



# O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

---



## Opinião

**“Serviços de saúde: a orgia funcional do Estado moderno” — ou o prodígio português de transformar a saúde num sudoku administrativo**

## Crónica

**Gato por lebre?...**

O novo sistema NobelZygoma™ TiUltra™



# Dominar a complexidade

97.0%  
Taxa de sobrevivência implante\*

Implantes zigomáticos da Nobel Biocare suportados por ciência comprovada.

Mais de 25 anos de experiência clínica.<sup>1</sup>



Agora com as superfícies TiUltra™ e Xeal™

Desenhados para a saúde e estabilidade dos tecidos moles para minimizar complicações.

Facilidade de uso para grande eficiência

Marcas de referência adicionais para melhorar a utilização e do manuseamento.



81 Publicações



>2.700 Pacientes



>6.500 Implantes



Descubra mais sobre os nossos implantes NobelZygoma nesta formação com a Dra. Alexandra Marques e o Dr. Ruben Davó

Cadaver course: Zygoma implant treatment from fundamental concepts to practical application  
13 - 15 Novembro

1. Dados de arquivo.

\* Taxa média de sobrevivência em todas as publicações e seguimento máximo de mais de 20 anos.

GMT98902 PT 2508 © Nobel Biocare Services AG, 2025. Todos os direitos reservados. Nobel Biocare, o logótipo da Nobel Biocare e todas as outras marcas comerciais são, salvo indicação em contrário ou dedução clara do contexto, marcas registadas da Nobel Biocare. Para mais informações, visite [nobelbiocare.com/trademarks](https://nobelbiocare.com/trademarks). As imagens dos produtos podem não estar reproduzidas à escala. Todas as imagens de produtos têm apenas fins ilustrativos e podem não representar com exatidão o produto real. A comercialização de alguns produtos pode não ser permitida em determinados países, de acordo com a respetiva legislação. Contacte a subsidiária local da Nobel Biocare para obter informações sobre a gama atual de produtos e a sua disponibilidade. Atenção: A legislação federal dos Estados Unidos pode restringir a venda deste dispositivo a profissionais clínicos ou médicos autorizados, ou mediante prescrição médica. Consulte todas as informações da prescrição, incluindo indicações, contraindicações, advertências e precauções, nas instruções de utilização.



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

## A SAÚDE ORAL TEM DE SER A SAÚDE GERAL

**A**trevo-me a escrever que a medicina dentária portuguesa está a precisar duma magistratura de influência. Esta é uma expressão que temos ouvido muito nos últimos tempos, a propósito do papel presidencial e das suas competências fora do sistema político executivo. Aparecer no sítio certo, visitar as instituições no tempo certo para as fazer notar, para se falar delas, chamar atenção para o problema ou aparecer a exigir soluções pode ser uma forma de pressionar o sistema. E o sistema, no que respeita à saúde oral dos portugueses, continua adormecido, por acordar.

Há quem abane o sistema por dentro. Tente, institucionalmente, chamar, continuamente, a atenção do sistema pelas vias prováveis - as que institucionalmente estão abertas. Participando em reuniões, trabalhando afincadamente em cadernos de encargos, com medidas certas e ajustadas, medidas desejáveis e há já muito exigíveis. Fazendo o paralelismo para o que já se faz "lá fora", nos nossos congéneres europeus. Fazendo o ponto de situação entre o que se prometeu e ainda não se cumpriu. Mas temo que não podemos mais esperar resultados diferentes utilizando os mesmos métodos.

Há que trazer, de novo, a boca para dentro do corpo. A saúde oral tem de ser a saúde geral. E é imperativa a exigência de que seja tratada com a importância que tem no global humano do que somos. Só quando a classe, ela própria, entender que não pode ser de outra maneira e não se resignar por menos, pode a população em geral começar a insurgir-se pela ausência dos cuidados primários nesta área. E não há melhor magistratura de influência do que uma população indignada! Veja-se o que faz decidir uma população indignada com o número de partos nas ambulâncias ou as mais de 18h de espera numa urgência hospitalar. Veja-se quem pode mais. Um vídeo numa rede social, de uma amiga de uma paciente grávida a repor a verdade ou um chefe de administração hospitalar que não se informou completamente.

Sou e sempre serei a favor dos canais legais e da diplomacia institucional. Mas juntá-los à magistratura de influência de uma população exigente

e informada, pode ser o fator que desequilibra. O fator desbloqueador do sistema. Afinal, sempre puderam mais três ou quatro milhões de votantes do que 15.000 médicos dentistas. É uma questão de números, e todos sabemos que, no final de contas, pode mais quem paga mais. No final de contas, manda mais quem pode mais.

Mais investimento na saúde oral contribuirá para uma poupança nos gastos na saúde geral. Essa é uma verdade inabalável que ajudará na famosa gestão controlada de gastos que foi pedida às administrações hospitalares. Tratar doentes com menos patologias crónicas, como a diabetes ou as doenças cardiovasculares ou agravamento das suas fases agudas ou complicações, é poupar em muitas frentes. O doente mais caro de tratar para o SNS é o doente crónico, o que necessita de mais tempo de tratamento e de tratamentos mais complexos com o tempo. Melhorar a saúde oral (geral) é ganhar em tempo útil de trabalho ativo e produtivo de uma população que deixa de trabalhar muito antes do que poderia, que contribui menos e depende mais e muito mais cedo.

Da boca da secretária de Estado da Saúde na cerimónia de abertura do 34º congresso da OMD realizado este mês de novembro, não ouvi nada de novo. E do Presidente da Assembleia da República que veio ao congresso exercer a sua magistratura de influência, só ouvi palavras vãs. Só quando o executivo sentir os votos a fugir-lhes nas urnas, será verdadeiramente influenciado. E a boca dos portugueses poderá, finalmente, voltar para dentro do corpo! ■

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

## SUMÁRIO

n. 133 novembro 2025

### EDITORIAL

.....03

### CONVIDADO DO MÊS

A minha história/a história da medicina dentária  
Dr. Manuel Fontes de Carvalho

.....04

### CRÓNICA

Pimenta na Língua  
Dr. João Pimenta

.....06

### OPINIÃO

"Serviços de saúde: a orgia funcional do Estado moderno" —  
ou o prodígio português de transformar a saúde num sudoku  
administrativo | Manuel L. Nunes

.....10

### TENDÊNCIAS | DIGITAL

My dental vision | TPD Helena Maia

.....14

### ASSIM VÃO AS...

Sociedades científicas | Dra. Ana Coelho Canta

.....15

### CLÍNICA

Reabilitação de um caso com periodontite ativa com implantes  
pós-extração imediata e carga imediata  
Eduardo Anitua DDS, MD, PhD

.....16

### EVENTOS

Portugal Forensic Meeting 2025 destacou avanços na  
identificação humana e reuniu peritos internacionais

.....19

### REPORTAGEM

Revolução do sorriso marca arranque do 34.º Congresso da  
OMD no Porto

.....20

### GESTÃO

SINAS+ e o novo ciclo de classificação dos estabelecimentos  
prestadores de cuidados de saúde

.....23

### TENDÊNCIAS | MARKETING

Ciência. Consciência. Inconsciência

.....24

### NOTÍCIAS

.....25

## A MINHA HISTÓRIA/A HISTÓRIA DA MEDICINA DENTÁRIA



Prof. Manuel Fontes de Carvalho, ex-bastónario da Ordem dos Médicos Dentistas.

(De 1975 a 1998)

É sabido que a Medicina Dentária começou em Portugal após o 25 de Abril.

Primeiramente, por Decreto, em Lisboa, mas na realidade foi no Porto que se iniciou o primeiro curso (1976), o qual eu integrei.

Fui um dos primeiros 20 a acreditar na aventura, apesar de no meu íntimo nunca ter pensado ser Médico Dentista.

Aconteceu porque eu era membro do Conselho Diretivo da Faculdade de Medicina do Porto, em 1975, e foi desse órgão que saiu a proposta da criação do curso de Medicina Dentária, a par de outros, para “drenar” o excedente de estudantes que pretendiam inscrever-se em Medicina (mais de mil), o que era incomportável.

A circunstância de, nessa época, estar diretamente ligado ao movimento associativo ditou que, na companhia de outros dois colegas, tivesse assumido a responsabilidade de desbravar o caminho da legalização da nova profissão, inédita em Portugal, mas há muito existente nos países do então Espaço Europeu.

Poupando o leitor aos pormenores, que remeto para a leitura do livro que a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) acaba de publicar, deixo apenas a evocação dos episódios/lutas que enfrentei para conseguir aquilo que agora parece óbvio e se resume à criação da nossa Ordem, em 1998.

Primeiramente a adesão à Ordem dos Médicos (OM). Era necessário salvaguardar a tutela ética e deontológica da nova profissão e assegurar a prescrição livre.

Conseguimos que a OM, pela mão do Prof. Gentil Martins, nos acolhesse na Secção de Medicina Dentária, com a condicionante de sairmos logo que o número de novos profissionais justificasse a criação de uma Associação de Direito Público/Ordem própria.

Salvaguardada essa garantia, foi possível a afirmação internacional com a adesão à, então, organização que acolhia a Medicina Dentária na Europa (Comité de Liaison de Arte Dentária) e à Comissão de Peritos da União Europeia, onde Portugal era representado por outros grupos profissionais sem o perfil estatutário exigido.

Foi difícil, demorado e muito exigente, sobretudo, quando quem lá estava tinha a aceitação dos “pares” e nós representávamos um grupo de jovens (na casa dos 20/25 anos).

Foi necessário lutar pela eliminação do intrusismo na profissão!

Na época, fruto da balbúrdia da Revolução, o Sindicato dos Odontologistas então existente foi “assaltado” por um grupo de oportunistas, sem formação (oriundos das mais variadas profissões), que reivindicou a legalização junto do Governo, de vários, diria, pois o processo foi longo... Foi necessário trabalhar para que os Médicos Dentistas fossem aceites na, então, SPE (Sociedade Portuguesa de Estomatologia), hoje SPEMD (Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária).

Com a preciosa ajuda de alguns Estomatologistas, lucidamente ligados à Medicina Dentária, foram contornados muitos obstáculos (alguns verdadeiramente hilariantes!) e a fusão aconteceu, mas foi alcançada com muito esforço e só após vários anos de negociação.

Pelo meio aconteceu a crise dos “Dentistas Brasileiros”!

Circunstancialmente, fui alertado por um Jornalista para a hipótese de estarem em Portugal a exercer ilegalmente cerca de 2.000 Dentistas provenientes do Brasil. No dia seguinte, a notícia preenchia a primeira página do vespertino “A Capital”!

Foi o rastilho para uma “novela” mediática e política que se arrastou por vários anos e foi, diga-se que louvavelmente, o principal argumento para que Portugal tivesse conseguido negociar os termos do Acordo Cultural Luso-Brasileiro, que tinha sido firmado durante os Governos de Salazar e era uma das condicionantes para que o nosso país pudesse completar o dossier da adesão à União Europeia.

Foram anos de grande sofrimento pessoal, preenchidos por acontecimentos lamentáveis, que fui aguentando, mas terminaram num acordo patrocinado pelos Governos dos dois países e teve como resultado o estreitamento da relação com todas as organizações que acolhem os cerca de 400 mil Cirurgiões Dentistas do país irmão (Conselho Federal de Odontologia e Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas).

Tive a honra de ser recebido pelo Presidente da República do Brasil (Prof. Fernando Henrique Cardoso), que fez questão de agradecer o meu trabalho em favor do restabelecimento das boas relações entre os dois países!

Pelo meio, entretanto, era eleito Bastónario da Ordem dos Médicos o Prof. Machado Macedo que, pressionado internamente, nos notificou de que tinha chegado o tempo de sair da OM e criarmos a nossa própria organização.

Elaborámos um projeto de Estatuto daquilo que queríamos que fosse, desde logo, a OMD e entregamo-lo à responsabilidade da Assembleia da República.

Outra luta!

Prolongou-se por vários anos e legislaturas.

Talvez porque este processo decorreu ao mesmo tempo que a questão dos “Dentistas Brasileiros”. Tudo era difícil. Mas foi possível!



Não nasceu a Ordem dos Médicos Dentistas. Nasceu a Associação Profissional dos Médicos Dentistas, em forma de Lei da Assembleia da República aprovada por unanimidade, culminando um episódio hilariante e inédito na história da política portuguesa.

A Ordem acontece mais tarde! Quando finalmente é assinado o nosso acordo com a congénere brasileira (CFO)!

A Assembleia da República aprova por unanimidade a Lei que cria a OMD, primeira Ordem criada após o 25 de Abril de 1974 e com pouco mais de 800 membros!

Entretanto, fomos aceites na Federação Dentária Internacional, encerrando um longo e difícil processo negocial.

Este é um resumo de episódios que estão mais desenvolvidos no livro editado pela OMD.

Tive a sorte de ter protagonizado todos. Naturalmente, não estive sozinho e nada tinha sido possível sem o apoio dos meus colegas das diversas direções, a quem é devida a enorme gratidão de toda a nossa classe e também da minha família, que pouco me via e também foi vítima dos momentos menos fáceis de todo este trajeto!

Aos curiosos e, porque não, às nossas Escolas, fica o livro que cito, que é o resumo de uma história mais longa, mas esmiuçável de cada um dos parágrafos escritos! ■



*Imagine poder resolver  
mais de 90 % dos seus casos clínicos  
com apenas duas linhas de implantes  
e a mesma plataforma protética (3,5 mm)*

## **BTI CORE<sup>®</sup> & CORE-X<sup>®</sup>**

A solução eficaz para a grande maioria das  
suas necessidades cirúrgico-protéticas.

