



O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária



Conversas na Cadeira

Gil Alcoforado: "Nunca me fascinou a ideia de alcançar cargos de liderança"

Clínica

Reabilitação mandibular com implantes em função imediata – caso clínico

OSSTEM[®]
IMPLANT

CURSO IMPLANTOLOGIA AVANÇADA

PORTO | 23 A 26 JUNHO 2026

Com certificação Internacional CPD

/Curso de Implantologia **Avançada**

PORTO
23 A 26 JUNHO
4 dias intensivos

Reserve já o seu lugar!
Faça Scan deste código QR.
LUGARES LIMITADOS



/Curso de Implantologia **Básica**

PORTO
24 A 27 NOVEMBRO
4 dias intensivos

Reserve já o seu lugar!
Faça Scan deste código QR.
LUGARES LIMITADOS





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

CONSISTÊNCIA É A PALAVRA DO NOVO ANO

O mundo passou de ano, mas não de propósito. Tony Robbins, nas suas inúmeras reflexões sobre a vida e a sua cadência, vem dizer que o que mais faz sentido ao ser humano é o seu crescimento e a sua dádiva. Talvez por isso eu goste tanto desta época do Natal e do que ela encerra. A possibilidade do crescimento em comunidade e mais tempo com a família. O dar e o dar-se que se torna mais presente. E a reflexão sobre o crescimento durante o ano. Crescer não sendo visto como aumentar o negócio ou os números da conta, mas como enriquecer-se e fortalecer-se.

A consistência é a palavra que escolhi para 2026, porque é com a consistência que crescemos. Nem que seja 1% mais que ontem. Nem que não seja todos os dias 1%. Nem que seja só 1% cada mês, cada ano. E a consistência é ainda mais difícil do que a inovação. Inovar é fazer diferente, mas é a consistência que permite fazer melhor. Aparecer todos os dias, todos os dias treinar, todos os dias comer saudável, dormir bem. Todos os dias escolher fazer o certo, mesmo que não nos apeteça, mesma que seja difícil. Porque é fazendo o certo, mesmo sendo difícil e não nos apeteendo, que o cérebro se habitua a não falhar. E treina a sua capacidade, a nossa capacidade de resolver problemas.

Costumo dizer que na vida há duas ferramentas muito importantes a desenvolver, a fortalecer: a comunicação e a capacidade de resolver problemas. E se as desenvolvemos de forma a poder colocá-las em prática consistentemente, temos aí a chave do sucesso. Pelo menos a chave do crescimento. E depois é só colocá-las a render em favor do outro. Ser mais capaz, saber mais, para poder servir melhor é um grande propósito, quanto a mim. E fazê-lo consistentemente, mesmo quando não nos apetece,

quando achamos que hoje custa muito, aí reside a essência dos que fazem acontecer.

Neste 2026 vamos manter consistentemente *O JornalDentistry* a crescer. A fazer parte da vossa leitura mensal. A trazer-vos a atualidade e a inovação, mas também as palavras e reflexões dos que estão na medicina dentária com o propósito de a ver crescer e de, através dela, melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Prometemos aparecer mais a ajudar a resolver os problemas do dia-a-dia dos médicos dentistas que nos leem e nos escutam nos vários formatos que publicamos no site e nas redes sociais. Com dicas, antecipando as preocupações dos mais jovens e buscando soluções nos mais experientes. Estando atentos aos ritmos da mudança sem esquecer que o caminho se faz, também de pedras, também de problemas, mas sobretudo, da consistência de aparecer.

Que seja um ano de 2026 de consistência na resolução dos problemas, tendo a certeza que o mais importante não é nem o caminho, nem o destino, mas as pessoas que nos acompanham, todos os dias, nessa caminhada. Bom ano para todos! ■

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

n. 135 janeiro 2026

SUMÁRIO

EDITORIAL

.....03

CONVIDADO DO MÊS

“É manifesta a falta de vontade política para integrar a medicina dentária no SNS”

Dr. António Pereira da Costa

.....04

CRÓNICA

Pimenta na Língua

Dr. João Pimenta

.....06

TENDÊNCIAS | DIGITAL

My dental vision | *TPD Helena Maia*

.....10

CONVERSAS NA CADEIRA

Gil Alcoforado: “Nunca me fascinou a ideia de alcançar cargos de liderança”

.....12

CLÍNICA

Pensem que vocês podem ser melhores, antes de tudo como pessoas. Depois, bem depois, como profissionais

Dr. Jaime Guimarães

.....14

Lipoma submucoso da mucosa jugal direita: relato de caso

Dr. André Vilela Alves

.....16

Avaliar os procedimentos de desinfeção de impressões, registos, provas e dispositivos médicos nos laboratórios de prótese dentária - resultados preliminares

Lino R.; Mendes T.

.....17

Nível de conhecimento de professores do ensino pré escolar e fundamental sobre traumatismos dentários

Araújo C., Cardoso I., Del Vivo M., Marques J., Matos M., Baumotte K., Gingeira A.

.....18

TENDÊNCIAS | MARKETING

Nada é mais chique e mais luxuoso do que a presença

.....19

GESTÃO

Selo Controlo de Segurança: um referencial nas clínicas dentárias

.....20

NOTÍCIAS

.....22

“É MANIFESTA A FALTA DE VONTADE POLÍTICA PARA INTEGRAR A MEDICINA DENTÁRIA NO SNS”

Precariedade, ausência de carreira e falta de vontade política continuam a travar uma rede pública de saúde oral, apesar de recursos existentes e indicadores preocupantes em Portugal, lamenta o presidente do SMDSP.



Dr. António Pereira da Costa, Médico Dentista, Presidente do SMDSP – Sindicato dos Médicos Dentistas do Setor Público e Social Português

O Convidado do Mês, António Pereira da Costa, é presidente do Sindicato dos Médicos Dentistas do Setor Público e Social Português (SMDSP) e uma das vozes mais ativas na defesa da integração plena da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Nesta conversa com O Jornal Dentistry, analisa os bloqueios políticos e estruturais que persistem e denuncia a precariedade vivida pelos profissionais, defendendo um modelo de saúde oral assente na prevenção, na criação de uma carreira própria e no reconhecimento efetivo da medicina dentária como pilar da saúde pública.

O SNS continua sem integrar plenamente a saúde oral. Na sua perspetiva, quais são hoje os principais bloqueios políticos e estruturais que impedem a criação de uma verdadeira rede pública de medicina dentária em Portugal?

Essa é uma excelente questão e uma questão que, ao mesmo tempo, é simples e complexa. Para irmos ao cerne da questão, precisamos de saber o que temos disponível atualmente em Portugal, no setor público ou convencionado por este.

Nas Unidades Locais de Saúde (ULS), temos neste momento cerca de 230 consultórios públicos, totalmente equipados, nos Cuidados de Saúde Primários. Destes, várias dezenas estarão parados por falta de contratação de profissionais. Portanto, temos o primeiro bloqueio identificado, que é fácil de ultrapassar: é necessária a criação de uma carreira especial de medicina dentária e a contratação, de um modo estável, digno, destes profissionais, até porque, convém não esquecer, uma grande parte dos médicos que exercem no setor público português fazem-no, tristemente, através de vínculos precários, vulgo prestação de serviços, de forma direta com as ULS ou através de empresas que disponibilizam este tipo de serviços.

Ou seja, o problema não é a falta de infraestruturas, mas sobretudo de profissionais e de modelos de contratação?

É um bloqueio estrutural e ao mesmo tempo político: é manifesta falta de vontade política a ausência de uma carreira especial de medicina dentária. Mesmo com a ausência de carreira especial, há neste momento a possibilidade de contratar os médicos dentistas através de uma carreira geral, equiparado a técnico superior, transitoriamente, até à criação de uma carreira própria. Contudo, e como foi ampla-

mente noticiado, o Governo e a Direção Executiva do SNS diminuíram, e muito, a verba disponível para contratações no PDO destas Instituições; as ULS, confrontadas com esta política, em muitos casos, não têm autorização para contratar os profissionais que pretendem, das várias profissões, e os médicos dentistas são preteridos em função de outros grupos profissionais. Outras ULS, nem sequer pensam, excluindo diretamente os médicos dentistas. Há também alguns colegas que vão exercendo nos serviços hospitalares.

Para além do SNS, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral deveria colmatar algumas destas lacunas?

Uma outra resposta disponível é o PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, sendo uma das suas vertentes o cheque dentista, nas suas diferentes modalidades. E também aqui temos bloqueios, a diferentes níveis. Por um lado, desde a sua criação, o modelo poucas vezes foi revisto. A sua última revisão, de 2021, teve depois uma proposta de revisão de 2023, que ainda nem foi colocada integralmente em prática; tinha metas e objetivos para 2025, que se desconhece qualquer avaliação feita, e estamos já em 2026. Carece de alguma inovação, como a introdução de um já almejado cheque-prótese, entre outros. O valor não é, de todo, justo ou sequer apelativo, o que também não ajuda. Contudo, há também grandes bloqueios e problemas internos: os médicos dentistas do setor público estão, salvo raras exceções, arredados de participar na gestão ou coordenação do PNPSO, programa onde se insere o “cheque dentista”, estando esta responsabilidade entregue a outros grupos profissionais. Como tal, um programa na área da saúde oral que não é coordenado nem, muitas vezes, gerido por médicos dentistas. Deverão obrigatoriamente ser os médicos dentistas os gestores ou coordenadores do PNPSO? Porventura não. Mas deverão estar impedidos de o ser, unicamente pelo facto de serem médicos dentistas? Sem dúvida que não! Alguém acha normal um programa de nutrição entregue a um profissional que não especificamente dessa área? Acho que ninguém consegue achar normal. Mas é o que acontece na saúde oral, em que os médicos dentistas estão mesmo proibidos de participar. Creio não cometer nenhum erro ao referir que não há nenhum coordenador local do PNPSO que seja médico dentista. E se os médicos dentistas não podem coordenar, quem mais, do ponto de vista técnico e científico, estará preparado para o fazer?

Essa exclusão ajuda a explicar porque é que o programa não produz melhores resultados?

O seu, a quem de direito. Só assim se avançará nesta área, e se me permitem, em qualquer outra. Criar uma verdadeira rede pública de medicina dentária e saúde oral, em Portugal, é simples: basta corrigir as injustiças. Basta seguir o que está previsto, nomeadamente no “Saúde Oral 2.0” e implementar. Não podemos andar sempre a mudar o rumo, nem a inverter políticas e muito menos desperdiçar os recursos que temos. Recordo que Portugal apresenta indicadores preocupantes de saúde oral. Rentabilizar o que temos disponível no público, primeiro, e depois expandir, envolvendo o setor privado e social, de forma justa. Temos uma boa rede de prestadores privados, que deve ter oportunidade de participar, contudo, tal não invalida que haja resposta no SNS e que existam médicos dentistas no SNS e que sejam bem tratados. O sucesso de uns, sem dúvida, está ligado ao sucesso dos outros.

“ Criar uma verdadeira rede pública de medicina dentária em Portugal é simples: basta corrigir injustiças, aplicar o que já está previsto e deixar de desperdiçar os recursos existentes no setor público ”

Por fim, o último bloqueio: há espaço para todos os médicos dentistas, seja no público, no social ou no privado. É tempo de os médicos dentistas estarem unidos.

O SMDSP tem defendido melhores condições para os médicos dentistas que trabalham no setor público e social. Que impacto concreto têm a precariedade e a falta de carreiras estruturadas na qualidade dos cuidados prestados à população?

Gostaria de começar por referir o seguinte: os cuidados prestados à população no SNS, no setor público, são de altíssimo nível. Com boas condições físicas, na grande maioria dos sítios, para que tal ocorra; com materiais e equipamentos de boa qualidade. O que acontece é que, devido à precariedade e falta de uma carreira, os profissionais acabam, em alguns locais, por ter uma elevada rotatividade. Tal pode

prejudicar a relação médico-utente, uma vez que a cada consulta, pode encontrar um profissional diferente. Ainda temos profissionais a prestação de serviços com valores de 10€ por hora.

