina com epinefrina 1:100.000). Todas as operações foram realizadas pelo mesmo cirurgião.

Para o acesso ao implante e visualização perfeita do procedimento, foi realizado um retalho de espessura total. Subsequentemente, é utilizado o kit de extração de implantes (BTI Biotechnology Institute, Vitoria, Espanha)[12-15], baseado na aplicação de uma força contra-torque (através de uma peça intermédia ou extrator que é colocado sobre o implante) que consegue quebrar a união implante-osso. Uma vez removido o implante, o alvéolo é cuidadosamente curetado para evitar a presença de tecido inflamatório no seu interior e, se as paredes ósseas estiverem intactas, é colocado um novo implante no mesmo leito, com um ligeiro preparo para adaptar a nova morfologia (diâmetro e comprimento) do novo implante. Nos casos em que foi observado um intervalo entre o novo implante e o leito pós-extração, este foi preenchido com osso particulado (obtido a partir da perfuração de outros locais) misturado com PRGF Endoret - Fracção 2 activada. Subsequentemente, todos os implantes foram recobertos com uma membrana de fibrina autóloga ativada e retraída PRGF Endoret - Fracção 1 - antes do fecho da incisão com um monofilamento não reabsorvível 5/0. Todos os implantes foram colocados em dois tempos cirúrgicos. Após a conclusão do procedimento cirúrgico, os pacientes são agendados para visitas de seguimento de 15 dias, um mês, três meses, seis meses e um ano. Para a estimativa da perda óssea marginal, foi tomado um comprimento conhecido nas radiografias (comprimento do implante) como referência para calibrar as medidas tomadas nestas radiografias. A partir da calibração, o software utilizado calcula as medições reais (Sidexis XG; Sirona Dental Systems, Bensheim, Alemanha). A perda óssea da crista marginal foi calculada medindo desde o colo do implante até ao primeiro local onde o contacto osso-implante era evidente. A referência para comparar os registos radiográficos e assim estimar a perda óssea em cada paciente foi a radiografia tirada no momento da inserção da prótese. Esta radiografia foi, portanto, utilizada como ponto de partida para todas as medições subsequentes. A perda óssea da crista foi medida em dois pontos: mesial e distal, e para calcular a perda óssea total por implante, foi tomada uma média aritmética de ambas as medidas por implante.

Análise estatística

O implante foi a unidade de análise para a estatística descritiva em termos de localização, dimensões do implante e medições radiográficas. O paciente foi a unidade de



Figuras 3 - 6. Imagens iniciais do caso. O paciente tem uma sobredentadura superior com peri-implantite avançada em todos os implantes que compõem a barra, como se pode ver. Alguns deles têm supuração ativa e hemorragia, bem como retração dos tecidos moles.

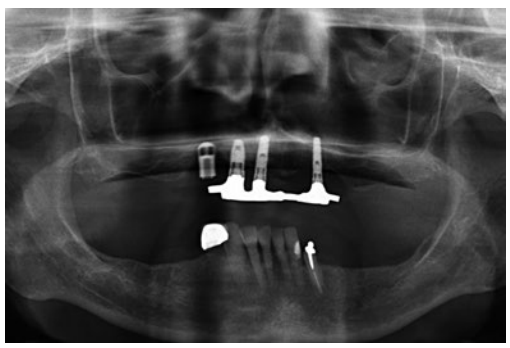
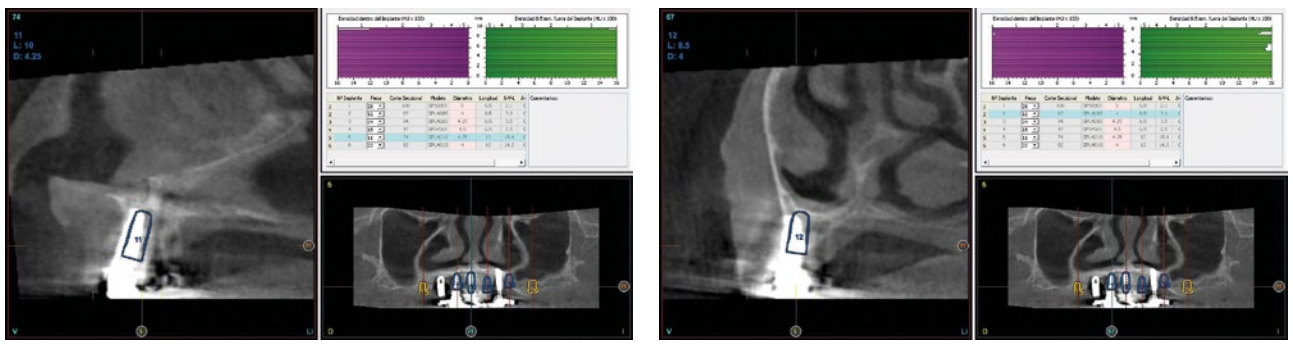
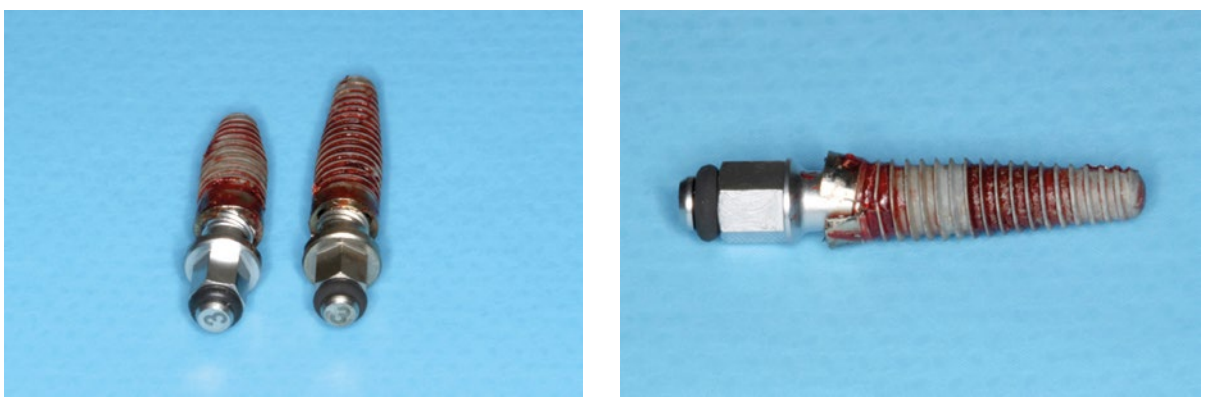


