

O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

Editorial

O fenómeno do turkishteeth

Conversas Na Cadeira

Hugo Madeira: "A maior barreira à evolução do médico dentista é ele próprio"



MAIS DE 7 MILHÕES
DE IMPLANTES USADOS EM TODO O MUNDO

TSIII SA



OSSTEM[®]
IMPLANT

Osstem Implant Portugal
info@osstempt.com



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

O FENÓMENO DO TURKISHTEETH

Junho é aquele mês em que já apetece desacelerar, mas ainda não podemos. Os feriados e os dias longos convidam a pôr a energia predominantemente no lazer. E na cabeça entoa a sensação de que já merecíamos aquelas férias que vemos outros gozar. Mas a época letiva ainda não acabou. Ainda há aulas, cursos e congressos. Os últimos antes do verão. Quem tem aulas, ainda tem exames para fazer. Quem dá aulas, ainda tem exames para corrigir. E tenta-se, ainda, encaixar aquele último esforço da data para finalizar o artigo, o contrato, o trabalho antes de ir oficialmente de férias.

Mas, nas semanas dos feriados, o ritmo abranda mesmo. Os e-mails de trabalho já não chegam à mesma velocidade e o telefone já não toca com o mesmo ritmo. “Está tudo no algarve!” – diz-se aqui mais para o Norte. As greves juntam-se aos feriados e as pontes passam a ser normais. A produtividade diminui. O trabalho fica empancado. Não falo só da medicina dentária, mas de muitos serviços que já não decidem nada antes do verão.

Quando estudei nos EUA, explicaram-me que lá não se para nos meses de verão. Os americanos não param a produção/produtividade nos meses de verão. Vão parando ao longo do ano. Não quero com isto dizer que eles é que estão certos ou errados. Estou só a constatar um facto. Há até quem, na medicina dentária, produza mais nos meses de verão, com o regresso dos emigrantes. E quem esteja a aproveitar a ideia do turismo na saúde para produzir mais com os imigrantes, nomeadamente os ingleses e americanos, que podem vir a encontrar em Portugal uma boa opção para tratar da sua saúde oral.

No entanto, ficamos sempre apreensivos quando percebemos que mais um conhecido de um paciente nosso foi colocar dentes à Turquia.

Sobretudo porque antecipamos um problema a agigantar-se quando esses implantes começarem a dar problemas e o médico turco já não estiver ao serviço, ou o bilhete de avião estiver muito caro.

Onde fica depois a responsabilidade de quem, em Portugal, nada teve a ver com a colocação, mas cuja ética profissional dificulta o ter de dizer não consecutivos a quem precisa de ajuda? E quantos mais pacientes tivermos que conhecem amigos que foram alvo do “turkishteeth”, mais vamos ter de lidar com esta questão no futuro. Ou talvez não. Pode ser que os futuros robots humanoides dotados de Inteligência Artificial (IA) possam diagnosticar e tratar estes casos que ficam em território de ninguém. Afinal, não serão eles mais capazes tecnicamente sem estarem sujeitos ao crivo da responsabilidade moral? Mas temo que, nesses anos futuros, a responsabilidade moral andarà de mão dada com o compromisso político e ambos valerão pouco, para não dizer nada.

A Anthropic já entendeu isso e está a desacelerar o desenvolvimento da IA. Creio que já vai tarde. Receio que é já inevitável que nos tornemos radicalmente inferiores à máquina naquilo que sempre foi distintivamente humano: a inteligência. E quando assim for, a medicina dentária deixará de ser medicina. ■

Célia Coutinho Alves

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

SUMÁRIO

n. 140 junho 2026

EDITORIAL

.....03

CRÓNICA

Pimenta na Língua
Dr. João Pimenta

.....04

TENDÊNCIAS | DIGITAL

My dental vision
TPD Helena Maia

.....06

CONVERSAS NA CADEIRA

Hugo Madeira: “A maior barreira à evolução do médico dentista é ele próprio”

.....08

ASSIM VÃO AS... SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Reprocessamento de dispositivos médicos: a segurança que começa antes do tratamento

.....12

ENTREVISTA | FORMAÇÃO

“Queremos formar profissionais capazes de preservar o dente natural com previsibilidade”



.....14

CLÍNICA

Impacto de instruções individualizadas de higiene oral a indivíduos com deficiência visual

Santos I., Quezada M., Araújo Mr., Bizarra F.

.....16

Estudo Retrospectivo de Necessidade Terapêutica em 1.ª

Consulta Médico-Dentária na ULS Santo António

José Frias-Bulhosa, DDS, MPH, PhD

.....17

GESTÃO

A Portaria 99/2024 e o prazo que não para

.....18

TENDÊNCIA | MARKETING

Um guarda-chuva para a sensatez dos dias comuns

.....20

NOTÍCIAS

.....21

PIMENTA NA LÍNGUA

PARA ALÉM DO VAPOR?

ESTERILIZAÇÃO POR PLASMA NA MEDICINA DENTÁRIA – MECANISMO, RELEVÂNCIA CLÍNICA E PERSPETIVA DE SUSTENTABILIDADE



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

A esterilização é a pedra angular do controlo de infeção na prática clínica dentária. Durante décadas, a esterilização a vapor através de autoclaves tem sido o método dominante devido à sua eficácia, acessibilidade e quadro regulamentar bem estabelecido. No entanto, a crescente complexidade dos instrumentos dentários, a utilização de materiais sensíveis ao calor e a ascensão da medicina dentária digital criaram novos desafios para os métodos convencionais de esterilização a alta temperatura.

A esterilização por plasma de peróxido de hidrogénio surgiu como uma tecnologia promissora a baixa temperatura. Nestes sistemas, o peróxido de hidrogénio vaporizado (VHP) funciona como o principal agente antimicrobiano responsável pela inativação microbiana. Durante o ciclo de esterilização, o vapor de peróxido de hidrogénio difunde-se por toda a câmara e penetra nas superfícies e lúmenes dos instrumentos. Através de reações oxidativas, gera radicais reativos que danificam as membranas microbiais, proteínas e ácidos nucleicos. A fase de plasma potencia a formação de radicais e facilita a decomposição do peróxido de hidrogénio residual em água e oxigénio.