Um outro ponto onde a precariedade e falta de carreira pode ser prejudicial é precisamente na ocupação dos consultórios, uma vez que muitos se encontram encerrados por falta de profissional. Tal não afeta a qualidade dos cuidados, mas sim, o acesso a cuidados, que é uma situação completamente diferente.

Olhando para o futuro, que modelo de integração dos médicos dentistas no SNS defende o sindicato? Que papel espera que os decisores políticos atribuam à medicina dentária na prevenção, e não apenas no tratamento, da saúde oral?

Atualmente, o papel do médico dentista do setor público na promoção da saúde oral é muito diminuto. Como já referido com o PNPSO, são raros os casos em que os médicos dentistas integram as equipas de saúde escolar, as equipas de cuidados na comunidade. Acabam por ser preteridos deste tipo de funções. O que não se compreende. Mesmo em locais onde o médico dentista é o único profissional de saúde oral presente, são outras classes profissionais que têm a função de ir a escolas, lares e a todos os locais onde é feita a promoção dessa saúde oral, estando vedada (!) a participação do médico dentista. Tal como já referido, o seu a quem de direito.

Está a falar de uma exclusão sistemática dos médicos dentistas das ações de promoção e prevenção em saúde oral?

A visão do SMDSP, que é a visão dos profissionais que diariamente estão no terreno, que exercem no setor público, é inequívoca: criação da carreira especial de medicina dentária, que vai permitir definir e regular muitas das áreas e âmbitos de atuação. A carreira é muito importante não só pela remuneração, obviamente, mas também pela definição do conteúdo funcional do médico dentista. O médico dentista tem um conjunto de valências que vai muito além do trabalho clínico e em consulta; pode ter competências de gestão, de participação em programas de saúde, ou mesmo na área da qualidade. É contra-natura a OMD ter aprovado e regulado competências setoriais de MD na área de Gestão e de Saúde Pública Oral, com regulamentos aprovados até pelo próprio ministério da saúde, e depois os médicos dentistas serem afastados desses procedimentos com a única premissa de serem médicos dentistas.

A criação de uma carreira própria é, então, também uma forma de clarificar e alargar o papel do médico dentista para além da consulta?

Importa também referir o seguinte: a DE-SNS emitiu um conjunto de recomendações, inclusivamente um manual que serve como orientação para o que deve ser a unidade onde o médico dentista se insere no SNS, o Serviço de Saúde Oral. Tudo o que seja deste âmbito de atuação, deverá ser responsabilidade deste serviço. Apesar de existirem estas recomendações, nem todas as ULS implementaram e seguiram estas recomendações.

“ Nunca atingiremos uma cobertura universal de saúde sem envolver a saúde oral e os médicos dentistas, porque não há saúde geral sem saúde oral e sem uma resposta pública estruturada ”

Por cada euro gasto em prevenção, gasta-se exponencialmente mais em tratamento. Espero que, num futuro próximo, com envolvimento dos profissionais do Serviço de Saúde Oral, os decisores políticos possam desenhar programas, localmente, focados essencialmente no âmbito preventivo. Que se recordem: não há saúde geral sem saúde oral. A evidência científica é clara, reiterada e consensual.

Assim, o que se espera dos decisores políticos é o seguinte:

- o reconhecimento efetivo da saúde oral como área essencial da saúde pública;
- a integração estruturada e digna da medicina dentária no SNS;
- condições de trabalho justas para os profissionais, através da criação de carreira própria;
- uma política de saúde oral universal, que não dependa do rendimento de cada cidadão.

NUNCA atingiremos uma Cobertura Universal de Saúde sem envolver a Saúde Oral- e, concomitantemente, os médicos dentistas.

Portugal merece um SNS moderno, integrado e coerente — e isso começa por reconhecer que não há saúde sem saúde oral, nem sem oferta pública de medicina dentária. É tempo de se cumprir! ■

PIMENTA NA LÍNGUA

LIMPEZA, EMBALAGEM E ESTERILIZAÇÃO A VAPOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS REUTILIZÁVEIS (RMDs) 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

Resumo

Este artigo apresenta uma apresentação completa e estruturada das orientações existentes sobre a limpeza, a embalagem e a esterilização a vapor de dispositivos médicos reutilizáveis (RMDs). O conteúdo do artigo é reproduzido integralmente, sem omissões, modificações ou resumos, sendo reorganizado exclusivamente para cumprir o formato académico padrão de um artigo científico. O documento destina-se a utilização académica, regulamentar, hospitalar e em auditorias.

Palavras-chave

Dispositivos médicos reutilizáveis; limpeza; embalagem; esterilização a vapor; controlo de infeção; sistema de barreira estéril; instrumentos dentários.

Introdução

Os dispositivos médicos reutilizáveis são amplamente utilizados em ambientes dentários e de cuidados de saúde. Um reprocessamento eficaz é essencial para prevenir a contaminação cruzada e as infeções associadas aos cuidados de saúde. As secções seguintes reproduzem, na íntegra, o conteúdo técnico original que abrange a limpeza, a embalagem e a esterilização a vapor de dispositivos médicos reutilizáveis.

Limpeza, embalagem e esterilização a vapor de dispositivos médicos reutilizáveis (RMDs)

1. Limpeza de dispositivos médicos reutilizáveis (RMDs)

1.1 Objetivo da Limpeza

A limpeza é o primeiro passo crítico no reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis (RMDs). O seu objetivo é a remoção completa de contaminantes orgânicos e inorgânicos, visíveis e invisíveis, incluindo sangue e produtos sanguíneos, saliva e fluidos orais, detritos de tecidos, proteínas, gorduras e resíduos de biofilme. A esterilização não pode ser eficaz a menos que uma limpeza completa tenha sido alcançada. A sujidade residual pode inativar desinfetantes, impedir a penetração do vapor, conduzir a indicadores de esterilização falsamente positivos e causar falhas no processo de esterilização.

1.2 Princípios Gerais

A limpeza deve preceder sempre a desinfecção ou a esterilização. Os métodos de limpeza mecânica são fortemente preferidos em relação à limpeza manual. Todos os processos de limpeza devem seguir as Instruções de Utilização do Fabricante (IFU), a avaliação de risco da unidade e as normas relevantes.

1.3 Pré-limpeza no Local de Utilização (Pré-limpeza à Cadeira)

Imediatamente após a utilização, os resíduos grosseiros devem ser removidos e os instrumentos não devem ser deixados a secar. Se a transferência imediata não for possível, os instrumentos devem ser mantidos húmidos, mas não submersos. O objetivo é evitar a secagem da matéria orgânica, reduzir a dificuldade da limpeza e minimizar a formação de biofilme.

1.4 Métodos de Limpeza

1.4.1 Limpeza Mecânica (Método Preferencial)

— Lavadoras–Desinfetadoras
As lavadoras–desinfetadoras proporcionam limpeza automatizada, desinfecção térmica e resultados consistentes e validados. Requerem programas de limpeza validados, ensaios regulares de desempenho, manutenção e assistência documentadas, e carregamento correto para garantir a eficácia dos braços de pulverização. As vantagens incluem redução da exposição ocupacional, reprodutibilidade e remoção superior da sujidade.

— Limpadores Ultrassônicos

A limpeza ultrassônica utiliza cavitação para remover contaminantes de articulações, lúmenes, serrilhas e geometrias complexas.

Os requisitos incluem detergentes ultrassônicos aprovados, diluição e temperatura corretas, tempos de ciclo definidos, substituição regular da solução e ensaios rotineiros de eficácia, tais como o teste de folha de alumínio.

1.4.2 Limpeza Manual (Apenas como Último Recurso)

A limpeza manual só é aceitável quando a limpeza mecânica não está disponível.

Requer equipamento de proteção individual completo, escovas de cerdas macias, técnica de baixo salpico e imersão completa durante a escovagem.

A limpeza manual apresenta maior risco de lesões por objetos cortantes, maior variabilidade e menor reprodutibilidade.

1.5 Enxaguamento

Após a limpeza, todos os resíduos de detergente devem ser removidos.

A água do enxaguamento final deve ter qualidade adequada.

Os resíduos químicos podem danificar os instrumentos e interferir com a esterilização.



Figura 1 – Equipamentos utilizados nos processos de desinfecção, lavagem e embalagem de dispositivos médicos reutilizáveis (RMDs)

1.6 Secagem

Os instrumentos devem estar completamente secos antes da embalagem.

A humidade promove a corrosão, a sobrevivência microbiana e falhas no processo de esterilização.

Os métodos de secagem incluem ciclos automáticos de secagem, ar comprimido de grau médico e panos sem fiapos.

1.7 Inspeção

Após a limpeza e a secagem, os instrumentos devem ser submetidos a inspeção visual sob iluminação adequada, verificação da limpeza e verificações funcionais.

Os instrumentos danificados ou sujos devem ser retirados de utilização, documentados e reprocessados ou descartados.



Figura 2 – Sistema inovador integrado para o reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis, combinando pré-lavagem, lavagem ultrassônica, limpeza, desinfecção, enxaguamento e secagem num único equipamento

2. Embalagem de RMDs antes da esterilização

2.1 Objetivo da Embalagem

A embalagem cria um Sistema de Barreira Estéril (SBS) que permite a penetração do agente esterilizante, previne a contaminação pós-esterilização e permite a apresentação asséptica no ponto de utilização.

2.2 Seleção dos Materiais de Embalagem

A embalagem deve ser compatível com o método de esterilização, aprovada para uso médico e fornecida estéril ou adequada para esterilização.

Os sistemas comuns incluem bolsas papel-plástico, rolos de esterilização, envoltórios não tecidos e cassetes de instrumentos com envoltório.

2.3 Princípios de Embalagem

Os instrumentos devem estar limpos, secos e corretamente montados.

A sobrelotação deve ser evitada.

Os instrumentos articulados devem ser mantidos abertos.

As pontas afiadas devem ser protegidas.

O acesso do vapor deve ser mantido.

2.4 Selagem das Embalagens

As selagens devem ser contínuas, uniformes e isentas de rugas ou falhas.

As seladoras térmicas devem ser validadas e controladas em termos de temperatura e pressão.

As selagens defeituosas invalidam a esterilidade.

2.5 Rotulagem e Rastreabilidade

Cada embalagem deve ser rotulada com a data de esterilização, número da carga ou do lote, identificação do esterilizador e identificação do operador, quando aplicável.

Isto suporta o controlo por lote, a rastreabilidade e os procedimentos de recolha.

2.6 Prazo de Validade e Armazenamento

A esterilidade é dependente de eventos e não do tempo.

Os conjuntos esterilizados mantêm-se estéreis salvo se a integridade da embalagem for comprometida, se forem expostos a humidade, poeiras ou danos, ou se forem armazenados de forma inadequada.

As condições de armazenamento devem ser limpas, secas, controladas e protegidas contra danos físicos.

3. Esterilização a vapor de RMDs

3.1 Método Preferencial de Esterilização

A esterilização a vapor sob pressão é o método de referência para dispositivos médicos reutilizáveis dentários.

Proporciona elevada fiabilidade, ampla atividade microbicida e compatibilidade com a maioria dos instrumentos dentários.



Figura 3 – Esterilizador a vapor (autoclave) utilizado em consultórios e clínicas dentárias para a esterilização de dispositivos médicos reutilizáveis (RMDs)

3.2 Monitorização e Ensaio de Esterilização

Os ensaios de remoção de ar do tipo Bowie-Dick são obrigatórios diariamente para esterilizadores de pré-vácuo e confirmam a remoção eficaz do ar e a penetração do vapor.

Os Dispositivos de Desafio do Processo (PCDs) simulam as piores condições de esterilização e cargas ocas ou porosas.

