

O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária



Convidado do mês
Medicina dentária a dois tempos

Assim vão as... Sociedades Científicas
Sociedade Portuguesa de Cirurgia Oral olha para o presente e futuro

OSSTEM[®]
IMPLANT



CURSOS IMPLANTOLOGIA

Agora com certificação Internacional CPD



Avançada

Porto | 23 a 26 junho 2026

4 dias intensivos

Básica

Porto | 24 a 27 novembro 2026

4 dias intensivos

+351 224 951 335

info@osstempt.com

osstemimplant.pt



Faça Scan
do **QR-Code**
para mais informações!





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

VIVEMOS NUMA SOCIEDADE RETALHADA

Dezembro é o mês do Natal e, por isso, também o mês em que mais abrimos o coração. É o mês das festas dos mais pequenos e dos presentes, dos convívios em família, dos jantares de Natal. Há quem diga que este espírito devia permanecer durante o ano inteiro. Mas para isso não pode ser só um espírito, uma inspiração. Tem de ser uma atitude, um hábito de carácter.

Esta semana ouvi uma frase que encaixa nesta reflexão: *“Good houses are made from good people”* – em português, as boas casas são feitas de boas pessoas. Estamos numa sociedade retalhada em que se olha para os serviços como uma folha de Excel onde temos de encaixar números, multiplicá-los, fazê-los render. As pessoas já não são pessoas. Os idosos são números de pensionistas. Os médicos são números para preencher escalas. E perguntamos porque é que a Humanidade se refugia num mundo de redes sociais digitais. Porque é que saímos de casa podendo esquecer-nos de tudo menos do telemóvel.

E os avanços tecnológicos tendem a pôr-nos num caminho onde o que é bom é o que é tecnologicamente avançado. E esquecemo-nos que são, pelo menos para já, as pessoas que operam os sistemas. Que os sistemas, mesmo os mais inteligentes e avançados, precisam de estímulos, precisam, no mínimo, de quem ligue o computador à corrente elétrica ou à fonte de alimentação. E não há sistemas que nos valham, quando não temos pessoas boas para os operar.

Isso é válido na nossa relação com as várias experiências e necessidades com que nos vamos confrontando no dia-a-dia. No restaurante a que vamos, no mecânico onde deixamos o carro, no cabeleireiro, no serviço

de urgências ou no médico dentista. As boas casas sempre foram feitas de boas pessoas. Neste Natal vejo-me a visitar os mesmos sítios, a comprar nos mesmos sítios, a manter as tradições. As melhores casas são mesmo aquelas que têm as melhores pessoas lá dentro. Nem sempre as mais bonitas por fora ou mais bem vestidas. Mas as mais bonitas por dentro. Não só no Natal, mas no ano inteiro.

Estando na área da saúde, na prestação de cuidados de saúde, acolho este tema com particular carinho. O acolhimento diferenciado, o cuidado ao paciente que vai muito para além da cavidade oral. Vivemos numa sociedade retalhada, com cada vez mais problemas de saúde mental, que se refletem, também, cada vez mais na sua saúde oral.

Trato cada vez mais pacientes com periodontite em que esta condição crónica já não é o mais difícil de controlar. É a falta de atenção que sentem. O desamor, a solidão ou o assoberbamento pelo quotidiano. E notar isso, é já metade do tratamento. Tento fazer a minha parte, estando atenta. De coração aberto. Não só no Natal. Votos de Boas festas a todos! ■

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

SUMÁRIO

n. 134 dezembro 2025

EDITORIAL

.....03

CONVIDADO DO MÊS

Medicina dentária a dois tempos

Dr. Miguel Pavão

.....04

CRÓNICA

Pimenta na Língua

Dr. João Pimenta

.....06

TENDÊNCIAS | DIGITAL

My dental vision | TPD Helena Maia

.....10

ASSIM VÃO AS...

Sociedade Portuguesa de Cirurgia Oral olha para o presente e futuro | Dr. Fernando Duarte

.....12

CLÍNICA

Remoção atraumática de implantes. Estudo retrospectivo de implantes extraídos com o Kit Kexim®, causas de extração e dados do procedimento com análise de complicações

Eduardo Anitua DDS, MD, PhD

.....16

Retalho de Reposicionamento Lateral e Avanço Coronal para Recobrimento Radicular do #31

M.J. Falcão, M. Perez, J. Gomes, S. Noronha, P. Mascarenhas

.....18

MTA E Biodentine - Aplicações clínicas

Angelina Gomes, Carolina Laranjeira, Catarina Sampaio, Gabriel

Pestana, Mafalda Faria, Dra. Filipa Neto, Dra. Joana Cordeiro,

Prof. Dr. António Ginjeira

.....19

GESTÃO

Meter o Rossio na Betesga. Quando a ambição não cabe no espaço

.....20

TENDÊNCIAS | MARKETING

A importância da reflexão

.....21

NOTÍCIAS

.....22

MEDICINA DENTÁRIA A DOIS TEMPOS



Dr. Miguel Pavão, Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas.

O final de um ano exige balanços. O início de um novo ano impõe promessas e desejos, como se, de um dia para o outro, fosse possível descobrir atalhos para chegarmos mais depressa onde queremos. Na medicina dentária, o caminho faz-se em percursos diferentes e com ritmos próprios: depende do lado para o qual olhamos. A profissão tem evoluído a dois tempos – o passo da vertente privada é muito mais rápido do que a cadência da vertente pública e social.

No setor privado, progride de forma célere, com altos níveis de competitividade. Não faltam iniciativas, reveladoras de capacidade de empreendedorismo e de investimento, que se apresentam bem preparadas, qualificadas e dão respostas atualizadas. Nesse domínio, a medicina dentária está muito presente e disponível para prestar serviços, com uma vasta oferta e panóplia de tratamentos que correspondem à evolução da ciência. Existe uma aposta nas especialidades e nas novas competências setoriais.

Podemos afirmar, sem exageros, que a medicina dentária na vertente privada se ultrapassa a si própria por estar em constante inovação, com uma componente de modernização não só pela introdução de equipamentos e de tecnologia, mas também do ponto de vista da oferta. Os médicos dentistas dão resposta fora dos horários convencionais e há um conjunto de dinâmicas que beneficiam os pacientes.

Bem diferente é o panorama que vivemos no setor público e social, que não tem sofrido grandes avanços. A cada campanha eleitoral repetem-se as promessas, vertidas depois para os programas de governo, mas não passam do papel para a realidade. Escusado será voltar a citar números, porque é bem sabido que a medicina dentária no setor público continua a ser uma raridade, um parente pobre aparentemente votado ao esquecimento.

Numa perspetiva global, esta área é a fatia mais pequena – e que o digam os poucos médicos dentistas que exercem a profissão no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Apesar de haver consenso entre os diferentes partidos com assento parlamentar, não se deteta vontade governativa para a criação da carreira de médico dentista, insistindo-se num erro histórico que tanto impacto tem nas populações mais desfavorecidas e necessitadas, sem acesso a cuidados de saúde oral. A devida integração da medicina dentária no SNS, em moldes iguais aos dos outros profissionais de saúde, seria sinónimo de justiça para os médicos dentistas que lá trabalham e significaria ter os serviços de saúde oral a funcionar. O argumento orçamental não colhe: uma carreira no SNS para 150 médicos dentistas custaria aos cofres do Estado quatro milhões de euros por ano; no cheque-dentista são gastos 16 milhões de euros.

Ainda neste âmbito, vale a pena vermos o exemplo da Madeira: estes profissionais têm uma carreira equiparada à dos outros médicos, integram os cuidados de saúde primários e existe um regime de convenção com o setor privado. A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) é ouvida e observa-se uma política de permanente evolução que resulta da estabilidade política. No continente, faz falta um pacto para a saúde e para a saúde oral, que não pode continuar a

andar ao sabor dos ventos partidários que ocupam os cargos governativos.

A medicina dentária em Portugal continua a ser uma realidade de contrastes, entre público e privado, entre a falta de acesso e o elevado número de médicos dentistas. Mais uma vez, os números e a realidade dizem-nos que são muitos aqueles que decidem investir nesta profissão, sendo que o excesso, qualquer que seja a área, significa que existem desequilíbrios.

A medicina dentária é, na essência, uma profissão liberal, sempre na dependência da evolução individual, associada ao risco, ao empreendedorismo, e à iniciativa do investimento privado. Se, por um lado, o facto de sermos muitos estimula a competição e a oferta de serviços melhores e mais diversificados, o excesso pode também levar à falta de qualidade, à necessidade de intervenção excessiva e ao sobretreamento. A regulação da profissão pelo número de profissionais tem vários aspetos positivos, desde logo um reforço da garantia de que são acudidas as necessidades efetivas da população. Este paradoxo em que vivemos traduz-se num facto simples: não é por termos muitos médicos dentistas em Portugal que a situação tem melhorado do ponto de vista da prevalência das doenças ao nível oral.

Perante o elevado número de profissionais formados anualmente, a resposta para muitos, nomeadamente os mais jovens (mas não só), tem sido a emigração, fenómeno que não é exclusivo da medicina dentária. As vantagens competitivas e salariais, que existem noutras geografias da Europa, e a fácil mobilidade verificada hoje no espaço europeu contribuem para esta fuga de profissionais altamente qualificados, que não encontram lugar em Portugal.

Temos um longo caminho a percorrer. Para o novo ano estão prometidas novas medidas: entendemos que devem ser prioritárias na execução do programa do Governo. Com o Plano Nacional de Saúde Oral pretende-se reforçar o orçamento para o cheque-dentista, com uma outra tipologia, e melhorar a resposta atualmente dada pelo SNS. Voltamos ao mesmo: existem cerca de 80 gabinetes de medicina dentária parados por não existirem médicos dentistas. É urgente a sua integração através das 39 Unidades de Saúde Local.

Numa vertente mais técnica, 2026 deve passar pela qualificação da medicina dentária através das especialidades e pela oferta de formação. O processo relativo à endodontia e à prostodontia está em curso, acontecendo o mesmo com as novas competências setoriais, como a medicina dentária no sono. É essencial que se continue a trabalhar neste sentido. A valorização da profissão é outra prioridade: a nova Tabela de Nomenclatura deverá ser lançada já no início do próximo ano.

Em termos internos, a OMD encontra-se em processo de reorganização e está a desenvolver medidas para melhorar o funcionamento de processos, com a desmaterialização e a digitalização a serem levadas a cabo. Pretendemos uma política de maior proximidade aos serviços, para que estejam mais disponíveis para os colegas. Também as instalações da OMD são uma prioridade, com o processo de uma nova sede já em andamento. ■



*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[®] & CORE-X[®]

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

EMBALAGEM MÉDICA: PRINCÍPIOS CIENTÍFICOS, QUADRO REGULAMENTAR E APLICAÇÕES PRÁTICAS EM MEDICINA DENTÁRIA



João Pimenta, Académico Honorário da Academia Brasileira de Odontologia



Dra. Aryan Deldari, Engenheira Biomédica, University of Science and Research, Teerão: Membro da Sterile Barrier Association (SBA), aryan.deldari@sterifast.com

A quando do congresso da OMD, na visita à exposição de material dentário houve um stand que me chamou particular atenção: o da Sterifast, empresa sediada em Boticas.