A estabilidade extra que precisa  
em osso de baixa densidade e para  
implantes imediatos pós-extração.



### *Tudo com uma única plataforma?*

→ Sim. 3,5mm de simplicidade e máxima versatilidade.

#### **E além disso...**

- Reduz o número de componentes protéticos.
- Otimiza o investimento.
- Simplifica o protocolo clínico .

## PIMENTA NA LÍNGUA

### GATO POR LEBRE?...



João Pimenta, Académico Honorário da Academia Brasileira de Odontologia



Professor Catedrático aposentado, Eng<sup>o</sup> Metalúrgico e de Materiais.

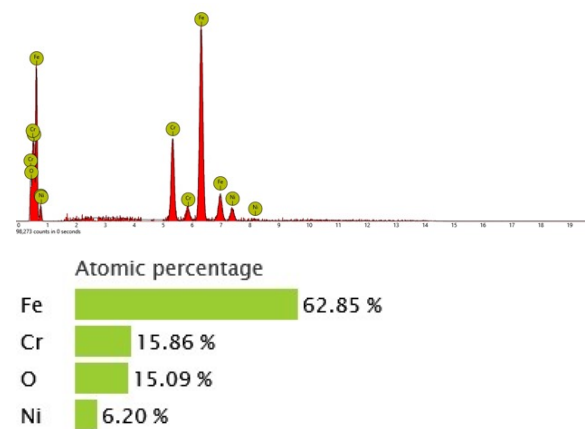
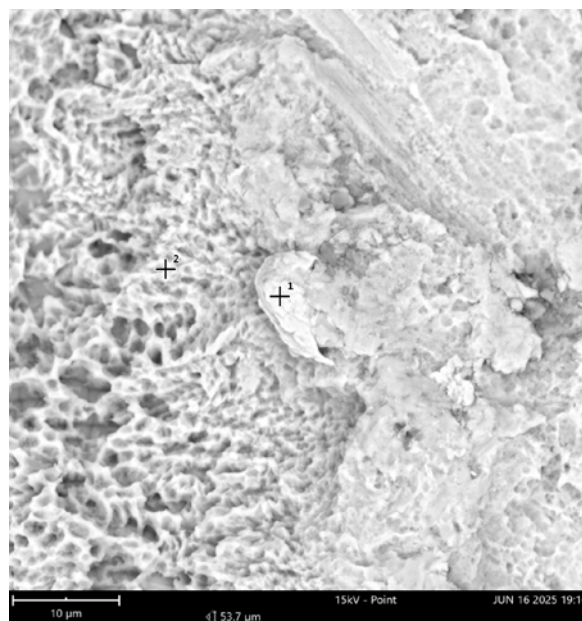
Caros amigos

Quando recebi recentemente da Clean Implant Foundation, organização da qual sou Fellow Honorário e Embaixador para Portugal, um relatório sobre uma determinada marca de implantes dentários comercializada em Portugal com a certificação CE, que pedi para ser feita, fiquei alarmado e estupefacto. Como é possível continuar a Europa a comercializar produtos com contaminantes de superfície que representam um perigo enorme para a saúde dos nossos pacientes?

Dizia o relatório sobre os implantes em causa:

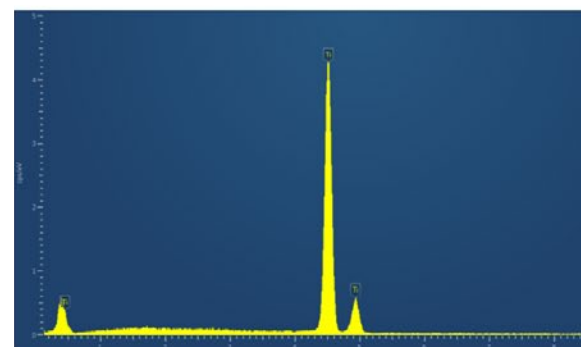
- 1 - Contaminantes significativos de compostos fluorocarbonados na região do ombro do implante
- 2 - Mais de 20 partículas orgânicas (carbonáceas) de 5 a 30 µm de diâmetro em um ângulo de visão de 120°, representando aproximadamente 1/3 da superfície total
- 3 - Partículas orgânicas individuais com tamanho superior a 50 µm
- 4 - Numerosas partículas metálicas estranhas (4 a 10 µm) distribuídas por toda a superfície do implante, identificadas por EDS como ferro, cromo e níquel.

A título de exemplo mostramos uma imagem e espectro de partículas contaminadas com ferro, cromo e níquel.



(Estas duas imagens têm autorização de publicação da Clean Implant Foundation)

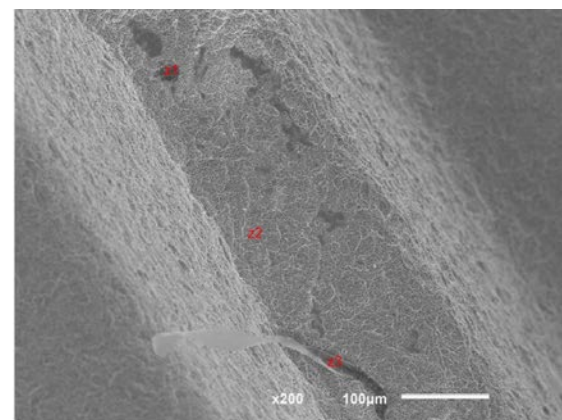
Nós próprios, com o Prof. Eng<sup>o</sup> Fernando Castro, em Agosto de 2025, já tínhamos em Portugal feito uma análise desse mesmo implante, com resultados bastante sofríveis.



Espectro do material do implante

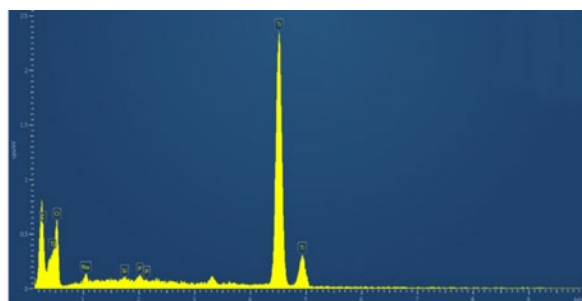
É um implante de titânio puro, conforme vemos no espectro.

Quando começamos a ver o implante em maior ampliação notamos a presença de elementos “estranhos”



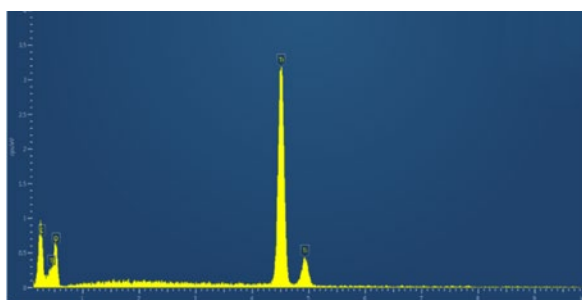
Aspetto de detalhe evidenciando filamento pousado e manchas escuras aderidas.

Na zona Z1 verificamos a presença dos seguintes elementos:

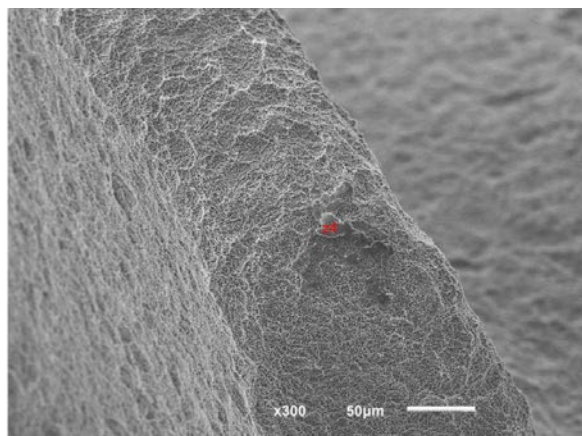


Para além do titânio, proveniente da matriz, identifica-se forte presença de carbono e de oxigénio e ainda, em menor quantidade, de silício, fósforo, sódio e cálcio. Parece tratar-se de produtos orgânicos, claramente aderidos à superfície do implante, podendo ser resíduos do lubrificante utilizado na maquinagem.

A zona 2 é uma zona limpa do implante, com o espectro mostrado na página anterior.



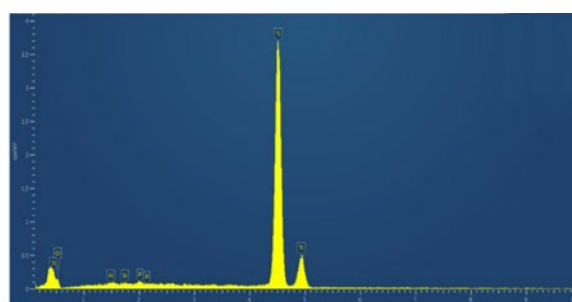
Na zona 3 é evidente a presença importante de carbono e de oxigénio, sugerindo que se trata de uma fibra de papel ou de plástico.



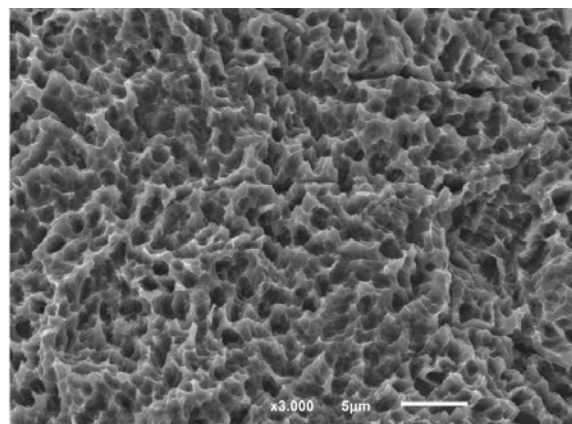
Zona "suspeita"

Numa outra zona do implante analisamos uma zona "suspeita"-

A micro análise, conforme espectro seguinte, permite verificar tratar-se de material idêntico ao analisado noutra mancha morfológicamente similar, ou seja, contendo carbono, oxigénio, silício e fósforo e ainda alumínio



Especetro da zona Z4



Aspetto morfológico da superfície do implante

Esta é uma das imagens que fizemos, e aquela que quase todos os fabricantes nos apresentam, fazendo-nos pensar que tudo está impecável e o implante é "limpo". No entanto, quando analisamos com mais pormenor, verificamos que, por vezes e nalgumas marcas, há contaminantes que condicionam problemas que temos dificuldade em justificar clinicamente.

O resultado final desta análise feita por nós a esse implante á a seguinte:

Como conclusão final aponta-se que o implante é feito em titânio puro tratado quimicamente por forma a obter uma microestrutura rugosa, com Ra estimado em 1 micrómetro, aparentando boa qualidade para promover a osteointegração. Contudo, à sua superfície são identificadas partículas pousadas ou agarradas de materiais estranhos ao titânio, sugerindo contaminações eventualmente derivadas do pro-

cesso de maquinagem e eventualmente também do tratamento de superfície e posterior limpeza.

Estes implantes já tinham sido analisados pela Clean Implant Foundation em 2014 e os resultados reportados ao fabricante que, com o escudo que a certificação CE seria suficiente, pouco fez para melhorar o seu produto.

Além de partículas orgânicas havia poluição inorgânica, com enxofre, silício, fósforo, estanho, cobre, magnésio e alumínio.

### "Impactos Biológicos e Clínicos de Contaminantes Orgânicos e Inorgânicos em Superfícies de Implantes Dentários

A presença de contaminantes orgânicos e inorgânicos na superfície de implantes dentários tem sido amplamente associada a falhas de osseointegração, inflamação crônica e alterações na estabilidade mecânica do sistema implante-tecido. Tais contaminantes incluem resíduos de hidrocarbonetos e compostos orgânicos derivados do processo de usinagem ou manuseio, além de elementos inorgânicos como enxofre (S), silício (Si), fósforo (P), estanho (Sn), cobre (Cu), magnésio (Mg) e alumínio (Al), oriundos de processos de fabricação, jateamento, passivação ou contaminação ambiental.

#### 1. Interferência na Osseointegração

A osseointegração depende de uma interação íntima entre células osteoblásticas e a superfície do titânio ou zircônia. Contaminantes:

- reduzem a energia superficial,
- alteram a molhabilidade,
- comprometem a adsorção de proteínas osteogénicas (fibronectina, osteopontina),
- e reduzem a diferenciação osteoblástica.

Elementos como **silício**, **fósforo** e **alumínio** podem criar microáreas quimicamente instáveis, diminuindo a adesão celular inicial e aumentando a probabilidade de fibrose ao invés de ancoragem óssea.

#### 2. Indução de Inflamação Crônica de Baixa Intensidade

Partículas metálicas e resíduos orgânicos podem atuar como estímulos imunológicos persistentes. Macrófagos expostos a **enxofre**, **estanho** e **cobre** apresentam aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias, como IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$  e IL-6, criando um microambiente desfavorável ao remodelamento ósseo fisiológico.

Essa inflamação subclínica está associada a:

- perda óssea marginal precoce,
- falhas precoces de implantes,
- maior susceptibilidade à peri-implantite.

### 3. Citotoxicidade e Efeitos Celulares Diretos

Certos elementos inorgânicos apresentam potencial citotóxico quando presentes em concentrações acima de traços:

- **Cobre (Cu)** pode gerar radicais livres via reações de Fenton, resultando em stress oxidativo.
- **Estanho (Sn)** pode interferir em processos enzimáticos intracelulares.
- **Alumínio (Al)** está relacionado à inibição da mineralização óssea e redução da expressão de genes osteoblásticos (Runx2, ALP).
- **Magnésio (Mg)** em excesso pode alterar o equilíbrio eletrolítico local, comprometendo a proliferação celular.