Devem cumprir a ISO 11140-6 e ser utilizados para a monitorização rotineira das cargas.

Os indicadores químicos monitorizam tempo, temperatura e presença de vapor.

Devem ser colocados dentro de cada embalagem no local mais crítico.

Os indicadores biológicos contêm esporos altamente resistentes, tais como *Geobacillus stearothermophilus*.

São utilizados para validação, garantia periódica de desempenho e investigação de falhas.

3.3 Carregamento do Esterilizador

O carregamento correto é essencial.

A sobrecarga deve ser evitada.

Deve ser mantido espaçamento entre as embalagens.

As bolsas devem ser posicionadas verticalmente.

Deve ser assegurada a drenagem do condensado.

3.4 Verificações Pós-Esterilização

No final do ciclo, as embalagens devem estar secas e os indicadores devem apresentar o ponto final correto.

As embalagens húmidas são não conformes.

3.5 Documentação e Registos

Os registos devem incluir parâmetros do ciclo, resultados dos indicadores, resultados dos ensaios, registos de manutenção e ações corretivas.

Os registos devem ser legíveis, seguros e conservados de acordo com os requisitos regulamentares.

3.6 RMDs Não Conformes e Recolha

Em caso de falha de esterilização, as cargas afetadas devem ser isoladas, deve ser realizada análise da causa raiz, deve ser iniciada a recolha se necessário e as ações corretivas devem ser documentadas. ■

Bibliografia

- Australian Dental Association (ADA).. Guidelines for Infection Prevention and Control. 5th ed. Sydney: Australian Dental Association; 2024.
- Standards Australia A.S. 5369:2023 – Reprocessing of reusable medical devices and other devices in health and non-health related facilities. Sydney: Standards Australia; 2023.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 17665-1:2006. – Sterilization of health care products — Moist heat. Geneva: ISO; 2006.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 17665-2:2009. – Sterilization of health care products — Moist heat — Guidance. Geneva: ISO; 2009.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 11607-1:2019. – Packaging for terminally sterilized medical devices. Geneva: ISO; 2019.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 11607-2:2019. – Validation requirements for forming, sealing and assembly processes. Geneva: ISO; 2019.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 14971:2019. – Medical devices — Application of risk management to medical devices. Geneva: ISO; 2019.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 11140-1:2014. – Chemical indicators for sterilization processes. Geneva: ISO; 2014.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 11140-6:2022. – Chemical indicators — Type 2 indicators and process challenge devices. Geneva: ISO; 2022.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 15883-1:2021. – Washer-disinfectors — General requirements. Geneva: ISO; 2021.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 15883-2:2009. – Washer-disinfectors for surgical instruments. Geneva: ISO; 2009.
- World Health Organization (WHO).. Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities. Geneva: WHO; 2016.
- World Health Organization (WHO).. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. Geneva: WHO; 2014.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC).. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. Atlanta: CDC; 2008 (updated 2019).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC).. Infection Control in Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care. Atlanta: CDC; 2016.
- Rutala WA., Weber DJ. Disinfection, Sterilization, and Antisepsis: An Overview. *Am J Infect Control.* 2019;47:A3-A9.
- McDonnell G., Russell AD. Antiseptics and disinfectants: Activity, action, and resistance. *Clin Microbiol Rev.* 1999;12(1):147-179.
- Alfa M.J. Current issues result in a paradigm shift in reprocessing medical and surgical instruments. *Am J Infect Control.* 2016;44(5):e41-e46.
- Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI). ANSI/AAMI ST79.: Comprehensive guide to steam sterilization and sterility assurance. Arlington, VA: AAMI; 2017.
- Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI). ANSI/AAMI ST58.: Chemical sterilization and high-level disinfection. Arlington, VA: AAMI; 2013.
- European Committee for Standardization (CEN). EN 13060. – Small steam sterilizers. Brussels: CEN; 2014.
- European Committee for Standardization (CEN). EN ISO 15883. – Washer-disinfectors. Brussels: CEN; 2021.
- Therapeutic Goods Administration (TGA).. Australian regulatory guidelines for medical devices. Canberra: Australian Government; 2023.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC).. Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare. Canberra; 2019.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC).. Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare. Canberra; 2019.
- Spaulding E.H. Chemical disinfection of medical and surgical materials. In: Lawrence CA, Block SS, editors. *Disinfection, Sterilization, and Preservation.* Philadelphia: Lea & Febiger; 1968.
- Alfa MJ., Olson N. Physical and chemical indicators for sterilization process monitoring. *Am J Infect Control.* 2016;44(5):e69-e76.
- British Standards Institution (BSI). HTM 01-05: Decontamination in primary care dental practices. London: Department of Health; 2013.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control in dental settings. Stockholm: ECDC; 2020.
- Kampf. G. Cleaning and disinfection of dental instruments. *J Hosp Infect.* 2018;100(2):e1-e10.
- Morrison A., et al. Risk-based approaches to reprocessing reusable medical devices. *J Hosp Infect.* 2020;104(3):245-252.

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



MY DENTAL VISION

JANEIRO NÃO É PARA CORRER. É PARA DECIDIR.



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

Porque começar o ano certo é mais importante do que começar em força.

Janeiro chega sempre com **grandes expectativas**.

Ano novo, agenda nova, promessas novas.

Todos os anos repetimos o mesmo ritual: **listas, metas, promessas**, "este ano vai ser diferente".

Como se o simples virar do calendário tivesse desbloqueado **superpoderes**.

(Spoiler: não desbloqueou.)

Quem muda somos nós - ou não.

No laboratório, janeiro costuma trazer menos casos e mais ruído mental.

Mais tempo para pensar.

E isso assusta.

Porque pensar obriga a assumir responsabilidade.

Crescer Sem Critério Não É Visão. É Fuga.

Produzir mais não é, por si só, evoluir.

Aceitar tudo não é profissionalismo - é falta de posicionamento.

A pergunta incómoda de janeiro não é: "O que quero alcançar este ano?"

É esta: "**O que já não estou disposta a repetir?**"

Que tipo de trabalho quero repetir - e qual quero deixar para trás?

Que tipo de relação quero ter com as clínicas?

Quero continuar **sempre disponível** ... ou finalmente consistente?

Quero crescer em **volume** ... ou em **qualidade**?

Que tipo de urgências deixaram de ser urgentes?

Que tipo de clientes **já não fazem sentido**?

Que forma de trabalhar está a cobrar um **preço alto demais**?

Quem não escolhe ... acaba escolhido.



Planeamento Não É Rigidez - É Liberdade

Planeamento é **decidir antes da pressão**. É criar **critérios** quando ainda há margem.

É dizer "**não**" com **lucidez**, em vez de dizer "sim" por exaustão.

É decidir:

- onde faz sentido **investir**
- onde faz sentido **dizer não**
- onde vale a pena **insistir**
- e onde é **saudável parar**

Um laboratório com visão **não aceita tudo**.

Escolhe. Prioriza. Ajusta.

E percebe que dizer "**não**" a **alguns pedidos** é, muitas vezes, a única forma de dizer "**sim**" ao que **realmente importa**. E que **nem todo o crescimento vale a pena**.

Visão Não É Fazer Tudo

Janeiro é o mês ideal para alinhar:

- **processos**
- **comunicação**
- **expectativas**.

Mas também para alinhar algo menos visível: **a nossa própria energia**.

Porque **nenhum planeamento funciona** se estivermos constantemente cansados, a apagar fogos, reativos ou em **modo sobrevivência**.

Um bom ano não começa com pressa. Começa com clareza.

Se Este Ano For Diferente, Que Seja Por Isto

Não por mais volume.

Não por mais pressa.

Não por aceitar tudo.

Mas por **decisões mais conscientes**. Por **escolhas com critério**.

Porque um laboratório com visão **não se mede pelo número de casos** no final do ano - mede-se **pela coerência com que escolheu cada um deles**.



Para 2026, O Desejo É Simples (E Exigente)

Menos ruído.

Mais critério.

Menos urgência alheia.

Mais intenção própria.

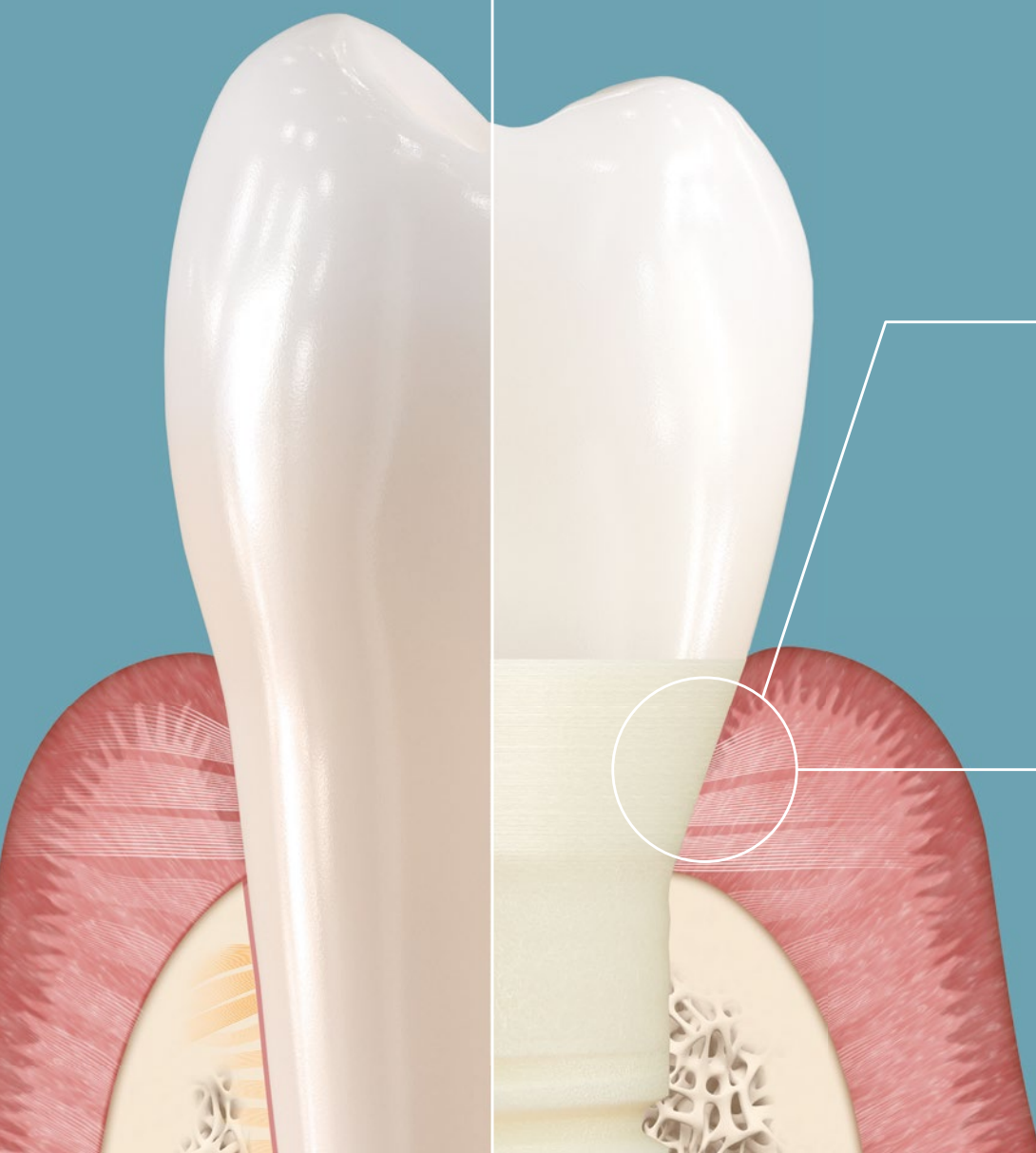
Porque **crescer, qualquer um cresce**. Agora, **crescer com sentido ... é outra liga**.