Daí nasceu uma boa conversa e verifiquei que fabricavam mangas para esterilização e indicadores de controlo da mesma. Os proprietários são engenheiros biomédicos com um nível de conhecimento acima da média.

Visitei a fábrica em Boticas (estão a construir ao lado uma nova e maior fábrica) e da nossa conversa surgiu a ideia de publicarmos alguns artigos sobre o tema “esterilização” já que há que clarificar alguns assuntos.

Eu mesmo tinha “ideias” sobre o tema, que me foram transmitidas por cursos quer da OMD quer do SMD, mas realmente há que estabelecer “regras”, já que o processo de lavagem, desinfeção, secagem e esterilização exige rigor.

O primeiro desses artigos foi escrito por mim e pela Sra Eng^a Arian Deldari, CEO do grupo Sterifast.

Resumo Gráfico — Fluxo de Embalagem Médica Estéril em Medicina Dentária

1. Descontaminação dos Instrumentos
2. Embalamento e Verificação da Integridade da Selagem
3. Esterilização (Vapor / Plasma / EO)
4. Armazenamento e Controlo do Prazo de Validade (FEFO)
5. Abertura Asséptica no Ponto de Utilização
6. Segurança do Paciente e Prevenção da Infecção

Resumo (Abstract)

A embalagem médica constitui um elemento fundamental na cadeia de esterilização em cuidados de saúde, especialmente na medicina dentária, onde o uso frequente de instrumentos reutilizáveis aumenta inerentemente o risco de contaminação cruzada. Este artigo apresenta uma revisão abrangente dos aspetos científicos, regulamentares, tecnológicos e clínicos associados aos sistemas de barreira estéril (SBS), aos processos de validação e à otimização dos fluxos de trabalho.

Dá-se ênfase às normas **ISO 11607**, **EN 868** e ao **MDR 2017/745**, destacando como os respetivos critérios se alinham com práticas de controlo de infeção baseadas na evidência nos ambientes dentários modernos. Adicionalmente, o artigo integra conceitos científicos essenciais relacionados com barreiras microbianas, prevenção da infeção, o papel dos SBS na redução das **IACS (Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde)** e técnicas corretas de abertura asséptica.

1. Introdução

A esterilização eficaz não depende apenas do esterilizador; exige embalagem validada, fluxo de trabalho adequado, pessoal treinado e controlo ambiental. A embalagem médica é concebida para fornecer uma barreira microbiana que preserve a esterilidade até ao momento da utilização.

As clínicas dentárias dependem amplamente de instrumentos reutilizáveis tais como brocas, peças de mão, curetas, limas endodônticas, elevadores e kits de implantes — todos exigindo sistemas de barreira estéril para evitar a recontaminação.

A falha da embalagem, mesmo a nível microscópico, pode resultar em infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), danos ao paciente, perda de reputação e incumprimento regulamentar.

2. Características Científicas e Funcionais da Embalagem Médica

Os sistemas modernos de barreira estéril recorrem a estruturas de filme multicamada e papéis de grau médico desenvolvidos especificamente para garantir desempenho como barreira microbiana. Os principais indicadores de desempenho incluem **tamanho dos poros, porosidade, hidrofobicidade, resistência à tração, integridade da selagem, durabilidade e capacidade de abertura controlada (peelability)**.

Tamanho dos poros (pore size)

O tamanho dos poros é uma das características mais críticas do papel de grau médico utilizado em embalagens de esterilização. Define o diâmetro das aberturas microscópicas dentro da estrutura do papel, permitindo que agentes esterilizantes — como vapor, óxido de etileno (EO) ou plasma de peróxido de hidrogénio — penetrem de forma eficiente, enquanto impedem a passagem de microrganismos.

Os tamanhos típicos de poros são projetados para bloquear bactérias (geralmente $\geq 0,5\text{--}1,0\ \mu\text{m}$), permitindo simultaneamente uma difusão rápida e uniforme do agente esterilizante.

Porosidade (porosity)

A porosidade refere-se à percentagem total de espaços abertos na matriz de fibras do papel. Uma porosidade maior permite uma penetração e libertação mais rápida do agente esterilizante, melhorando a eficiência do ciclo e garantindo uma esterilização completa.

Ao mesmo tempo, a porosidade deve permanecer **controlada e uniforme**, a fim de assegurar o desempenho da barreira microbiana durante armazenamento, transporte e manuseamento.

A mecânica incorreta de abertura (peel) pode provocar desprendimento de fibras ou contaminar instrumentos estéreis. A resistência da selagem deve equilibrar segurança de fecho com uma abertura controlada e fácil. As normas **ASTM F88, F1929 e F2096** são reconhecidas como métodos de ensaio para resistência da selagem, detecção por penetração de corante e detecção de fugas por bolhas, respetivamente.

Os sacos e bolsas de esterilização incluem um **indicador químico Tipo I**, utilizado apenas para determinar se a embalagem foi submetida ao processo de esterilização — e **não indica a qualidade ou eficácia da esterilização**.

2.1 Proteção do Paciente: Prevenção da Infecção & Barreiras Microbianas

A prevenção da infecção afeta todas as áreas dos cuidados de saúde. Os **SBS (Sistemas de Barreira Estéris)** ajudam a prevenir infecções evitáveis e são essenciais para a utilização segura de dispositivos médicos.

A ISO 11607-2 define um SBS como **“a embalagem mínima que reduz o risco de entrada de microrganismos e permite a apresentação asséptica no ponto de utilização.”**

Os SBS permitem a passagem de gases esterilizantes, enquanto bloqueiam microrganismos, porque as moléculas de gás são extremamente pequenas, ao passo que os microrganismos contêm milhões de átomos e podem aderir a partículas de poeira, tornando-os demasiado grandes para atravessar a barreira.

A seleção do material deve considerar o método de esterilização, pois nem todos os materiais toleram calor, humidade ou a química dos gases esterilizantes.

2.2 Princípios Essenciais das Diretrizes de Barreiras Estéreis & Dados sobre IACS

Até **4,6 milhões de pessoas** na Europa contraem anualmente uma **infecção associada aos cuidados de saúde (IACS)** em unidades hospitalares de cuidados agudos.

As IACS são o evento adverso mais mortal e mais dispendioso, representando até **6% dos orçamentos dos hospitais públicos**.

Os sistemas de barreira estéril ajudam a prevenir estas infecções ao manter a esterilidade após o ciclo de esterilização e ao permitir uma apresentação segura e asséptica.

Função Nº1 de um SBS:

Impedir que microrganismos contaminem um dispositivo médico.

Os micróbios estão sempre presentes, mas não conseguem penetrar um SBS corretamente concebido.

- Apenas o interior de uma bolsa de esterilização é estéril.
- Os dispositivos nunca devem ser empurrados através da embalagem.
- Rasgar a embalagem pode libertar fibras que comprometem a esterilidade.

Os tipos de SBS incluem bolsas de esterilização, rolos, campos de embrulho (wraps) e tabuleiros rígidos. Todos devem permitir a esterilização, manter a esterilidade e permitir uma abertura asséptica.

3. Normas, Ensaio e Conformidade Regulatória

A **ISO 11607** é a norma de referência global para sistemas de barreira estéril.

A ISO 11607-1 define os requisitos para materiais, propriedades de barreira microbiana, design e rotulagem.

A **ISO 11607-2** exige a validação dos processos de conformação, selagem e montagem através de **IQ/OQ/PQ** (Instalação Qualificada, Operação Qualificada e Performance Qualificada).



Pic 1 – Rolo e Bolsa de Esterilização (Sterilization Roll and Pouch).

O **MDR 2017/745** exige documentação completa ao longo do ciclo de vida do dispositivo, rotulagem clara, rastreabilidade por **UDI/LOT** e instruções multilingues. A **EN 868** complementa a ISO 11607 com especificações detalhadas para materiais.

4. Fluxo Prático de Embalagem e Esterilização em Medicina Dentária

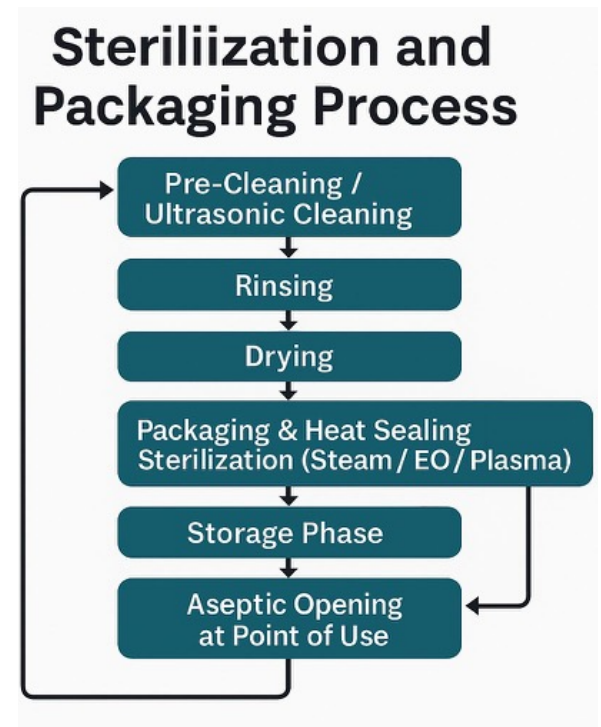
Um fluxo de trabalho validado inclui: pré-lavagem, limpeza ultrassónica, secagem, seleção correta da bolsa, selagem validada, escolha do ciclo de esterilização, controlo de arrefecimento e armazenamento segundo o princípio **FEFO** (“First Expired, First Out”).

Os indicadores externos confirmam a exposição ao processo.

Os indicadores internos verificam a penetração do agente esterilizante.

O armazenamento deve ser realizado em local limpo, seco e livre de radiação UV ou turbulência de ar.

A competência da equipa e a documentação adequada são requisitos da **ISO 13485** e do **MDR**.



Pic 2 – Processo de Esterilização e Embalagem (Sterilization and Packaging Process).

4.1 Manutenção da Esterilidade & Técnicas de Abertura Asséptica

Os Sistemas de Barreira Estéril (SBS) são concebidos para permitir uma abertura asséptica.

As regras fundamentais incluem:

- Apenas a superfície interna é estéril.
- O dispositivo nunca deve tocar na superfície externa.
- As embalagens devem ser abertas por peel, de forma suave, nunca rasgadas.
- Os dispositivos nunca devem ser empurrados através da embalagem.
- Rasgar a embalagem pode gerar fibras que comprometem a esterilidade.

Após a abertura por peel, o dispositivo deve ser retirado por um profissional com luvas estéreis ou colocado diretamente num campo estéril.



Pic 3 – Abertura Asséptica (Aseptic Opening).

5. Discussão e Tendências Futuras

As tendências emergentes incluem materiais biodegradáveis de alta barreira, embalagens com tecnologia RFID

integrada, seladoras inteligentes com controlo baseado em algoritmos e ferramentas de formação suportadas por realidade aumentada (AR).

Espera-se que a integração digital com registos de esterilização das clínicas aumente significativamente no setor da medicina dentária.