### 4. Formação de Biofilme e Aumento da Patogenicidade

Resíduos orgânicos funcionam como substratos iniciais para a colonização bacteriana.

Superfícies contaminadas exibem:

- maior adesão de patógenos associados à peri-implantite (*P. gingivalis*, *T. forsythia*),
- biofilme mais espesso e resistente,
- aceleração da degradação da interface implante-tecido.

Partículas inorgânicas irregulares também aumentam a rugosidade indesejada, facilitando a adesão microbiana.

### 5. Riscos Sistêmicos Potenciais

Embora a principal repercussão seja local, a liberação sistêmica de elementos contaminantes não é desprezível, especialmente em falhas precoces:

- **Alumínio** e **silício** podem acumular-se em tecidos moles.
- **Cobre** e **estanho** podem ser transportados via macrófagos para linfonodos regionais.
- A resposta sistêmica inflamatória pode contribuir para quadros subclínicos de inflamação de baixo grau.

### 6. Repercussões Clínicas

A presença destes contaminantes está associada a:

- maior taxa de insucesso precoce de implantes,
- peri-implantite mais agressiva,
- cicatrização imprevisível,
- dor, edema e sensibilidade aumentada no pós-operatório,
- necessidade de explantação em casos severos.

## Conclusão

A contaminação da superfície de implantes por partículas orgânicas e inorgânicas representa um fator de risco significativo para a falha da osseointegração, para a inflamação crônica e para o desenvolvimento de peri-implantite. A remoção completa destes resíduos, aliada a protocolos de fabricação e esterilização altamente controlados, é essencial para garantir biocompatibilidade, estabilidade de longo prazo e segurança para o paciente”.

A organização de que faço parte, a Clean Implant Foundation estabelece como critérios para os implantes dentários, no que diz respeito à limpeza de superfície, os seguinte:

Criteria	Test method	Thresholds/Acceptance
Foreign metals (abrasion, transfer, metal shavings, particles)	Scanning electron microscopy (SEM) with backscattered electron (BSE) imaging and energy dispersive X-ray spectroscopy (EDS)	No particles acceptable at a viewing angle of 120° (relative to the horizontal sample). Metals as part of the ceramic base material and, if applicable, metals from alloys of the implant material are excluded.
Single organic particles < 50 µm	SEM/EDS	No more than 10 particles at a viewing angle of 120° (corresponding to 30 particles on the entire implant surface)
Clusters or single organic particles ≥ 50 µm	SEM/EDS	Any cluster formation from one or more particles ≥ 50 µm is not acceptable
Residues of cell-toxic chemical compounds	Time-of-Flight Secondary Ion Mass Spectrometry (ToF-SIMS)	Not acceptable
Clinical survival rate	Peer-reviewed scientific publications, PMCF report, SSCP	At least 95 percent survival rate over a period of at least two years

Há uma orientação recente da Food and Drug Administration (FDA) intitulada “Endosseous Dental Implants and Endosseous Dental Implant Abutments – Performance Criteria for Safety and Performance Based Pathway”.

É uma orientação “non-binding” da FDA, ou seja, fornece recomendações, não obrigações legais automáticas; no entanto reveste-se de extrema importância.

Refere, entre outros pontos, que a análise de limpeza da superfície do implante (ex: microscopia eletrônica, espectroscopia de dispersão de energia, SEM/EDS) pode

ser requerida para demonstrar **controlo de partículas ou contaminação**.

A exigência mais destacada de limpeza da superfície/contaminação (SEM/EDS) evidencia um foco crescente da FDA na interface implante-tecido e nas possíveis implicações de **partículas ou contaminação para a biocompatibilidade — algo relevante para o sucesso a longo prazo da osseointegração**.

Considera ainda a FDA como recomendação

- Ao avaliar um novo sistema de implantes ou abutments para aquisição ou uso, convém verificar se o fabricante menciona conformidade ou submissão à via “Safety & Performance Based Pathway” da FDA ou se lista os testes de desempenho recomendados pela orientação (ex: ensaios de fadiga, análise de superfície).

• Em protocolos clínicos de colocação/manutenção, tenha presente que a interface implante-abutment, o tratamento de superfície e a limpeza/esterilização continuam a ser elementos críticos para minimizar riscos de falha ou complicações.

• Se colaborar com fabricantes, distribuidores ou participar em estudos de dispositivos, este documento pode servir como guia para quais ensaios devem existir “por trás” do sistema escolhido (ou seja, perguntar “o que foi testado?”).

Entendemos que em Portugal caberia ao Infarmed, de uma forma aleatória e anónima, mas consistente, mandar fazer testes de análise de superfície dos implantes dentários a laboratórios europeus credenciados, e retirar do mercado marcas ou lotes que apresentassem poluição de superfície perigosa, além de divulgação pública das marcas que não cumpram ou não respeitem os aspectos ligados não só às normas de fabricação, mas também a aspectos ligados à limpeza de superfície e à não presença de contaminantes

Penso que os critérios estabelecidos pela Clean Implant Foundation são os corretos e os que deveriam ser seguidos.

E agora?...

**Agora pensem... para não “comerem gato por lebre” ■**

## Bibliografia

Albrektsson T., Wennerberg A. On osseointegration in relation to implant surfaces. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2019;21(5):4-7.

Wennerberg A., Albrektsson T. Effects of titanium surface topography on bone integration: a systematic review. *Clin Oral Implants Res.* 2009;20(Suppl 4):172-84.

Schupbach P., Glauser R. The defense reaction at titanium surfaces with contamination: SEM and EDX analysis. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2005;7(3):530-538.

Albrektsson T., Dahlin C, Jemt T, Sennerby L, Turri A, Wennerberg A. Is marginal bone loss around oral implants the result of a provoked foreign body reaction? *Clin Implant Dent Relat Res.* 2014;16(2):155-65.

Zipprich H., Miatke S, Hüttig F, Lauer HC. Micromorphological analysis of titanium implant surfaces: contamination and clinical relevance. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2019;34(5):1089-96.

Hahn R., Hänssler L, Miron RJ, Wennerberg A. Nanoparticles and surface residues on dental implants: a potential impact on osseointegration. *J Periodontol.* 2021;92(12):1703-14.

Llopis-Grimalt MA., Pardos C, Roca-Millan E, et al. Effect of organic contaminants on the bioactivity of implant surfaces: a systematic review. *Materials (Basel).* 2021;14(21):6464.

Rausch-Fan X, Qu Z, Wieland M, Matejka M., Schedle A. Differentiation and cytokine synthesis of human alveolar osteoblasts compared to osteoblast-like cells (MG63) in response to titanium surfaces. *Dent Mater.* 2008;24(1):102-10.

Malard O, Adam P, Marchat D., et al. Chemical and morphological characterization of contaminants on dental implant surfaces: relation with immunoinflammatory response. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater.* 2020;108(7):2932-42.

Galli C, Passeri G, Ravanetti F., et al. The impact of surface contamination on titanium implants: histological and ultrastructural analyses. *Clin Oral Implants Res.* 2018;29(4):347-56.

FD.A. Endosseous Dental Implants and Endosseous Dental Implant Abutments – Performance Criteria for Safety and Performance Based Pathway. U.S. Food and Drug Administration; 2020. Available from: <https://www.fda.gov/> (document official; non-binding guidance).

Clean Implant Foundation. Quality Guidelines for Clean Implant Surfaces. Berlin: CleanImplant Foundation; 2020. (Relatórios técnicos de avaliação SEM/EDS).

Jimbo R, Suehiro F, Hatanaka K., Wennerberg A. Contamination of titanium surface by plastic and silica after implant insertion. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2014;16(3):444-53.

Canullo L, Tallarico M, Peñarocha-Oltra D., et al. Microbial colonization and implant failures: the role of surface contamination. *Clin Oral Implants Res.* 2016;27(6):650-8.

Schimmel M, Matta A, Sailer I., et al. Surface cleanliness of dental implants: a systematic review of influencing factors and evaluation methods. *Clin Oral Investig.* 2023;27:1021-39.

Kotsakis GA, Konstantinidis I, Karoussis IK., et al. Impact of implant surface contamination on early osseointegration: a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2020;47(7):849-64.

# O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

siga-nos  
 nas redes sociais



## “SERVIÇOS DE SAÚDE: A ORGIA FUNCIONAL DO ESTADO MODERNO” — OU O PRODÍGIO PORTUGUÊS DE TRANSFORMAR A SAÚDE NUM SUDOKU ADMINISTRATIVO



Prof. Doutor Manuel Nunes, Presidente do Conselho Fiscal da Ordem dos Médicos Dentistas

A reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal não foi uma reforma. Foi uma sessão de espiritismo legislativo que convocou do além-burocrático uma coleção de entidades etéreas, uma zoologia administrativa cuja existência é tão tangível quanto a lógica que a rege. A história começou com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que prometia reorganizar os Cuidados de Saúde Primários (CSP) com rigor, autonomia e modernidade. Prometia — e cumpriu parcialmente: criou uma arquitetura tão intrincada que nem o próprio Ministério consegue hoje decifrá-la.

No princípio, era o ACeS (Agrupamento de Centros de Saúde), dependente das finadas ARS e, em raros casos, pelo menos em teoria, das ULS já constituídas. Depois, na senda da “hubris” centralizadora, conceberam as ULS para o país todo. E o caos, que já era patente, foi elevado à categoria de doutrina. Percorrer o organograma de uma Unidade Local de Saúde (ULS) é uma empreitada kafkiana, uma deambulação por um labirinto onde os minotauros têm nomes de acrónimos e se alimentam de relatórios de atividade. O que temos hoje é um “pastiche” organizativo, um teatro do absurdo onde ninguém sabe ao certo quem manda, quem faz, ou, mais crucialmente, quem paga o preço final deste delírio — o cidadão, esse ser mitológico a quem supostamente se destina todo este aparato.

Entremos, pois, neste gabinete de curiosidades administrativas.

A “UCC (Unidade de Cuidados da Comunidade)” parece ser o santuário dos idealistas, a suposta missionária do sistema. A sua função é a “literacia”, os “ensinos”, a “prevenção”. Soa nobre. Lá se fazem projetos de literacia em saúde, visitas domiciliárias, rastreios, colaborações com escolas e lares — tudo com empenho e quase sempre com escassez de meios. Na prática, é uma unidade que prega no deserto, tentando inculcar noções de saúde pública a uma população que, entretanto, espera 18 meses por uma consulta de Medicina Geral e Familiar. A sua existência é um paradoxo ambulante: como se erguer um edifício de sensibilização quando os alicerces clínicos do sistema estão a desfazer-se em areia movediça?

“Portugal criou uma arquitetura de cuidados primários tão intrincada que nem o próprio Ministério consegue decifrá-la”

Depois, temos a “URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados)”, o fantasma do palácio. A URAP é uma entidade de natureza quântica: simultaneamente existente e inexistente. Legalmente, não morreu. Operacionalmente, é uma miragem que só se materializa em algumas ULS. Noutras, é uma lenda urbana, um “cadáver adiado” que teima em não ser dado como extinto. A sua função, outrora clara, dissolveu-se na névoa das interpretações, tornando-se uma peça de “design” organizacional sem função específica, um lugar-comum para onde se deslocam profissionais em busca de uma identidade, ou uma dúvida quase ontológica sobre a sua necessidade e função. Vivos, mas não revogados, estes organismos aspiram à integração de cuidados, mas ninguém sabe muito bem o que integraram até agora, além do mistério e de uma capacidade singular para nomenclatura.

A coroar este espartilho burocrático, surge a “USP (Unidade de Saúde Pública)”. Esta é a grande coordenadora, a “maestrina” que segura na batuta enquanto olha a partitura, mesmo quando os músicos tocam melodias diferentes ou já abandonaram a orquestra. A USP coordena “todos os programas e projetos de intervenção comunitária”, exceto, claro, os que não coordena — como a hipertensão, a diabetes ou a saúde mental. Esta é a primeira lei do absurdismo sanitário: uma unidade é responsável por tudo, exceto por grande parte das coisas que importam. Uma das suas aquisições mais notáveis foi a Saúde Escolar, que não integrou, mas sim “devorou”, deixando-a à beira da extinção funcional.

E no meio deste pandemónio, ergue-se a “USO (Unidade de Saúde Oral)”, criada ao abrigo de um número, uma vírgula legislativa que ganhou vida própria. Algumas USO são autónomas, outras são um departamento da omnipresente USP. Não há padrão. Não há razão. Há apenas o capricho da geografia administrativa de cada ULS, tornando o país um tapete de retalhos de acesso à saúde oral, onde a sorte do lugar de nascimento dita se os seus dentes são uma prioridade ou um apêndice esquecido.

Mas a genialidade do labirinto não se fica por aqui. Para verdadeiramente se compreender a esquizofrenia do sistema, é imperioso descermos ao nível basilar, onde a população realmente é atendida. Aqui, deparamo-nos com o grande apartheid dos Cuidados de Saúde Primários: a dicotomia sagrada entre as “USF (Unidades de Saúde Familiar)” e as “UCSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados)”.