Fig. 7. Na radiografia inicial podemos ver um dos implantes fraturado e os três restantes com perda óssea significativa.



Figs. 8 e 9. Planeamento dos implantes a serem colocados após a exploração das pessoas afetadas pela peri-implantite, bem como a nova inserção de implantes em setores posteriores para completar a reabilitação fixa suportada por implantes. Como se pode ver nas posições 11 e 12, os implantes serão inseridos na área da explantação.



Figs. 10 e 11. Detalhe dos implantes explantados. Podemos ver como o colo de um deles se fraturou devido à baixa resistência da parede a esse nível.

Fig. 12. Imagem radiográfica após a colocação dos implantes nas áreas de exploração e do resto dos implantes planeados. A carga imediata foi realizada em todos os implantes, exceto no implante distal no segundo quadrante, que tinha um torque de inserção mais baixo (15 Ncm).

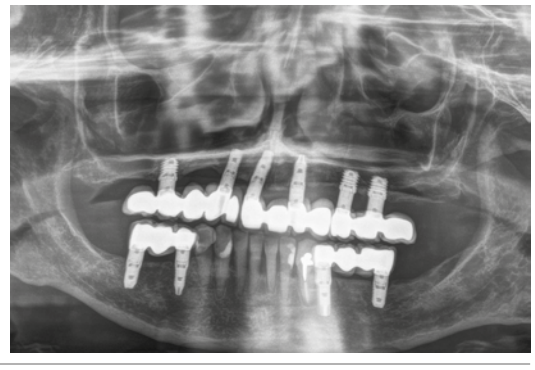
medida para a análise da idade, sexo e história médica, e foi realizado um teste Shapiro-Wilk sobre os dados obtidos para verificar a distribuição normal da amostra. As variáveis qualitativas foram descritas por análise de frequência. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio padrão. A sobrevivência dos implantes foi calculada utilizando o método de Kaplan-Meier. Todas as análises foram realizadas com SPSS v15.0 (SPSS Inc. Chicago, Il, EUA) e o nível de significância foi fixado em 5% ($p<0.05$).

Resultados.

33 pacientes foram recrutados e colocaram-se 58 implantes imediatos pós explantação no setor estético (zona 13-23). 70% dos pacientes eram do sexo feminino, com uma idade de 63,5 anos (+/- 10,97). 70% dos implantes foram removidos devido a peri-implantite e os demais devido a fratura do implante (23%), sendo 7% dos implantes mal posicionados. Os implantes reimplantados eram maiores em diâmetro do que os implantes iniciais, com uma média 0,74 mm maior (intervalo 0,5 -1,5 mm). O comprimento dos implantes reimplantados foi apenas mais longo em 19

Fig. 13 e 14. Colocação de carga imediata duas horas após o fim da cirurgia.

Figs. 15 e 16. Imagens da colocação da prótese definitiva aos 6 meses. Durante este tempo foi também realizada a reabilitação dos edêntulos dos setores posteriores mandibulares.