6. Conclusão

A embalagem médica em medicina dentária exige sistemas de barreira estéril validados, desempenho comprovado da barreira microbiana, técnicas de abertura asséptica e conformidade com a ISO 11607 e o MDR 2017/745.

Filmes multicamada adequados, aliados a práticas corretas de fluxo de trabalho, garantem a entrega segura de dispositivos estéreis ao paciente.

7. Lista Completa de Referências

1. International Organization for Standardization (ISO). ISO 11607-1: Packaging for terminally sterilized medical devices – Part 1: Requirements for materials, sterile barrier systems and packaging systems. Geneva: ISO; 2019.
2. International Organization for Standardization (ISO). ISO 11607-2: Packaging for terminally sterilized medical devices – Part 2: Validation requirements for forming, sealing and assembly processes. Geneva: ISO; 2019.
3. European Committee for Standardization (CEN). EN 868 series: Packaging materials and systems for medical devices requiring sterilization. Brussels: CEN; 2017.
4. European Union. Regulation (EU) 2017/745 (MDR) on medical devices. Official Journal of the European Union; 2017.
5. ISO. ISO 13485: Medical devices – Quality management systems. Geneva: ISO; 2016.
6. ASTM International. ASTM F88/F88M-15: Seal Strength of Flexible Barrier Materials. 2015.
7. ASTM International. ASTM F1929-15: Dye Penetration for Medical Packaging. 2015.
8. ASTM International. ASTM F2096-11: Bubble Leak Detection. 2011.
9. World Health Organization. Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities. Geneva: WHO; 2016.
10. CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. 2003/2016.
11. Spaulding EH. Chemical disinfection of medical and sur-

gical materials. In: Block SS, ed. Disinfection, Sterilization, and Preservation. 2001.

12. Rutala WA, Weber DJ. Sterilization and sterile barrier systems. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2019;40(1):1-12.
13. Alfa MJ. Sterilant penetration and packaging performance. *Am J Infect Control.* 2017;45(8):e75-e82.
14. Rahman S, et al. Plasma sterilization efficacy. *J Clin Steril.* 2023;5(1):15-24.
15. van Doornmalen JP, Kopinga K. Sterility and packaging integrity. *J Hosp Infect.* 2020;104(3):295-302.
16. Crawford SP, Thompson J. Material science of sterilization packaging. *Packag Technol Sci.* 2022;35(7):451-465.
17. Reddy N, Yang Y. Biodegradable barrier materials. *Prog Polym Sci.* 2021;117:101395.
18. Singh N, Ray S. Microbial barrier properties of medical-grade paper. *Mater Sci Eng C.* 2020;112:110923.
19. Gilbert M, Newell R. Peel mechanics and fiber shedding. *J Med Device Tech.* 2021;15(2):77-86.
20. Hancock D, et al. Fiber contamination risks. *Dent Infection Control J.* 2020;12(3):45-53.
21. Kaiser B. Seal integrity validation. *AAMI Tech Stand Rev.* 2019;28(4):22-30.
22. Pallasch TJ. Sterilization in dental offices. *J Calif Dent Assoc.* 2020;48(6):349-360.
23. Harte JA, Molinari JA. Instrument processing workflow. *J Am Dent Assoc.* 2021;152(3):214-223.
24. da Silva GN, et al. Sterile barrier systems in dentistry. *Int Dent J.* 2022;72(1):35-42.
25. Mutters R, et al. Recontamination risks in dental packaging. *Clin Oral Investig.* 2020;24:4415-4423.
26. Devine M, et al. Sterilization workflow improvement. *Br Dent J.* 2019;227(10):897-904.
27. ECDC. Healthcare-associated infections in Europe. 2024.
28. Allegranzi B, Pittet D. Sterile systems and infection prevention. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(12):e301-e312.
29. Nagai K, et al. RFID-enabled medical packaging. *Sensors.* 2021;21:5521.
30. Jensen K, et al. Smart sealing devices. *J Med Eng Technol.* 2022;46(3):180-188.
31. Ribeiro F, et al. AR training for sterilization. *Clin Teach Dent.* 2023;3(1):12-20.
32. Fernandes T, et al. Digital sterilization logs. *Dent Tech Innov.* 2024;8(2):55-64.
33. Sterile Barrier Association. Technical guidelines. SBA; 2023. ■

Soluções CAD

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

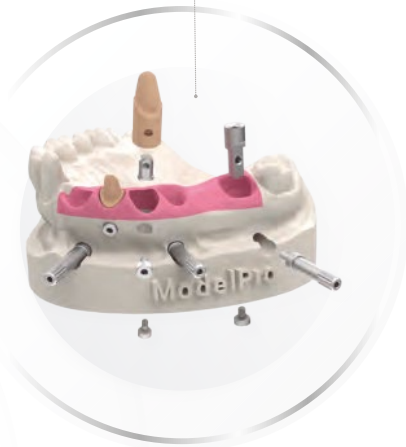
STUMP DIE 3D



ModelPro



MODELO 3D



ANÁLOGO 3D



Digital

SCAN ABUTMENT



CUSTOM INTERFACE
SYSTEM®



MY DENTAL VISION

O QUE VEM AÍ? AS MUDANÇAS REAIS QUE VÃO REDEFINIR A PRÓTESE DENTÁRIA



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

Dezembro tem esta particularidade: enquanto o mundo anda entre jantares, luzes e correrias, nós - nos laboratórios - continuamos a viver entre prazos e aquelas urgências das clínicas que “precisam só disto antes do Natal”. É um mês que não nos deixa parar... mas que, mesmo assim, nos obriga a olhar para a frente. Não para fazer listas de resoluções (que nunca respeitamos), mas para perceber o que aí vem. O que vai, de facto, mexer connosco. O que não é **só moda - é mudança**. Porque o setor da prótese dentária não vive de tendências passageiras. Vive de transformações profundas. E **2026** traz uma delas.

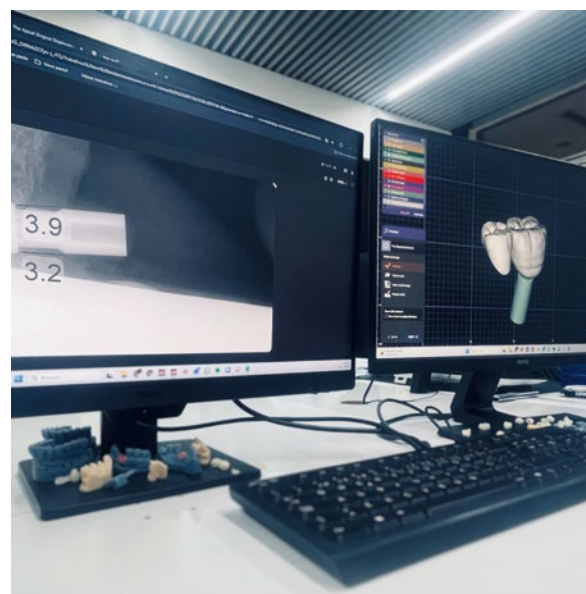
Design Regenerativo e Biomimético

2026 não vai ser o ano da “prótese perfeita”.

Vai ser o ano da **prótese que se comporta como dente**.

- Materiais que respondem melhor ao stress mastigatório.
- Superfícies que imitam estrutura natural.
- Estratégias regenerativas a entrar cada vez mais na conversa clínica.

E nós, laboratórios, a trabalhar com novas bibliotecas anatómicas, novos protocolos e... novas responsabilidades. A estética continua importante. Mas a **biologia vai começar a pesar mais do que nunca**.



IA: De Ferramenta Curiosa A Sistema De Apoio Real

2024 foi o ano do “**vamos experimentar**”.

2025 foi o do “**ok, isto até ajuda**”.

2026 será o do “**não faz sentido trabalhar sem isto**”.

A IA deixa de ser uma novidade e passa a ser um colega invisível:

- sugere ajustes
- deteta contactos excessivos
- antecipa falhas
- reduz repetições
- otimiza fluxos

Ainda assim há algo que a tecnologia não faz: **interpretar significados**.
Não substitui os técnicos - potencia-os.

Novos Materiais Com ADN Digital

Chegam resinas mais resistentes e cerâmicas otimizadas para impressão.
 A grande mudança?

Materiais concebidos **de raiz para o digital**, e não apenas adaptados a ele.

Para nós, isso significa próteses mais estáveis, resultados mais previsíveis e tempos de produção mais curtos - sem sacrificar estética.

Modelo Híbrido: Entre Produção Interna e Outsourcing

A discussão não será "outsourcing ou produção interna".

Será: **como é que criamos sistemas híbridos inteligentes?**

- o que faz sentido manter dentro?
- o que faz sentido externalizar?
- que competências queremos dominar?
- onde é que ganhamos escala?

O outsourcing, vai, de facto, crescer. E cresce porque está finalmente claro que a **especialização gera valor real**:

- quem domina cerâmica fará sempre cerâmica de forma mais consistente,
- quem domina estruturas produzirá sempre estruturas mais previsíveis e estáveis.

A tendência não é "mandar tudo para fora", é escolher com inteligência.
 Saber a quem confiar, quando confiar e porquê.



Qualidade Quantificável - Métricas que importam

Não basta "sair bem".

Vamos entrar na era das **métricas de precisão**, da rastreabilidade obrigatória, dos registos digitais completos, do controlo de qualidade não como burocracia - mas como diferencial competitivo.

A **ISO 13485** deixa de ser "status" e passa a ser **linguagem operacional**.

O Rumo Que Importa

A verdade é simples:

2026 não vai ser marcado por máquinas, por softwares ou por modas.

Vai ser marcado por **nós**.

Pela forma como escolhemos integrar, adaptar, aprender, arriscar.

Pela coragem de olhar para o setor não como ele é, mas como pode ser.

Pela capacidade de manter a humanidade no meio do digital.

Porque no fim, nenhuma tendência importa se não tivermos intenção.

Nenhum avanço vale se não soubermos **para onde queremos ir**.

E nenhuma tecnologia brilha sem um técnico que lhe dê sentido.



E Porque Estamos Em Dezembro ... Uma Nota Especial

Esta época tem um encanto particular - luzes acesas, algum descanso merecido e o calor das pessoas que escolhemos ter por perto.

Da minha parte, desejo que o vosso Natal seja tão suave como uma adaptação bem conseguida... e tão leve quanto um scan limpo à primeira.

E já agora: se o Pai Natal do Digital vos pudesse deixar um presente no laboratório, o que ia para o vosso sapatinho? 🤖

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA ORAL OLHA PARA O PRESENTE E FUTURO

A instituição apresenta uma nova fase de dinamização científica e internacionalização, destacando a preparação de três eventos de grande relevo para 2026. O compromisso, sublinha, é com a formação, a qualidade clínica e o crescimento da especialidade.



Dr. Fernando Duarte, presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Oral (SPCO).

A Sociedade Portuguesa de Cirurgia Oral (SPCO) é uma sociedade científica sem fins lucrativos cujo objetivo principal é o desenvolvimento e promoção da Cirurgia Oral a nível nacional e internacional. A SPCO é membro constituinte e fundador da *European Federation of Oral Surgery (EFOS)*.