Aos meus colegas de prótese dentária, que transformam trabalho em arte e dedicação em sorrisos: que 2026 vos permita crescer com sentido, escolher com critério e colher o reconhecimento que merecem. ■

SYMBIONIC TEETH

DENTE
NATURAL

SYMBIONIC
TOOTH



A NOVA GERAÇÃO DE SOLUÇÕES PARA OS DENTES EM FALTA

Quando se perde um dente, a barreira de tecido mole ao redor destrói-se – uma proteção que os implantes dentários nunca podem restaurar. Sem essa barreira, a placa e as bactérias penetram fácil e profundamente nos tecidos, desencadeando inflamação tanto do tecido mole quanto do osso.

Patent™ Symbiotic Teeth são a primeira solução de substituição dentária em torno da qual uma barreira protetora de mucosa foi comprovada cientificamente.

Este avanço proporciona resultados inéditos, como a saúde duradoura dos tecidos e a estética surpreendentemente estável.



© Dr. Roland Glauser

Um estudo de longo prazo, revisto por pares, ao longo de 9 anos, relata resultados inéditos para os Patent™ Symbiotic Teeth:*

- Recessão mucosa média: 0,1 mm (± 0,2 mm)
- Profundidade de sondagem média: 3,0 mm (± 0,6 mm)
- Sem peri-implantite

GIL ALCOFORADO: “NUNCA ME FASCINOU A IDEIA DE ALCANÇAR CARGOS DE LIDERANÇA”

Reitor da Egas Moniz School of Health and Science e referência em Periodontologia, o médico dentista inaugura a nova rubrica d’*OJornal Dentistry*, refletindo sobre liderança, falhas, equilíbrio e o futuro da profissão.



Gil Alcoforado), Reitor da Egas Moniz School of Health and Science.

A rubrica Conversas na Cadeira nasce com o propósito de dar voz às pessoas que pensam, influenciam e constroem o setor da medicina dentária para lá da dimensão técnica. Em cada edição, sentamos na cadeira uma personalidade ligada à área para uma conversa direta sobre o seu percurso, decisões marcantes, desafios e aprendizagens. No primeiro episódio, o convidado é Gil Alcoforado, médico dentista, reitor da Egas Moniz School of Health and Science e uma figura respeitada da Periodontologia a nível nacional e internacional. Hoje, ocupa ainda o cargo de Presidente da EAO – European Association of Osseointegration.

Como descreve o seu percurso até chegar à liderança universitária?

Por muito estranho que possa parecer, nunca me fascinou a ideia de alcançar cargos de liderança. Pelo contrário, sempre procurei evitá-los, pois sinto-me muito mais confortável a integrar uma equipa que funcione de forma eficaz do que a assumir formalmente o papel de “líder”. De facto, todas as posições de liderança que acabei por desempenhar surgiram, em grande medida, à revelia da minha vontade ou como consequência natural do desenvolvimento de processos coletivos, nunca como resultado de uma ambição pessoal.

Que momentos foram decisivos na sua evolução como profissional?

A título de exemplo, em 1989 integrei um grupo restrito de representantes nacionais das respetivas sociedades de Periodontologia com o objetivo de criar, de raiz, a Federação Europeia de Periodontologia. Alguns anos depois de ter servido como board member, acabei por ser indigitado para a presidência. Tal como fiz ao longo de toda a minha vida, procurei sempre construir lideranças de natureza colegial. Rodeado de colegas experientes e intelectualmente brilhantes, soube tirar partido dessas qualidades, promovendo decisões partilhadas e, sempre que possível, consensuais. É exatamente esse o modelo que tenho seguido, há cerca de um ano e meio, enquanto presidente da EAO – European Association of Osseointegration.

No contexto universitário, desempenhei funções como Vice-Diretor da FMDUL, beneficiando enormemente do facto de ter como Diretor o Professor Doutor António Vasconcelos Tavares, que realizou um trabalho exemplar. O meu papel foi essencialmente o de acompanhar e apoiar nas decisões tomadas, o que tornou essa experiência particularmente enriquecedora e, simultaneamente, facilitada.

Como foi assumir a gestão da Egas Moniz?

Em 2018, fui convidado para assumir o cargo de Reitor do Instituto Universitário Egas Moniz. Aceitei esse desafio com algumas reservas, por considerar que o meu ADN profissional não estava naturalmente vocacionado para uma função dessa natureza. Contudo, após muita insistência por parte do presidente da Egas Moniz, o Professor Doutor José João Mendes, acabei por aceitar — uma decisão com a qual hoje me sinto profundamente satisfeito.

“Acredito profundamente que todos crescemos, sobretudo, a partir dos nossos erros”

Mais uma vez, o sucesso deste percurso deve-se, em grande parte, ao excelente enquadramento humano e institucional. Destaco, em particular, a Vice-Reitora, Professora Doutora Ana Cristina Manso, uma profissional extraordinária, não só pela energia que imprime a todos os processos, mas sobretudo pela inteligência e clareza com que os conduz. Acresce ainda a visão e a lucidez de uma direção com a qual o alinhamento estratégico e humano se faz de forma natural, criando as condições ideais para um trabalho coletivo eficaz e sustentado.

Quais têm sido os maiores desafios de gerir projetos na área da Medicina Dentária em Portugal e como tem aprendido a ultrapassá-los?

Um dos maiores desafios na gestão de projetos na área da Medicina Dentária em Portugal prende-se com a criação de condições sustentáveis para o desenvolvimento da investigação científica, num contexto frequentemente marcado por limitações de tempo, recursos. A investigação é, sem dúvida, a área que mais me fascina, embora seja também aquela para a qual, paradoxalmente, menos tempo me resta para desenvolver de forma direta, dada a multiplicidade de responsabilidades de gestão e coordenação que fui assumindo ao longo do percurso.

Perante este desafio, optei por recentrar o meu contributo na promoção e valorização das gerações mais jovens. Acredito firmemente que o futuro da Medicina Dentária, tanto a nível nacional como internacional, depende da capacidade que tivermos de criar ambientes favoráveis ao crescimento académico, científico e humano dos nossos docentes e investigadores mais novos. O meu foco tem sido,

por isso, o de facilitar a sua progressão nas respetivas carreiras académicas, incentivando o envolvimento em projetos de investigação relevantes e promovendo a sua integração em redes nacionais e internacionais de excelência.

Hoje, sinto uma satisfação muito maior em ver um dos nossos jovens docentes brilhar em palcos científicos internacionais do que em ocupar pessoalmente esses mesmos espaços. Na Egas Moniz — mas também fora dela — existem profissionais jovens de enorme valor, com competências técnicas e científicas excecionais, que importa reconhecer, apoiar e projetar. Cabe-nos a responsabilidade de criar as condições para que essas qualidades intrínsecas possam florescer, assegurando-lhes oportunidades, orientação estratégica e visibilidade científica.

Nem todos os percursos correm como planeado. Há algum episódio menos bem-sucedido que o tenha marcado? De que forma contribuiu para o seu crescimento?

Acredito profundamente que todos crescemos, sobretudo, a partir dos nossos erros. Mais importante do que falar ou comentar os erros alheios — algo que procuro evitar com particular veemência — é ter a capacidade de refletir criticamente sobre as nossas próprias falhas, assumir responsabilidades e retirar delas aprendizagens concretas.

“A carreira é importante, mas não deve ser construída à custa de tudo o resto”

Ao longo do meu percurso, houve naturalmente decisões e projetos que não tiveram o desfecho esperado. Alguns resultaram de excesso de confiança, outros de uma avaliação incompleta dos contextos ou das pessoas envolvidas. Com o tempo, aprendi que o insucesso, quando analisado com honestidade intelectual, é um poderoso instrumento de crescimento pessoal e profissional. Ensinou-me a escutar mais, a ponderar melhor os tempos e a compreender que nem sempre a competência técnica é suficiente para garantir o sucesso de um projeto — as dimensões humanas, institucionais e circunstanciais são igualmente determinantes.

Hoje, encaro esses episódios menos conseguidos não como fracassos, mas como etapas essenciais de aprendizagem que moldaram a forma como lidero, decido e me relaciono com os outros.

Além dos conhecimentos técnicos e da capacidade de lidar com a pressão, que outras características se lhe revelaram necessárias para desempenhar as suas funções?

Para além das competências técnicas e da resiliência perante a pressão, tornou-se claro para mim, ao longo do tempo, que é absolutamente essencial estar bem preparado física e mentalmente. A nossa profissão é extremamente

exigente nessas duas vertentes, embora nem sempre essa realidade seja devidamente valorizada.

Do ponto de vista físico, muitos colegas acabam por descuidar a sua condição, apesar de estarem sujeitos diaria-

“ Não tenho dúvidas de que o médico dentista deveria ser encarado como um verdadeiro atleta de alta competição ”

mente a posturas prolongadas, movimentos repetitivos e níveis elevados de tensão muscular. Acredito firmemente que todos nós deveríamos encarar a preparação física como parte integrante da nossa prática profissional. Idealmente, deveríamos “aquecer” os músculos e as articulações antes de iniciar a jornada de trabalho, tal como fazem os atletas. Durante procedimentos mais longos e exigentes, seria igualmente importante realizar micro-pausas que permitam descontrair o corpo e aliviar a tensão acumulada. No final do dia, os alongamentos deveriam ser um hábito regular, contribuindo para a recuperação física e para a prevenção de lesões.

Não tenho dúvidas de que o médico dentista deveria ser encarado como um verdadeiro atleta de alta competição. Tal como em qualquer modalidade de elevado rendimento, a ausência de preparação adequada conduz, inevitavelmente, a lesões — sendo as músculo-esqueléticas particularmente frequentes na nossa profissão.

A preparação mental deve ser abordada com a mesma seriedade. A capacidade de manter o foco, gerir o stress, tomar decisões sob pressão e lidar com a responsabilidade inerente ao cuidado dos pacientes exige treino psicológico contínuo. Desenvolver autoconsciência, equilíbrio emocional e estratégias eficazes de gestão do stress é tão importante quanto dominar técnicas clínicas avançadas.

Em suma, o desempenho sustentado e de qualidade na Medicina Dentária depende de um equilíbrio entre conhecimento técnico, preparação física e robustez mental. Ignorar qualquer uma destas dimensões compromete não só a longevidade da carreira, mas também a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Como gere o equilíbrio entre a prática clínica, as responsabilidades de gestão e a vida pessoal? Que conselhos daria a quem está a iniciar este caminho?

Não é fácil — é, provavelmente, a forma mais honesta de responder a essa questão. Durante muitos anos, a minha vida profissional ocupou a maior parte do meu tempo, frequentemente à custa da vida familiar. Houve períodos em que as exigências da prática clínica, da investigação e das responsabilidades institucionais se sobrepuseram claramente ao espaço pessoal e familiar. Felizmente, tive sempre

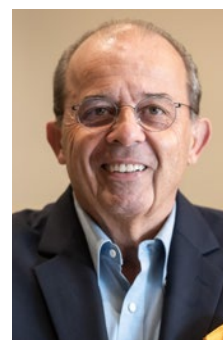
uma família compreensiva, que entendeu a natureza dessas exigências e me apoiou de forma incondicional.

Em retrospectiva, reconheço que, por vezes, fui demasiado longe. Um exemplo claro foi o período em que, durante cinco ou seis anos consecutivos, utilizei as minhas férias de verão para me deslocar aos Estados Unidos, onde desenvolvia investigação num laboratório de Microbiologia Oral. Foram experiências cientificamente muito enriquecedoras, mas que implicaram sacrifícios familiares significativos. Hoje, não posso deixar de reconhecer que “abusei” dessa disponibilidade e desse entendimento.