Figs. 17 e 18. Raios X a 5 e 10 anos de seguimento, onde se pode ver a estabilidade do tratamento realizado.

casos, com uma média de 1,4 mm mais longa (intervalo 0 - 3,5 mm). O diâmetro dos novos implantes variou de 3 a 4,5 mm, sendo 3,5 mm o mais comum (36% dos casos), seguido de 3,75 mm (28% dos casos). A figura 1 mostra os diâmetros dos implantes. Em termos de comprimento, o dos implantes colocados após a exploração variou de 5,5 a 10 mm, sendo o comprimento predominante de 8,5 mm em 50% dos casos. A figura 2 mostra todos os comprimentos dos implantes inseridos na reimplantação. O torque médio de inserção do novo implante foi de 37,7 +/- 13,9 Ncm. O tipo ósseo de leito pós-explante era maioritariamente do tipo II (56% dos casos). O tempo médio de seguimento foi de 126 meses (+/- 1,5) com um intervalo entre 120 e 130 meses. Durante o tempo de seguimento, não foi relatada nenhuma falha de implantes para os implantes estudados. A perda óssea mesial média dos implantes estudados aos 10 anos de seguimento foi de 0,6 mm (+/- 0,7) e a perda óssea distal média ao mesmo tempo foi de 0,3 mm (+/- 0,67). Um dos casos incluídos no estudo é apresentado nas figuras 3 – 17.

Discussão.

As primeiras contribuições sobre a possibilidade de reimplantação dentária após explante em humanos e o seguimento do implante reimplantado foram feitas por Covani e cols (2006, 2009 e 2010)[18-20]. Nestas primeiras contribuições, a exploração foi realizada perfurando o osso circundante com brocas finas, gerando um defeito circunferencial em torno do implante, o que reduziu grandemente o volume ósseo restante para a nova colocação de um implante na mesma fase. Posteriormente, encontramos uma referência bibliográfica em 2007 por Grossman et al[21] onde é seguido um protocolo semelhante ao de Covani para explantações, e neste trabalho é feito um acompanhamento dos implantes inseridos na área de explantação e é observada uma taxa de sobrevivência de 71% para estes implantes. Provavelmente, o facto de perfurar à volta do implante deixa um leito ósseo com menos largura e altura, o que significa que podemos encontrar um maior número de falhas associadas a problemas de osteointegração. Nos dados fornecidos pelo nosso grupo de estudo em estudos anteriores, onde o kit KEXIM é utilizado para explantação e o protocolo detalhado utilizado neste artigo para a extracção e colocação de um novo implante, as taxas de sucesso dos implantes variam de 94,7% a 97%[12-15]. No presente trabalho, a taxa de sucesso de 10 anos é de 100%. Na nossa opinião, esta diferença pode dever-se ao facto de a zona anterior ter um osso mais favorável para a integração do novo implante, uma vez que tem uma maior densidade óssea e um torque de inserção adequado para o implante colocado na segunda fase. Além disso, na zona anterior de 13 a 23, as forças de carga oclusal são menores, e há menos comprometimento devido às forças biomecânicas produzidas pela mastigação[22]. ■

* Prática privada em implantologia oral, Clínica Eduardo Anitua, Vitoria, Espanha. University Institute for Regenerative Medicine and Oral Implantology - UIRMI (UPV/EHU Fundación Eduardo Anitua), Vitoria, Espanha. BTI Biotechnology institute, Vitoria, Espanha.
Dados de contacto: Dr. Eduardo Anitua, Fundación Eduardo Anitua; C/ Jose Maria Cagigal 19, 01007 Vitoria, Spain; Phone: +34 945160653,
e-mail: *eduardo@fundacioneduardoanitua.org*