**“No SNS, a verdadeira integração não é de cuidados — é de confusão: múltiplas unidades, múltiplos coordenadores, nenhuma lógica”**

As USF, a par com os CRI hospitalares, são a aristocracia laboral do SNS. Nelas, aplica-se a lógica — herege para alguns, salvífica para outros — dos “incentivos extraordinários”. Os profissionais são remunerados, em parte, pela sua produtividade, eficácia e cumprimento de metas. É o reino da meritocracia, ou de uma sua caricatura burocrática. São os “yuppies” do centro de saúde, impulsionados pela cenoura de um suplemento salarial que os faz correr mais, ver mais, fazer mais. Pequenas capelas laicas da reforma dos CSP, onde só entra quem jura devoção tripartida (médico, enfermeiro, secretário clínico) e aceita receber bónus (sobretudo se constituídas com o genoma B ou C) por cada vacina administrada e relatório entregue no prazo. São voluntárias, autónomas e adoradas pelo Ministério, vá lá saber-se porquê.

Do outro lado do espelho, na terra de ninguém da motivação, jazem as UCSP. Estas são as unidades da “obrigação pura”. Os seus profissionais, igualmente qualificados, executam funções clinicamente idênticas, mas sem o estímulo dourado dos incentivos. Vivem no convento dos resignados e são os proletários do sistema, condenados a carregar o fardo de uma missão idêntica, mas perante a qual lhes é negado o mesmo reconhecimento material. O seu salário é um monólito, impermeável ao volume de trabalho, à inovação ou aos resultados. A sua única motivação é a vocação, um recurso que, como bem sabemos, é infinitamente explorável até se esgotar por completo. Eis o local onde o mérito é solene, a produtividade é aristocrática e os incentivos são uma lenda urbana repetida em reuniões.

Que génio perverso concebeu um modelo onde dois cidadãos, com o mesmo problema de saúde, entram por portas diferentes do mesmo edifício — uma dourada pela eficiência dos incentivos, outra enfadonha pela estagnação da obrigação? E que diz isto dos profissionais, condenados a uma casta de nasença administrativa, uns a serem premiados por fazer, outros a serem ignorados por fazer, simplesmente, o que é sua obrigação? É a tal farsa trágica: enquanto nos debatemos com a semântica dos acrónimos e os domínios das coordenações, consagramos no terreno a mais profunda e desmotivadora das injustiças: pagar de forma diferente a quem faz o mesmo.

A entropia é evidente. Veja-se o caso do “Higienista Oral”. Este é o profissional-quimera, o viajante perpétuo. Pertence à USO ou à URAP, mas o seu corpo e alma são partilhados pela UCC e pela USP. As suas funções são imutáveis — a boca é a boca, em qualquer latitude burocrática —, mas a contabilização do seu trabalho é um exercício de ficção contabilística.

O seu tempo é faturado à unidade de turno, num sistema de “time-sharing” que faria corar um operador turístico. Tudo depende do carimbo que se lhes atribuir no calendário lunar das reuniões de coordenação: hoje são da UCC, amanhã da USP, no outro dia da USO, sempre dependentes de qualquer secção, sem direito a autonomia efetiva. E, para acrescentar mais um anel à sua cadeia hierárquica, depende ainda da Direção dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, uma entidade remota que pouco sabe dos desafios do terreno, mas que muito exige dos formulários. Estranhamente, os Médicos Dentistas não têm a procura que se supunha — talvez porque começa a ser difícil encontrá-los na atual estrutura dos cuidados de saúde primários.

O resultado desta engenharia social é uma sobreposição cacofónica de funções e competências. É a “Torre de Babel dos Cuidados de Saúde”. Todos falam de coordenação, mas ninguém se coordena. Todos têm programas, mas nenhum programa tem recursos coerentes. As unidades têm coordenação própria, mas os programas são coordenados por outra, que também observa e avalia — é o chamado três em um. Quem, no fim do dia, responde pelo doente? Pelo cidadão? Responde o acaso.

Por fim, com a criação das omnipresentes ULS, defraudadas, na prática, da essência que as originou, o futuro das URAP e dos ACeS (Agrupamentos de Centros de Saúde) parece um folhetim inacabado: não se sabe se continuam, se se extinguem, ou se irão reencarnar sob outra designação, mais pomposa e menos compreendida. A certeza reside apenas na continuidade do absurdo: múltiplas unidades, múltiplos coordenadores, todos os programas, nenhuma lógica — um bailado kafkiano, onde cada função é sobreposta a qualquer outra, sem nunca se eliminar o inútil.

**“Enquanto acrónimos dançam nos organogramas, o cidadão continua sem saber quem responde, afinal, pela sua saúde”**

Este bestiário não é apenas ineficiente. É uma afronta à inteligência e um desperdício criminoso de recursos. Enquanto nos debatemos com a semântica dos acrónimos e com os domínios das coordenações, os portugueses debatem-se com listas de espera, com a falta de médicos e com o definhar de um SNS que devia ser um pilar, não um puzzle indecifrável. É uma farsa trágica, uma coreografia burocrática perfeitamente alinhada para falhar àqueles que mais precisam. E, no silêncio dos gabinetes, os fantasmas das UCC, URAP, USP, USO, USF, UCSP, continuam a sua dança etérea, alheios ao ruído do mundo real que teima em não se encaixar nos seus diagramas.

No final, é a irresponsabilidade partilhada em estado puro: todos mandam um pouco, ninguém responde por nada. Quando um programa falha, o relatório culpa “a articulação insuficiente entre unidades funcionais”, frase tão vaga quanto recorrente.

Temos unidades que existem no papel, outras que existem na prática e mais aquelas que existem apenas por teimosia. Temos profissionais dedicados que trabalham em labirintos organizacionais dignos de Kafka. E temos políticos que, ao reformar, apenas redistribuem o caos.

A verdadeira inovação do sistema português não é a integração de cuidados — é a integração da confusão. E enquanto as siglas se multiplicam, o cidadão continua à espera de alguém que lhe explique, em português corrente, quem é afinal responsável pela sua saúde. ■

*Nota: Todas as informações se sustentam em publicações, documentos legislativos e estruturas organizacionais públicas, disponíveis online.*

## MANUEL NUNES: “A SOLUÇÃO IDEAL NÃO É PÚBLICO, SOCIAL OU PRIVADO”

O presidente do Conselho Fiscal da Ordem dos Médicos Dentistas alerta que o modelo de parcerias proposto pelo Governo pode melhorar o acesso da população no curto prazo, mas, sem auditorias e reforço dos gabinetes públicos, pode transformar-se numa privatização silenciosa da saúde oral.



Dr. Manuel Nunes, Presidente do Conselho Fiscal da Ordem dos Médicos Dentistas

A discussão sobre o futuro da saúde oral no Serviço Nacional de Saúde voltou ao debate público com o modelo de parcerias recentemente anunciado pelo Governo. Entre cheques digitais, integração de privados e a promessa de maior acesso, aumentam os alertas sobre riscos de desigualdade e fragmentação.

Nesta entrevista a *O JornalDentistry*, o Dr. Manuel L. Nunes, presidente do Conselho Fiscal da Ordem dos Médicos Dentistas, explica por que razão defende que apenas um setor público forte pode garantir cuidados universais e evitar uma privatização silenciosa do sistema.

*O modelo proposto pelo Governo para parcerias público-privadas na medicina dentária pode melhorar o acesso da população ou corre o risco de fragmentar o sistema?*

O modelo pode melhorar o acesso a curto prazo, sobretudo em regiões onde o SNS tem falta de profissionais ou infraestruturas e elas existam nos setores privado e social. A integração destes setores pode permitir respostas mais rápidas e uma cobertura geográfica mais ampla, aproveitando recursos já existentes.

No entanto, o risco de fragmentação é real se não houver um forte sistema de regulação, contratualização e avaliação de resultados. Sem isso, corre-se o perigo de criar um sistema a duas velocidades, em que o setor público fica enfraquecido e dependente de prestadores externos, perdendo capacidade técnica e estratégica.

O sucesso deste modelo dependerá da coordenação entre níveis de prestação, da garantia de qualidade uniforme e da transparência dos contratos com os setores privado e social.

Assim, o modelo só não fragmentará o sistema se for verdadeiramente integrado (partilha de informação, regras comuns) e se os gabinetes do SNS forem fortalecidos para funcionar como a "casa" do doente, coordenando os seus cuidados, mesmo quando parte deles é prestada no setor

privado ou social. A complementaridade intersetorial só será benéfica se houver integração funcional e equidade na prestação. Para isso, é necessário fazer auditorias, fazer uma regulação eficaz e reforçar os gabinetes públicos, ou haverá o risco de fragmentação e desigualdade no acesso. O Estado deve manter um papel ativo na coordenação e controlo da rede, caso contrário, a fragmentação e a perda de coesão do SNS serão inevitáveis.

*O Governo anuncia novos cheques e programas digitais, mas não fala em auditorias nem no reforço dos gabinetes públicos. Está a confundir modernização com privatização?*

Sim, há um risco claro de se estar a confundir modernização com um processo de privatização silenciosa, se este for o único caminho traçado.

A modernização do setor público não se faz apenas com instrumentos financeiros digitais ou com a contratação de privados; faz-se sobretudo reforçando a capacidade interna do SNS — quer em recursos humanos, quer em meios técnicos e administrativos. Modernizar é tornar o público mais eficiente, não é transferir responsabilidades para o privado. O modelo atual dos "cheques" é, na prática, o Estado a financiar a saúde oral, mas a terceirizar a sua prestação para o setor privado. Isto é, por definição, uma forma de privatização da prestação de cuidados.

“Sem reforço do SNS, as parcerias público-privadas podem criar um sistema a duas velocidades e aumentar a dependência do privado”

Os cheques-dentista digitais podem simplificar procedimentos e reduzir burocracia, mas não substituem uma rede pública robusta nem garantem o controlo da despesa e da qualidade clínica. Sem auditorias independentes, transparência e indicadores de desempenho, corre-se o risco de aumentar a despesa pública sem ganhos proporcionais em saúde oral. A ausência de planos robustos para auditoria, formação e fixação de profissionais no SNS pode indicar uma tendência para privatizar a resposta, sob o pretexto de modernização.

*Qual deveria ser o papel do setor público nesta nova fase?*

O setor público deve assumir um papel triplo e inequívoco: ser o prestador direto de referência, o regulador forte e o gestor do sistema. O papel de "intermediário" é insuficiente.

**a) Prestador Direto e de Qualidade:**

O seu foco deve ser a prevenção, os cuidados primários

e o tratamento das populações mais vulneráveis (crianças, idosos, doentes crónicos, população carenciada).

O SNS deve ser a espinha dorsal do sistema. Isto significa contratar mais médicos dentistas e higienistas orais e abrir mais gabinetes de saúde oral nos Centros de Saúde e Hospitais, garantindo que ninguém fica para trás, oferecendo uma base pública sólida capaz de responder autonomamente e de servir de padrão de qualidade, com profissionais valorizados, para assegurar uma resposta universal e gratuita.

**b) Regulador e Fiscalizador:**

O Estado não pode ser um mero (e mau) "pagador" ao setor privado. Deve definir e fazer cumprir padrões rigorosos de qualidade, critérios de acreditação para as clínicas convencionadas e realizar auditorias regulares. Deve ser capaz de definir regras claras, fiscalizar contratos e garantir que todos os prestadores (públicos, sociais e privados) cumprem padrões de qualidade e equidade.

**c) Gestor e Coordenador do Sistema Integrado:**

O SNS deve funcionar como a "casa" do utente. O médico dentista do Centro de Saúde deve ser o coordenador dos cuidados de saúde oral do doente, mesmo quando este é referenciado para o privado com um cheque. Isto garante continuidade de cuidados e evita a fragmentação.

O Estado deve coordenar a rede, definir prioridades de saúde pública e assegurar que a lógica de mercado não se sobrepõe à lógica do direito à saúde. Deve promover a articulação entre os diferentes níveis de cuidados e prestadores, mas sem abdicar da sua responsabilidade central.

*Qual é, então, a solução?*

A solução ideal não é "público, social ou privado", mas um sistema onde um setor público forte e revitalizado lidera, regula e integra a contribuição do setor privado e social, garantindo que esta serve para complementar e não para substituir a responsabilidade do Estado em proporcionar cuidados de saúde oral universais e de qualidade. A falha atual está no desequilíbrio: fala-se muito em integrar o privado e o social e pouco em reforçar o público.

A criação de uma carreira pública para médicos dentistas e a inclusão da saúde oral nos planos municipais são passos essenciais para consolidar o papel do SNS/Estado neste setor da saúde. A criação de uma Rede Nacional de Saúde Oral pode ser uma oportunidade importante, mas só será uma reforma estrutural positiva se o Estado:

1. reforçar a capacidade pública existente,
2. garantir transparência e regulação eficaz nas parcerias,
3. e colocar a saúde oral como direito universal, e não como produto de mercado. ■

# Soluções CAD

Be **I**nnovative  
Be **P**recise  
Be **D**igital  
Be *ipd*

STUMP DIE 3D



ModelPro



MODELO 3D



ANÁLOGO 3D



**Digital**

SCAN ABUTMENT



CUSTOM INTERFACE  
SYSTEM®



## MY DENTAL VISION

## OUTSOURCING VS PRODUÇÃO INTERNA: O EQUILÍBRIO INVISÍVEL



Helena Maia, MyDentalLab  
TPD, Pós-Graduada em Gestão de Organizações de Saúde.

**H**á decisões que não se medem em euros nem em horas. Medem-se em **identidade**, em **controlo**, em **tempo mental**. E talvez nenhuma decisão seja tão frequente (e tão silenciosamente debatida) nos laboratórios como esta: **produzir internamente** ou **recorrer a outsourcing**?