A SPCO atravessou um período de renovação dos seus corpos sociais, planificação estratégica, atualização do seu site e imagem, e reforço da sua presença nas redes sociais.

“A SPCO reforça a formação, a internacionalização e a presença científica com novos projetos e participação ativa em eventos europeus”

Foi realizado um trabalho de continuidade junto da EFOS, que se reverteu na participação ativa no exame *European Board in Oral Surgery (EBOS)*, que decorreu entre 27 e 28 de junho, na Universidade de Barcelona. Este prestigiado título europeu contou com a contribuição do Prof. Dr. Francisco

Salvado e do Prof. Dr. José Pedro Figueiredo como membros do júri.

O EBOS visa uma garantia de qualidade e uniformização dos padrões de formação e prática clínica nos países europeus. Este exame confere o título de “*Fellow of the EBOS*”, tratando-se de um reconhecimento do valor clínico e da capacidade de praticar Cirurgia Oral com segurança e independência.

Para o ano de 2026 estão programados três grandes eventos:

a) A realização do congresso da SPCO 2026, a 30 de maio, na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e que contará com a participação de um conjunto de reputados oradores nacionais. Este evento tem como grande objetivo reforçar o carácter inclusivo e agregador da sociedade, convidando à participação de colegas que tenham interesse por esta área, assim como jovens licenciados e estudantes. Serão apresentados temas transversais da Cirurgia Oral que permitirão uma abordagem mais sistematizada, assim como a atualização de protocolos.

b) Participação enquanto sociedade convidada no 33º Congresso da *European Association for Osteointegration*





(EAO), que se irá realizar entre 24 e 26 de setembro, no Centro de Congressos de Lisboa. Este evento decorrerá sob o lema “Proporcionar Saúde e Previsibilidade: Moldar o Futuro dos Cuidados ao Doente”. O programa irá focar-se em

“ Com três grandes eventos em 2026, a SPCO aposta na atualização clínica, na inclusão e no futuro da Cirurgia Oral em Portugal ”

abordagens inovadoras para promover a saúde do doente e alcançar resultados clínicos previsíveis, com especialistas de renome a partilhar as mais recentes pesquisas, tecnologias e práticas que moldam o futuro da área.

c) Colaboração enquanto sociedade parceira no congresso anual da SPEMD. Trata-se de um congresso histórico e de prestígio que ocupa um espaço próprio no panorama anual de eventos da nossa área.

A SPCO, ao divulgar este conjunto de atividades, pretende possibilitar a todos os colegas e associados o enriquecimento

do seu trajeto clínico e académico, abordar os temas atuais da Cirurgia Oral e contribuir para a sua internacionalização. É nossa convicção que esta oferta formativa levará a um aumento do interesse, da mobilização presencial e consequentemente à angariação de novos sócios. ■

Especialista em Cirurgia Oral pela OMD; Fellow do European Board of Oral Surgery pela European Federation of Oral Surgery – EFOS; Mestrado em Cirurgia Oral e Maxilofacial pela University College of London – Eastman Dental Institute – Londres – Inglaterra; Mestrado em Laser Dentistry pela Università Cattolica del Sacro Cuore – Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS – Roma – Itália; Master em Laser Dentistry pela Laser & Health Academy – Ljubljana – Eslovénia; Doutoramento em Cirurgia e Odontostomatologia pela Universidad de Salamanca – Facultad de Medicina – Salamanca – Espanha; Doutoramento em Cirurgia Maxilofacial pela University of Portsmouth – Faculty of Science and Health – Portsmouth – Inglaterra; Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Oral - SPCO; Membro da Comissão Executiva da European Federation of Oral Surgery - EFOS.

www.spcioral.com

Formação em Periodontologia

Porto, janeiro a julho de 2026



**International Team
for Implantology**

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/)












Eduardo Anitua DDS, MD, PhD

REMOÇÃO ATRAUMÁTICA DE IMPLANTES. ESTUDO RETROSPECTIVO DE IMPLANTES EXTRAÍDOS COM O KIT KEXIM®, CAUSAS DE EXTRAÇÃO E DADOS DO PROCEDIMENTO COM ANÁLISE DE COMPLICAÇÕES

RESUMO

Introdução: Os implantes afectados por peri-implantite, fracturas ou posições desadequadas, que impedem a sua reabilitação protética, necessitam por vezes de ser explantados. Foram descritas numerosas técnicas de explantação, sendo o procedimento de “contratorque” o mais utilizado atualmente, por ser um dos mais conservadores do leito ósseo. Neste artigo, analisamos um dos *kits* baseados numa filosofia de trabalho.

Material e método: Os pacientes submetidos a explantação de implantes utilizando o *kit* de extração atraumática (KEXIM® - BTI BIOTECHNOLOGY INSTITUTE) foram recrutados de dezembro de 2020 a dezembro de 2021. Uma vez extraído o implante, são registadas as seguintes variáveis: data de explantação, número de historial médico, tipo de implante (marca, diâmetro, conexão, comprimento e superfície), torque de desinserção, causa da explantação, incidências do processo (se houver) e necessidade de utilização de trefina, bem como os milímetros de trefina que foram utilizados. Na análise estatística, o implante foi considerado como a unidade de análise e os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva com o SPSS v15.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

Resultados: Foram recrutados um total de 88 pacientes e 224 implantes foram explantados durante o período de recrutamento acima mencionado. A principal causa de explantação foi a peri-implantite (189 implantes), seguida de um mau posicionamento que impediu a reabilitação em 22 casos. Outras causas com menor representatividade foram: focos infecciosos apicais (6), sobrecarga oclusal com fracturas (3), implante utilizado como transitório (2) e problemas relacionados com bisfosfonatos (2). Os implantes removidos foram identificados como sendo de 23 empresas comerciais diferentes, com 30 implantes para os quais não foi possível identificar a origem, categorizados no grupo “outros”. De todos os implantes removidos com o *kit* de explantação, foram registadas 2 complicações, que foram a fratura da conexão implante-implante, sendo que apenas uma delas foi considerada como falha de explantação, uma vez que foi necessária a perfuração óssea à volta do implante com uma broca trefina para a sua posterior deslocação, pelo que não se pode considerar que tenha sido extraído atraumaticamente.

Introdução

A remoção de implantes dentários é um procedimento que se torna necessário quando se registam os primeiros insucessos, quer por peri-implantite avançada, quer por fracturas dos próprios implantes ou por implantes impossíveis de reabilitar^{1,2}. Consoante o tipo de incidente que torna necessária a remoção do implante, a dificuldade de remoção do implante é obviamente diferente³. No caso de uma peri-implantite muito avançada, os implantes podem apresentar uma certa mobilidade que torna possível a remoção dos implantes da mesma forma que um remanescente radicular, com uma pinça, um fórceps ou mesmo alguns deles de forma completamente espontânea. Por outro lado, existem aqueles implantes que, apesar de necessitarem ser removidos, apresentam uma porção ou todo o implante bem integrado, mas sem mobilidade, e nesses casos a dificuldade aumenta (peri-implantite que afeta uma porção do implante, mas preserva outra porção integrada, mau posicionamento ou fraturas dos implantes ou conexões)¹⁻⁴. Inicialmente, as técnicas de remoção de implantes consistiam em remover o osso que circundava o implante (com brocas ou trefinas) para o libertar do leito ósseo, de modo a poder ser deslocado.

Em alguns casos, a perfuração visava a remoção do osso à volta do implante e noutros o bloco de osso que incluía o próprio implante, pelo que, em ambos os casos, o leito ósseo sofreu um defeito para além do necessário para a explantação, que foi maior quando se removeu todo o cilindro. Este facto tornou extremamente difícil o retratamento com outros implantes, pelo menos num futuro próximo, sem uma regeneração prévia dos defeitos deixados pela técnica de remoção⁴⁻⁶.

A técnica de explantação atraumática apresentada pelo nosso grupo de estudo^{2,7-8} para poder remover implantes utilizando força de contratorque através de um dispositivo de extração de implantes (KEXIM® - BTI Biotechnology Institute), revoluciona a reversibilidade da implantologia, pois permite remover um implante sem afetar o leito ósseo em que este se encontra imerso, facto que facilita o re-tratamento com implantes novamente, por vezes até no mesmo ato cirúrgico. Podemos definir o torque de remoção de um implante como o torque necessário para remover um implante quebrando a osseointegração que o fixa ao osso. Este conceito é a base do *Kit* que transmite a força ao implante através de um elemento intermédio denominado “extrator” que é inserido na conexão e no corpo do implante. Este conceito de contratorque para a remoção do implante foi introduzido por diferentes autores na década de 90 para a realização de experiências em que foram testadas diferentes superfícies de implantes e a sua capacidade de obter uma melhor osseointegração através do torque de remoção do implante, com base no facto de que uma melhor superfície daria valores de remoção mais elevados (a remoção do implante seria mais dispendiosa)⁹⁻¹¹.

Desde o início do desenvolvimento do *kit* de explantação, testámo-lo com diferentes marcas de implantes em diferentes situações, demonstrando a sua versatilidade na remoção de implantes com elevada eficiência. Na maioria dos casos, o uso exclusivo do extrator e da chave de contratorque é suficiente para a remoção do implante, mas há casos em que o torque de remoção seria superior a 200 Ncm (ponto em que a chave de extração é regulada para evitar forças de cisalhamento excessivas que geram problemas no osso ou no implante, como fraturas)¹¹⁻¹². Para esses casos, o *kit* também inclui trefinas cuja função é remover o osso mais apical

ao redor do implante¹¹. Em estudos biomecânicos realizados pelo nosso grupo de trabalho, verificámos que, uma vez que um implante está carregado e em função, a zona do osso que realiza a maior parte do trabalho sob carga é a situada nas primeiras espiras^{13,14}.

Isto gera, portanto, uma maior corticalização desta zona a este nível e pode ser a que oferece maior resistência à rutura da osseointegração. As trefinas do *kit* penetram 2-3 mm mais profundamente à volta do implante, rompendo as uniões a este nível em casos de elevado torque de remoção, sendo esta rutura suficiente (sem remover o osso associado) para gerar uma diminuição do torque de remoção quando a trefina é utilizada numa segunda tentativa de explantação. No estudo retrospectivo que se segue, apresentamos os dados dos implantes extraídos com o *kit* de explantação atraumática, documentando a causa da remoção, o torque de remoção, a utilização de técnicas acessórias como a trefina e a presença de complicações durante o processo.

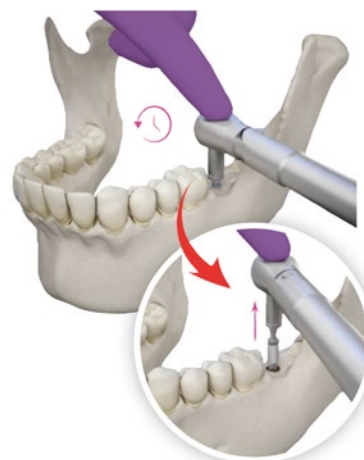
Material e métodos

Os pacientes submetidos a explantação de implantes utilizando o *kit* de extração atraumática (KEXIM® - BTI Biotechnology Institute) foram recrutados de dezembro de 2020 a dezembro de 2021. Em todos os casos, a extração é iniciada inserindo o respetivo extrator no implante a ser removido (dentro da conexão) no sentido antihorário e, uma vez ancorado no implante, é gerada uma força de contratorque com a chave que fará com que o implante seja desinserido (figuras 1 e 2). Se o contratorque ultrapassar os 200 Ncm a que a chave está regulada, e a chave se desarticular, é necessário utilizar uma trefina específica para sectionar 1-2 mm de osso à volta do implante a extrair (figuras 3 e 4).