Referências Bibliográficas

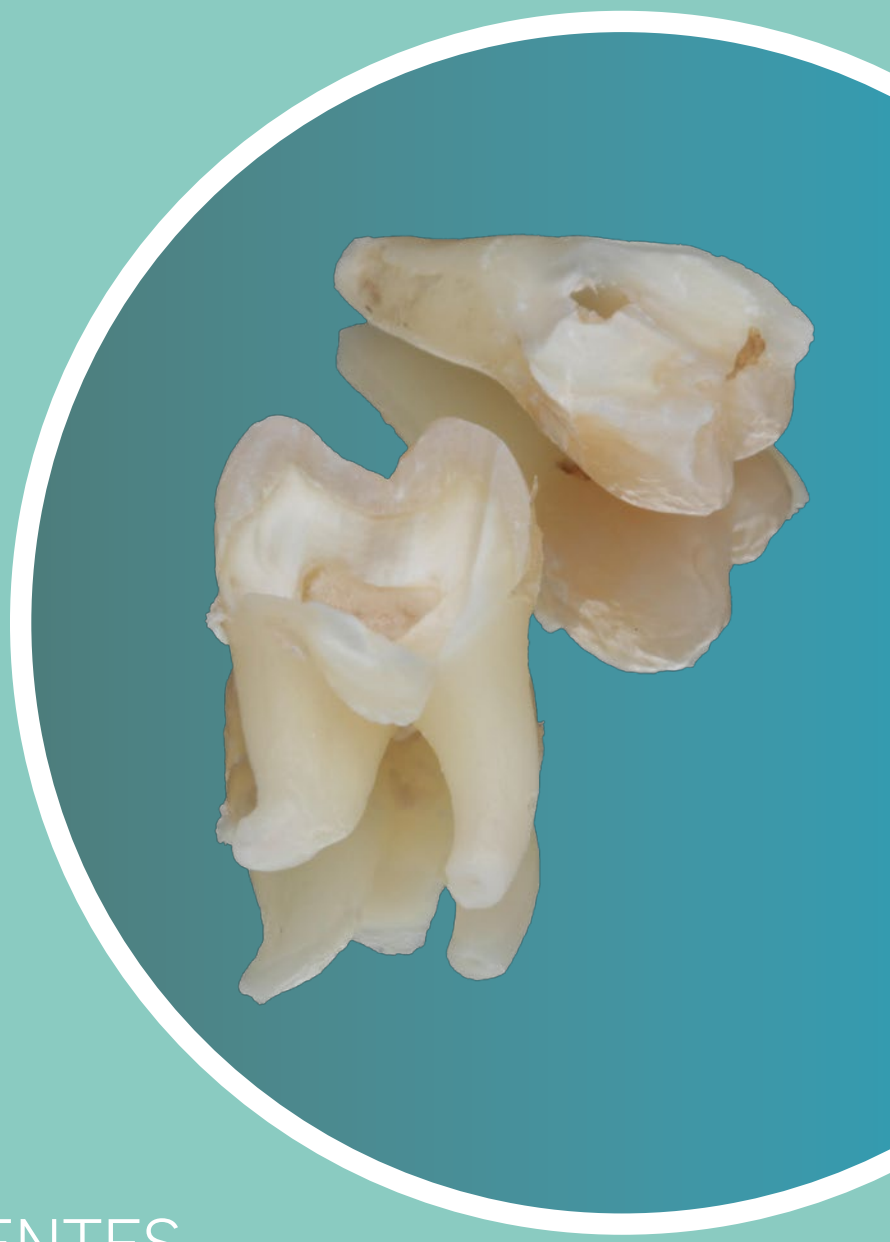
1. **Solderer A, Al-Jazrawi A, Sahrmann P, Jung R, Attin T, Schmidlin PR.** Removal of failed dental implants revisited: Questions and answers. Clin Exp Dent Res. 2019 Aug 21;5(6):712-724.
2. **Roy M, Loutan L, Garavaglia G, Hashim D.** Removal of osseointegrated dental implants: a systematic review of explantation techniques. Clin Oral Investig. 2020 Jan;24(1):47-60.
3. **Moraschini V, Poubel LA, Ferreira VF, Barboza Edos S.** (2015) Evaluation of survival and success rates of dental implants reported in longitudinal studies with a follow-up period of at least 10 years: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg 44(3):377–388.
4. **Mombelli A, Muller N, Cionca N.** (2012) The epidemiology of peri-implantitis. Clin Oral Implants Res 23(Suppl 6):67–76.
5. **Pjetursson BE, Asgeirsson AG, Zwahlen M, Sailer I.** (2014) Improvements in implant dentistry over the last decade: comparison of survival and complication rates in older and newer publications. Int J Oral Maxillofac Implants 29(Suppl):308–324.
6. **Gupta S, Gupta H, Tandan A.** (2015) Technical complications of implant-causes and management: A comprehensive review. Natl J Maxillofac Surg 6(1):3–8.
7. **De Angelis F, Papi P, Mencio F, Rosella D, Di Carlo S, Pompa G.** (2017) Implant survival and success rates in patients with risk factors: results from a long-term retrospective study with a 10 to 18 years follow-up. Eur Rev Med Pharmacol Sci 21(3):433–437
8. **Chrcanovic BR, Kisch J, Albrektsson T, Wennerberg A.** (2018) A retrospective study on clinical and radiological outcomes of oral implants in patients followed up for a minimum of 20 years. Clin Implant Dent Relat Res 20(2):199–207.
9. **Rangert B, Krogh PH, Langer B, Van Roekel N.** (1995) Bending overload and implant fracture: a retrospective clinical analysis. Int J Oral Maxillofac Implants 10(3):326–334
10. **Stoichkov B, Kirov D.** (2018) Analysis of the causes of dental implant fracture: a retrospective clinical study. Quintessence Int 49(4):279–286.
11. **Seetoh YL, Tan KB, Chua EK, Quek HC, Nicholls JI.** (2011) Load fatigue performance of conical implant-abutment connections. Int J Oral Maxillofac Implants 26(4):797–806
12. **Anitua E, Montalvillo A, Eguia A, Alkhraisat MH.** Clinical outcomes of dental implants placed in the same region where previous implants failed due to peri-implantitis: a retrospective study. Int J Implant Dent. 2021 Nov 9;7(1):109.
13. **Anitua E.** A New Approach for Treating Peri-Implantitis: Reversibility of Osseointegration. Dent Today. 2016 Feb;35(2):130-1.
14. **Anitua E, Orive G.** A new approach for atraumatic implant explantation and immediate implant installation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012 Mar;113(3):e19-25.
15. **Anitua E, L.** Piñas, L. Begoña, and M. Alkhraisat, "Prognosis of Dental Implants Immediately Placed in Sockets Affected by Peri-implantitis: A Retrospective Pilot Study," Int. J. Periodontics Restorative Dent., vol. 37, no. 5, pp. 713–719, Sep. 2017.
16. **Van Nimwegen WG, Goené RJ, Van Daelen AC, Stellingsma K, Raghoebar GM, Meijer HJ.** Immediate implant placement and provisionalisation in the aesthetic zone. J Oral Rehabil. 2016 Oct;43(10):745-52.
17. **Fava J, Lin M, Zahran M, Jokstad A.** Single implant-supported crowns in the aesthetic zone: patient satisfaction with aesthetic appearance compared with appraisals by laypeople and dentists. Clin Oral Implants Res. 2015 Oct;26(10):1113-20.
18. **Covani U, Barone A, Cornelini R, Crespi R.** Clinical outcome of implants placed immediately after implant removal. J Periodontol. 2006 Apr;77(4):722-7.
19. **Covani U, Marconcini S, Crespi R, Barone A.** Immediate implant placement after removal of a failed implant: a clinical and histological case report. J Oral Implantol. 2009;35(4):189-95.
20. **Covani U, Marconcini S, Santini S, Cornelini R, Barone A.** Immediate restoration of single implants placed immediately after implant removal. A casereport. Int J Periodontics Restorative Dent. 2010 Dec;30(6):639-45.
21. **Grossmann Y, Levin L.** Sucess and survival of single dental implants placed in sites of previously failed implants. J Periodontol 2007;78:1670-1674.
22. **Calvo-Guirado JL, López-López PJ, Pérez-Albacete Martínez C, Javed F, Granero-Marín JM, Maté Sánchez de Val JE, Ramírez Fernández MP.** Peri-implant bone loss clinical and radiographic evaluation around rough neck and microthread implants: a 5-year study. Clin Oral Implants Res. 2018 Jun;29(6):635-643.