Encontrar um verdadeiro equilíbrio entre a profissão e a vida pessoal é um desafio permanente e não uma meta estática. Atualmente, procuro conscientemente compensar o que fiz no passado, valorizando mais o tempo com a família e tentando estabelecer limites mais claros entre as diferentes dimensões da minha vida.

A quem está a iniciar este caminho, deixaria um conselho simples, mas essencial: a carreira é importante, mas não deve ser construída à custa de tudo o resto. O entusiasmo e a ambição são fundamentais, mas devem ser acompanhados de momentos de pausa, de reflexão e de atenção às relações pessoais. O sucesso profissional ganha muito mais sentido quando é partilhado e vivido em equilíbrio com a vida pessoal e familiar.

[BILHETE DE IDENTIDADE]



Gil Alcoforado

Formação académica: Doutorado em Medicina Dentária

Anos de profissão: 46 anos

Função atual/cargo de liderança: Diretor Clínico da Clínica Alcoforado e Reitor da Egas Moniz School of Health and Science

Número de colaboradores que gere: 20 colaboradores na clínica e 400 professores na Universidade

Principais áreas clínicas de interesse: Periodontologia e Reabilitação com Implantes dentários

Procedimento clínico preferido: Cirurgia plástica periodontal de recobrimento radicular

Livros indispensáveis na sua mesa: Unfolding Peri-implantitis, de Hom-Lay Wang e Alberto Monje, Decision-Making at the crossroads between Periodontology and Implant Dentistry, Recobrimento Radicular de Sérgio Kahn, Peter Principle de Peter & Hull

Um hábito diário que considera essencial: Respirar profundamente para obter coerência cardíaca

Maior aprendizagem enquanto líder: Ouvir, ouvir, ouvir, reflectir, reflectir, reflectir e nunca decidir “a quente” ■



REABILITAÇÃO MANDIBULAR COM IMPLANTES EM FUNÇÃO IMEDIATA – CASO CLÍNICO



Fig. 1. Vista intraoral pré-operatória.



Fig. 2. Rx panorâmico inicial.

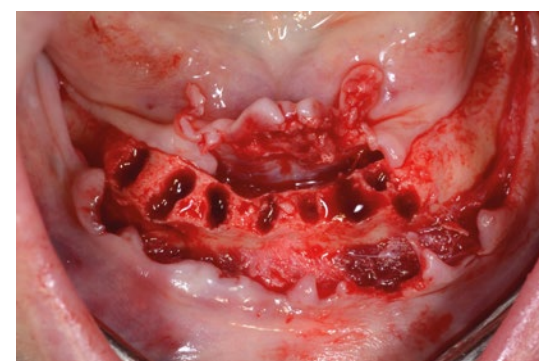


Fig. 3. Realização de retalho após exodontias.

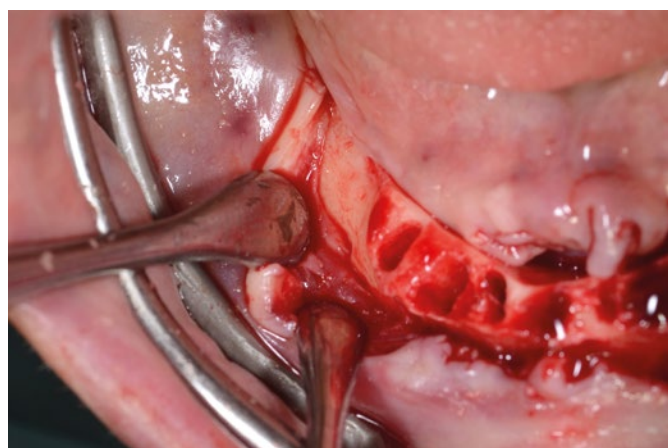


Fig. 4. Exposição do nervo mentoniano do 4º quadrante.

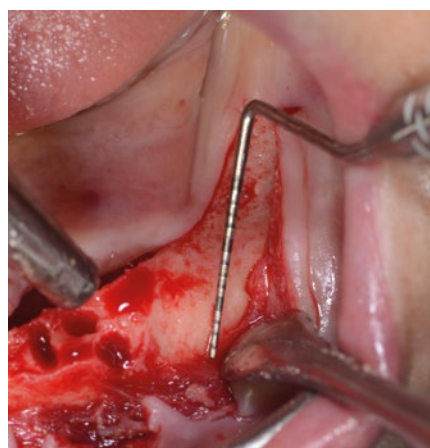


Fig. 5. Exposição do nervo mentoniano do 3º quadrante e definição da posição e angulação do implante.

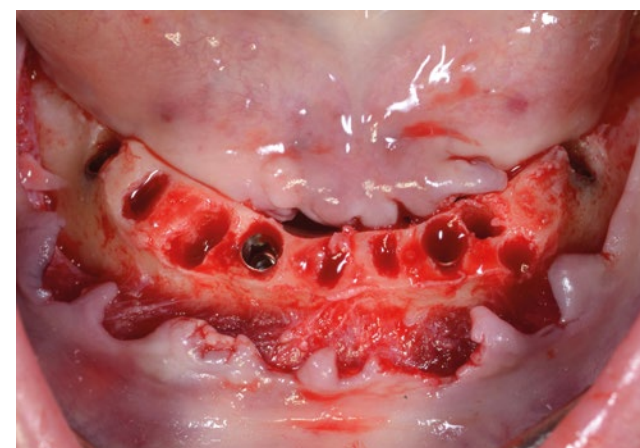


Fig. 6. Posição final dos 4 implantes.

Introdução

A reabilitação total com implantes dos maxilares edêntulos é, atualmente, um tratamento bem descrito e que já demonstrou poder ser feito com altos índices de segurança, permitindo percentagens de sucesso elevadas. Contudo, este tipo de reabilitação apresenta desafios significativos, frequentemente relacionados com dificuldades tanto na qualidade quanto na quantidade óssea. As soluções tradicionais como os enxertos ósseos apresentam desvantagens relevantes, incluindo maior morbidade, contraindicações associadas a condições gerais de saúde, menores taxas de sucesso, tempos de tratamento prolongados e custos mais elevados. Estas limitações evidenciam a necessidade de soluções mais eficientes e centradas no paciente para a reabilitação com implantes.

A evolução da implantologia transformou de forma significativa a abordagem da reabilitação total, especialmente com a introdução dos protocolos de função imediata. Esta modalidade de tratamento oferece aos pacientes uma restauração rápida da função e da estética, reduzindo o tempo de tratamento e melhorando a satisfação geral. No entanto, também exigem planeamento e execução criteriosos para garantir o sucesso a longo prazo.

Implantes Angulados

Krekmanov (2000) foi o primeiro autor a propor a inclinação de implantes distais com o objectivo de se conseguir um apoio protético mais posterior (diminuindo o cantilever quando comparado com implantes paralelos), evitando técnicas adicionais como levantamento do seio maxilar, transposição do nervo dentário inferior ou a realização de enxertos ósseos. Esta técnica permite ainda a colocação de implantes mais longos, com maior ancoragem óssea e melhor estabilidade primária. Neste estudo não se registou a perda de qualquer implante na mandíbula, enquanto na maxila a taxa de êxito foi de 93% para os implantes rectos e de 98% para os angulados. Este estudo demonstrou que os implantes angulados não apresentam qualquer desvantagem biológica e permitem reabilitações mais favoráveis de um ponto de vista biomecânico.

Num estudo de biomecânica de Zampelis (2007) concluiu-se que a angulação de implantes não aumenta a tensão a nível do osso e verificou-se que o stress ósseo é menor quando comparado com reabilitações com cantilever.

A técnica All-on-4

O conceito de reabilitação All-on-4 baseia-se na colo-

cação de 4 implantes para uma reabilitação fixa total dos maxilares edêntulos, sendo colocados 2 implantes rectos na zona anterior e 2 implantes posteriores com uma angulação de 45°, seguindo no maxilar superior a parede anterior do seio, e na mandíbula colocados imediatamente à frente do orifício mentoniano, reduzindo assim a necessidade de transplantes ósseos, permitindo a ancoragem dos implantes em osso de melhor qualidade, possibilitando a utilização de implantes mais longos e diminuindo o tamanho do cantilever protético.

Maló e cols. (2003) avaliaram, através de um estudo retrospectivo, o protocolo All-on-4 aplicado a mandíbulas edêntulas. Foram incluídos neste estudo 176 implantes distribuídos por 44 pacientes, imediatamente reabilitados com próteses fixas acrílicas. Os autores concluíram que a utilização de 4 implantes para suporte de uma prótese fixa em função imediata demonstrou um alto índice de sobrevivência (96,7% e 98,2% em dois grupos de pacientes). Num estudo posterior Maló e cols. (2005) avaliaram a utilização desta técnica no maxilar superior, verificando uma taxa de sucesso dos implantes de 97,6% ao fim de 1 ano. A média de perda óssea ao redor dos implantes foi de 0,9 mm. Mais recentemente, num estudo de follow-up de 10 anos verificou-se

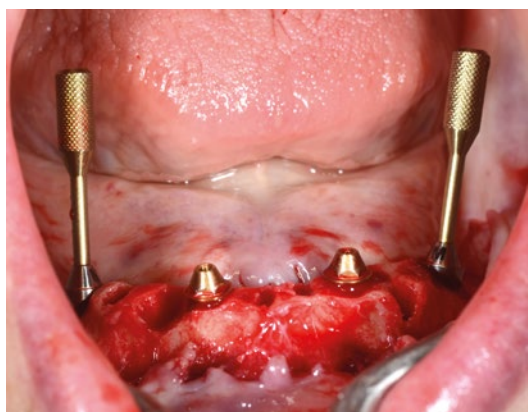


Fig. 7. Imagem com os pilares já colocados. As hastes dos pilares angulados posteriores permitem verificar o eixo de inserção da prótese.

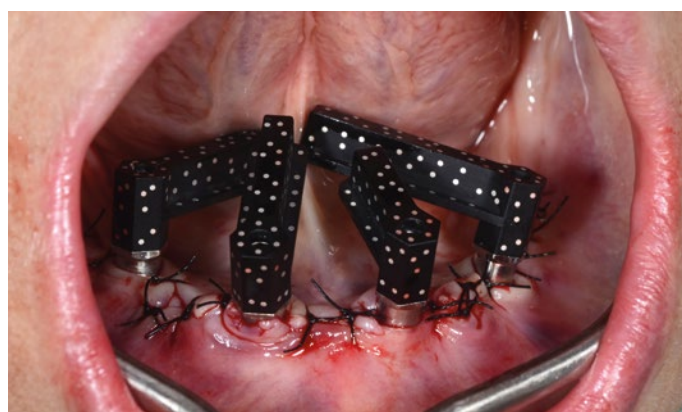


Fig. 8. Colocação dos "scan bodies" para aquisição da posição dos implantes por fotogrametria.



Fig. 9. Imagem obtida pelo scanner intraoral, com a posição dos implantes e respectivos pilares.



Fig. 10. Prótese provisória pronta a colocar.



Fig. 11. Imagem intraoral da prótese provisória colocada no mesmo dia da cirurgia.

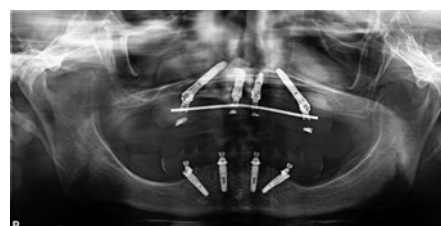


Fig. 12. Rx panorâmico com prótese provisória.



Fig. 13. Vista intraoral na consulta de controle de 4 meses.

uma taxa de sucesso dos implantes de 98,1% aos 5 anos e 94,8% aos 10 anos.

Caso Clínico

Apresentamos o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, com 52 anos, saudável, não fumadora e sem qualquer patologia relevante. Esta paciente já tinha realizado anteriormente uma reabilitação total superior com implantes, ainda na fase de prótese acrílica provisória.