Este artigo revê o mecanismo da esterilização por plasma de peróxido de hidrogénio, compara-o com a esterilização a vapor na medicina dentária e discute a sua relevância clínica e as vantagens de sustentabilidade na prática dentária moderna.

Introdução

A prevenção de infeções continua a ser uma das responsabilidades mais críticas nos cuidados de saúde dentária. Os instrumentos dentários entram frequentemente em contacto com sangue, saliva e tecidos orais, tornando a esterilização eficiente essencial para prevenir a contaminação cruzada e as infeções associadas aos cuidados de saúde.

A esterilização a vapor através de autoclaves é considerada, há muito tempo, o “padrão de ouro” nas clínicas dentárias. As autoclaves expõem os instrumentos a vapor saturado sob pressão, a temperaturas que variam tipicamente entre 121 °C e 134 °C. O calor húmido destrói eficazmente os microrganismos através da desnaturação de proteínas e da rutura das estruturas celulares.

Apesar da sua eficácia, a esterilização a vapor não é isenta de limitações. A medicina dentária moderna depende cada vez mais de materiais e tecnologias avançadas, tais como implantes dentários, instrumentos à base de polímeros, dispositivos de digitalização digital e ferramentas cirúrgicas complexas. Alguns destes materiais podem ser sensíveis à exposição repetida a temperaturas elevadas e à humidade.

Estes desenvolvimentos têm estimulado o interesse por tecnologias de esterilização alternativas, capazes de operar a temperaturas mais baixas, mantendo simultaneamente uma forte atividade antimicrobiana. A esterilização por plasma de peróxido de hidrogénio representa uma dessas tecnologias que tem ganho atenção nos últimos anos.



Mecanismo da Esterilização por Plasma de Peróxido de Hidrogénio

A atividade antimicrobiana da esterilização por plasma de peróxido de hidrogénio é atribuída principalmente ao peróxido de hidrogénio vaporizado (VHP).

No início do ciclo de esterilização, o peróxido de hidrogénio líquido é vaporizado e introduzido numa câmara de esterilização selada sob condições de vácuo. O vapor difunde-se por toda a câmara e penetra nas superfícies e lúmenes dos instrumentos dentários.

O vapor de peróxido de hidrogénio atua como um forte agente oxidante, capaz de interagir com as células microbiais. Ao entrar em contacto com os microrganismos, o peróxido de hidrogénio participa em reações oxidativas que geram espécies de radicais altamente reativos.

Estes radicais danificam estruturas celulares essenciais, incluindo:

- Membranas celulares microbiais
- Proteínas estruturais e enzimáticas
- Ácidos nucleicos, como o ADN e o ARN

A rutura oxidativa das membranas celulares provoca a fuga de conteúdos intracelulares, enquanto a oxidação das proteínas interfere com as vias metabólicas. Os danos no ADN impedem os processos de replicação e transcrição, levando, em última análise, à morte microbiana.

É importante notar que a maior parte da destruição microbiana ocorre durante a fase de difusão do peróxido de hidrogénio vaporizado. A fase de plasma é introduzida mais tarde no ciclo e serve principalmente para potenciar a geração de radicais e acelerar as reações químicas.

Outra função fundamental da fase de plasma é a decomposição do peróxido de hidrogénio residual. No final do ciclo, o peróxido de hidrogénio decompõe-se em vapor de água (H₂O) e oxigénio (O₂), não deixando resíduos tóxicos nos instrumentos esterilizados.

Esterilização por Plasma vs. Esterilização a Vapor na Prática Dentária

A esterilização a vapor continua a ser o método de esterilização mais utilizado nas clínicas dentárias em todo o mundo. As suas vantagens incluem o baixo custo, a elevada fiabilidade e uma forte validação regulamentar.

No entanto, a esterilização a vapor requer temperaturas elevadas e humidade, o que pode afetar certos materiais e instrumentos delicados. A exposição repetida ao vapor também pode acelerar a corrosão ou o desgaste mecânico em alguns dispositivos.

A esterilização por plasma de peróxido de hidrogénio opera a temperaturas significativamente mais baixas, tipicamente abaixo dos 50 °C. Isto torna-a particularmente adequada para instrumentos sensíveis ao calor e dispositivos dentários modernos que contenham polímeros ou componentes eletrónicos.

Outra vantagem da esterilização por plasma é a ausência de resíduos tóxicos. Dado que o peróxido de hidrogénio se decompõe em água e oxigénio no final do ciclo, os instrumentos esterilizados ficam livres de químicos nocivos.

Apesar disso, os sistemas de esterilização por plasma envolvem, normalmente, custos de equipamento mais elevados e podem exigir consumíveis especializados. Por este motivo, a esterilização por plasma é geralmente considerada uma tecnologia complementar, em vez de um substituto para a esterilização a vapor na prática dentária de rotina.

Perspetiva de Sustentabilidade e ASG

As instituições de saúde estão a considerar, cada vez mais, os critérios de Ambiente, Social e Governança (ASG) ao avaliar novas tecnologias.

Os processos de esterilização podem ter uma pegada ambiental significativa devido ao consumo de energia e à utilização de água. A esterilização a vapor requer uma energia substancial para gerar e manter o vapor a alta temperatura e também consome água durante o processo de esterilização.

A esterilização por plasma de peróxido de hidrogénio pode oferecer vantagens ambientais. Como os sistemas de plasma operam a temperaturas mais baixas e não exigem a geração contínua de vapor, podem reduzir o consumo global de energia. Além disso, o processo não depende de grandes volumes de água.



Outra vantagem de sustentabilidade é a ausência de resíduos químicos tóxicos. O peróxido de hidrogénio decompõe-se em água e oxigénio, tornando o processo de esterilização ambientalmente compatível.

Estas características podem tornar a esterilização por plasma atrativa para as unidades de saúde que procuram reduzir o impacto ambiental, mantendo, simultaneamente, elevados padrões de controlo de infeção.

Perspetivas Futuras

O futuro da esterilização dentária envolverá, provavelmente, uma combinação de tecnologias em vez de uma única solução universal. A esterilização a vapor continuará a ser essencial para os instrumentos dentários de rotina, devido à sua relação custo-eficácia e fiabilidade.

No entanto, as tecnologias de esterilização por plasma poderão tornar-se cada vez mais relevantes para aplicações especializadas que envolvam instrumentos sensíveis ao calor, dispositivos digitais e materiais dentários avançados.