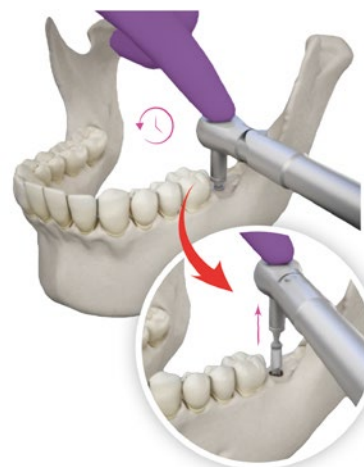
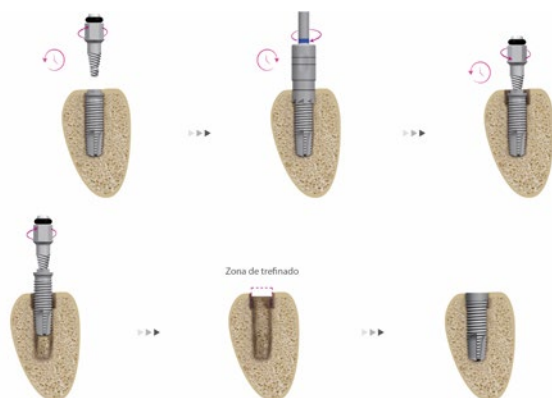
DISTRIBUCIÓN DE CARGAS



Se introduce manualmente el extractor en la rosca del implante, por medio del conjunto mango-extensor, asegurándose su fijación en sentido antihorario.



Figuras 1 e 2: Imagem do posicionamento do extrator no extensor e deste no cabo, para ancorar o extrator manualmente na conexão do implante. Posteriormente, o cabo é removido e o extrator é ativado no sentido contrário ao dos ponteiros do relógio com a chave de contratorque, até se conseguir a desosteointegração.



Figuras 3 e 4: Desarticulação da chave ao atingir 200 Ncm de contratorque e uso da trefina nos primeiros milímetros de crista óssea, para libertar o implante numa segunda tentativa de extração.

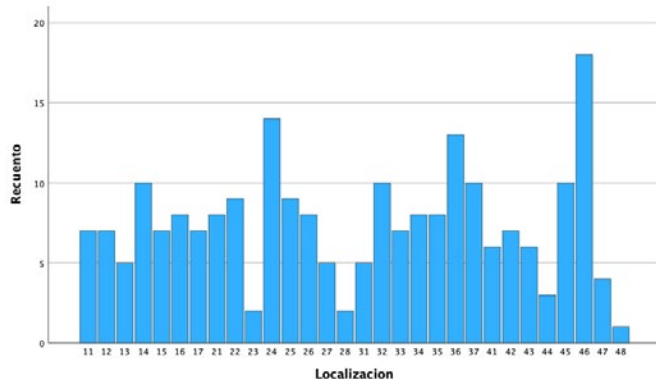


Figura 5. Localização dos implantes extraídos incluídos no estudo.

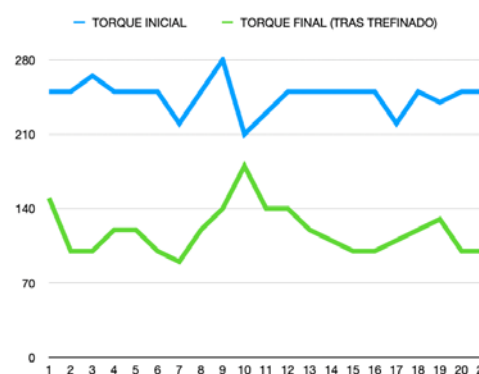


Figura 6. Torque inicial e final dos implantes que ultrapassaram os 200 Ncm na primeira tentativa de explantação. A hipótese do nosso trabalho anterior, onde se observa que os primeiros milímetros de osso estão sujeitos a uma maior carga de trabalho e a uma maior densidade óssea, confirma-se, tal como pudemos observar nos testes efectuados em animais para o desenvolvimento do kit⁷.

Após a trepanação, tenta-se novamente a extração do implante pelo método inicial. Uma vez extraído o implante, são registadas as seguintes variáveis: data de explantação, número de história clínica, tipo de implante (marca, diâmetro, conexão, comprimento e superfície), torque de desinserção, causa da explantação, incidências do processo (se

existirem) e necessidade de utilização da trefina, bem como os milímetros de trefina utilizados.

A pessoa responsável pelo processo de explantação transfere os dados para uma base de dados anónima (identificando o doente pelo número de registo médico). Os dados foram posteriormente recolhidos por um investigador inde-

pendente do processo de explantação e analisados por um investigador que não os dois primeiros.

Na análise estatística, o implante foi considerado a unidade de análise e os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva com o programa SPSS v15.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

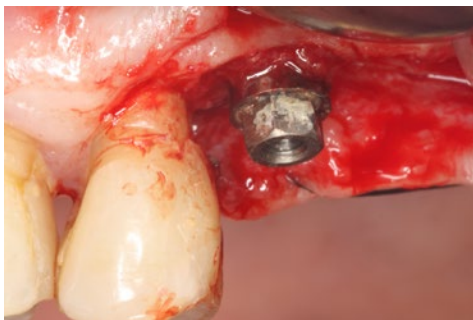


Figura 7. Implante com peri-implantite a ser explantado.

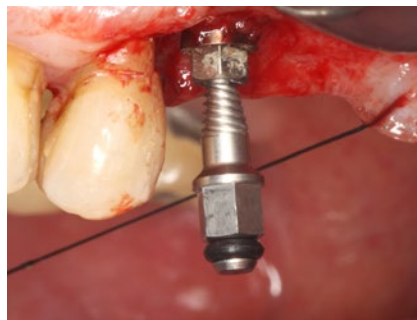


Figura 8. Colocação do extrator em posição na conexão do implante.



Figura 9. Extração do implante com contratorque.

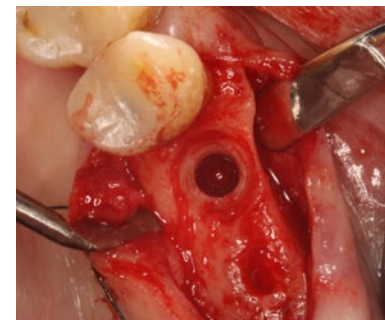


Figura 10. Aspeto do leito ósseo depois da extração do implante, que como se pode ver está intacto.

Resultados

Foram recrutados 88 pacientes e foram explantados 224 implantes durante o período de recrutamento acima referido. Os implantes localizavam-se em diferentes zonas anatómicas, sendo a mais frequente a posição 46 com 8% dos casos, seguida da posição 24 com 14% dos casos. As restantes posições estão representadas na figura 5. Se agruparmos os implantes de acordo com a arcada (maxila e mandíbula) obtemos que 43,3% dos implantes foram removidos na maxila e os restantes 51,8% na mandíbula. Relativamente às causas de explantação: a mais comum foi a peri-implantite (189 implantes), seguida de um mau posicionamento que impediu a reabilitação, em 22 casos. Outras causas com menor representatividade foram: focos infecciosos apicais (6), sobrecarga oclusal com fracturas (3), implante utilizado como transitório (2) e problemas relacionados com bisfosfonatos (2).

Os implantes extraídos foram identificados como sendo de 23 empresas comerciais diferentes, com 30 implantes para os quais não foi possível identificar a origem, categorizados no grupo "outros". Relativamente às superfícies, foram identificadas 7 superfícies diferentes (acid-etched, powdered, anodised, oxidised, titanium plasma, maquined e hydroxyapatite-coated), sendo a mais comum a acid-etched (34,4%). Quanto ao tipo de extrator utilizado para o explante, o mais utilizado foi o número 1 (72,8%), seguido do número 2 (12,1%). O extrator número 3 foi utilizado em 8,5% dos casos e os restantes 4,9% corresponderam ao extrator número 0.

O torque de remoção dos implantes variou de 10 a 200 Ncm, sendo o mais frequente o de 200 ncm, que se obteve em 33,5% dos implantes. Em 21 dos casos, a primeira tentativa de explantação ultrapassou os 200 Ncm, com valores que variaram entre 210 e 280 Ncm.

Nestes casos, foi efectuada uma trefinação do osso da crista para diminuir o torque de desinserção. Após a trefinação, o torque de desinserção diminuiu em todos os casos para menos de 200 Ncm, e a explantação foi possível na segunda tentativa. A trefina foi usada em 2 mm em 71,4% dos casos e em 3 mm em 28,6% dos casos em que a utilização da trefina foi necessária devido ao elevado torque. A Figura 6 mostra os torques inicial e final de cada um dos implantes após a trefinação, para todos os implantes que excederam 200 Ncm de contratorque na primeira tentativa.

De todos os implantes removidos com o *kit* de explantação, foram registadas 2 complicações, que foram a fratura da conexão do implante, sendo que apenas uma delas foi considerada uma falha na explantação, pois necessitou de perfuração óssea à volta do implante com uma broca trefina para posterior luxação, não podendo assim ser considerada uma remoção atraumática. As figuras 7-10 mostram um dos casos incluídos no estudo e a utilização do *kit* para remoção do implante.

Discussão

A extração atraumática de implantes dentários feita através de um *kit* que permite a remoção sem aumentar a perda óssea que geralmente está associada à peri-implantite (principal causa da necessidade de explantação) é uma conquista para o retratamento⁸. Hoje em dia, com as actuais taxas de peri-implantite, devemos estar cada vez mais conscientes de que os nossos tratamentos devem ser reversíveis (prevalência média de peri-implantite implanto-suportada e peri-implantite em indivíduos de 9,25% e 19,83%, respectivamente)^{15,16}. O nosso grupo de estudo publicou trabalhos recentes neste sentido, considerando a possibilidade de planear os casos com vista a um posterior retratamento se necessário, reduzindo o comprimento e o diâmetro dos

implantes (para utilizar menos volume ósseo à partida) e gerando dispositivos como este *kit* analisado no presente estudo, que nos permitem remover um implante quando há indicação para tal, sem piorar o volume ósseo onde este assenta^{17,18}.

De acordo com o trabalho de Solderer et al, os métodos menos invasivos para a remoção de implantes devem ser os mais utilizados, para não gerar morbidade desnecessária nos pacientes, e de todos os métodos atualmente descritos, a técnica de contratorque é a menos invasiva¹⁹. Uma das principais complicações da utilização deste método de extração pode ser a fratura do implante, embora se for utilizado um instrumento adequado (como os extractores descritos neste estudo), esta complicação seja reduzida, uma vez que existe uma vasta gama de possibilidades para todas as conexões, podendo ser selecionada a adequada para gerar o torque de desinserção que produza a força axial correta sem gerar tensões que facilitem a ruptura^{7,19}.