CURSO DE
CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES INCLUSOS

Drª JOANA SARAIVA AMARAL

Doutora Daniela Alves Pereira

Dr. João Farias



MAIO
19 a 21 - 2023

ATENDIMENTO CLÍNICO A PACIENTES

DGERT ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA

926 253 073 | info@mdacademy.pt | mdacademy.pt

MD ACADEMY MEDICINA DENTÁRIA

"TODOS OS ANOS O NOSSO EMPENHO É FAZER MAIS E MELHOR NA REALIZAÇÃO DO NOSSO CONGRESSO DA APHO"

O XXII Congresso da Associação Portuguesa de Higienistas Orais decorre entre 5 e 6 de maio, em Oeiras. Na agenda estão temas como a terapia peri-implantar não cirúrgica, o protocolo de tratamento de alterações e lesões de esmalte, assim como temas ligados à fiscalidade e proteção social dos profissionais liberais e a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.

Dra. Maria Graça Moura, Presidente da Comissão Organizadora

Qual o tema do XXII Congresso APHO?

Este não é um Congresso de tema único. Pelo contrário: tentamos abranger diversos temas que consideramos inovadores, apelativos e que são transversais à prática diária de trabalho de todos os higienistas orais.

Fale-nos do programa científico e que novidades podem esperar os participantes? Que conferências destaca?

Este ano, à semelhança dos congressos anteriores, tentamos que o programa seja abrangente e que o mesmo incida em áreas e temas atuais e de acordo com a sondagem feita em questionário aos colegas no final de cada evento.

Os temas passam essencialmente pelas áreas fortes de atuação do higienista oral, como a implantologia, a periodontologia, cárie dentária, e este ano destacamos a fiscalidade na profissão e ainda um tema de extrema importância: a violência doméstica nas crianças e o papel do higienista nesta questão.

Haverá palestrantes nacionais e internacionais? Quais foram os critérios adotados para a escolha dos mesmos?

Os palestrantes são todos nacionais e inegáveis no saber pretendido. A APHO procura sempre convidar oradores reconhecidos pela sua experiência e saber nas suas áreas de especialização.

Quais as vossas expetativas relativamente ao número de participantes?

Todos os anos o nosso empenho é fazer mais e melhor na realização do nosso congresso da APHO, com o objetivo de oferecer a um maior número de profissionais a oportunidade para se atualizarem.

Este ano apostámos em elevar a fasquia, mudando o evento para um local com condições mais adaptadas às nossas necessidades, pois a cada ano que passa percebemos que existe maior adesão dos colegas, assim como maior interesse de expositores da área da saúde oral/higiene oral, sejam da indústria farmacêutica ou outras.

Que eventos sociais estão previstos no programa?

Como já é habitual, teremos a Cerimónia de Abertura, o momento alto do congresso, onde também é entregue o Prémio Higienista Oral do Ano. O jantar do congresso é igualmente um evento marcante do congresso da APHO, pois como já tem vindo a ser hábito, é um tempo de convívio e muita diversão.

Fale-nos sobre o concurso de pósteres: Quais serão os prémios?