À medida que as tecnologias dentárias continuam a evoluir e as considerações de sustentabilidade ganham maior destaque, a esterilização por plasma poderá desempenhar um papel crescente nas estratégias modernas de controlo de infeção dentária.

Conclusão

A esterilização por plasma de peróxido de hidrogénio representa um avanço importante na tecnologia de esterilização a baixa temperatura. Nestes sistemas, o peróxido de hidrogénio vaporizado atua como o principal agente antimicrobiano, sendo responsável pela inativação microbiana através de reações oxidativas.

O vapor de peróxido de hidrogénio difunde-se por toda a câmara de esterilização, gerando radicais que danificam as membranas microbiais, as proteínas e o ADN. A fase de plasma potencia estas reações e garante que o peróxido de hidrogénio residual se decompõe em água e oxigénio.

Embora a esterilização a vapor continue a ser o método dominante na medicina dentária, a esterilização por plasma oferece vantagens para materiais sensíveis ao calor e tecnologias dentárias avançadas. À medida que as considerações de sustentabilidade e a inovação tecnológica continuam a moldar as práticas de cuidados de saúde, a esterilização por plasma poderá tornar-se uma ferramenta complementar cada vez mais valiosa no controlo de infeção dentária. ■

Bibliografia

- | | |
|---|---|
| Rutala WA, Weber DJ. Disinfection and sterilization in healthcare facilities. Clin Microbiol Rev. | ISO 14937 Sterilization of healthcare products. |
| McDonnell G, Burke P. Disinfection: is it time to reconsider Spaulding? J Hosp Infect. | ISO 17665 Moist heat sterilization. |
| Block SS. Disinfection, Sterilization and Preservation. | European Centre for Disease Prevention and Control guidelines. |
| Kampf G. Antiseptic stewardship. J Hosp Infect. | CDC Sterilization guidelines for healthcare facilities. |
| Moisan M et al. Plasma sterilization methods. Plasma Processes Polym. | Gazeli K et al. Plasma sterilization technology in medical devices. |
| Laroussi M. Low-temperature plasma sterilization. IEEE Trans Plasma Sci. | Lerouge S, Simmons A. Sterilization of Biomaterials. |
| Fridman G et al. Applied plasma medicine. Plasma Process Polym. | Von Woedtke T et al. Plasma medicine applications. |
| Kramer A et al. Antimicrobial efficacy of plasma sterilization. GMS Hyg Infect Control. | ASTM standards for sterilization validation. |
| Chen C et al. Hydrogen peroxide plasma sterilization mechanisms. Appl Environ Microbiol. | World Health Organization infection control guidelines. |
| | McEvoy B et al. Hydrogen peroxide sterilization technology review. |
| | Fridman A. Plasma Chemistry. |

MY DENTAL VISION

QUANDO A TECNOLOGIA DEIXA DE SER VANTAGEM COMPETITIVA

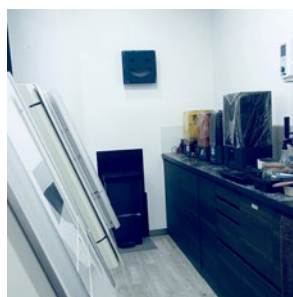


Helena Maia, MyDentalLab
TPD, Pós-Graduada em Gestão de Organizações de Saúde.

Durante anos, a tecnologia foi um dos principais fatores de diferenciação no nosso setor. Ter acesso a scanners intraorais, sistemas CAD/CAM, fresadoras ou impressoras 3D colocava alguns laboratórios vários passos à frente dos restantes. A inovação tecnológica era, por si só, uma vantagem competitiva. Hoje, porém, o cenário é diferente. A tecnologia deixou de ser um privilégio de poucos para se tornar a base de trabalho de muitos. As ferramentas democratizaram-se, o acesso generalizou-se e a distância tecnológica entre laboratórios diminuiu significativamente.

Quando todos têm acesso às mesmas ferramentas, surge uma questão inevitável:

O que diferencia verdadeiramente um laboratório de outro?



O Conhecimento Continua a Ser o Primeiro Filtro

Dois laboratórios podem ter exatamente o mesmo software, os mesmos equipamentos e até trabalhar com os mesmos materiais e, ainda assim, alcançar **resultados completamente diferentes**.

A razão é simples: a tecnologia executa, mas é o **conhecimento clínico, técnico e digital** que continua a **definir o resultado final**.

A forma como se interpreta um caso, como se planeia uma reabilitação, como se tomam decisões ao longo do processo e até como se antecipam problemas antes de estes surgirem continua a ser uma competência exclusivamente humana.

É aí que reside o **verdadeiro valor do técnico de prótese dentária**.

A tecnologia acelera processos, aumenta a previsibilidade e potencia a eficiência. Mas não substitui o discernimento, a experiência nem a capacidade crítica de quem está por detrás do ecrã.

Os Processos Deixaram De Ser Detalhe

Durante anos, as conversas sobre inovação nos laboratórios centraram-se nos equipamentos. Falava-se de scanners, software, fresadoras, impressoras e da capacidade tecnológica instalada.

Mas, cada vez mais, a **verdadeira diferença está em algo que não se vê**.

Está nos **fluxos internos** que garantem eficiência. Na **comunicação entre equipas**. Na validação rigorosa de cada etapa. Na **organização do trabalho**. Na capacidade de manter consistência, independentemente da complexidade do caso ou do volume de produção.

No final, o que cria valor não é a tecnologia disponível, mas a **capacidade de transformar em processos que funcionam todos os dias**.

A diferença não está no que têm, está na forma como trabalham.

A Comunicação Passou A Ser Uma Competência Técnica

A comunicação é hoje um dos pontos mais críticos do setor.

A **qualidade** de um trabalho **não começa no laboratório**, mas na forma **como o caso é comunicado**: na clareza da informação clínica, no alinhamento de expectativas e na capacidade de fazer as perguntas certas.

Um **técnico que interpreta bem a informação** e antecipa necessidades **acrescenta valor** antes mesmo de iniciar qualquer produção.

Por isso, a comunicação deixou de ser um elemento complementar, passou a ser parte integrante do processo técnico.