Conclusões

O *kit* de explantação atraumática utilizado neste estudo demonstrou eficácia na remoção de implantes sem aumentar a perda óssea. É possível desintegrar diferentes morfologias de implantes e diferentes marcas comerciais, reduzindo a taxa de complicações em comparação com outros sistemas. ■

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

Referências bibliográficas

- Anitua E, Murias-Freijo A, Alkhraisat MH. Conservative Implant Removal for the Analysis of the Cause, Removal Torque, and Surface Treatment of Failed Nonmobile Dental Implants. *J Oral Implantol*. 2016 Feb;42(1):69-77.
- Anitua E, Fernandez-de-Retana S, Alkhraisat MH. Performance of the counter-torque technique in the explantation of nonmobile dental implants. *Int J Implant Dent*. 2020 Jan 9;6(1):1.
- Solderer A, Al-Jazrawi A, Sahrman P, Jung R, Attin T, Schmidlin PR. Removal of failed dental implants revisited: Questions and answers. *Clin Exp Dent Res*. 2019 Aug 21;5(6):712-724.
- Roy M, Loutan L, Garavaglia G, Hashim D. Removal of osseointegrated dental implants: a systematic review of explantation techniques. *Clin Oral Invest*. 2020 Jan;24(1):47-60.
- Young L, Brown T, Lamont TJ. A comparison of techniques for the explantation of osseointegrated dental implants. *Evid Based Dent*. 2020 Dec;21(4):126-127.
- Stajčić Z, Stojčević Stajčić LJ, Kalanović M, Đinić A, Divekar N, Rodić M. Removal of dental implants: review of five different techniques. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016 May;45(5):641-8.
- Anitua E, Murias-Freijo A, Piñas L, Tejero R, Prado R, Orive G. Nontraumatic Implant Explantation: A Biomechanical and Biological Analysis in Sheep Tibia. *J Oral Implantol*. 2016 Feb;42(1):3-11.
- Anitua E, Orive G. A new approach for atraumatic implant explantation and immediate implant installation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 Mar;113(3):e19-25.
- Ivanoff C J, Sennerby L, Johansson C, Rangert B, Lekholm U. Influence of implant diameters on the integration of screw implants. An experimental study in the rabbit. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1997;26 : 141 - 148.
- Wennerberg A, Ektessabi A, Albrektsson T, Johansson C, Andersson B A. A 1-year follow-up of implants of differing surface roughness placed in rabbit. *Int J Oral and Maxillofac Impl* 1999;12: 486 - 494.
- Wennerberg A, Hallgren C, Johansson C, Danelli S A. A histomorphometric evaluation of screw-shaped implants each prepared with two surface roughnesses. *Clin Oral Implant Res* 1998;9 : 11 - 19.
- Anitua E, Murias-Freijo A, Alkhraisat MH. Conservative Implant Removal for the Analysis of the Cause, Removal Torque, and Surface Treatment of Failed Nonmobile Dental Implants. *J Oral Implantol*. 2016 Feb;42(1):69-77.
- Anitua E, Tapia R, Luzuriaga F, Orive G. Influence of implant length, diameter, and geometry on stress distribution: a finite element analysis. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2010 Feb;30(1):89-95.
- Anitua E, Orive G. Finite element analysis of the influence of the offset placement of an implant-supported prosthesis on bone stress distribution. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater*. 2009 May;89(2):275-281.
- Rokaya D, Srimaneepong V, Wisitrasameewon W, Humagain M, Thunyakitpisal P. Peri-implantitis Update: Risk Indicators, Diagnosis, and Treatment. *Eur J Dent*. 2020 Oct;14(4):672-682.
- Lee C T, Huang Y W, Zhu L, Weltman R. Prevalences of peri-implantitis and peri-implant mucositis: systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2017;62:1-12.
- Anitua E. Implant Dentistry from One-Way Direction to the Reversibility of the Osseointegration. *Eur J Dent*. 2022 May;16(2):464.
- Anitua E, Escuer V, Alkhraisat MH. Short Narrow Dental Implants versus Long Narrow Dental Implants in Fixed Protheses: A Prospective Clinical Study. *Dent J (Basel)*. 2022 Mar 4;10(3):39.
- Solderer A, Al-Jazrawi A, Sahrman P, Jung R, Attin T, Schmidlin PR. Removal of failed dental implants revisited: Questions and answers. *Clin Exp Dent Res*. 2019 Aug 21;5(6):712-724.

EXPODENTAL

International Dental Equipment, Supplies
and Services Show

In collaboration with:



Sponsor:



The road to dental innovation.

I want to exhibit



11-13 Mar

2026

ifema.es





¹M. J. Falcão,
¹M. Perez,
²J. Gomes,

³S. Noronha,
³P. Mascarenhas

RETALHO DE REPOSICIONAMENTO LATERAL E AVANÇO CORONAL PARA RECOBRIMENTO RADICULAR DO #31

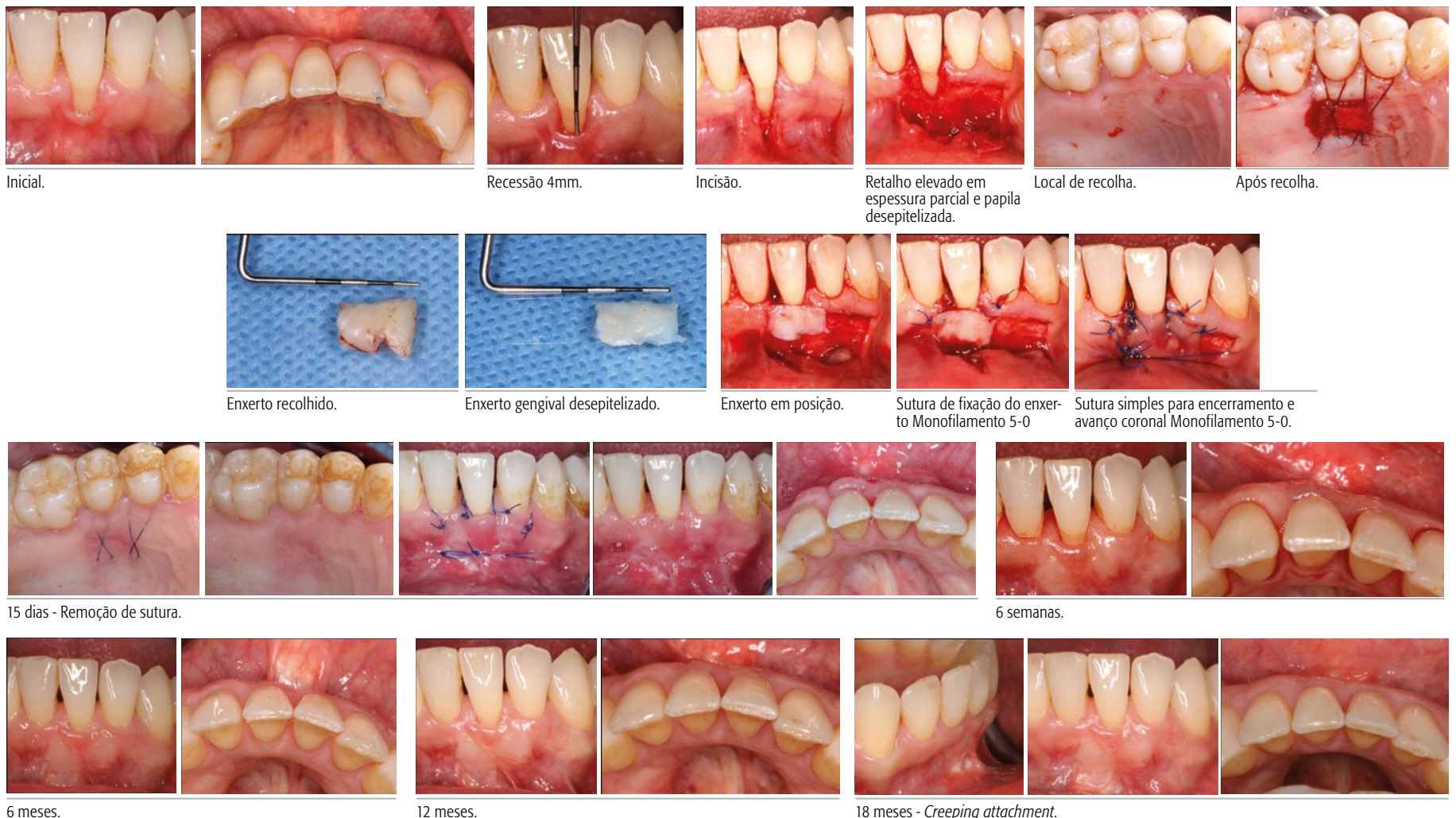
Introdução

A recessão gengival é uma condição comum caracterizada pela migração apical da margem gengival, resultando na exposição da raiz dentária¹. Essa condição pode comprometer a estética, causar sensibilidade dentária e aumentar o risco de lesões radiculares. Ao longo do tempo diversas técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas para o tratamento das recessões gengivais, como por exemplo as técnicas cirúrgicas de retalho pediculado. Estas técnicas são recomendadas se houver gengiva queratinizada adequada próxima ao defeito da recessão².

A técnica de retalho de reposicionamento lateral com avanço coronal (*Laterally Moved, Coronally Advanced Flap 3*) é uma abordagem modificada que combina os benefícios do retalho lateral com as vantagens estéticas do avanço coronal. Estudos demonstraram a sua eficácia no tratamento de defeitos de recessão isolados, com alta previsibilidade no recobrimento radicular e ganho de gengiva queratinizada⁴. A associação de um enxerto de tecido conjuntivo permite aumentar a espessura do tecido, modificando o fenótipo e garantindo uma maior estabilidade do retalho de avanço coronal^{4,5,6}.

Descrição

Doente do sexo feminino, 60 anos, apresentou-se com queixas de sensibilidade dentária e inflamação gengival no dente 31. Não foram observadas bolsas periodontais, mas registou-se hemorragia à sondagem e recessão gengival de 4 mm, classificada como RT2⁷. Após instrução de higiene oral e instrumentação supragengival, planeou-se a cirurgia de recobrimento. A paciente foi medicada com amoxicilina 1g 12/h 8 dias, deflazacorte 30mg 12/12h 5 dias, paracetamol 1g 8/8h 2 dias e clorhexidina 0,2% 12/12h 15 dias.



Discussão e Conclusões

Esta técnica mostrou-se eficaz no tratamento da recessão gengival do dente 31. Embora não tenha sido possível alcançar um recobrimento radicular completo devido a perda de inserção interproximal (RT2)⁷, os resultados estéticos e

funcionais foram considerados positivos, com uma melhoria significativa na estabilidade dos tecidos moles e no conforto da paciente. Foi possível observar o fenómeno de Creeping attachment aos 18 meses.

Este caso reforça a aplicabilidade da técnica em situações

de recessões unitárias moderadas, destacando a importância de uma avaliação criteriosa das condições anatómicas para maximizar os resultados clínicos. ■

¹Aluna; ²Assistente Convocado;

³Professor Auxiliar; Pós Graduação de Especialização em Periodontologia.