Todos os anos, os higienistas orais e alunos têm a oportunidade de apresentar pósteres e de divulgar e dinamizar o seu trabalho/projeto desta forma. O júri votará os cinco melhores pósteres que serão apresentados oralmente no segundo dia de congresso. O vencedor terá a oportunidade de ver o seu trabalho divulgado n'*O JornalDentistry*. Esperamos que haja cada vez maior participação por parte dos colegas.

Atualmente, quais são as principais preocupações fiscais e de proteção social dos higienistas orais?

Os higienistas orais, são profissionais maioritariamente a trabalhar em regime liberal, e desta forma deparam-se com situações de ausência de proteção social, nomeadamente no que concerne aos recibos verdes. É importante também o alerta para as questões fiscais, direitos e obrigações para a prática segura e legal da profissão, especialmente os colegas jovens e em início de carreira.

Como é que surge a importância do tema de identificação de sinais de abuso e maus-tratos?

Infelizmente, a violência doméstica é uma realidade que está longe de desaparecer. Todos nós, em alguma altura, podemos ser vítimas de violência doméstica.

Não podemos dissociar deste tema as crianças e jovens em risco.

Este não é um problema que possamos ignorar, pois enquanto cidadãos, e especialmente como profissionais de saúde, podemos e devemos ser um elemento atento e ativo nesta situação. Os higienistas orais são profissionais que têm a seu cargo o despiste destas situações, pois na avaliação do paciente pode e deve detetar alterações desse foro e denunciá-las.

Como é que os higienistas orais podem contribuir para os temas da sustentabilidade na agenda 2030?

Numa era em que a sustentabilidade está na ordem do dia, também nós higienistas orais, temos a obrigação de estar atentos e adquirir boas práticas que sejam conscientemente sustentáveis, nomeadamente através de ações: redução do desperdício; promoção da educação ambiental; utilização de equipamentos de forma consciente; gestão de resíduos de forma adequada; adoção de práticas de compra sustentáveis. ■

https://www.apho.pt/

SIMPÓSIO ANUAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA DENTÁRIA QUER ALIAR "FORMAÇÃO DOS FUTUROS MÉDICOS DENTISTAS" AO PLANO CURRICULAR DAS ESCOLAS MEDICO-DENTÁRIAS PORTUGUESAS

O SAEMD+ENEMD decorre nos próximos dias 1 e 2 de abril, no departamento de Medicina Dentária e no Pólo 3 da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Entre as atividades preparadas para os estudantes, destaque para a mesa-redonda sobre cirurgia e o workshop de língua gestual.

Inês Isabel Pereira, Presidente da Comissão Organizadora do SAEMD+ENEMD 2023

Qual o tema do Simpósio? Onde e quando se realiza?

Seguindo o mote "O reencontro" da edição do ano passado, o tema do nosso Congresso este ano é "De volta ao "Reencontro": Continuação da unificação e formação complementar dos Estudantes de Medicina Dentária" (SAEMD+ENEMD) e será realizado na cidade de Coimbra nos dias 1 e 2 de abril de 2023. O primeiro dia será realizado no Departamento de Medicina Dentária – Bloco de Celas e o segundo dia no Pólo 3 da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Fale-nos do programa científico e das novidades que os participantes podem esperar: Que conferências destaca?

O programa científico contará com temáticas, palestrantes e ministrantes de elevado cariz pedagógico. Tencionamos organizar um evento que complemente a formação dos futuros médicos dentistas, tendo em consideração o plano curricular vigente nas sete escolas medico-dentárias portuguesas. Pretendemos que esta fusão tenha como objetivo não só conferir habilidades aos estudantes, que sejam impulsionadoras do seu sucesso clínico, mas também dotar de capacidades de relacionamento interpessoal e *soft skills*. Desde a temática de mesa-redonda na área de cirurgia até ao workshop de língua gestual, comprometemo-nos a trazer temáticas altamente pertinentes e inovadoras para a formação dos nossos estudantes.

Haverá palestrantes nacionais e internacionais? Quais foram os critérios adotados para a escolha dos mesmos?

Para o nosso congresso, iremos contar com oradores nacionais, nas nossas temáticas presenciais, mas também com oradores internacionais, nos nossos webinares de pré-evento. O critério primordial de seleção de palestrantes e ministrantes, além da excelência nas diversas áreas da medicina dentária e a capacidade de cativar uma plateia, foi o compromisso de haver diversidade a nível das escolas médico-dentárias e das suas proveniências.

Haverá cursos hands-on e workshops? Em que áreas?

O SAEMD+ENEMD terá um painel de palestrantes de excelência, albergando as várias áreas da medicina dentária, sempre seguidos do complemento essencial dos cursos *hands-on* e *workshops*. Para isso, teremos cursos de *hands-on* nas áreas da endodontia, dentisteria, laser e implantologia. Os *workshops* irão incluir temas relacionados com farmacologia, odontopediatria, língua gestual e medicina dentária desportiva.

Quais são as vossas expetativas relativamente ao número de participantes?