Se Todos Têm Tecnologia, O Que Sobra Para Diferenciar?

A verdadeira **diferença** já não está no que se compra, mas em **fatores qualitativos**: a **cultura da equipa**, a responsabilidade individual, a exigência interna, a atenção ao detalhe e a **vontade contínua de melhorar**.

Estamos numa fase em que a **tecnologia deixa de ser o ponto de chegada** e passa a ser **o ponto de partida**.

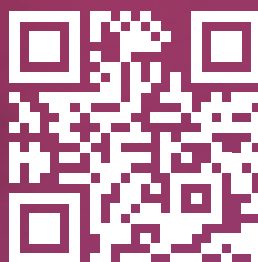
Porque quando todos têm acesso às mesmas ferramentas, a diferença deixa de estar na máquina, passa a estar na forma como se pensa e como se trabalha.

E talvez esta seja a **verdadeira mudança da próxima fase da prótese dentária**: não será sobre quem tem a melhor tecnologia, mas sobre quem sabe **transformá-la** melhor em **resultados consistentes, confiança clínica e previsibilidade**. ■

CIÊNCIA, SAÚDE, PESSOAS

CADA CASO É DIFERENTE,
CADA PACIENTE É ÚNICO

OS PROBLEMAS EXISTEM,
NÓS TEMOS A SOLUÇÃO



HUGO MADEIRA: “A MAIOR BARREIRA À EVOLUÇÃO DO MÉDICO DENTISTA É ELE PRÓPRIO”

Da estética à prevenção, da gestão clínica à saúde sistémica, Hugo Madeira defende uma medicina dentária mais integrada, menos centrada no tratamento pontual e mais próxima da vida, da saúde e dos hábitos de cada paciente.



Dr. Hugo Madeira, médico dentista.

Na terceira entrevista da rubrica Conversas na Cadeira, d'O Jornal Dentistry, o Dr. Hugo Madeira revisita um percurso com 20 anos de prática clínica, marcado pela criação de projetos fora da caixa, pela gestão de equipas e por uma visão cada vez mais sistémica da medicina dentária. Da primeira clínica no LX Factory ao crescimento para quatro pisos no edifício onde hoje trabalha, o médico dentista fala da importância de aceitar o caos, do papel da prevenção, da resistência à mudança e do desafio de ligar a boca ao corpo e à mente.

Como descreve o seu percurso na prática clínica, na inovação e na gestão? Que momentos foram decisivos na sua evolução como profissional?

Antes de mais, muito obrigado pelo convite e por esta introdução. Acho que há muita coisa para contar, para conversar e para lembrar destes 20 anos de médico dentista.

O sucesso, eu acredito, é ver o sorriso dos nossos pacientes e ver aquilo que acrescentamos todos os dias às pessoas que se sentam nesta cadeira, mas também às pessoas que se sentam na cadeira do médico dentista, das assistentes e

de todos os nossos colaboradores. Afinal, este teatro clínico dos nossos dias é muito benéfico, tanto para nós como para os pacientes. Acho que fazemos o bem e fazemos de uma forma muito bonita, evoluída, tecnológica e científica. Estamos juntos por um bem maior.

Falou em “teatro clínico”. Trabalham muitas vezes a partir do caos e procuram transformar esse caos em algo melhor?

Sem dúvida. Cada vez mais confio no caos e acho que o caos é obrigatório para criarmos. Imaginamos que queremos tudo perfeito, tudo correto, tudo *by the book*, mas, a certa altura, isso nunca acontece na vida real. Temos de aproveitar o caos para tornar as nossas escolhas ainda mais fortes e mais efetivas na medicina dentária e nas equipas. É como nas famílias: temos de aceitar que alguma coisa vai sair fora da norma e que nos vai testar.

Quando era mais jovem, claro que queria os sorrisos mais simétricos, o perfeito. Atualmente, já não gostamos disso. Ao longo da vida vamos entendendo que são as pequenas imperfeições que dão graça às situações e às pessoas, que dão personalidade. Olhamos para um sorriso e antigamente queríamos os dois laterais do mesmo tamanho, da mesma largura, do mesmo comprimento. Atualmente já não queremos isso. O perfeito, no final de contas, é chato.

“A maior barreira à evolução do médico dentista é ele próprio, quando não deixa entrar estas ferramentas onde deve”

Quais têm sido os maiores desafios de gerir projetos na área da estética e da medicina dentária em Portugal?

Diria que no mundo inteiro há sempre questões. Comecei nesta profissão há 20 anos, quando a medicina dentária não era aquilo que é hoje em Portugal. Lembro-me perfeitamente de ser um meio muito fechado, muito conservador, e eu quis tentar provocar um bocadinho.

Quis provocar, até porque foi a forma de crescer e também de ser notado. Naquela altura, os maiores *players* da medicina dentária tinham idade para serem meus pais. Eu era um miúdo. Abri a primeira clínica em Lisboa, no LX Factory. Era uma clínica completamente artística e fora da caixa, que me permitiu começar o meu caminho com uma personalidade e mostrar-me diferente dos outros dentistas.

Tentei dar um bocadinho mais de cor à profissão, porque sempre que falamos de medicina dentária, o próprio nome tem um carisma muito sério. Achamos que temos de estar sempre com as costas direitas, certinhos e direitinhos, mas, no final de contas, o bonito de cada profissão é podermos interpretá-la. Claro que, para isso, temos primeiro de saber quais são todas as regras, estudar todas as normativas e, depois, quando dominamos, podemos mostrar aquilo que somos e aquilo que sentimos. Mas sempre da forma mais profissional. Acho que foi isso que fiz ao longo da minha carreira. Primeiro formei-me, estudei, compreendi um bocadinho de tudo e também de negócio, porque não podemos dissociar as duas coisas.

Começou por ser médico dentista e gestor da sua própria clínica. Esse foi um desafio?

Foi um dos meus primeiros erros: gerir a minha própria clínica. Na altura não tínhamos qualquer tipo de formação nesse sentido. Depois de abrir a minha primeira clínica, a clínica funcionava, mas não como gostaríamos. Existiam diferentes conceitos de gestão e contabilidade que não dominávamos. Então fui estudar e saber mais sobre o tema.