Num mundo em que tudo parece correr à velocidade da luz, o dilema deixou de ser técnico - passou a ser **estratégico**. E, mais do que uma questão de gestão, é um espelho da forma como cada laboratório se vê: **como quer trabalhar, crescer e ser reconhecido**.

### O técnico-líder: Decidir é liderar

Gerir um laboratório hoje é mais do que dominar resinas, scanners e zirconias. É saber **onde investir energia e onde confiar em parcerias**.

Fazer tudo dentro de portas pode trazer controlo e consistência, mas também peso, ruído e cansaço. Por outro lado, delegar certas fases do processo pode libertar tempo e foco - desde que não se perca o fio da identidade.

Um líder técnico não é o que faz tudo, é o que **decide com clareza o que deve continuar a fazer**.



### Tempo vs valor: Nem sempre o mais rápido é o mais rentável

O **outsourcing** pode parecer uma resposta fácil às urgências: menos carga, mais agilidade. Mas há um custo invisível quando a produção deixa de "cheirar a casa". Aquele toque que só o técnico que conhece o cliente e o caso consegue dar.

Por outro lado, a produção interna pode consumir tempo e recursos que não geram retorno. No fundo, a pergunta é simples: **o que é que realmente cria valor para o laboratório - e o que apenas ocupa espaço e energia?**

### Laboratório híbrido: integrar, não separar

Talvez o futuro não seja escolher um lado, mas **criar o seu próprio modelo**. Laboratórios que mantêm a alma artesanal e técnica, mas usam o outsourcing como extensão da sua capacidade, estão a redefinir o conceito de eficiência.

Não se trata de perder independência, mas de ampliar possibilidades. De entender que colaboração também é inovação - e que crescer nem sempre é fazer mais, às vezes é **fazer melhor com os parceiros certos**.



### O fator humano: confiança não se imprime

Por trás de cada ficheiro STL enviado está uma relação. E o outsourcing, mais do que um contrato, é um exercício de confiança e comunicação. Saber explicar, ouvir, alinhar, respeitar prazos e padrões - tudo isso é cultura, e não se automatiza.

A tecnologia aproxima, mas o **respeito profissional** é o que sustenta as pontes. Porque, no fim, o que fazemos não são peças - são **relações que se materializam em sorrisos**.

### No equilíbrio está a visão

Esta não é uma rubrica sobre o que é certo ou errado. É um convite à reflexão: O que é que faz mais sentido **para ti, no teu laboratório, com a tua equipa e o teu ritmo de vida?**

Produzir internamente é afirmar identidade. Recorrer a outsourcing é abraçar o mundo.

E talvez a verdadeira maturidade técnica esteja em **saber quando fazer cada um - sem culpa, sem medo e com propósito**. Porque um laboratório com visão não se define por onde produz. Define-se por **como decide**. E por saber que crescer não é perder controlo - é **ganhar clareza**. ■

## O PAPEL DA SPOP NA MEDICINA DENTÁRIA E NA SAÚDE ORAL INFANTIL

Impulsionada por uma presença internacional crescente, a Sociedade Portuguesa de Odontopediatria quer ir além da formação especializada e aproximar a ciência da saúde oral das famílias.



Dra. Ana Coelho Canta, Presidente da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria no discurso de abertura do 3rd Global Meeting da IAPD, em organização conjunta com a SPOP.

A Sociedade Portuguesa de Odontopediatria (SPOP) é uma associação científica dedicada à promoção da excelência nos cuidados de saúde oral da população infantil e jovem. A sociedade, e a sua comunidade de membros associados, assenta num compromisso coletivo na responsabilidade de proporcionar os mais elevados cuidados de saúde oral à população odontopediátrica.

Desde a sua fundação, em 2010, a SPOP assumiu um papel educativo e procurou contribuir para a divulgação do conhecimento científico e para o enriquecimento da oferta formativa em Portugal na área de especialidade da odontopediatria. Nesta vertente educativa, podemos reconhecer temos cumprido muito bem esta missão pedagógica. A sociedade tem sido um dos principais veículos para proporcionar aos seus membros um maior conhecimento científico especializado: foram realizadas com regularidade reuniões científicas anuais, que percorreram diversas temáticas da área do conhecimento da odontopediatria, respondendo às especificidades da ampla população a que se dirige (bebés,

crianças, jovens e PNE). As reuniões científicas decorreram a nível nacional e, sem exceção, tiveram pleno sucesso na concretização dos seus objetivos formativos.

Gostaria de enaltecer que algumas reuniões extrapolaram o plano nacional e foram organizadas no enquadramento de congressos científicos ibéricos, numa organização conjunta com a sociedade espanhola, que se repete sempre a cada quatro anos. Também sem exceção, todas as reuniões tiveram a participação de prestigiados conferencistas internacionais e ofereceram aos membros, portugueses e espanhóis, uma importante formação científica.

Recentemente, a missão pedagógica extramuros da SPOP tornou-se mais relevante: a sua visibilidade e reconhecimento internacional cresceram ao assumir a organização conjunta de duas prestigiadas reuniões internacionais. Neste âmbito, colaborou diretamente com a EAPD na realização do seu 16º Congresso Internacional, realizado em Lisboa, em junho de 2022, e colaborou com a IAPD, na organização conjunta do 3º Global Summit da International Association of Paediatric Dentistry, realizado no Porto, em novembro de 2024.

No âmbito destas reuniões, não tenho dúvidas de que a SPOP promoveu a partilha de experiências entre os médicos dentistas portugueses com os seus pares, numa dimensão internacional, e promoveu a criação de novos laços profissionais.

“A SPOP reforça o papel pioneiro na formação em odontopediatria, promovendo ciência, laços internacionais e reuniões que elevam a prática clínica”

A SPOP continuará a promover divulgação do conhecimento científico, participando ativamente na organização destas reuniões científicas. No momento presente, a SPOP, em conjunto com a sua congénere espanhola, a Sociedade Espanhola de Odontopediatria, assume a organização da V Reunião Ibérica de Odontopediatria (e a XIV Reunião da SPOP), que decorrerá em Zaragoza, entre os dias 14 e 16 de maio de 2026, e cujo programa científico preliminar, pode ser consultado em <https://seopzaragoza.com/>.

Esta próxima reunião será mais uma oportunidade de atualização do conhecimento científico e de partilha entre pares. Gostaria de enaltecer que, especialmente nas últimas reuniões da sociedade, temos assistido a um interesse

crescente na submissão de trabalhos de elevada qualidade e mérito científico, o que é enriquecedor para o património científico da SPOP.

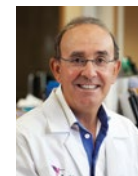
Também recentemente, no âmbito da colaboração da SPOP com a IAPD, o nosso coletivo de associados passou a usufruir de acesso gratuito à área de informação exclusiva, e de acesso às publicações oficiais da IAPD, nomeadamente o International Journal of Paediatric Dentistry, revista de referência em odontopediatria, Quartil 1 (desde 2009), que promove os maiores standards de educação, investigação e prática clínica.

A SPOP é uma sociedade recente e por isso, na minha ótica, tem um caminho a percorrer, como forma de se consolidar enquanto referência científica na odontopediatria. Existem de facto exigências que devem ser abraçadas.

“Com novos desafios pela frente, a SPOP quer afirmar-se como referência científica e tornar a saúde oral infantil mais acessível ao público”

A SPOP necessita de consolidar a sua imagem institucional como exemplo de uma associação pautada pela integridade e excelência na promoção do conhecimento científico na área da odontopediatria. Na vertente pedagógica, necessita de continuar a reforçar a confiança nos associados, proporcionando, na sua oferta educativa, a evidência científica mais recente, através da promoção de reuniões científicas anuais, com palestrantes de excelência.

Mas, para além do seio da classe, é imperativo estender a visibilidade da SPOP à sociedade civil. Este ponto ainda não está cumprido e acredito que a SPOP tem de se tornar visível ao público, constituindo-se como uma autoridade na divulgação de informação científica fidedigna, mas acessível. Uma das formas de aumentar a literacia em saúde oral da população e diminuir as barreiras ao conhecimento é precisamente tornar este conhecimento mais acessível. A SPOP terá de promover, nos seus canais oficiais de comunicação (redes sociais, mas sobretudo no site oficial), um portal reservado para as famílias e educadores que reúna informação científica pertinente para a saúde oral nas crianças, adolescentes e população com necessidades especiais, complementada com links de acesso a outras fontes idóneas de conhecimento. ■



Eduardo Anitua DDS, MD, PhD

## REABILITAÇÃO DE UM CASO COM PERIODONTITE ATIVA COM IMPLANTES PÓS-EXTRAÇÃO IMEDIATA E CARGA IMEDIATA

### Introdução

A doença periodontal (DP) é uma patologia de natureza infecciosa (produzida por bactérias) e inflamatória (mediada por citocinas libertadas pelo hospedeiro) que afecta os tecidos de suporte do dente, conhecidos como periodonto<sup>1-2</sup>. Em Espanha, estima-se que entre 85-94% da população com mais de 35 anos sofre de algum problema relacionado com os tecidos gengivais, e entre 15-30% sofre de periodontite, sendo que as formas mais graves da patologia representam aproximadamente 5-11% dos casos<sup>3</sup>. Quando a doença periodontal progride e a perda óssea se torna cada vez mais acentuada, o prognóstico para os dentes torna-se mais difícil, tendo que se recorrer à extração nos casos em que há infecção repetida apesar do tratamento periodontal, elevada mobilidade ou afetação do estado geral do paciente<sup>4-5</sup>. A perda de dentes e a perda óssea dos dentes que ainda podem ser preservados faz com que estes pacientes com periodontite severa em estadios avançados não sejam bons candidatos a próteses removíveis ou a reabilitações dentárias sob a forma de pontes, pois estes tratamentos podem levar a uma maior perda óssea nos dentes pilares<sup>6-8</sup>.

O tratamento com implantes em pacientes com periodontite e perda dentária tem-se afirmado como uma opção importante, pois permite reabilitar o paciente sem a necessidade de utilizar suportes nos outros dentes remanescentes, mesmo de forma satisfatória (do ponto de vista estético e funcional) quando reabilitamos uma arcada completa nos casos em que não podemos manter nenhum dente<sup>9-10</sup>. O problema da colocação de implantes em pacientes com doença periodontal ativa é a dúvida se o nosso tratamento será tão previsível como num paciente que não tenha esta patologia. Durante muito tempo, devido a factores etiológicos comuns, a doença periodontal e a peri-implantite foram tratadas como patologias semelhantes que se poderiam influenciar reciprocamente<sup>11-14</sup>. Ainda assim, a literatura internacional inclui estudos que demonstram que pacientes com doença periodontal severa podem beneficiar do tratamento com implantes dentários mesmo que não sejam removidos todos os dentes afectados pela patologia<sup>11-15</sup>.

A chave centra-se na correta manutenção dos dentes e dos implantes e no controlo exaustivo da higiene para que a doença periodontal abrande a sua progressão, bem como interagir o mais possível com os outros factores modificáveis da doença periodontal (tabaco, higiene individual e outras patologias sistémicas influentes como a diabetes)<sup>16-18</sup>.

A reabilitação com implantes, na prática clínica diária, contempla diferentes situações, sendo cada vez mais frequentes os protocolos de implante imediato e carga imediata. Os bons resultados que a literatura internacional tem

apresentado em relação aos implantes imediatos pós-extração fizeram com que, nos últimos anos, a colocação de implantes imediatos pós-extração se tornasse uma técnica comum na prática clínica dentária, com taxas de sucesso dos implantes semelhantes às dos implantes inseridos de forma “convencional” (tardia após a extração)<sup>19-20</sup>. A implementação desta técnica de implantes imediatos pós-extração foi seguida pela carga imediata de implantes imediatos com função imediata, com a prótese provisória a ser colocada 24-48 horas após a colocação do implante<sup>21</sup>.

Quando analisamos a utilização destas técnicas (implante imediato com carga imediata) em alvéolos de pacientes com doença periodontal ativa, as referências bibliográficas são menos numerosas. Temos uma revisão sistemática publicada em 2015 sobre este tema que indica que os implantes não parecem ter uma maior taxa de insucesso quando os implantes imediatos são inseridos em alvéolos afectados por infecções periodontais ou por razões endodónticas<sup>22</sup>. Outros estudos também não mostram diferença na sobrevivência deste tipo de implantes de carga imediata quando inseridos em áreas com infecção em comparação com outros inseridos em áreas sem infecção<sup>23-24</sup>.

No presente caso clínico, apresentamos um paciente com doença periodontal grave, no qual foi realizado o tratamento com implantes dentários após extração imediata com carga imediata e preservação das peças dentárias com um bom resultado estético e funcional, mostrando a sequência do procedimento e a manutenção ao longo do tempo.

### Caso clínico

Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 67 anos de idade, que procurou a clínica com o objetivo de melhorar a sua estética e saúde oral. Tinha pontes feitas sobre dentes naturais que se encontravam completamente desadaptadas, com mobilidade, dor e supuração nos pilares, bem como cáries radiculares e colapso total da mordida a nível anterior, como se pode observar nas imagens iniciais (figuras 1-4).

Na radiografia inicial realizada no âmbito do diagnóstico inicial, podemos ainda observar uma perda óssea horizontal generalizada em toda a arcada superior, com fratura de vários dentes pilares protésicos e outros restos radiculares associados no segundo quadrante. Na região mandibular, o pior prognóstico é para os dentes do siso nas posições 38 e 48, que não possuem suporte ósseo (figura 5).