Referências bibliográficas

- Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S190-S198. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12948>
- Grupe, H.E. and Warren, R.F., Jr. (1956), Repair of Gingival Defects by a Sliding Flap Operation. The Journal of Periodontology, 27: 92-95. <https://doi.org/10.1902/jop.1956.27.2.92>
- Zucchelli G, Cesari C, Amore C, Montebugnoli L, De Sanctis M. Laterally moved, coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects. J Periodontol. 2004 Dec;75(12):1734-41. doi: 10.1902/jop.2004.75.12.1734. Erratum in: J Periodontol. 2005 Aug;76(8):1425. PMID: 15732880.
- Graziani F, Gennai S, Roldán S, Discepoli N, Buti J, Madianos P, Herrera D. Efficacy of periodontal plastic procedures in the treatment of multiple gingival recessions. J Clin Periodontol 2014; 41 (Suppl. 15): S63-S76. doi: 10.1111/jcpe.12172.
- Cairo F, Cortellini P, Tonetti M, Nieri M, Mervelt J, Cincinelli S, Pini-Prato G. Coronally advanced flap with and without connective tissue graft for the treatment of single maxillary gingival recession with loss of inter-dental attachment. A randomized controlled clinical trial. J Clin Periodontol. 2012 Aug;39(8):760-8. doi: 10.1111/j.1600-051X.2012.01903.x. Epub 2012 May 28. PMID: 22639845.
- Zucchelli G, Amore C, Sforza NM, Montebugnoli L, De Sanctis M. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. J Clin Periodontol. 2003 Oct;30(10):862-70. doi: 10.1034/j.1600-051X.2003.00397.x. PMID: 14710766.
- Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Paoliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. J Clin Periodontol. 2011 Jul;38(7):661-6. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x. Epub 2011 Apr 20. PMID: 21507033.



¹Angelina Gomes,
¹Carolina Laranjeira,
¹Catarina Sampaio¹,

¹Gabriel Pestana,
¹Mafalda Faria,
²Dr.ª Filipa Neto,

²Dr.ª Joana Cordeiro,
²Prof. Dr. António Ginjeira

MTA E BIODENTINE - APLICAÇÕES CLÍNICAS

Introdução

Os cimentos biocerâmicos, como o Agregado de Trióxido Mineral (MTA) e o Biodentine, são amplamente utilizados em endodontia devido à sua elevada biocompatibilidade e capacidade de selagem marginal. Possuem variadas aplicações clínicas, entre as quais, revascularização e reparação de perfurações.

1. Descrição dos casos e discussão

Paciente

Feminino, 9 anos. Nega patologias diagnosticadas, medicação e alergias. Histórico de trauma há 1 ano (dente 11).

Diagnóstico

Necrose Pulpar;
Periodontite Apical Assintomática.

Tratamento

Revascularização, protocolo de Galler et al. 2016, duas sessões de medicação intracanal, selamento coronal com Biodentine e restauração definitiva.

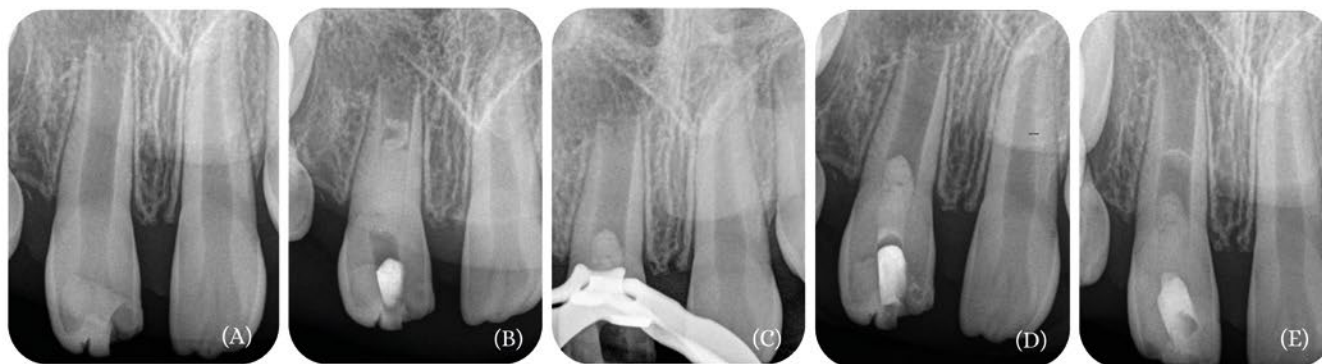


Figura 1: (A): Radiografia Periapical Inicial; (B): Primeira sessão com Medicação Intracanal, Teflon e Restauração Provisória; (C): Colocação de Biodentine; (D): Radiografia Final - Restauração Definitiva; (E): Follow Up 6 Meses.

Caso cedido: Dra. Joana Cordeiro

- Ausência de dor ou sinais inflamatórios.
- Cicatrização de lesões ósseas periapicais.
- Ausência de reabsorções radiculares externas.
- Aceitação pelo paciente.
- Detecção radiográfica do ligamento periodontal.

2. Descrição dos casos e discussão

Paciente

Feminino, 61 anos, medicada com profilaxia antibiótica. Histórico de edema e desconforto no 4º quadrante.

Diagnóstico

Dente Previamente Tratado e Periodontite Apical Sintomática, Reabsorção Interna com Comunicação Externa.

Tratamento

Retratamento Endodôntico Selectivo do Canal Distal, instrumentação com sistema *Wave One Gold (WOG)*, e selamento da perfuração com MTA.

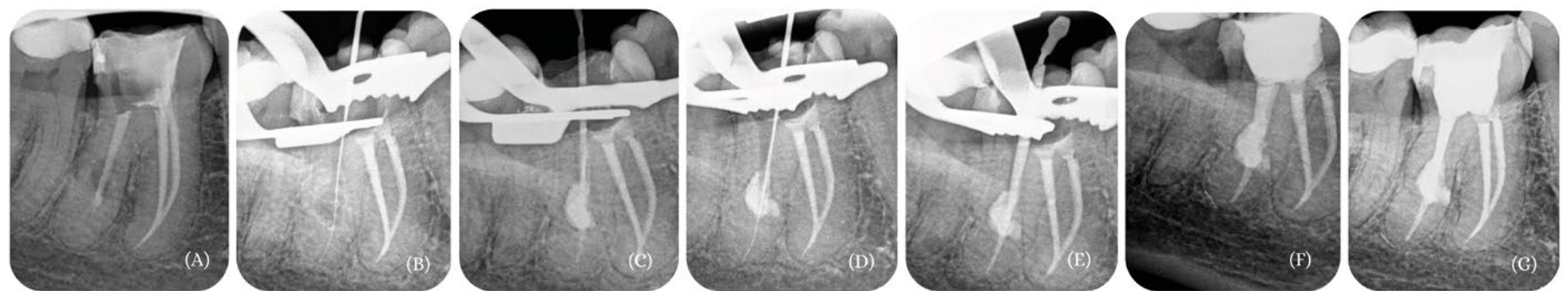


Fig. 2. (A): Radiografia Periapical Inicial; (B): Início selamento da reabsorção com MTA - Odontometria; (C): Selamento da reabsorção com MTA; (D): Início do Retratamento Seletivo do Canal Distal; (E): Prova de Cone -WOG médium; (F): Radiografia Final - Restauração Definitiva; (G): Follow Up 2 meses.

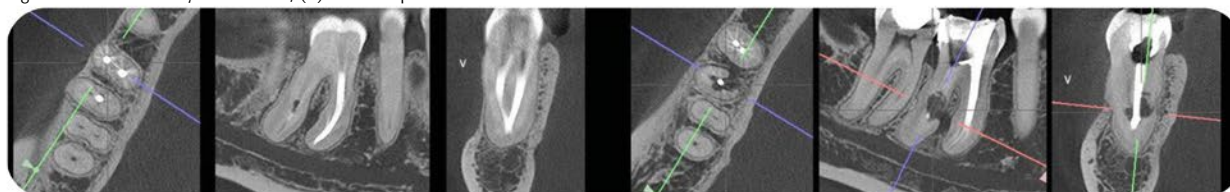


Fig. 3. Cone Beam Computed Tomography (CBCT).

Caso cedido: Dra. Filipa Neto

- Ausência de dor ou sinais inflamatórios.
- Aumento de espessura do ligamento periodontal.
- Processo de cicatrização da lâmina dura.

Conclusão

No Caso 1, aos 6 meses os critérios primários de sucesso foram atingidos. No Caso 2, comprovou-se que o MTA é o material de referência para selamento de defeitos radiculares causados por lesões de reabsorção. ■

¹Aluno do 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa;

²Faculdade de Medicina Dentária - Departamento de Endodontia;

Referências bibliográficas



METER O ROSSIO NA BETESGA. QUANDO A AMBIÇÃO NÃO CABE NO ESPAÇO

A expressão “meter o Rossio na Betesga” é largamente usada para ilustrar o disparate de querer encaixar o demasiado grande no demasiado pequeno. A sua origem remonta a Lisboa, através do contraste entre a ampla Praça do Rossio e a estreita Rua da Betesga. Apesar de não haver um registo documentado da sua primeira utilização, aparece em obras e dicionários de expressões populares já no século XIX - por exemplo, numa peça de Almeida Garrett de 1845. A palavra “betesga” provém de “ruazinha” ou “viela”, o que reforça a ideia de algo diminuto.

Tem sido frequente a MedSUPPORT receber consultas para instalar unidades de saúde em espaços ou imóveis insuficientes ou incompatíveis com aquilo que os seus promotores ambicionam. Quando a área é escolhida, as contas são muitas vezes feitas apenas com base nas salas clínicas - gabinetes e salas de tratamento - sem considerar devidamente as áreas logísticas obrigatórias nem o espaço necessário para circulação. Armazéns, instalações sanitárias e salas de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo (vulgo esterilização) são frequentemente esquecidos ou subdimensionados na fase de escolha do imóvel. O mesmo sucede com corredores e áreas de circulação, cada uma com as suas próprias exigências a cumprir.



E, tal como na expressão, também na área da saúde o problema raramente está na ambição. Está no espaço que não a comporta.



Mesmo quando o promotor conhece as áreas mínimas de uma sala de consulta ou tratamento, é frequente negligenciar as áreas que, apesar de obrigatórias, considera dispensáveis. No entanto, se é verdade que o espaço deve adaptar-se à prática clínica real, é igualmente verdade que essa adaptação tem de ocorrer dentro dos limites da lei.

“ A ambição não é o problema: é o espaço que não a comporta. Uma clínica só cresce se o imóvel for pensado desde o início ”

Quando uma licença é pedida e emitida para uma determinada tipologia, ela autoriza o conjunto de consultas e tratamentos que a deontologia profissional permite. Não é possível “prometer” que determinados procedimentos nunca serão realizados para justificar a dispensa de requisitos obrigatórios.

Normalmente, o resultado destas escolhas é um conjunto de instalações com espaços exíguos e, por vezes, sem o número de salas clínicas inicialmente idealizado. Para além da frustração natural, isto significa iniciar um projeto económico que, à partida, não tem qualquer possibilidade de crescimento.

Então, como evitar esta situação?