Agora tem de se pagar impostos, tem de se pagar isto, tem de se pagar aquilo. Ou seja, não entendíamos nada disso, ninguém nos explicava. Então tive de me formar nesse sentido e fazer um curso de gestão de empresas.

Sempre tive um bocadinho de dentro e fora, tanto na área clínica como na formação, na ciência, no negócio e no marketing. Tentei perceber como é que tudo funciona e tudo se conjuga, porque é nesse equilíbrio que reside o sucesso do projeto.

Depois do LX Factory, viemos para este edifício onde estamos hoje e começámos por metade do primeiro piso, numa clínica com três gabinetes. Depois foi crescendo, crescendo, crescendo, e atualmente já temos quatro pisos deste edifício. Se olhar para estes anos todos, o mais importante para mim foi ter construído a equipa que tenho hoje. São os meus colegas, os meus colaboradores, os meus parceiros, os mentores, as pessoas que me acompanham nesta profissão. Não quer dizer que sejam apenas a equipa direta. São aqueles que tornaram tudo isto possível. São aquelas conversas, aquelas opções diárias.

Nem todos os projetos correm como planeado. Como olha para esses momentos?

Ainda bem. Temos de ter a capacidade de olhar para um projeto e entender que ele não está a funcionar, que não é rentável ou que não está a entregar aquele valor que deveria entregar no final.

A medicina dentária ainda tem muito por explorar. Temos muitos conceitos para testar e hoje sabemos que não é só tratar um dente, não é só aliviar uma dor. É estabelecer uma conexão com o paciente e, através da boca, conhecer o nosso paciente de uma forma mais profunda.

O que representa a HVMA Life dentro desse ecossistema clínico?

A HVMA Life vem fechar o triângulo do nosso ecossistema clínico. Temos a clínica de medicina dentária sistémica, a Clínica Hugo Madeira, depois temos a clínica de prevenção, a clínica GBT, que surgiu há cerca de um ano e meio, e temos



agora a HVMA Life, que vem ligar a boca ao corpo e à mente.

Falamos muito de integrar a medicina dentária e de juntar a medicina dentária com outras especialidades. Atualmente, todos os médicos dentistas falam disso. Falamos do impacto que uma descoordenação muscular pode ter na nossa saúde oral e vice-versa, das bactérias que temos na boca e do impacto que podem ter no intestino. Ou seja, falamos de uma forma muito mais abrangente, mas depois faltam-nos as ferramentas. Como é que vamos colocar isso em prática? Como é que vamos fazer isso acontecer?

“Não é só tratar um dente, não é só aliviar uma dor. É estabelecer uma conexão com o paciente”

Como médicos dentistas, queremos saber como está a saúde geral do nosso paciente. É óbvio que vamos melhorar o sorriso e a condição de saúde oral, e que isso terá um impacto positivo no resto. Mas como é que podemos medir isso? Como eu não tinha capacidade nem conhecimento para o fazer sozinho, fui criar uma equipa que me permitisse isso. É aí que surge a clínica HVMA Life, com médicos especializados noutras áreas, terapeutas e enfermeiros, que nos permitem tratar da saúde do nosso paciente como um todo e fechar o nosso triângulo.

Há algum episódio menos bem-sucedido que tenha marcado o seu percurso e contribuído para o seu crescimento?

Acho importante partilharmos esse lado mais negativo ou mais sombrio, porque todos nós o temos. Gostamos de falar só das coisas boas e de mostrar que os projetos são perfeitos, mas não são. Há sempre obstáculos.

As coisas mais negativas são as que nos fazem crescer mais e nos ensinam bastante, isso sem dúvida. Diria que há momentos difíceis e, quanto maior é o barco das empresas, mais complicado é. Há um grande esforço financeiro e mu-

ta responsabilidade. Temos mais de 100 colaboradores na empresa, e isso não é fácil.

Por vezes, isso obriga-nos a tomar decisões. Ter de despedir alguém sempre me custou bastante. Hoje vai-me custando cada vez menos, porque também vou entendendo que não é uma questão pessoal. Posso gostar muito daquele funcionário, daquele colaborador, mas se ele não funciona para a empresa, o bem da empresa é superior à minha ligação emocional.

Todas as questões empresariais que se têm sucedido e que estão presentes no meu dia a dia fazem-me crescer enquanto pessoa, enquanto a empresa também cresce. Crescemos juntos. Olho para a minha equipa como uma família, mas sinto que tenho de cuidar dela, e isso faz-me ter de tomar decisões difíceis.

Estamos a assistir a uma mudança de paradigma na medicina dentária, com mais prevenção, mais tecnologia e uma visão mais sistémica. Como vê a evolução da profissão nos próximos anos?

Acho que vamos ter coisas muito interessantes para contar daqui a dez anos. Vejo os próximos tempos com muitas coisas novas, muitas ferramentas que potenciam o nosso serviço e os nossos atos. Acredito que, antes de tudo, temos de nos adaptar a estas tecnologias. E vejo que a maior barreira à evolução do médico dentista é ele próprio, quando não deixa entrar estas ferramentas onde deve.

Há uma resistência à mudança típica dos seres humanos: “Eu sei fazer isto desta forma, aprendi assim, faço assim há tantos anos, porque é que vou mudar?” Vivemos isto há anos, quando apareceu o scanner intraoral e quando apareceram muitas outras coisas. Há uma curva grande de aprendizagem e de integração na sua utilização.

Estamos a dar passinhos todos os dias. Por exemplo, na parte da prevenção, o facto de podermos fazer testes de microbioma oral na consulta, de podermos analisar determinadas bactérias in loco, na cadeira do dentista, e 15 minutos depois dizer ao paciente que tem determinadas bactérias que contribuem para a sua doença periodontal e que estão

ligadas a outras doenças sistêmicas, permite-nos controlar melhor a saúde do paciente. Podemos fazê-lo com prebióticos, com probióticos, em vez de estarmos a dar grandes antibióticos. Podemos gerir a saúde do nosso paciente de uma forma muito mais próxima.

Essa aposta na prevenção também obriga a mudar a forma como clínicas, equipas e pacientes encaram a medicina dentária?