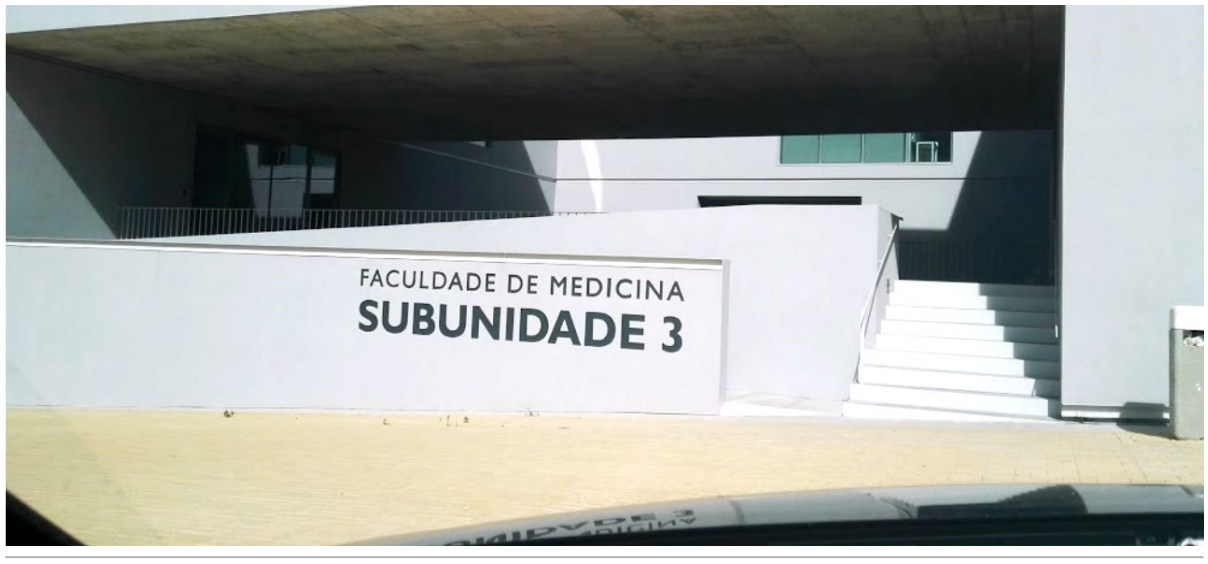
Quanto ao número de participantes, esperamos superar os números dos anos anteriores, mantendo sempre o ideal da acessibilidade monetária, uma vez que se trata de um congresso de estudantes, para estudantes.

Departamento de Medicina Dentária - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Que eventos sociais estão previstos no programa?

No nosso programa, iremos contar com um jantar de convívio no sábado à noite, para que além da parte pedagógica, possamos promover a parte lúdica da vida de estudante de medicina dentária. ■

www.anemd.pt



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

*Dr. Celso Orth

TRABALHAR MUITO OU TRABALHAR MELHOR?

As discussões sobre este tema são mais que muitas, as perspetivas diferem baseadas em modelos teóricos e sem precisão

A escolha, até prova em contrário, deveria ser "trabalhar melhor". Esta abordagem está ligada a um universo que envolve as melhores práticas e, principalmente, as dinâmicas que trazem conforto profissional e emocional a quem exerce as atividades.

É indispensável entender que "trabalhar melhor" não significa trabalhar menos. Existem diversas formas de trabalho que obedecem a essa máxima, que orientam a otimização dos procedimentos, priorizando a produtividade sem interferir no alcance da melhor solução.

Trabalhar com protocolos e rotinas predeterminadas permite uma diminuição no gasto de energia que fatalmente ocorre quando não temos métodos nítidos, lógicos e validados técnica e cientificamente.

Fazer um *checklist* dá-nos a tranquilidade de atender com muito mais segurança. Minimizamos as nossas falhas e podemos concentrar-nos em elevar a qualidade.

"Trabalhar melhor" pode ser mais valorizado por quem recebe os serviços, pois o método e a eficiência são percebidos e saltam ao olhar até dos mais leigos.

O tempo é um fator determinante nos processos, com ele limitado a escolha fica "sub judice". Tem de haver tempo suficiente para delinear todos os caminhos, corrigir rotas no durante, sobretudo quando isso se torna essencial para o resultado.

Atender oito pacientes por dia, sendo um a cada hora, ou atender quatro, um a cada duas horas, também não determina o "muito "ou o "melhor". Estes tempos são adaptados às exigências dos procedimentos.

O que defendo é que não se pode estar a trabalhar sempre no limite.

A expressão "trabalhar muito" está muitas vezes conotada com a ideia de maior faturação. O que é um conceito enganoso e que nos leva a maior parte das vezes a ter de repetir trabalhos, levando por isso a um novo custo embutido. Este último é descontado do "tal" aumento da receita.

Precisamos de considerar que, quando "trabalhamos muito", a pressão mental em que nos encontramos, os riscos que corremos de não acertar e o desgaste físico são como um bónus invertido.