Desdentada parcial inferior, apresentava apenas 7 dentes na zona anterior, afectados por doença periodontal e ferulizados devido à mobilidade acentuada. Após avaliação clínica e radiográfica, decidiu-se pela exodontia destas peças dentárias com reabilitação imediata através de implantes.

Foram colocados 4 implantes "TS System" da marca Osstem e os respectivos pilares "Multi Abutment" (pilares rectos nos implantes anteriores e angulados nos posteriores) para função imediata.

A reabilitação protética foi realizada através de um protocolo digital, com aquisição através de fotogrametria e realização de uma prótese em polimetilmetacrilato (PMMA), fresada e maquilhada.

Conclusões

Em conclusão, podemos afirmar que a técnica All-on-4 apresenta as seguintes vantagens:

- Utilização de um número reduzido de implantes, permitindo uma reabilitação total;
- Aumento da distância entre a emergência dos implan-

tes, permitindo próteses em função imediata sem extensões distais;

- Máximo aproveitamento da disponibilidade óssea, permitindo colocar implantes de maiores dimensões;
- Implantes colocados apenas nas zonas anteriores dos maxilares, onde a qualidade óssea é maior, proporcionando taxas de sucesso mais elevadas;
- Evita cirurgias adicionais como enxertos ósseos, lateralização do nervo dentário inferior, etc. ■

*Licenciatura em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (1993); Pós-graduação em Implantologia e Reabilitação Oral pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (1995); Especialista Universitário em Cirurgia Oral pela Universidade de Santiago de Compostela (1999-2000); Fellow of the European Board of Oral Surgery (2002); Especialista em Cirurgia Oral pela Ordem dos Médicos Dentistas (2017); Membro Fundador da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Oral; Director Clínico da Bocca Clínica no Porto.

Bibliografia

Balshi TJ, Wolfinger G.J. Immediate loading of Brånemark implants in edentulous mandibles. A preliminary report, *Implant Dent* 1997; 6:83-88.

Krekmanov L, Kahn M, Rangert B., Lindstrom H. Tilting of posterior mandibular and maxillary implants of improved prosthesis support, *Int J Oral Maxillofacial Implants* 2000; 15: 405-414.

Malo P, Rangert B., Nobre M. All-on-4 immediate function concept with Brånemark System implants for completely edentulous mandibles: a retrospective clinical study, *Clin Implant Dent Relat Res* 2003; 5:52-59.

Malo P, Rangert B., Nobre M. All-on-4 immediate-function concept with Brånemark System® implants for completely edentulous maxillae: A 1-year retrospective clinical study, *Clin Implant Dent Relat Res* 2005; 7:588-594.

Malo P, Nobre M., Lopes I. A new approach to rehabilitate the severely atrophic maxilla using extramaxillary anchored implants in immediate function: a pilot study. *J Prosthet Dent* 2008; 100: 354-366

Maló P, De Araújo Nobre M, Lopes A, Moss SM, Molina G.J. A longitudinal study of the survival of All-on-4 implants in the mandible with up to ten years of follow-up, *J Am Dent Assoc* 2011, 142:310-320.

Schnitman PA, Wöhrle PS., Rubenstein JE, DaSilva JD, Wang NH. Ten-year results for Brånemark implants immediately loaded with fixed prostheses at implant placement, *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997; 12:495-503.

Zampelis A, Rangert B., Heijl L. Tilting of splinted implants for improved prosthodontic support: A two-dimensional finite element analysis. *J Prosthet Dent.* 2007 Jun; 97(6S): S35-S43.

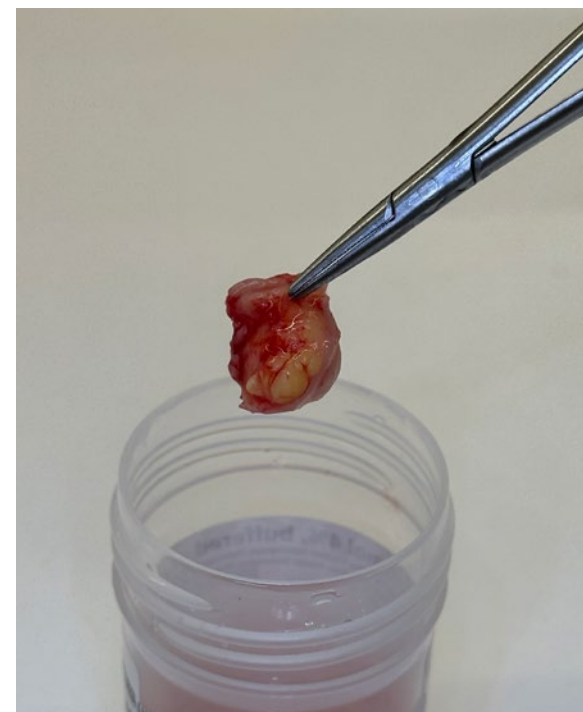


LIPOMA SUBMUCOSO DA MUCOSA JUGAL DIREITA: RELATO DE CASO

RESUMO

Lipomas são neoplasias benignas de origem mesenquimal compostas por adipócitos maduros e raramente ocorrem na cavidade oral, representando cerca de 1 – 5 % das neoplasias benignas desta região.

Apresenta-se o caso de uma paciente feminina de 74 anos com um lipoma submucoso na mucosa jugal direita, o qual interferia na oclusão da doente devido ao seu tamanho. A lesão foi excisada sob anestesia infiltrativa, com margens cirúrgicas livres. O diagnóstico histopatológico confirmou lipoma composto por tecido adiposo maduro, com presença associada de sialoadenite crônica leve em glândula salivar minor adjacente. A evolução pós-operatória foi satisfatória, sem recidiva ao seguimento clínico. Este relato enfatiza a importância de considerar o lipoma no diagnóstico diferencial de massas orais submucosas e de tratar com excisão cirúrgica completa para evitar recidivas.



Introdução

O lipoma é uma neoplasia benigna de tecido adiposo, comum em tecidos moles do corpo, mas raro na cavidade oral.

Clinicamente, são massas submucosas bem delimitadas, indolores e de crescimento lento, embora possam provocar sintomas funcionais quando de grande dimensão.

Relato de Caso

Paciente: Feminino, 74 anos, sem antecedentes médicos relevantes.

Queixa principal: Massa na mucosa jugal direita que interfere na oclusão.

Exame clínico: Lesão submucosa, lobulada, consistência mole, com superfície mucosa íntegra e sem sinais de inflamação óbvia.

Conduta: Excisão cirúrgica sob anestesia infiltrativa.

Achados macroscópicos: Fragmentos irregulares, esbran-

quiçados, com dimensões entre 4 mm e 18 mm; o maior revestido por mucosa lisa. Na secção, aspeto amarelado e lobulado compatível com tecido adiposo.

Histopatologia: Lóbulos de tecido adiposo maduro característicos de lipoma submucoso. Margens cirúrgicas sem lesão. Observou-se também glândula salivar minor com sialoadenite crônica ligeira e focos discretos de ectasia ductal.

Evolução pós-operatória: Recuperação sem complicações e melhora da função oclusal.

Discussão

A cavidade oral é um local raro para lipomas, que são clássicos por serem tumores benignos de crescimento lento e assintomáticos até atingirem volumes capazes de comprometer funções como mastigação e fala.

Estudos de revisão demonstram que a mucosa jugal é uma das localizações mais frequentemente acometidas quando presentes os lipomas orais, e que a excisão cirúrgica

completa é o tratamento de escolha, com baixa probabilidade de recorrência após resseção adequada.

Conclusão

O lipoma submucoso oral, apesar de raro, deve ser incluído no diagnóstico diferencial de massas submucosas na cavidade oral, especialmente na mucosa jugal. A excisão cirúrgica completa é eficaz e o prognóstico é habitualmente satisfatório, com baixa taxa de recidiva. ■

*Médico dentista; Título de Especialização Clínica em Patologia Oral. Consulta de Cirurgia e Patologia Oral no Hospital Cuf Cascais; Consulta de Cirurgia e Patologia Oral na Clínica SIMSMILE.

Bibliografia

Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MA, Vargas P.A. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32(1):49-53.
Oral cavity lipoma: case series and review; estudo de 101 casos descrevendo características clínicas e histológicas de lipomas orais com ênfase em mucosa jugal.



¹Lino R.;
²Mendes T.

AVALIAR OS PROCEDIMENTOS DE DESINFEÇÃO DE IMPRESSÕES, REGISTOS, PROVAS E DISPOSITIVOS MÉDICOS NOS LABORATÓRIOS DE PRÓTESE DENTÁRIA - RESULTADOS PRELIMINARES

Introdução e objectivos

Os Técnicos de Prótese Dentária (TPD) encontram-se diariamente expostos a materiais contaminados enviados pelo Médico Dentista (MD)^{1,2}. Impressões, registos, provas e Dispositivos Médicos (DM) podem conter microrganismos patogénicos que podem ser transmitidos ao TPD, configurando uma “**exposição ocupacional**”³⁻⁵. Alguns destes microrganismos podem sobreviver fora da cavidade oral por longos períodos e até ser transferidos para os modelos de gesso. Desta forma, o **estabelecimento de medidas de controlo de infeção** revela-se **crucial** para garantir tanto a **segurança** dos profissionais clínicos e laboratoriais, como dos pacientes⁶.

Verificar qual o nível de conhecimento e importância que os TPD têm sobre a temática da desinfeção e avaliar se a comunicação com o MD inclui este assunto.

Avaliar qual a frequência com que os TPD recebem impressões digitais.

Materiais e métodos

Estudo observacional, analítico e transversal

Aplicação de questionário on-line anónimo em Portugal (divulgação via redes sociais e Associação Portuguesa de TPD)

n= 170 TPD
(12/01/2025 - 11/03/2025)

Análise descritiva dos dados

Resultados

Pergunta 1 - Recebe impressões com materiais de impressão?

Pergunta 2 - Qual(ais) o(s) tipo(s) de impressões com materiais de impressão que recebe?

Pergunta 3 - Qual(ais) a(s) área(s) da medicina dentária em que recebe estas impressões?

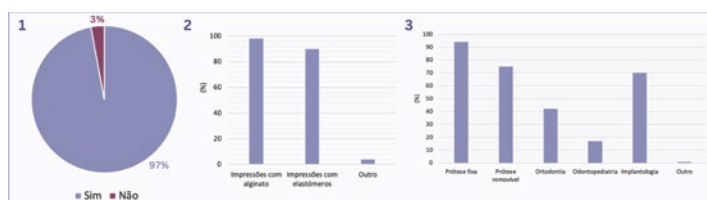


Fig. 1. Verificou-se que 97% dos TPD recebe impressões com materiais de impressão. Fig. 2. Relativamente à recepção de impressões com materiais de impressão, 98% correspondem a impressões com alginato e 90% com elastómeros. Fig. 3. A maioria dos trabalhos que usam impressões com materiais de impressão destinam-se à prótese fixa (94%).

Pergunta 4 - Recebe alguma indicação do clínico sobre a desinfeção prévia das impressões?

Pergunta 5 - No caso do clínico não dar informação prévia, faz algum tipo de desinfeção?

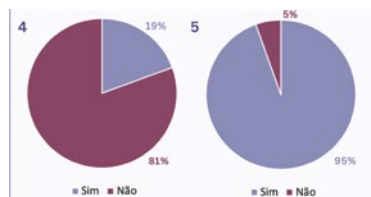


Fig. 4. Verificou-se que 81% dos TPD não recebe nenhuma indicação do clínico sobre desinfeção prévia das impressões. Fig. 5. Quando o clínico não dá nenhuma informação sobre o estado de desinfeção, 95% dos TPD desinfecta as impressões.

Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam uma falta de comunicação entre o MD e TPD, uma vez que, entre os TPD inquiridos, 81% afirmam não receber qualquer informação sobre o estado de desinfeção das impressões e, na sua ausência, 95% desinfectam. Quando se tratam de registos, provas e DM, que também podem estar contaminados, essa percentagem diminui para 64%. Estes resultados corroboram a literatura científica, que já tinha apontado falhas na comunicação MD-TPD. Além disso, a repetição da desinfeção pode afetar negativamente a estabilidade dimensional e a precisão do material de impressão. Alguns trabalhos são realizados com impressões digitais, eliminando estas desvantagens das impressões convencionais.

Relevância clínica: existe a necessidade de melhorar a comunicação MD - TPD e a implementação de protocolos de desinfeção nos laboratórios de prótese dentária. ■

Pergunta 6 - Como procede à desinfeção de impressões no laboratório?

Pergunta 7 - Que tipo de desinfetante químico utiliza para a desinfeção?

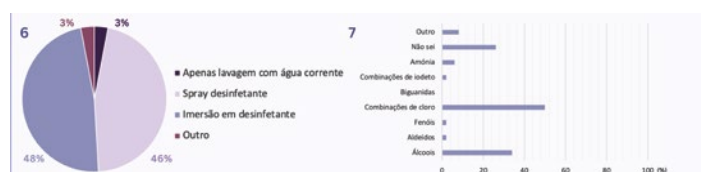


Fig. 6. A desinfeção de impressões no laboratório é feita em 48% dos casos com imersão em desinfetante e em 46% dos casos com spray desinfetante. Fig. 7. Relativamente ao tipo de desinfetante químico, combinações de cloro são o mais usado (49%).

Pergunta 8 - Recebe impressões digitais?

Pergunta 9 - Qual a frequência com que recebe impressões digitais?

Pergunta 10 - Qual(ais) a(s) área(s) da medicina dentária em que recebe estas impressões?



Fig. 8. As impressões digitais são recebidas por 85% dos TPD. Fig. 9. Em 63% dos casos, são recebidas mais que 5 impressões digitais por semana. Fig. 10. A maioria dos trabalhos que usam impressões digitais destinam-se à prótese fixa (96%).

Pergunta 11 - Desinfecta os registos de mordida, provas e DM após receção?

Pergunta 12 - Desinfecta os registos de mordida, provas e DM antes de enviar para o MD?

Pergunta 13 - Como procede à sua desinfeção?

Pergunta 14 - Que tipo de desinfetante químico utiliza para a desinfeção?

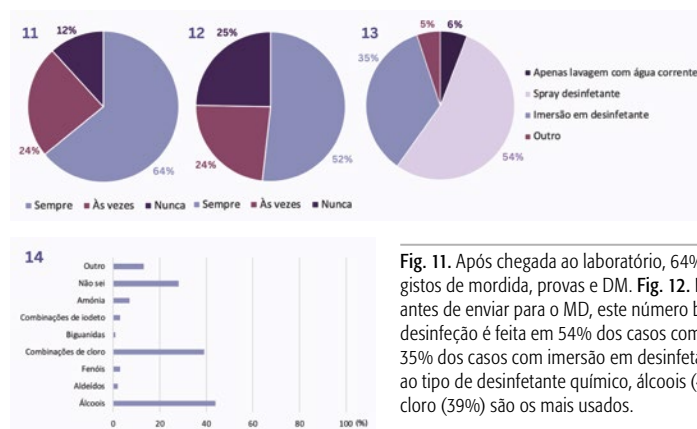


Fig. 11. Após chegada ao laboratório, 64% dos TPD desinfecta os registos de mordida, provas e DM. Fig. 12. Relativamente à desinfeção antes de enviar para o MD, este número baixa para 52%. Fig. 13. A desinfeção é feita em 54% dos casos com spray desinfetante e em 35% dos casos com imersão em desinfetante. Fig. 14. Relativamente ao tipo de desinfetante químico, álcool (44%) e combinações de cloro (39%) são os mais usados.

¹Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL); ² Professora Auxiliar Convidada da FMDUL

Referências bibliográficas





NÍVEL DE CONHECIMENTO DE PROFESSORES DO ENSINO PRÉ ESCOLAR E FUNDAMENTAL SOBRE TRAUMATISMOS DENTÁRIOS

Introdução

- Traumatismos dentários em crianças;
- Problema de saúde pública significativo;
- Impacto na qualidade de vida e desenvolvimento dentário.



A literacia dos educadores e professores sobre primeiros socorros pode ser determinante para melhor prognóstico.

OBJETIVOS

Avaliar a literacia dos educadores e professores sobre traumatismos dentários em crianças.
Identificar **potenciais lacunas de conhecimento** que possam comprometer a resposta adequada em **situações de emergência**.

Materiais e Métodos

Realização de um estudo observacional, analítico e transversal. A amostra composta por professores de 1º e 2º ciclos e educadores de infância.

Amostra
32 professores

- Educadores de Infância - 31.25%
- Professores do 2º ciclo - 28.13%
- Professores do 3º ciclo - 40.62%

Recolha de dados

Foi aplicado um **questionário** que abordou:

- Conhecimento sobre os **tipos de traumatismos dentários**;
- **Procedimentos** adequados em situações de **emergência**;
- Meios de **armazenamento** do fragmento/dente;
- Importância do **tempo** decorrido entre o trauma e o tratamento;
- **Nível de confiança** para intervenção.

Resultados

ANÁLISE ESTATÍSTICA

	Teve alguma formação?	Sabe o que é traumatismo?	Já presenciou alguma emergência que envolva traumatismo dentário?	Gostaria de participar numa formação sobre primeiros socorros dentários?	A sua instituição escolar oferece suporte suficiente em casos de acidentes dentários?
SIM	9,40%	53,10%	25%	93,80%	25%
NÃO	90,60%	46,90%	75%	6,20%	75%

- Tentava recolocá-lo
- Guardava o dente num copo
- Enrolava o dente num papel e esperaria por aj...



Gráfico 2. Perante um dente permanente totalmente deslocado (avulsionado), o que faria?

- Chamar os pais
- Limpar a área e o dente
- Levá-lo imediatamente ao dentista
- Colocar gelo na área afetada e observar



Gráfico 3. Em caso de queda ou impacto que envolva o dente de uma criança, qual seria a sua primeira atitude?

- 15 minutos
- 30 minutos
- Não sei

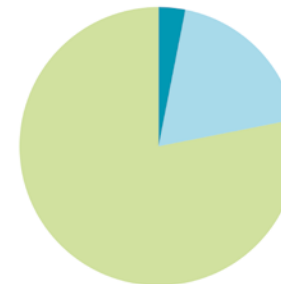


Gráfico 4. Sabe qual é o tempo de atuação ideal para que exista maior probabilidade de salvar um dente permanente que foi deslocado?

Conclusão

A literacia dos educadores e professores sobre traumatismos dentários em crianças **necessita de melhorias significativas**. Programas de formação contínua podem ser fundamentais para aumentar a preparação destes profissionais e melhorar o prognóstico dos traumatismos dentários em crianças.

Referências bibliográficas & questionário



¹ Aluno do 4º ano do mestrado integrado em medicina dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa ² Professor docente da unidade curricular de endodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. ³ Professor regente da unidade curricular de endodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.



*Dr. Celso Orth

NADA É MAIS CHIQUE E MAIS LUXUOSO DO QUE A PRESENÇA

E aí, pouco importa o lugar. Podem estar sentados na rua, numa mureta em frente a um hotel, ou num restaurante qualquer. É o momento que se torna especial. É o estar junto que o torna luxuoso



Assim é na vida profissional. Muitas vezes, não teremos a capacidade de replicar o que os grandes mestres fazem. Não temos a mesma habilidade, nem a mesma técnica. Não faremos igual.

Mas o momento que consagramos por estar junto do nosso paciente pode, sim, superar o estratosférico. Pode ir além do espetáculo anatômico e estético, muitas vezes impossível de ser reproduzido. E inalcançável em suas minúcias para um simples mortal, pelo menos para mim.

Como transformar o simples em inesquecível? O gesto impacta mais do que o cenário.

“Muitas vezes, não teremos a capacidade de replicar o que os grandes mestres fazem. Não temos a mesma habilidade, nem a mesma técnica”

“Pensem que vocês podem ser melhores, antes de tudo como pessoas. Depois, bem depois, como profissionais”

A pele de uma mão entrelaçada tem mais poder do que qualquer grife. A escuta, quando verdadeira, aproxima mais do que qualquer tecnologia de última geração, inclusive a inteligência artificial, porque ela revela o cuidado.

“Quero cuidar de você.” Isso precisa de ser claro e verdadeiro, não retórica ensaiada. Abrigar e acolher. Pode ser um dom, pode ser treinamento. Mas precisa de existir.

Esse é o dogma. Ele repercute, infiltra pelos poros e assenta-se na mente. Faz o ninho ser preservado pela essência. Nada pode ser maior. É sobre cuidado. Então será sempre maior.

Pensem na simplicidade de estar próximo. Pensem na intenção de que ninguém em redor seja órfão de atenção. Pensem que vocês podem ser melhores, antes de tudo como pessoas. Depois, bem depois, como profissionais.

Agora vem 2026. Um ciclo novo? Nem tanto. É a continuação do que estamos fazendo, com ou sem cuidado.

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**

SELO CONTROLO DE SEGURANÇA: UM REFERENCIAL NAS CLÍNICAS DENTÁRIAS

A pandemia de COVID-19 marcou um ponto de viragem na forma como a segurança, a higiene e a conformidade passaram a ser percecionadas nas clínicas dentárias. Subitamente, práticas que até então eram muitas vezes invisíveis para o utente tornaram-se centrais na decisão de recorrer — ou não — a cuidados de saúde. Foi neste contexto de incerteza, exigência e escrutínio acrescido que surgiu, em 2020, o Selo MedSUPPORT Controlo de Segurança.

Criado pela MedSUPPORT, empresa portuguesa especializada em engenharia clínica e licenciamento de unidades de saúde, o selo nasceu com um propósito claro: reforçar a confiança dos utentes e apoiar as clínicas dentárias no cumprimento rigoroso dos requisitos de segurança exigidos pelas autoridades de saúde, sem avaliar ou interferir com a prática clínica propriamente dita.

Um selo focado nos sistemas, não no ato clínico

Desde a sua génese, o Selo MedSUPPORT Controlo de Segurança foi concebido como um instrumento de verificação de sistemas e processos, e não como um julgamento da qualidade técnica dos tratamentos realizados. O seu foco incide exclusivamente sobre aspetos como:

- cumprimento dos requisitos de licenciamento;
- existência e aplicação de protocolos de controlo de infeção;
- gestão da esterilização e desinfeção;
- organização documental e registos obrigatórios;
- implementação de planos de contingência e segurança;
- controlo operacional contínuo.

Esta distinção é particularmente relevante num setor onde, frequentemente, se confundem conceitos de qualidade clínica, inovação tecnológica e conformidade legal. O selo veio clarificar que segurança e licenciamento são uma base obrigatória, transversal a qualquer modelo clínico ou abordagem terapêutica.

Três níveis, três patamares de maturidade organizacional. Com a evolução do setor e das próprias clínicas, o selo estruturou-se em três níveis distintos, que refletem diferentes estádios de maturidade organizacional:

- **Ouro** – reconhecimento de que a clínica assegura os requisitos obrigatórios de licenciamento e funcionamento seguro.
- **Diamante** – além do cumprimento legal, evidencia práticas de melhoria contínua, maior eficiência organizacional e capacidade de se destacar pela estrutura e processos.



- **Platina** – nível máximo, que acresce a certificação por entidade externa de acordo com a **ISO 9001**, validando o sistema de gestão da qualidade segundo um referencial internacional.

“ **Objetivo do selo é reforçar a confiança dos utentes e apoiar as clínicas dentárias no cumprimento rigoroso dos requisitos de segurança exigidos pelas autoridades de saúde** ”

Esta diferenciação permitiu que o selo deixasse de ser apenas uma resposta à pandemia para se tornar um instrumento de progressão, incentivando as clínicas a evoluírem de forma sustentada.