Na primeira fase, os dentes 23, 24 e 27 são extraídos e é efectuada uma restauração provisória. São também realizados implantes imediatos pós-extração da arcada superior,

bem como implantes nos dois quadrantes inferiores desdentados na zona posterior. Esta cirurgia é também utilizada para efetuar um tratamento periodontal cirúrgico dos dentes a preservar na arcada inferior com destararização e alisamento a céu aberto. A boa estabilidade dos implantes dentários, tanto superiores como inferiores, permite a carga imediata com próteses aparafusadas sobre transeptiais Multi-Im e estruturas com barras articuladas. Com esta técnica podemos ter uma prótese funcional e estética em poucas horas (figuras 6 a 8).

Durante os seis meses seguintes à colocação das próteses de carga imediata, o paciente faz uma manutenção periodontal e detecta-se que os incisivos inferiores perderam muita inserção clínica, pelo que se decide extraí-los e colocar implantes dentários. Estes implantes também são colocados após a extração imediata e, tal como os implantes anteriores, são carregados imediatamente (3 horas após a cirurgia).

Nesta fase é efectuado um segundo conjunto de provisórios para substituir a arcada superior e os molares inferiores com carga imediata inicial. Com isso, confeccionamos um conjunto de provisórios de longa duração e carga progressiva que nos ajudará a ajustar os parâmetros oclusais e estéticos do paciente para a prótese definitiva (figura 9)

Quatro meses depois, com o padrão oclusal e estético perfeitamente definido pelos provisórios utilizados, passamos à confecção da prótese definitiva. Neste caso, é efectuado um desenho em Cad-Cam das estruturas para corrigir as angulações dos parafusos de entrada e dar uma melhor solução estética à prótese. Fazemos um novo enceramento que testamos no paciente antes de começar a fresar a estrutura. Este enceramento é posteriormente digitalizado para introduzir esta informação no programa que irá gerar a estrutura, tendo em conta a posição ideal dos dentes (figuras 10-11).

Finalmente, a prótese é acabada em cerâmica, sendo a prótese superior realizada em três secções para facilitar a flexão óssea durante a mastigação. Todos os elementos protéticos são aparafusados sobre transeptiais Multi-im, como se pode ver na radiografia aquando da colocação da prótese (figura 12). Os restantes dentes são revestidos com facetas feldspáticas com uma preparação de desgaste mínima para os integrar na estética do resto da restauração (figuras 13 e 14). O paciente faz os seus controlos periodontais e a manutenção dos restantes dentes de 6 em 6 meses e podemos ver na radiografia final aos 5 anos como todo o tratamento se mantém estável, incluindo os dentes afectados pela periodontite e a grande mudança estética e funcional sofrida se compararmos as imagens inicial e final (figuras 15-19).



Figs. 1 a 4. Imagens iniciais do paciente. Nelas podemos ver a deterioração das pontes feitas sobre o dente, bem como a perda óssea causada pela doença periodontal, deixando expostas as raízes dos dentes pilares.

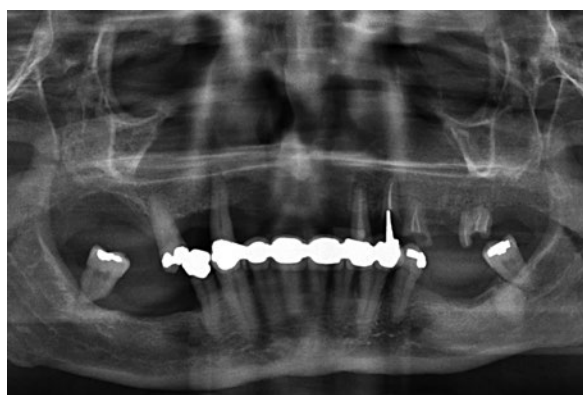


Fig. 5. Radiografia inicial do paciente. Podemos ver como é evidente a fratura do dente na posição 23, bem como os restos radiculares no segundo quadrante e a necessidade de extração dos dentes do siso inferiores.



Fig. 6. Radiografia pós-operatória com a prótese de carga imediata colocada 3 horas após a cirurgia de extração dentária e colocação dos implantes imediatos.



Figs. 7 e 8: Imagens intraorais do paciente com as próteses de carga imediata colocadas.



Fig. 9. Radiografia após a colocação dos implantes inferiores.



Figs. 10 e 11. Preparação do enceramento para ser experimentado na boca e posterior desenho das estruturas com base nos parâmetros obtidos a partir do wax-up. Podemos ver como a retificação da angulação das chaminés nos permite colocar os acessos dos parafusos protéticos em zonas mais favoráveis.



Fig. 12. Radiografia final após a colocação das próteses definitivas



Figs. 13 e 14: Podemos ver o aspeto da restauração final e que os restantes dentes foram restaurados com preparações cerâmicas minimamente invasivas (facetas feldspáticas) para os integrar com os dentes da restauração suportada por implantes.



Figura 15. Imagem radiográfica 5 anos após a conclusão do tratamento.



Figs. 16 a 19. Imagens comparativas iniciais e finais do caso onde podemos observar a mudança sofrida pelo paciente.



## Discussão

Neste caso, assim como em outros relatados na literatura internacional, não encontramos uma maior incidência de complicações infecciosas ou perda de implantes associada à inserção imediata de implantes em alvéolos afetados por periodontite ativa<sup>10,12,20</sup>. Além disso, neste caso, os dentes adjacentes aos implantes foram preservados, o que pode ser um ponto negativo no caso de restaurações com implantes em pacientes com doença periodontal<sup>24-26</sup>. Neste caso, a manutenção realizada no paciente foi fundamental, o que permitiu manter os dentes livres de infeções activas desde o início do tratamento, detectando problemas no início, como

no caso dos quatro incisivos inferiores que tiveram de ser extraídos. Acreditamos que isto pode fazer a diferença nestes casos, a manutenção e o empenhamento do paciente no tratamento. Além disso, o facto de podermos manter os dentes na arcada inferior permite-nos obter uma propriocepção eficaz, bem como o valor para o paciente, do ponto de vista psicológico, de preservar parte da sua dentição natural<sup>27,28</sup>.

## Conclusões

A colocação de implantes imediatos em alvéolos afectados por periodontite ativa pode ser possível, mesmo com carga imediata. Os resultados do tratamento final, mesmo

preservando os dentes, podem ser bons se existir um protocolo de controlo e manutenção do paciente que permita agir rapidamente em caso de problemas que possam surgir durante o acompanhamento. ■

\*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](mailto:eduardo@fundacioneduardoanitua.org)

## Referências bibliográficas

- Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease. Aust Dent J. 2009 Sep;54 Suppl 1:S11-26.
- Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Northwest Dent. 2000 Nov-Dec;79(6):31-5.
- López Silva MC, Diz-Iglesias P, Seoane-Romero JM, Quintas V, Méndez-Brea F, Varela-Centelles P. Actualización en medicina de familia: patología periodontal [Update in family medicine: Periodontal disease]. Semergen. 2017 Mar;43(2):141-148.
- Quteish Taani DS. Periodontal reasons for tooth extraction in an adult population in Jordan. J Oral Rehabil. 2003 Jan;30(1):110-2.
- Al-Shammari KF, Al-Khabbaz AK, Al-Ansari JM, Neiva R, Wang HL. Risk indicators for tooth loss due to periodontal disease. J Periodontol. 2005 Nov;76(11):1910-8.
- Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S223-S236.
- Correia ARM, da Silva Lobo FD, Miranda MCP, Framegas de Araújo FMS, Santos Marques TM. Evaluation of the Periodontal Status of Abutment Teeth in Removable Partial Dentures. Int J Periodontics Restorative Dent. 2018 September/October;38(5):755-760.
- Dhingra K. Oral rehabilitation considerations for partially edentulous periodontal patients. J Prosthodont. 2012 Aug;21(6):494-513.
- Schou S. Implant treatment in periodontitis-susceptible patients: a systematic review. J Oral Rehabil. 2008 Jan;35 Suppl 1:9-22. doi: 10.1111/j.1365-2842.2007.01830.x. PMID: 18181930.
- Schou S, Holmstrup P, Worthington HV, Esposito M. Outcome of implant therapy in patients with previous tooth loss due to periodontitis. Clin Oral Implants Res. 2006 Oct;17 Suppl 2:104-23.
- Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 2018 Jun;45 Suppl 20:S1-S8.
- Ivanovski S, Lee R. Comparison of peri-implant and periodontal marginal soft tissues in health and disease. Periodontol 2000. 2018 Feb;76(1):116-130.
- Slots J. Periodontitis: facts, fallacies and the future. Periodontol 2000. 2017 Oct;75(1):7-23.
- Amerio E, Mainas G, Petrova D, Giner Tarrida L, Nart J, Monje A. Compliance with supportive periodontal/peri-implant therapy: A systematic review. J Clin Periodontol. 2020 Jan;47(1):81-100.
- Clark D, Levin L. In the dental implant era, why do we still bother saving teeth? Dental Traumatology. 2019;35:368-375.
- Johnson TM. Smoking and periodontal disease. US Army Med Dep J. 2017 Oct-Dec;3(3-17):67-70.
- Bascones-Martínez A, González-Febles J, Sanz-Esporrín J. Diabetes and periodontal disease. Review of the literature. Am J Dent. 2014 Apr;27(2):63-7.
- Herring ME, Shah SK. Periodontal disease and control of diabetes mellitus. J Am Osteopath Assoc. 2006 Jul;106(7):416-21.
- Sanz I, García-Gargallo M, Herrera D, Martín C, Figuero E, Sanz M. Surgical protocols for early implant placement in post-extraction sockets: a systematic review. Clin Oral Implants Res. 2012 Feb;23 Suppl 5:67-79.
- Meijer HJA, Raghoobar GM. Immediate implant placement in molar extraction sites: a 1-year prospective case series pilot study. Int J Implant Dent. 2020 Feb 12;6(1):3.
- Zhang S, Wang S, Song Y. Immediate loading for implant restoration compared with early or conventional loading: A meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg. 2017 Jun;45(6):793-803.
- Chrcanovic BR, Martins MD, Wennerberg A. Immediate placement of implants into infected sites: a systematic review. Clin Implant Dent Relat Res 2015; 17 Suppl 1: e1-e16.
- Zuffetti F, Capelli M, Galli F, Del Fabbro M, Testori T. Post-extraction implant placement into infected versus non-infected sites: A multicenter retrospective clinical study. Clin Implant Dent Relat Res. 2017 Oct;19(5):833-840.
- Montoya-Salazar V, Castillo-Oyague R, Torres-Sanchez C, Lynch CD, Gutierrez-Perez JL, Torres-Lagares D. Outcome of single immediate implants placed in post-extraction infected and non-infected sites, restored with cemented crowns: a 3-year prospective study. J Dent 2014; 42: 645-652.
- Avila G, Galindo-Moreno P, Soehren S, Misch CE, Morelli T, Wang HL. A novel decision-making process for tooth retention or extraction. J Periodontol. 2009 Mar;80(3):476-91.
- Greenwell H, Wang HL, Kornman KS, Tonetti MS. Biologically guided implant therapy: A diagnostic and therapeutic strategy of conservation and preservation based on periodontal staging and grading. J Periodontol. 2019 May;90(5):441-444.
- Craddock HL. Consequences of tooth loss (Part 1): The patient perspective--aesthetic and functional implications. SADJ. 2010 Jul;65(6):242, 244-5.
- Berman CL, Berman LG. The psychological implications of tooth loss. Dent Clin North Am. 1969 Oct;13(4):961-6.

## PORTUGAL FORENSIC MEETING 2025 DESTACOU AVANÇOS NA IDENTIFICAÇÃO HUMANA E REUNIU PERITOS INTERNACIONAIS

Investigadores e especialistas debateram, em outubro, em Viana do Castelo, novas técnicas forenses e casos icónicos que marcaram a história. O encontro foi organizado pela Associação Portuguesa de Medicina Dentária Forense (APMDF) e presidido pela Dra. La Salette Alves.



O Portugal Forensic Meeting 2025 reuniu, a 18 de outubro, na Biblioteca Municipal de Viana do Castelo, alguns dos nomes mais relevantes da medicina dentária forense nacional e internacional. O encontro, organizado pela Associação Portuguesa de Medicina Dentária Forense (APMDF) e presidido pela Dra. La Salette Alves, consolidou-se como um espaço de referência para discutir ciência, tecnologia e desafios contemporâneos da identificação humana.

A sessão de abertura contou com a presença do vereador Ricardo Rego e prestou homenagem a várias personalidades que receberam o título de Associado Honorário da APMDF. Entre os distinguidos estiveram o ex-bastanário da Ordem dos Médicos Dentistas, Manuel Fontes de Carvalho, e o também ex-bastanário Orlando Monteiro da Silva, bem como especialistas como Fernando Duarte,

Joana Gomes, Manuela Crespo, Marta Maldonado e Maria Manuel Valente.

Durante a manhã, a Prof. Doutora Cristina Figueiredo, da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu, apresentou o tema “Identificação de desdentados”, sublinhando a importância crescente desta área num país com uma população envelhecida. A intervenção despertou particular interesse pela combinação entre experiência clínica e aplicações práticas em contexto forense.

O momento mais aguardado chegou à tarde com a mesa-redonda “ID in War Times – Role of Dental Artificial Intelligence in Dental Implantology”, protagonizada por La Salette Alves e Fernando Duarte, com moderação do inspetor Vítor Teixeira. A discussão trouxe ao público os avanços mais recentes na identificação de vítimas carbonizadas através de

implantes dentários, incluindo implantes zigomáticos, uma área onde a tecnologia e a inteligência artificial estão a acelerar respostas periciais antes impensáveis.