Sim, porque isso vai deixar um pouco de lado aquilo que são os grandes tratamentos e obriga-nos a apostar mais na prevenção. Existe a questão financeira. Muitas pessoas pensam que determinado tratamento dará uma rentabilidade maior e questionam porque devem apostar na prevenção. Acho que, na medicina dentária em geral, há aqui uma grande barreira. As pessoas têm de pensar nos pacientes, têm de se pôr no lugar dos pacientes e não podem pensar apenas nos seus negócios. A prevenção vai ser um negócio melhor, porque vamos manter o paciente para a vida inteira de uma melhor forma e vamos criar uma melhor ligação com ele.

Na nossa clínica de prevenção, a clínica GBT, estou há um ano a tentar criar um programa de membership, que permita aos pacientes virem mais vezes a consultas mais reduzidas, mas com maior frequência, melhor controlo da higiene oral, testes de microbioma, melhor educação e melhor acompanhamento. Mas sinto uma barreira muito grande da parte humana. As pessoas dizem: "O paciente está habituado a vir de seis em seis meses, porque é que vou mudar isto?" Ou até pode vir de quatro em quatro meses. Se as pessoas não nos permitem experimentar modelos novos e novos conceitos, não vamos conseguir chegar à prevenção que queremos.

“ Há uma ligação e há um cuidar que vai muito além da boca. Queremos mesmo tratar o paciente como um todo ”

Temos de trabalhar muito as nossas equipas para que depois elas possam fazer chegar aos pacientes aquilo que queremos. Diria que a parte humana é aquela que mais tem de ser trabalhada com toda esta evolução. No final, vamos ficar com mais tempo para estar com os nossos pacientes, com os nossos colegas e para pensar melhor nos nossos conceitos clínicos.

Acredito que nos próximos anos vão aparecer muitas novas variantes do que é fazer medicina dentária e cuidar dos sorrisos. Mas não é só cuidar dos sorrisos. É colocar o tratamento e a prevenção oral quase como uma manutenção, como ir ao ginásio ou a uma consulta de nutrição. Não é só tratar quando dói. Temos de prevenir muito antes de isso vir a acontecer.

Essa lógica também implica que a consulta possa abrir outros caminhos de acompanhamento do paciente?

Sim. Antes da nossa entrevista estive a fazer uma consulta de GBT. Faço de dois em dois meses uma consulta mais redu-



zida, mas prefiro ir mais vezes. Acho que é isso que queremos inculir nos nossos pacientes: podem visitar-nos quando quiserem e não têm de esperar seis meses para fazer uma consulta de higiene oral.

Uma visita ao dentista ou ao higienista oral pode desencadear muitos outros caminhos. Quando a pessoa vem aqui e diz que se sente em baixo, que está cansada e pergunta o que pode fazer, muitas vezes encaminhamos o paciente para a HVMA Life, onde podemos ter um médico ou um enfermeiro que o acompanhe e perceba o que pode estar a faltar. Pode fazer sentido algum tipo de suplementação, perceber se a pessoa está desgastada a nível físico ou emocional, se precisa de psicoterapia, de uma massagem ou de fisioterapia.

Há uma ligação e há um cuidar que vai muito além da boca. Queremos mesmo tratar o paciente como um todo e ajudar também a modular algumas das suas questões de estilo de vida. Até aquilo que pensamos, o que está na nossa cabeça, influencia muito aquilo que somos e o estado da nossa saúde.

Como gere o equilíbrio entre a prática clínica, os projetos e a vida pessoal?

Não tenho uma resposta cliché para dar. Tento ter rotinas muito bem definidas e faço duas coisas que para mim são fundamentais: dormir cedo e acordar muito cedo. Tenho as primeiras duas horas do dia para mim, para escrever, ler, treinar e meditar.

Às quatro e meia da manhã já estou acordado e, das quatro e meia às seis e meia ou sete horas, é o momento do dia em que me organizo. Tenho tempo para ter ideias, preparo aquilo que quero fazer durante o dia e as conversas que quero ter. Tenho esse tempo para mim, porque depois durante o dia não consigo. Ou estou com pacientes, ou estou em reuniões clínicas, ou estou nas reuniões da direção da empresa, e não há tempo para a criatividade.

Depois, à noite, janto cedo, vou para a cama cedo e não há vida social. Pelo menos durante a semana não há vida social. Ao fim de semana, sim, é para estar com a família e com os amigos e para me focar noutras coisas que não a medicina dentária.

Claro que, quando gostamos daquilo que fazemos, estamos sempre alerta e sempre a pensar em como podemos virar o mundo ao contrário. Mas acho que o equilíbrio reside aí: trabalho, não trabalho, amigos, família. Andar um bocadinho por aí. ■

[BILHETE DE IDENTIDADE]



Hugo Madeira

Formação académica: Médico Dentista, com 20 anos de experiência clínica e formação avançada nacional e internacional nas áreas da reabilitação oral, implantologia, estética dentária, oclusão e medicina dentária digital. Atualmente encontra-se a realizar o seu doutoramento, aprofundando a investigação na área da saúde oral e da sua relação com a saúde sistémica.

Anos de profissão: 20 anos

Função atual: CEO e Fundador da Clínica Hugo Madeira, da GBT Clinic by Hugo Madeira e da HVMA Life by Hugo Madeira. Médico Dentista e responsável pela visão clínica, científica e estratégica do grupo.

Número de colaboradores que gere: 115

Principais áreas clínicas de interesse: Reabilitação oral complexa, implantologia, medicina dentária sistémica, saúde oral e longevidade, microbioma oral, saliva como ferramenta de diagnóstico e prevenção, e o impacto da saúde oral na saúde global.

Livro(s) indispensável(is) na sua mesa:

Antifragile, de Nassim Nicholas Taleb, pela forma como desafia a pensar crescimento, adaptação e evolução em contextos de incerteza. Inner Engineering, de Sadhguru, pela reflexão sobre consciência, equilíbrio interior e desenvolvimento humano.

Um hábito diário que considera essencial: Reservar tempo para aprender, observar e questionar. A evolução clínica começa muitas vezes numa boa pergunta, antes de começar numa resposta.

Maior aprendizagem enquanto médico dentista: A maior aprendizagem destes 20 anos foi perceber que a boca nunca está isolada do resto do corpo. Quanto mais compreendemos as ligações entre saúde oral, inflamação, microbioma, sono, respiração e longevidade, mais percebemos que o futuro da medicina dentária passa por cuidar da pessoa e não apenas dos dentes.