Ter a agenda sempre completa, sem momentos mortos, pode criar uma falsa ideia de procura de novas intervenções em casos que já deveriam estar concluídos, sem ressalvas.

"Trabalhar melhor" tem um sem número de vantagens sobre "trabalhar muito", mas ainda é controverso e visto com muito preconceito.

Felizmente, as avaliações mais profundas acabam sempre por corroborar esta ideia.

Até à próxima. ■

Celso Orth

*Graduado em Medicina Dentária - UFRGS; MBA em Gestão Empresarial - Fundação Getulio Vargas; Educador Físico - IPARS; Membro Fundador da Academia Brasileira de Odontologia Estética; Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética; Palestrante de Gestão na Prestação de Serviços na área da saúde; Reabilitador que trabalha em tempo integral na Clínica Orth - Rio Grande do Sul - Brasil. **Para enviar questões e solicitar esclarecimentos: celsoantonioorth@gmail.com**

Soluções CAD

Be Innovative
Be Precise
Be Digital
Be *ipd*

ipd
Dental Group

NSK
Create it

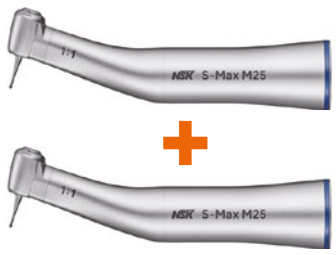
Ofertas Especiais

DESDE 1 DE FEVEREIRO ATÉ 31 DE AGOSTO DE 2023

S-Max M

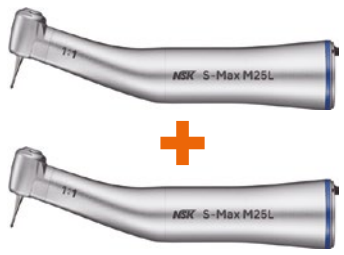
CONTRA ÂNGULOS DE AÇO INOXIDÁVEL

2 Contra Ângulos do mesmo modelo



MODELO **M25**
REF. **C1027**
- **Sem Luz**
- Transmissão direta 1:1
- Spray Simples
- Velocidade Máxima: 40.000 min^{-1}
- Para brocas CA (ø2,35)
- **2 ANOS** de Garantia

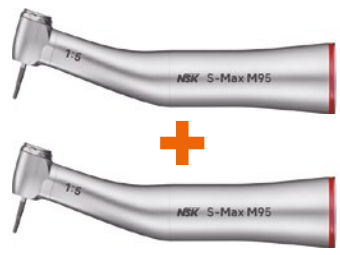
619€*
~~1.358€*~~



MODELO **M25L**
REF. **C1024**
- **Com Luz**
- Transmissão direta 1:1
- Spray Simples
- Velocidade Máxima: 40.000 min^{-1}
- Para brocas CA (ø2,35)
- **2 ANOS** de Garantia

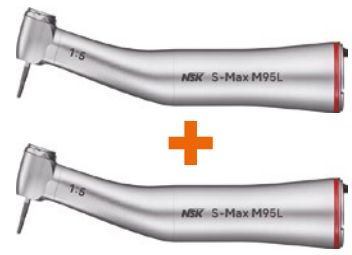
819€*
~~1.802€*~~

2 Multiplicadores do mesmo modelo



MODELO **M95**
REF. **C1026**
- **Sem Luz**
- Multiplicador1:5
- Quatro Spray
- Velocidade Máxima: 200.000 min^{-1}
- Para brocas FG (ø1,6)
- **2 ANOS** de Garantia

819€*
~~1.808€*~~



MODELO **M95L**
REF. **C1023**
- **Com Luz**
- Multiplicador 1:5
- Quatro Spray
- Velocidade Máxima: 200.000 min^{-1}
- Para brocas FG (ø1,6)
- **2 ANOS** de Garantia

1.019€*
~~2.394€*~~

* Os preços não incluem IVA • Ofertas válidas até 31 de Agosto de 2023 • Ofertas limitadas ao stock existente

S-Max M

TURBINAS DE AÇO INOXIDÁVEL COM LUZ LED

POTENCIA 26W

- Clean Head System (**Anti-Retorno**)
- Potência: 26W
- Tamanho da Cabeça: ø12,1 x Al 13,3 mm
- Velocidade: 325.000~430.000 min^{-1}
- Corpo de Aço Inoxidável
- Quatro Sprays
- Sistema de Push Botton
- Rolamentos de cerâmica
- Substituição do rotor pelo próprio utilizador
- **2 ANOS** de Garantia

2 Turbinas do mesmo modelo

Conexão NSK
MODELO **M900L**
REF. **P1254**

819€*
~~1.850€*~~

Conexão KaVo® MULTIflex®
MODELO **M900KL**
REF. **P1258**

819€*
~~2.074€*~~

KaVo® e MULTIflex LUX® são marcas registadas de Kaltenbach & Voight GmbH & Co, Alemanha

NSK Dental Spain S.A. **www.nsk-spain.es**
Módena, 43 · El Soho-Europólis · 28232 Las Rozas de Madrid - tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es