A dimensão internacional do evento ganhou destaque com a participação dos peritos colombianos German Ayala e Jorge Alfonso Casas, que apresentaram a conferência “A identificação em corpos carbonizados – Experiência da Colômbia”, partilhando casos concretos de um país onde este tipo de perícia tem aplicação frequente devido à violência prolongada. A fechar, a argentina Marta Maldonado, reconhecida internacionalmente, revisitou o emblemático caso da identificação de Che Guevara, na conferência “Identificação de Che Guevara – Lessons to the Future”, proporcionando ao público uma viagem histórica e científica pela investigação que confirmou a identidade do revolucionário. ■

## REVOLUÇÃO DO SORRISO MARCA ARRANQUE DO 34.º CONGRESSO DA OMD NO PORTO

Entre alertas sobre desigualdades, elogios à inovação e um apelo a uma “revolução da saúde oral”, a Ordem dos Médicos Dentistas abriu na cidade Invicta o seu 34.º encontro anual. Encontre os melhores momentos desta edição na reportagem d’O JornalDentistry.



A cerimónia de abertura, que reuniu centenas de médicos dentistas e dezenas de entidades civis, académicas e militares, marcou no Porto o arranque oficial do 34.º Congresso da OMD. A ideia de que as competências do médico dentista do século XXI têm de unir ciência, tecnologia e humanismo esteve presente durante toda a sessão. “A excelência clínica só tem verdadeiro valor quando é acompanhada por empatia, atenção e humanidade”, sublinhou a Dra. Ana Paula Reis, presidente da Comissão Organizadora.

Da inteligência artificial aos novos biomateriais, a evolução tecnológica acelerada foi apontada como tanto como oportunidade como ameaça. O presidente da Comissão Científica, Dr. António Mata, defendeu o conhecimento como “passaporte para a humanidade” e avisou para o risco de uma relação acrítica com a inteligência artificial, que pode atrofiar o pensamento crítico. Também por isso, o especialista sublinhou a importância de apostar em novas competências, como saber avaliar evidência, pensar criticamente e integrar tecnologia sem perder a relação médico-doente.

No plano institucional, o bastonário Dr. Miguel Pavão denunciou décadas de atraso no investimento público, a ausência de um estudo recente sobre doenças orais e a fuga

de jovens médicos dentistas para o estrangeiro. Defendeu ainda a modernização do cheque-dentista, com a digitalização e criação de um boletim de saúde oral integrado no Serviço Nacional de Saúde, e deixou um recado ao Estado, que “não consegue assegurar cuidados à população, mas complica a vida a quem os presta” no setor privado. “Sem saúde oral não há saúde. É hora da revolução da saúde oral”, afirmou.

A resposta do Governo chegou pela voz da secretária de Estado da Saúde, Ana Povo, que anunciou para 2026-2030 um novo Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o lançamento do SISO 2.0, plataforma digital que vai desmaterializar o cheque-dentista, criar o boletim de saúde oral e permitir acompanhar em tempo real o programa. O executivo promete alargar os beneficiários, reforçar gabinetes de saúde oral nos cuidados primários e articular SNS, setor social e rede privada numa rede nacional de saúde oral.

A sessão teve ainda espaço para memória e reconhecimento, assinalando que os prémios científicos da OMD passam a chamar-se Prémios António Felino, e a Ordem atribuiu duas medalhas de ouro: ao Conselho General de Dentistas de Espanha, presidido por Óscar Castro Reina, e ao ex-presi-

dente da Câmara de Braga, Ricardo Rio, pelo projeto “Braga a Sorrir”, apontado como exemplo de política municipal de saúde oral.

“ OMD exige modernização da saúde oral e alerta para desigualdades, falta de investimento e necessidade urgente de reforçar políticas públicas ”

### Saúde oral deve ter destaque

O presidente da Assembleia da República visitou o Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas pelo segundo ano consecutivo, num dia marcado pelo fim do prazo para os partidos apresentarem propostas ao Orçamento do Estado para 2026. Entre contactos com profissionais e uma passa-



gem pela Expodentária, José Pedro Aguiar-Branco voltou a destacar o tema da criação da carreira de médico dentista no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A questão, que já reuniu consenso parlamentar sobre a sua importância, voltou a debate em março deste ano quando foi publicada uma resolução que recomendava a criação dessa carreira. No entanto, o processo continua dependente de decisão política e em stand-by. José Pedro Aguiar-Branco lembrou isso mesmo, sublinhando que cabe aos partidos “dar o impulso necessário” para avançar com o tema.

Ainda assim, o presidente da Assembleia da República manifestou esperança de que a sua presença no encontro anual da classe possa “fazer a chamada magistratura de influência” e ajudar a colocar o tema na agenda prioritária dos decisores. “Espero que possam ir ao encontro daquilo que é importante também para a classe”, afirmou.

A visita à Exponor foi também uma oportunidade para reforçar a visibilidade da medicina dentária e José Pedro Aguiar-Branco destacou que encontros como este permitem que “a saúde oral, a atividade dos médicos dentistas” e todo o setor tenham o reconhecimento público devido, lembran-

**“ Tecnologia e humanismo dominaram o congresso, com avisos sobre o uso acrítico da inteligência artificial e a importância de preservar a relação médico-doente ”**

do que se trata de uma área essencial “para o país e, sobretudo, para as pessoas”.

### Um livro para contar a infância da Medicina Dentária em Portugal

Nova obra da Ordem dos Médicos Dentistas resgata as memórias e lutas que moldaram a profissão, dos barbeiros-tiradentes às escolas universitárias. “O princípio da Medicina Dentária em Portugal” foi apresentado no congresso da Ordem dos Médicos Dentistas como um exercício de memória coletiva. Encomendado pela OMD ao escritor e jornalista Jorge Marmelo, o livro reconstrói, a partir de

dezenas de entrevistas e fontes bibliográficas, o caminho que levou a profissão da margem do sistema de saúde ao reconhecimento técnico e científico.

Na sessão, o bastonário Dr. Miguel Pavão recordou que o ponto de partida foi a necessidade de dar “raízes” à instituição e de preencher a “casa vazia” da história da profissão. O primeiro capítulo recua até ao antigo Egito, passa pela medicina árabe e pelos barbeiros e tiradentes, até à primeira escola de odontologia, em Baltimore, em 1839, sublinhando o atraso com que Portugal criou ensino próprio nesta área.

Os capítulos seguintes aproximam-se da realidade portuguesa e retratam a longa relação de convivência com a estomatologia, o papel dos pioneiros que aceitaram uma carreira sem modelo, as assimetrias entre o litoral e o interior, e as batalhas para instalar as primeiras escolas em Lisboa, Porto e Coimbra. Nestas páginas, há histórias de consultórios improvisados, de estudantes a transportar baldes de água para as clínicas e de manifestações estudantis que ajudam a perceber quanto custou construir uma formação sólida.

Figura central do livro, o Dr. Manuel Fontes de Carvalho lembra como a medicina dentária nasceu, nos anos 70, para absorver o excesso de candidatos a medicina e rapidamente



te ganhou vida própria. Do seu testemunho destacam-se as negociações para integrar a profissão na Ordem dos Médicos, a criação da associação profissional e, mais tarde, da Ordem dos Médicos Dentistas. O professor evocou ainda o espírito pioneiro dos primeiros médicos dentistas, afirmando que “somos os primeiros 20 que tiveram a coragem de entrar nesta aventura”.

**“ Governo anuncia o SISO 2.0, promete desmaterializar o cheque-dentista e reforçar gabinetes de saúde oral nos cuidados primários ”**

Mais do que ponto final, a obra assume-se como um convite para que as novas gerações conheçam o passado da medicina dentária portuguesa e continuem a escrever a sua história. “Aquilo que está aqui neste livro é a minha história”, assinalou.

## Peri-implantite em foco no Fórum Indústria

O Dr. João Pedro Almeida, diretor clínico da Clínica Médica de Implantologia, considera, em declarações a O Jornal Dentistry, que o Fórum Indústria «Zero peri-implantite» marcou “uma mudança de paradigma, focado na prevenção duradoura da peri-implantite, ao invés de estratégias do seu tratamento”. O especialista destaca como ponto central a chamada Filosofia de Zero Conexões ao nível sub-mucoso. Segundo explica, esta abordagem “elimina os micro-gaps que são nichos bacterianos” e incorpora inovação no design dos implantes para favorecer “a formação de uma barreira biológica robusta e inviolável de tecido mole”. Para este resultado, acrescenta, também contribuem o material cerâmico de zircónia e as características de superfície “hidro e mucofílica” dos implantes Patent.

Sobre o comportamento peri-implantar destes implantes, o diretor clínico sublinha que “os implantes Patent, uma vez que estimulam a formação de uma barreira biológica inigualável, apresentam aspetos extremamente promissores na prevenção da peri-implantite”. O mecanismo-chave, afirma, está na capacidade de gerar “um selamento biológico supe-

**“ A OMD resgata a história da profissão com o novo livro “O princípio da Medicina Dentária em Portugal”, um retrato das lutas e pioneiros da área ”**

rior e na exclusão bacteriana”, características que considera determinantes para a saúde peri-implantar a longo prazo.

Para os médicos dentistas, os benefícios traduzem-se sobretudo em previsibilidade clínica. “O principal benefício é a máxima previsibilidade clínica devido à drástica redução ou eliminação da peri-implantite a longo prazo”, afirma João Pedro Almeida. Esse ganho reflete-se ainda em três vantagens adicionais, que incluem menos complicações e reintervenções, com um modelo clínico mais centrado na manutenção; maior satisfação dos pacientes, que passam a contar com soluções mais duradouras; e melhores resultados estéticos, já que “o selamento biológico robusto favorece resultados estéticos estáveis”. ■

## SINAS+ E O NOVO CICLO DE CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE



No passado dia 31 de outubro, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) lançou uma nova página informativa dedicada ao Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS+), onde apresenta o enquadramento, os objetivos e o cronograma de implementação deste novo programa.

De acordo com a ERS, é atribuição estatutária da entidade promover um sistema nacional de classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, com base em critérios objetivos e verificáveis — incluindo os índices de satisfação dos utentes.

O SINAS+ representa a evolução do modelo de avaliação da qualidade em saúde e traduz uma mudança profunda na abordagem da supervisão, que passa a ser preventiva, baseada na análise de risco e sustentada em informação sistematizada.

Cofinanciado pelo Fundo Social Europeu, o projeto marca uma reformulação da estratégia e das ferramentas de supervisão da ERS. Em vez de se limitar a avaliar conformidade regulatória ou a reagir a incidentes, a entidade reguladora pretende agora detetar padrões e comportamentos de risco, ajustando a sua intervenção ao perfil e ao contexto real de cada prestador.

O novo modelo baseia-se na recolha sistemática de informação, diretamente junto das unidades de saúde, em formatos normalizados e comparáveis, que permitam à ERS cruzar dados provenientes de diferentes fontes — como processos de licenciamento, reclamações, inspeções ou indicadores clínicos — para gerar perfis de risco dinâmicos e atualizados. A partir desta análise, a intervenção regulatória poderá ser planeada de forma mais eficiente e proporcional, concentrando recursos onde a probabilidade de ocorrência de falhas, ou de impacto sobre os utentes, é maior. Este novo modelo de recolha e análise de informação é o ponto de partida para uma etapa mais ambiciosa da atuação da ERS: a supervisão preditiva.

### Supervisão preditiva: da conformidade à antecipação

O objetivo é detetar padrões de comportamento e antecipar riscos que possam afetar a qualidade e a segurança dos cuidados. Na prática, estes modelos de inteligência artificial vão permitir analisar e cruzar grandes volumes de informação — desde reclamações e dados de licenciamento até relatórios de fiscalização e indicadores clínicos — para identificar tendências e anomalias que exijam acompanhamento mais próximo.

Com esta abordagem, a ERS poderá reconhecer situações recorrentes ou áreas de vulnerabilidade, como concentrações anormais de queixas ou discrepâncias regionais, e atuar de forma mais rápida, dirigida e preventiva.



A ERS deixa de olhar para as reclamações como foco isolado e passa a adotar uma visão mais integrativa da situação do prestador. Assim, a capacidade do prestador de dispor de informação atualizada sobre a sua clínica, e de a sistematizar, será cada vez mais importante.

### O impacto para as clínicas dentárias

Quando a ERS fala em “comparação estruturada entre prestadores, como instrumento de melhoria contínua”, está, na prática, a descrever um processo de benchmarking, mesmo que o termo não surja de forma explícita nos seus documentos.

O conceito de benchmarking — introduzido na gestão moderna nos anos 1980 e amplamente aplicado em setores regulados, como a energia, os transportes ou a saúde — designa o processo sistemático de recolher, comparar e analisar indicadores de desempenho entre organizações semelhantes, com o propósito de identificar boas práticas e oportunidades de melhoria.

No contexto da saúde, o benchmarking permite medir a qualidade de forma objetiva, substituindo impressões subjetivas por dados concretos.

Contudo, esta nova abordagem não substitui as responsabilidades legais e técnicas já existentes — acrescenta-lhes uma camada de exigência e transparência.

Para as clínicas dentárias, isto significa que a conformidade passa a ser apenas o ponto de partida. O verdadeiro desafio será demonstrar qualidade mensurável, evidenciar boas práticas e posicionar-se entre os prestadores que lideram pelo exemplo.

Mais do que um exercício de supervisão, o benchmarking torna-se um instrumento de evolução e reconhecimento, capaz de distinguir as clínicas que não só cumprem as normas, mas também contribuem ativamente para elevar o padrão do setor.