É na fase inicial, antes de adquirir o espaço que se evitam erros estruturais que, mais tarde, nenhuma obra ou rearranjo conseguirá resolver. Um imóvel inadequado não afeta apenas a operação clínica: compromete o modelo económico de forma estrutural.

“ Ignorar áreas logísticas e requisitos legais leva a projetos inviáveis. O espaço certo é o primeiro passo para uma clínica sustentável ”

A análise deve ser feita por profissionais e tem de considerar as tipologias e valências clínicas que o promotor quer, e precisa, de instalar para rentabilizar o seu modelo de negócio. **Só com esse valor mínimo de área necessária definido deve ser assumido qualquer compromisso com imóveis.**

A medicina é rica em procedimentos distintos que podem conduzir ao mesmo resultado, e é fundamental compreender, desde o início, como cada procedimento será realizado:

- Em que sala é autorizado?
- Que equipamento obrigatório exige?
- Como serão reprocessados os materiais?
- Que salas e equipamentos são indispensáveis para garantir esse reprocessamento?

Se tudo isto for ignorado na análise inicial, o resultado será inevitavelmente um espaço demasiado pequeno para as ambições clínicas e um projeto que começa “mal”.

Uma clínica é um organismo que vive e cresce. O espaço físico define a capacidade de expansão e a tranquilidade operacional. Evitar “meter o Rossio na Betesga” é, acima de tudo, garantir que a clínica começa pelo princípio certo: um espaço que a respeite, que permita crescer e que obtenha licenciamento sem dramas. E é precisamente aqui que a MedSUPPORT faz a diferença. ■



*Dr. Celso Orth

A IMPORTÂNCIA DA REFLEXÃO

Ao contrário do que muitos imaginam, considero essa uma atitude positiva. Ela costuma ser o vetor de uma decisão mais acertada e madura. Talvez porque, fora do ambiente da clínica e longe do emocional do momento, a reflexão seja mais clara.



Foto de Georg Aullerh na Unsplash

Decisões imediatistas tendem a ser questionadas. E aqui entra um conceito importante: a dissonância cognitiva. De forma simples, ela descreve o desconforto que sentimos quando o que pensamos entra em conflito com o que decidimos.

Na odontologia, isso pode ocorrer quando o paciente aceita um plano de tratamento movido pela emoção e confiança, mas, depois, reavalia racionalmente e passa a questionar a real necessidade, especialmente em procedimentos estéticos.

“Dar tempo ao paciente para pensar não atrasa decisões. Fortalece a confiança e conduz a escolhas mais seguras e maduras”

Reduzir essa dissonância não é convencer o paciente da escolha feita, mas ajudá-lo a decidir com segurança, mesmo que isso signifique adiar a decisão.

Por isso, não veja com decepção o cliente que pede um tempo para pensar. Essa postura, na verdade, fortalece a confiança, porque desloca o foco do “fechar o plano” para o “cuidar da pessoa”.

Agora, se o plano deixou dúvidas, tanto para o cliente quanto para o profissional, é sinal de que a forma de apresentação precisa ser revista. Um plano de tratamento bem elaborado deve ser claro, visual, apoiado em imagens e explicações que facilitem o entendimento.

Elaborar um plano exige pensamento crítico, visão sistêmica e comprometimento com o cuidado. Implica esclarecer etapas, resultados esperados e até possíveis intercorrências - tudo à mesa, antes do início.

Dentro da cadeia de processos de uma clínica, ter esse documento bem construído faz uma diferença enorme no olhar do cliente. A segurança que transmitimos, fruto de conhecimento, experiência e atenção à pessoa à nossa frente, valida a decisão e melhora o prognóstico.

“Decisões imediatas em tratamentos complexos geram dúvidas; apresentar planos claros e visuais é essencial para reduzir a dissonância”

Resumindo: quando o paciente pede um tempo para pensar e prefere responder em outra consulta, vejo isso como um gesto que fortalece a intenção e a execução do futuro tratamento.

Tomar uma decisão imediata sobre algo complexo, de alto custo e múltiplas etapas não parece racional nos tempos de hoje. Pior: é uma técnica de venda usada por algumas operadoras e franquias: “fechar na hora”. No meu conceito, irresponsabilidade é a palavra que melhor define isso.

Até à próxima. ■

*Graduado em Medicina Dentária - UFRGS; MBA em Gestão Empresarial - Fundação Getúlio 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**

Ministra da Saúde acusada de incoerência e de desvalorizar médicos dentistas no SNS



O Sindicato dos Médicos Dentistas (SMD) acusa a Ministra da Saúde de falta de coerência e de desvalorização da profissão, depois de o Governo ter integrado a Medicina Dentária no Acordo de Motivação dos Profissionais de Saúde sem incluir representantes da classe. A estrutura sindical considera que o processo foi conduzido “sem qualquer representação da classe” e alerta que esta opção coloca a saúde oral dos portugueses em risco. Em comunicado, o SMD recorda que a própria Ministra afirmou no Parlamento, a 2 de dezembro de 2024, que a criação da carreira especial de médico dentista no SNS era “uma medida relevante e indispensável para fortalecer os cuidados de saúde oral aos portugueses”. “Um ano depois, contradiz-se, impondo decisões unilaterais, desviadas da lei e ignorando os representantes legítimos dos profissionais”, critica o sindicato.

O presidente do SMD lamenta o que considera ser um recuo político e defende que “a saúde dos portugueses não pode ser refém de humores políticos”.

O sindicato rejeita a integração dos médicos dentistas na carreira transversal de Especialista Superior de Saúde (ESS), por entender que esta não reflete “a complexidade clínica, a responsabilidade cirúrgica e a autonomia diagnóstica” da profissão, além de violar os requisitos legais previstos no artigo 84.º da LGTFP para a criação de carreiras especiais.

O SMD exige a abertura imediata de negociações para a criação da carreira especial de médico dentista, a suspensão das disposições do acordo que afetam a Medicina Dentária e o reconhecimento formal da especificidade técnica e clínica destes profissionais. E reforça que não aceitará qualquer modelo que “desvalorize a profissão ou coloque em causa a qualidade e segurança dos cuidados de saúde oral prestados no SNS”.

Sindicato lamenta não ter sido ouvido sobre acordo que afeta a Medicina Dentária no SNS



O Sindicato dos Médicos Dentistas do Setor Público e Social Português (SMDSP) expressou forte preocupação por não ter sido envolvido no alegado acordo entre o Governo e estruturas sindicais da administração pública, que abrangerá diretamente a Medicina Dentária no Serviço Nacional de Saúde (SNS). “Causa perplexidade que um documento com o maior impacto direto na organização, no futuro profissional e na forma de prestação de cuidados de saúde oral desde a criação do SNS tenha avançado sem que a classe fosse auscultada”, afirma o sindicato.

Sendo a principal força representativa dos médicos dentistas no setor público, o SMDSP considera “estranho” não ter sido ouvido numa decisão que, sublinha, ignora “a abrangência da profissão bem como das especificidades clínicas e operacionais do exercício da Medicina Dentária”. Para esclarecer o processo, o sindicato solicitou uma reunião à Ordem dos Médicos Dentistas, procurando perceber o seu eventual envolvimento e posição institucional. Em paralelo, pediu encontros urgentes com a Secretaria de Estado da Administração Pública e com o Ministério da Saúde, de forma a obter “esclarecimentos formais sobre o conteúdo e alcance do acordo” e defender os interesses dos profissionais do SNS.

O SMDSP volta também a alertar para problemas estruturais que permanecem por resolver. Entre eles, “a situação dos inúmeros consultórios de medicina dentária encerrados”, que limita o acesso dos cidadãos a cuidados essenciais, e a persistente precariedade laboral, já que “a maioria [dos médicos dentistas] é contratada a recibos verdes ou em regime de prestação de serviços”. Apesar das críticas, o sindicato reafirma a sua disponibilidade para negociar uma solução “séria, sustentável e consensual”, que valorize a profissão e garanta cuidados de saúde oral de qualidade. “Continuaremos a agir em defesa dos médicos dentistas do setor público”, conclui o SMDSP.

Europa enfrenta novos desafios na saúde oral com maior envelhecimento, alerta CED



O Conselho Europeu de Médicos Dentistas (CED) alertou que garantir saúde oral é essencial para um envelhecimento saudável na Europa. Na sua posição oficial, adotada a 14 de novembro, em Bruxelas, o organismo sublinha o impacto que o aumento da população idosa, que hoje representa mais de 21% na União Europeia e a caminho dos 30% até 2050, terá nos sistemas de saúde.

O CED recorda que saúde oral e geral estão intimamente ligadas, já que entre os mais velhos, aumentam as cáries radiculares, a doença periodontal, o desgaste dentário e o risco de cancro oral. A polifarmácia surge como um dos fatores agravantes, contribuindo para a boca seca e, por consequência, para mais cáries. Também cresce o risco de pneumonia por aspiração, já que as bactérias orais podem atingir os pulmões.

Face a este cenário, o organismo pede medidas urgentes para integrar a saúde oral nas políti-

cas de saúde da UE. Entre as prioridades estão reforçar a prevenção ao longo da vida, melhorar a literacia de profissionais e cuidadores e promover maior colaboração entre equipas de saúde. O CED defende ainda uma estratégia europeia dedicada à saúde oral, incluindo orientações nutricionais.

A assembleia geral ficou igualmente marcada por uma forte condenação às restrições à ajuda humanitária em zonas de conflito e às violações da neutralidade médica, que já resultaram em mais de 900 profissionais de saúde mortos em 2024, segundo dados da ONU. O CED insta os estados-membros a adotarem uma posição firme e a garantirem acesso a cuidados, incluindo médico-dentários, em contextos de guerra.

Noutra frente, o organismo apresentou recomendações sobre o uso de protetores bucais personalizados para atletas, lembrando que até 15% dos desportistas sofrem lesões orofaciais traumáticas. Além da proteção adequada, propõe rastreios dentários precoces e incentiva seguradoras a incluírem estes dispositivos nas suas coberturas, reforçando a importância da prevenção no desporto.

Diretora:

Prof. Doutora Célia Coutinho Alves

Publisher:

Hermínia M. A. Guimarães • 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., M.J. Falcão, M. Perez, J. Gomes, S. Noronha, P. Mascarenhas, Angelina Gomes, Carolina Laranjeira, Catarina Sampaio, Gabriel Pestana, Mafalda Faria, Dra. Filipa Neto, Dra. Joana Cordeiro, Prof. Dr. António Ginjeira.

Publicidade:

Hermínia M. A. Guimarães • 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

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 n.º: 368072/13

Registo na ERC com o n.º 126 958, de 01/03/2017

Estatuto editorial: Disponível em www.jornaldentistry.pt

Serviço de assinantes: E-mail: 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)

siga-nos nas redes sociais



O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

siga-nos
 nas redes sociais



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€

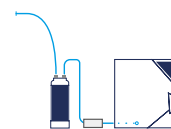
~~9.299€~~

Demin30

Demin30 Kit

REF: 98001000

Demin30 - Sistema de conexão direta de água



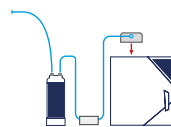
359€

~~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€~~