Quanto vale 1% do IRS?

Para si, **nada.**

Para milhares de pessoas,
acesso a cuidados de saúde oral.

NIF 507 399 200

Ao consignar **1% do seu IRS** à Mundo A Sorrir, está a contribuir para a continuidade de projetos que promovem o acesso à saúde oral e a educação para a saúde junto de comunidades em situação de vulnerabilidade em Portugal e nos países lusófonos.



Acesso a cuidados de saúde oral



Educação para a saúde



Comunidades mais saudáveis e felizes



AINDA VAI A TEMPO DE FAZER A DIFERENÇA.

INDIQUE O NIF 507 399 200

NO MOMENTO DA ENTREGA DA SUA DECLARAÇÃO.



Um gesto simples.

Um impacto real na vida de quem mais precisa.



Saiba mais em:

www.mundoasorrir.org



/MundoASorrir



/mundo.a.sorrir



/mundo-a-sorrir

**JUNTOS, LEVAMOS
SAÚDE E SORRISOS
A MAIS PESSOAS.**

REPROCESSAMENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: A SEGURANÇA QUE COMEÇA ANTES DO TRATAMENTO

O reprocessamento de dispositivos médicos continua a ser uma área pouco visível, mas decisiva para a segurança do doente. A presidente da Associação Nacional de Esterilização defende mais formação, validação e harmonização de práticas.



Dra. Flora Moura Carvalho, Presidente da Associação Nacional de Esterilização

Há uma parte essencial da segurança em saúde que raramente é vista pelo doente. Antes de uma consulta, de uma cirurgia ou de um procedimento clínico, há dispositivos que precisam de ser limpos, inspecionados, embalados, esterilizados, rastreados e validados. Para Flora Moura Carvalho, presidente da Associação Nacional de Esterilização (ANES), este é um domínio técnico e cada vez mais exigente, que deixou de poder ser tratado como uma simples tarefa operacional.

Reprocessamento de dispositivos médicos: uma área invisível, mas determinante para a segurança do doente

O reprocessamento de dispositivos médicos continua a ser, para muitos profissionais e instituições, uma área pouco visível no quotidiano clínico. Contudo, trata-se de um processo absolutamente determinante para a segurança do doente, para a qualidade dos cuidados prestados e para a sustentabilidade das instituições de saúde.

A ANES tem vindo a assumir um papel ativo na promoção de boas práticas, formação e sensibilização nesta área, procurando aproximar profissionais, partilhar conhecimento e contribuir para uma maior harmonização técnica e normativa.

Hoje, mais do que nunca, o reprocessamento deixou de ser visto apenas como uma atividade operacional associada à “esterilização” para passar a ser reconhecido como um processo complexo, multidisciplinar e altamente diferenciado, que envolve limpeza, desinfeção, inspeção, embalagem, esterilização, acondicionamento, rastreabilidade, validação e controlo contínuo dos processos.

O desafio crescente da complexidade dos dispositivos médicos

A evolução tecnológica dos dispositivos médicos trouxe enormes ganhos para a prática clínica, mas introduziu igualmente novos desafios ao nível do reprocessamento. Dispositivos mais delicados, dispositivos canulados, sistemas articulados e materiais cada vez mais sofisticados exigem procedimentos rigorosos, formação contínua e conhecimento técnico especializado.

Na medicina dentária, esta realidade é particularmente evidente. A elevada rotatividade dos dispositivos, a rapidez dos procedimentos e a pressão assistencial diária obrigam a uma gestão muito exigente dos circuitos de reprocessamento. Dispositivos rotativos, contra ângulos e dispositivos de pequena dimensão requerem cuidados específicos de limpeza, secagem, lubrificação, embalagem e esterilização, nem sempre fáceis de implementar de forma uniforme.

Persistem ainda diferenças significativas entre instituições e contextos clínicos, quer ao nível das infraestruturas, quer ao nível da interpretação dos requisitos normativos aplicáveis.

“Hoje não basta esterilizar. É necessário demonstrar, de forma documentada e consistente, que todas as etapas do processo são eficazes”

A importância da validação e da evidência documental

Um dos maiores desafios atuais prende-se com a necessidade crescente de demonstrar evidência objetiva da eficácia dos processos implementados.

Hoje não basta esterilizar. É necessário demonstrar, de forma documentada e consistente, que todas as etapas do processo são eficazes e que os dispositivos médicos mantêm as condições de segurança e funcionalidade necessárias à sua utilização.

As novas tendências normativas e regulamentares reforçam a importância da validação dos processos, da monitorização contínua, da rastreabilidade, da qualificação dos equipamentos e da formação dos profissionais.

Existe ainda, em muitos contextos, a perceção de que o reprocessamento se limita ao funcionamento do esterilizador. Contudo, a segurança do processo depende de todas as etapas anteriores, nomeadamente da limpeza, da inspeção e da correta manipulação dos dispositivos médicos.

O papel da formação e da sensibilização

A formação contínua constitui um dos pilares fundamentais para garantir práticas seguras e sustentáveis.

A ANES tem vindo a desenvolver diversas iniciativas formativas dirigidas a profissionais de diferentes áreas da saúde, incluindo enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos e outros profissionais envolvidos no circuito do reprocessamento.

“ Existe ainda, em muitos contextos, a perceção de que o reprocessamento se limita ao funcionamento do esterilizador ”

Ao longo dos últimos anos, a associação promoveu webinars, seminários, ações de formação, partilha de documentos técnicos e espaços de reflexão sobre desafios emergentes na área da esterilização e reprocessamento de dispositivos médicos.

Estas iniciativas têm permitido não apenas atualizar conhecimentos, mas também promover uma cultura de segurança baseada na evidência científica e na melhoria contínua.

Os desafios que persistem

Apesar da evolução registada, continuam a existir dificuldades importantes no terreno.

Entre os principais desafios identificados destacam-se as limitações estruturais em algumas unidades, a falta de uniformização de práticas, as dificuldades na interpretação normativa, a insuficiência de formação específica, a necessidade de reforço da cultura de validação e o reconhecimento ainda limitado do impacto desta área na segurança do doente.

Importa igualmente valorizar os profissionais que trabalham diariamente no reprocessamento de dispositivos médicos, muitas vezes numa área pouco visível, mas essencial para o funcionamento seguro das instituições de saúde.