Do ponto de vista da gestão, este novo contexto traz também vantagens estratégicas. As clínicas que trabalham com estrutura e rastreabilidade passam a ter maior previsibilidade regulatória, reduzem o risco de não conformidades inesperadas e reforçam a reputação junto dos utentes e dos parceiros institucionais. Além disso, a transparência promovida pelo SINAS+ favorecerá quem aposta numa cultura de qualidade documentada e sistematizada — critérios que serão, cada vez mais, fatores de diferenciação.

Já em 2023, a MedSUPPORT antecipou esta discussão ao promover o workshop “Ideias e Estratégias para Superar Desafios da Gestão e Regulação em Saúde”, onde reuniu os seus clientes para debater as tendências emergentes na regulação, as boas práticas de gestão e o impacto crescente da tecnologia nos processos de conformidade em saúde.

Neste novo contexto regulatório, a diferença não estará entre quem cumpre e quem não cumpre, mas entre quem se antecipa e quem é apanhado de surpresa. Nesse caminho, contar com quem já domina o território da conformidade e da qualidade em saúde fará a diferença entre reagir às mudanças ou antecipá-las com segurança. ■

## CIÊNCIA. CONSCIÊNCIA. INCONSCIÊNCIA

Tantos exemplos que poderíamos citar, até de forma generalista, de líderes políticos ou empresariais que distorcem evidências e pesquisas.



Designed by pchvector / Freepik

**N**ão é porque algo foi publicado que deve ser aceite sem questionar. Nem toda a pesquisa é clara, nem toda a conclusão é ética.

Na saúde, e especialmente na odontologia, a consciência é extremamente sensível. Basear a nossa prática na ciência dá-nos segurança. Ignorar o conhecimento, por outro lado, beira a insanidade.

Quantas pesquisas não são orientadas mais pelo lucro do que pela efetividade?

Quantas vezes não somos seduzidos por novidades de mercado, um ato de inconsciência, sem real embasamento?

“ Sem pensamento crítico, seremos sempre reféns do mercado. A ciência deve reger e não ser atropelada por interesses externos ”

O desequilíbrio nasce da falta de estudo, da pesquisa dirigida, da ausência de ética em diferentes níveis. A ciência deveria reger e não ser atropelada pelos interesses de terceiros.

“ Cabe-nos distinguir ciência de conveniência, evidência de espetáculo e conhecimento de interesse comercial ”

A aplicabilidade deve nascer da teoria, como princípio orientador. Ainda que a prática, em alguns casos, inspire novas teorias ou direcione caminhos, é o fundamento científico que garante ética, segurança e consistência.

Na odontologia, o recado é claro: sem pensamento crítico, seremos sempre reféns do mercado. Não estudar, não se atualizar, não querer ir além é aceitar o sequestro das nossas próprias ideias.

Enquanto o conflito de interesses comandar o palco, muitas inconsistências serão despejadas aos incautos. Cabe-nos a responsabilidade de distinguir ciência de conveniência, evidência de espetáculo, conhecimento de interesse comercial.

Um texto mais denso, sim. Mas que sirva de reflexão no nosso dia a dia clínico, cada vez mais complexo, onde a pressa, os modismos e as pressões externas testam, a cada instante, nossa capacidade de manter a ética, o discernimento e a essência do cuidado.

Até à próxima. ■

\*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](mailto:celsoantonioorth@gmail.com)**

## Praga prepara-se para receber encontro mundial da FDI



A capital checa será o ponto de encontro global para a medicina dentária em 2026, entre 4 e 7 de setembro. Praga acolhe o Congresso Mundial de Medicina Dentária da FDI (FDIWDC26), um evento que promete ir além da formação contínua e que se assume como uma celebração da inovação num setor em rápida transformação tecnológica.

Nikolai Sharkov, presidente da Federação Dentária Internacional, e Roman Šmucler, líder da Câmara Dentária Checa, destacam que o congresso surge num momento decisivo para a profissão. Ambos sublinham que, face ao avanço acelerado da inteligência artificial e dos fluxos digitais, os médicos dentistas precisam de novas ferramentas, novos diálogos e novas formas de liderança. “Este não é apenas mais um congresso”, afirma Sharkov, que garante ser “uma oportunidade de ajudar a definir o rumo da medicina dentária”.

O programa científico - atualmente em desenvolvimento conjunto entre o Comité de Educação da FDI, liderado por Antonio Estrada, e o comité científico do FDIWDC26, coordenado por Roman Šmucler e Falk Schwendicke - vai centrar-se nos temas que estão a transformar o setor. Inteligência artificial aplicada ao diagnóstico e planeamento, sustentabilidade clínica, práticas digitais integradas e estratégias para prosperar num ambiente profissional em mudança serão alguns dos pilares do encontro.

“Haverá conversas relevantes com especialistas que estão a impulsionar esta mudança”, garante Sharkov. Mais do que assistir a apresentações, os participantes serão convidados a envolver-se em debates práticos que procuram responder às questões que marcam o dia a dia dos profissionais, como integrar inovação mantendo a autonomia clínica, adaptar modelos de trabalho e responder às expectativas de uma sociedade mais tecnológica.

Além das sessões científicas, os participantes poderão explorar uma exposição do setor, participar em eventos sociais diários e aproveitar o ambiente cultural de Praga. A cidade, conhecida pela sua história, servirá de cenário para combinar aprendizagem e networking.

**Quando?** 4 a 7 de setembro de 2026

**Onde?** Praga, República Checa

**Mais informação:** <https://2026.world-dental-congress.org>



## Conference of Salivary Glands

**Local:** CSB – Porto

**Data:** 2 e 3 de outubro de 2026

**Palestrantes:** Internacionais e Nacionais

**Mais informações:** <https://www.csaudeboavista.com/salivary-glands/>

## Miguel Pavão reconduzido na liderança europeia dos médicos dentistas



A assembleia geral do Conselho Europeu de Médicos Dentistas (CED), realizada a 14 de novembro em Bruxelas, confirmou a continuidade de Miguel Pavão na presidência da entidade para o triénio 2025-2028. Para o bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), esta reeleição representa “um voto de confiança” no trabalho desenvolvido desde 2022, ano em que assumiu o cargo pela primeira vez.

Miguel Pavão destaca que o novo mandato será decisivo para manter em discussão temas considerados urgentes pela classe portuguesa, nomeadamente a evolução da medicina dentária, a integração da saúde oral nas políticas públicas e os desafios específicos que marcam a profissão. Entre as prioridades, identifica questões como a qualidade do ensino, o excesso de profissionais, a crescente mercantilização do setor e a necessidade de garantir cuidados orais de qualidade a toda a população.

A reunião do CED ficou também marcada pelo debate sobre duas iniciativas com forte impacto na sustentabilidade da saúde oral. Uma delas foi o projeto PRUDENT, que defende uma abordagem preventiva e mais eficiente ao financiamento dos cuidados dentários. Os participantes sublinharam que investir na prevenção, sobretudo na doença oral, poderá ser determinante para promover um envelhecimento mais saudável e reduzir custos futuros nos sistemas de saúde.

Outro ponto em destaque foi a iniciativa “The Union of Skills”, da Comissão Europeia, que procura facilitar a mobilidade de profissionais de saúde no espaço comunitário. A proposta prevê simplificar o reconhecimento de qualificações obtidas fora da União Europeia e fomentar parcerias que incentivem a fixação de médicos dentistas em regiões com maior carência.

Os grupos de trabalho do CED apresentaram ainda os seus relatórios anuais. O grupo “Educação e Qualificações Profissionais”, onde a OMD é representada pela vice-presidente Maria João Ponces, avaliou o panorama formativo europeu. Já o grupo de Saúde Oral aprovou um Livro Branco dedicado ao envelhecimento e à saúde oral, reforçando a urgência de políticas sustentáveis.

No final, foi aprovada uma declaração em defesa da neutralidade médica e da proteção dos profissionais de saúde em zonas de conflito, um compromisso ético que o CED faz questão de reiterar num momento global particularmente sensível.

### Diretora:

Prof. Doutora Célia Coutinho Alves

### Publisher:

Herminia M. A. Guimarães · [herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt](mailto:herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt)

### Consultor técnico:

Dra. Mathilde Tellechea

### Jornalistas:

Francisco Almeida, Flávia Gomes

### Colaboradores da edição:

Dr. João Pimenta, TPD. Helena Maia, Eduardo Anitua DDS, MD, PhD, Mafalda Ascenso, MD.

### Publicidade:

Herminia M. A. Guimarães · [herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt](mailto:herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt)

**Arte, Paginação e Pré-impressão:** Teresa Rodrigues

**Ilustrações e fotografias em banco de imagens:** Adobe Stock | iStockPhoto

**Conselho Científico:** Dr. André Mariz de Almeida, Dr. André Pimenta, Prof. Dr. António Vasconcelos Tavares, Dr. António Patrício, Dra. Carina Ramos, Prof. Dra. Célia Coutinho Alves, Dr. Carlos Mota, 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

**E-mail:** [geral@medianext.pt](mailto: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](http://www.jornaldentistry.pt)

**Serviço de assinantes:** E-mail: [assinantes@medianext.pt](mailto:assinantes@medianext.pt)

Se é médico 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 exemplares - Periodicidade mensal (11 edições)



sigam-nos nas redes sociais



## Dentistas ganham primeiro fundo de pensões exclusivo para reforçar segurança na reforma



No Dia Mundial da Poupança, o Sindicato dos Médicos Dentistas (SMD) apresentou o primeiro Fundo de Pensões criado especificamente para a classe em Portugal. Trata-se de um passo simbólico e prático para responder a uma preocupação crescente: a sustentabilidade financeira dos profissionais após o fim da vida ativa.

Um estudo recente da União Europeia prevê que, dentro de 25 anos, os reformados recebam apenas cerca de 38% do rendimento atual. Para muitos profissionais liberais, cuja carreira depende da capacidade de manter atividade até tarde, esta projeção é particularmente sensível. O novo fundo surge, assim, como complemento essencial para garantir estabilidade numa fase em que o rendimento tende a diminuir.

O SMD destaca que, noutros países europeus, soluções semelhantes já fazem parte da cultura profissional. Na Holanda, o Stichting Pensioenfonds Tandartsen en Tandarts-Specialisten serviu

durante décadas os dentistas com planos ajustados à profissão; em Itália, o ENPAM combina previdência e investimento para médicos e dentistas; e na Alemanha, os Versorgungswerke (caixas profissionais regionais) asseguram pensões e proteção em caso de incapacidade. Estes exemplos mostram que o planeamento coletivo pode fazer a diferença entre uma reforma frágil e uma reforma digna, considera o SMD.

Com este lançamento, o SMD quer incentivar sobretudo os mais jovens a iniciarem cedo o hábito de poupança. “Queremos que cada médico dentista veja a poupança para a reforma como um investimento em si próprio e na dignidade da sua profissão. Quanto mais cedo se começa, mais sólida é a segurança futura”, sublinha a direção.

O fundo oferecerá condições exclusivas para associados, com opções adequadas às várias fases da carreira e vantagens fiscais associadas à poupança de longo prazo. A ambição é criar uma cultura de responsabilidade financeira que proteja o futuro da classe e fortaleça a estabilidade de quem cuida da saúde oral dos portugueses.

# Formação em Periodontologia

Porto, janeiro a julho de 2026



Mais informações:  
[https://www.celiacoutinhoalves.com/  
formacao-clinica-em-medicina-dentaria/curso-de-periodontologia/](https://www.celiacoutinhoalves.com/formacao-clinica-em-medicina-dentaria/curso-de-periodontologia/)





## **HÁ 20 ANOS A FAZER O MUNDO SORRIR!**

*A Mundo A Sorrir apoia a Saúde Oral a quem mais precisa.*

*Cada gesto conta! A tua ajuda pode garantir que mais pessoas tenham acesso à Saúde Oral e transformar sorrisos e vidas!*

*Vamos fazer a  
diferença, um  
sorriso por vez!*



**MBWAY: (+351) 931 653 608**

**IBAN: PT50 0010 0000 50317 490001 13**

## Esteriliza muito mais

Acelere os seus fluxos de trabalho. Com maior capacidade, realizará mais, mais rápido.



### iClave 24

REF: 92412B0100

AUTOCLAVE CLASSE B 24 L

- Autoclave Classe B 24 L
- 5 ciclos disponíveis: B Universal, B Prion, B Rápido, B121, S Rápido
- Dimensões: 41,5 x 49,2 x 66,9 cm (L x A x P)

**3.699€**

~~9.899€~~



### iClave 18

REF: 91812B0100

AUTOCLAVE CLASSE B 18 L

- Autoclave Classe B de 18 L
- 5 ciclos disponíveis: B Universal, B Prion, B Rápido, B121, S Rápido
- Dimensões: 41,5 x 49,2 x 66,9 cm (L x A x P)

**3.599€**

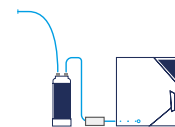
~~9.299€~~

### Demin30

#### Demin30 Kit

REF: 98001000

Demin30 - Sistema de conexão direta de água



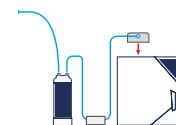
**359€**

~~599€~~

#### Demin30 Kit

REF: 98001010

Demin30 - Sistema de água de carregamento superior



**449€**

~~745€~~

#### Demin30 Cartucho

REF: 230000

Demin30 - Filtro de resina desmineralizante



**239€**

~~374€~~