Integração digital e acompanhamento contínuo

Um dos fatores determinantes para a consolidação do selo foi a sua integração com a plataforma *medsupport.clinic*. Através desta ferramenta digital, as clínicas passam a ter toda a documentação organizada, os registos atualizados e os processos monitorizados em tempo real.

Mais do que uma auditoria pontual, o modelo adotado assenta num acompanhamento contínuo, com verificações regulares, atualização permanente dos requisitos e alinhamento com as orientações da Direção-Geral da Saúde e demais entidades reguladoras. Este modelo tem contribuído para uma maior disciplina organizacional e para uma redução significativa de não conformidades.

Impacto real nas clínicas dentárias

Cinco anos após a sua criação, o impacto do Selo MedSUPPORT é visível sobretudo no setor da medicina dentária, com dezenas de clínicas que em todo o país aderiram



ao programa. Para muitos diretores clínicos e gestores, o selo representa:

- maior tranquilidade no cumprimento das obrigações legais;
- equipas mais conscientes e alinhadas com os protocolos;
- melhor organização interna;
- reforço da confiança junto dos utentes.

“A segurança deixou de ser apenas uma obrigação invisível e passou a ser um compromisso assumido, verificado e comunicado”

Importa sublinhar que a adesão ao selo é voluntária, mas o seu grau de exigência tem funcionado como um fator diferenciador num mercado cada vez mais atento à segurança e à transparência.



De resposta urgente a referencial setorial

O Selo MedSUPPORT Controlo de Segurança é hoje mais do que uma memória do período pandémico. Tornou-se um

referencial prático de segurança operacional, adaptado à realidade das clínicas dentárias portuguesas e alinhado com a legislação em vigor.

Num setor onde o foco está — e deve continuar a estar — no ato clínico, iniciativas como esta permitem que os profissionais se concentrem nos utentes, com a confiança de que os sistemas de suporte, segurança e conformidade estão devidamente assegurados.

Em última análise, o percurso do selo reflete uma mudança cultural: a segurança deixou de ser apenas uma obrigação invisível e passou a ser um compromisso assumido, verificado e comunicado. E esse compromisso, hoje, é um valor cada vez mais reconhecido pelos profissionais e pelos utentes da medicina dentária em Portugal. ■



Porto: 229 445 650
Lisboa: 210 415 944
www.medsupport.pt
www.facebook.com/medsupport

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, Jaime Guimarães, André Vilela Alves Lino R.; Mendes T., Araújo C., Cardoso I., Del Vivo M., Marques J., Matos M., Baumotte K., Gingeira A..
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)

Associação Portuguesa de Imprensa

sigam-nos nas redes sociais



Mais de metade dos médicos dentistas com inscrição suspensa saiu do país



Mais de metade dos médicos dentistas com inscrição suspensa em Portugal deixou o país para exercer no estrangeiro. Segundo o estudo Números da Ordem 2025, 56,4% destes profissionais suspenderam a inscrição com o objetivo de trabalhar fora, confirmando uma tendência de crescimento contínuo da emigração na classe. No final de 2024 existiam 2408 médicos dentistas com inscrição suspensa, mas, apesar do aumento absoluto, o ritmo de novas suspensões desacelerou de forma significativa, com apenas mais 96 casos face a 2023. A taxa de crescimento fixou-se nos 4,2%, abaixo dos valores registados nos dois anos anteriores, quando ultrapassou os dois dígitos. Entre os profissionais que suspenderam a inscrição há mais de cinco anos (período a partir do qual se considera improvável o regresso à prática em Portugal), o número atingiu um novo máximo: 1476 médicos dentistas, mais 10,2% do que em 2023. A maioria é de nacionalidade portuguesa (73,6%), mas entre os estrangeiros nesta situação destacam-se os brasileiros, que representam 179 dos 390 casos. França mantém-se como o principal destino dos médicos dentistas portugueses no estrangeiro, escolhida por 27% dos profissionais emigrados. O Reino Unido surge em segundo lugar, com 16,6%, enquanto Itália regressa à terceira posição (13,9%), ultrapassando Espanha (13,7%). Em paralelo, o número de médicos dentistas com inscrição ativa continua a crescer. Em 2024, a Ordem dos Médicos Dentistas registava 13.498 membros ativos, mais 3,9% do que no ano anterior. Este aumento agravou novamente o rácio de médicos dentistas por habitante, que desceu para um profissional por cada 766 residentes, um valor 62% superior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde. A classe mantém também uma forte predominância feminina, com 62,8% de mulheres, e mostra cada vez mais sinais de envelhecimento. A idade média subiu para 42 anos e a percentagem de profissionais com 45 ou menos anos voltou a cair, situando-se agora nos 61,5%. Outro dado relevante é o peso crescente de profissionais estrangeiros entre os novos membros: 34,7% das novas inscrições em 2024 correspondem a médicos dentistas de outras nacionalidades. O estudo revela ainda fortes desigualdades regionais e mostra que, enquanto a Área Metropolitana do Porto e Viseu Dão Lafões apresentam um claro excesso de médicos dentistas por habitante, regiões como o Baixo Alentejo e o Alentejo Litoral aproximam-se dos rácios recomendados pela OMS. No total, 16 das 26 regiões do país têm elevada densidade de profissionais, embora sete já estejam dentro dos valores de referência internacionais. Os dados agora divulgados resultam da base da Ordem dos Médicos Dentistas à data de 31 de dezembro de 2024 e traçam um retrato detalhado das tendências atuais da profissão em Portugal.

Intelligent Dentistry 2026 debate impacto da inteligência artificial na medicina dentária



A integração da inteligência artificial (IA) na prática clínica está a transformar de forma acelerada a medicina dentária, do diagnóstico ao planeamento terapêutico. Este será o eixo central do Intelligent Dentistry 2026 — II Congresso de Inteligência Artificial na Medicina Dentária, que decorre nos dias 1 e 2 de maio de 2026, no Centro Cultural de Paredes. Organizado pela CESPU, no âmbito da sua Pós-Graduação em Medicina Dentária Digital, o congresso propõe uma reflexão aprofundada sobre as oportunidades e os desafios que as tecnologias baseadas em IA colocam ao futuro da profissão. O programa científico foi desenhado para abordar áreas-chave como o uso de algoritmos no diagnóstico e no planeamento de tratamentos, a aplicação da IA na gestão clínica, a imagem médica avançada, a ortodontia inteligente e a robótica aplicada à prática dentária. Ao longo dos dois dias, especialistas nacionais e internacionais vão partilhar experiências e casos práticos, com destaque para a integração clínica de sistemas de apoio à decisão e para a personalização terapêutica baseada em dados. Estão também previstos painéis dedicados às implicações éticas da utilização da IA, sublinhando a importância de uma adoção responsável, sustentada em evidência científica e boas práticas clínicas.

O congresso arranca com atividades complementares a partir de 30 de abril, incluindo workshops preparatórios, destinados a aprofundar competências técnicas e práticas em medicina dentária digital. As inscrições já se encontram abertas através do site oficial do evento, onde está disponível o programa completo e informações sobre as diferentes fases de inscrição. A organização prevê preços diferenciados para estudantes e profissionais, com o objetivo de atrair um público amplo e diversificado.

Quando? 1 e 2 de maio de 2026

Onde? Centro Cultural de Paredes

Mais informação: <https://intelligentdentistry.pt>

American College of Prosthodontists cria secção portuguesa



European
Prosthodontic
Association

O American College of Prosthodontists (ACP) anunciou a criação da sua secção portuguesa, integrada na International Region 7, que representa oficialmente os membros internacionais da organização fora dos Estados Unidos. A

iniciativa reforça a presença global do ACP e o seu compromisso com a excelência clínica, científica e académica da Prostodontia.

A secção portuguesa foi fundada pelos médicos dentistas Dra. Ana Carracho, Dr. João Malta Barbosa, Dr. Kimberly MacGregor e Dr. Luís Redinha, todos com formação pós-graduada certificada em Prostodontia nos Estados Unidos. O ACP distingue-se internacionalmente por aceitar apenas profissionais com credenciais de educação formal e formação avançada certificada na especialidade, garantindo elevados padrões de competência clínica, rigor científico e ética profissional.

Segundo a organização, a criação desta secção tem como principal objetivo fortalecer os laços entre prostodontistas portugueses com formação norte-americana e o ACP, promovendo a colaboração internacional, o intercâmbio científico, a educação contínua e a divulgação da especialidade junto da comunidade profissional e do público em geral, tanto a nível nacional como global.

Fundado em 1970, o ACP é a principal organização mundial dedicada exclusivamente à Prostodontia, representando prostodontistas certificados, residentes e académicos. A sua missão passa pela promoção dos mais elevados padrões de cuidado ao paciente, pelo apoio à investigação científica, pelo desenvolvimento de programas educacionais de excelência e pela defesa do papel da Prostodontia nos sistemas de saúde oral.

A secção portuguesa vai estar aberta à participação de profissionais que cumpram os critérios de admissão definidos pelo ACP e que desejem contribuir ativamente para o desenvolvimento e afirmação da especialidade em Portugal e no contexto internacional. Os interessados em obter mais informações ou manifestar interesse em integrar a secção portuguesa podem contactar o Dr. João Malta Barbosa através do endereço de email jmbarbosa@nyu.edu.

SEPES promove simpósio internacional sobre diagnóstico por imagem em medicina dentária



A Sociedad Española de Prótesis, Estomatología y Estética (SEPES) realiza nos próximos dias 23 e 24 de janeiro o Simpósio Internacional sobre Diagnóstico por Imagem em Medicina Dentária, reunindo especialistas para debater os mais recentes avanços nesta área fundamental da prática clínica.

Uma das principais novidades desta edição é a abertura da modalidade de participação em diferido a todos os médicos dentistas que não possam estar presentes fisicamente. Até agora, esta opção estava limitada a profissionais da América Latina. Com esta alteração, os inscritos poderão assistir à distância a todas as conferências durante um período de seis

meses, entre 16 de fevereiro e 16 de agosto.

Segundo informação divulgada pela Ordem dos Médicos Dentistas, esta nova modalidade alarga o acesso à formação contínua e permite maior flexibilidade aos profissionais, conciliando a atualização científica com a atividade clínica diária. A informação detalhada sobre o simpósio, bem como o processo de inscrição, está disponível no site oficial da SEPES.

No âmbito do protocolo existente entre a SEPES e a Ordem dos Médicos Dentistas, os médicos dentistas portugueses beneficiam ainda de condições especiais de inscrição em outros eventos formativos promovidos pela sociedade espanhola. Para aceder a estes valores, os interessados devem selecionar a categoria “Amigos SEPES” no momento da inscrição. Entre os cursos abrangidos por este protocolo estão o SEPES INVIERNO, que decorre de 11 a 13 de fevereiro, em Baqueira-Beret, e o SEPES CLÍNICA, agendado para os dias 17 e 18 de abril, em Barcelona. Ambos os eventos integram o calendário formativo de 2026 e reforçam a aposta na atualização científica e clínica dos médicos dentistas.

Quando? 23 e 24 de janeiro de 2026 / 11 a 13 de fevereiro / 17 e 18 de abril

Onde? Madrid / Baqueira-Beret / Barcelona

Mais informação: <https://www.sepes.org/cursos-sepes/simposio-internacional-diagnostico-imagen-odontologia/>

O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

sigam-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€

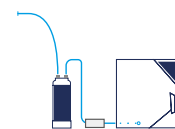
~~9.299€~~

Demin30

Demin30 Kit

REF: 98001000

Demin30 - Sistema de conexão direta de água



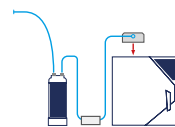
359€

~~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€~~