Uma visão para o futuro

A ANES acredita que o futuro do reprocessamento passa por uma maior integração entre profissionais, instituições, sociedades científicas e entidades reguladoras.

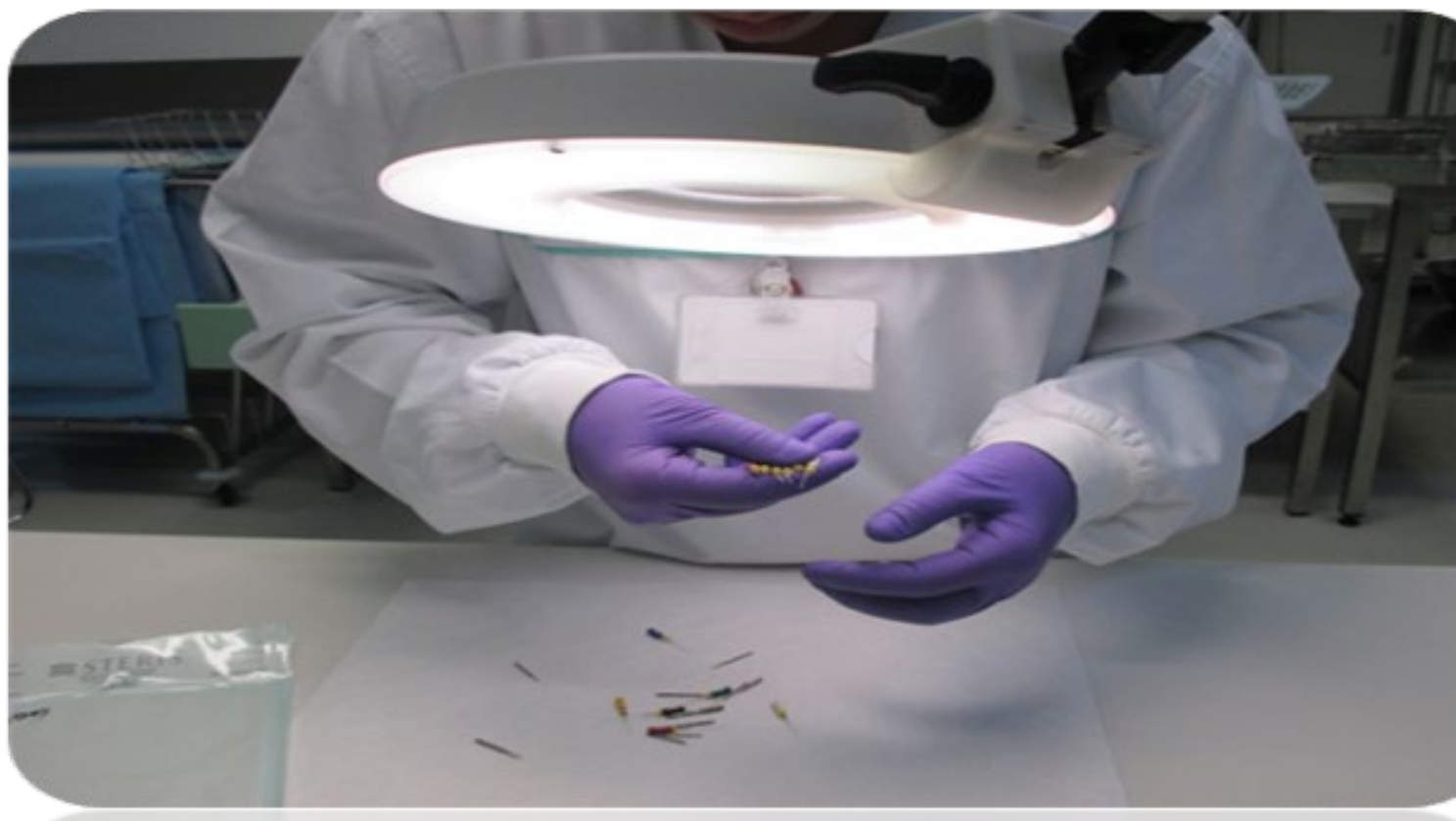
“ O reprocessamento de dispositivos médicos não deve ser visto apenas como uma exigência normativa, mas como um verdadeiro compromisso com a segurança ”

Será fundamental continuar a investir na formação, na harmonização de práticas, na produção de documentos orientadores, na valorização dos profissionais e na sensibilização das instituições para a importância estratégica desta área.

O reprocessamento de dispositivos médicos não deve ser visto apenas como uma exigência normativa, mas como um verdadeiro compromisso com a segurança, qualidade e dignidade dos cuidados de saúde.

Porque, muitas vezes, aquilo que permanece invisível aos olhos do doente é precisamente o que mais contribui para a sua segurança. ■

www.anes.pt



“QUEREMOS FORMAR PROFISSIONAIS CAPAZES DE PRESERVAR O DENTE NATURAL COM PREVISIBILIDADE”

Com apenas quatro alunos por edição, três anos de duração e um corpo docente residente de referência, a nova especialização em Endodontia da Egas Moniz School of Health & Science quer responder à evolução clínica e científica da área.



Dr. José Gouveia, Dr. Carlos Daniel Inácio Franco, Dr. Mário Jorge Rito Dias Pereira, Dr. João Albernaz Santos Coelho Neves, Dr. Tiago Filipe Rodrigues Dionisio e Dr. Sérgio Quaresma.

A Endodontia mudou profundamente na última década. O microscópio operatório, a tomografia computadorizada de feixe cónico, os materiais biocerâmicos e as novas filosofias de instrumentação abriram novas possibilidades para a preservação do dente natural, mas também aumentaram a exigência clínica. É neste contexto que a Egas Moniz School of Health & Science lança uma nova especialização em Endodontia, com turmas de apenas quatro alunos, duração de três anos, integração de investigação e um corpo docente residente de seis professores, complementado por convidados internacionais.

O *Jornal Dentistry* falou com o corpo de docentes para conhecer melhor esta nova especialização - Dr. Mário Jorge Rito Dias Pereira, Dr. Carlos Daniel Inácio Franco, Dr. João Albernaz Santos Coelho Neves, Dr. Tiago Filipe Rodrigues Dionisio, Dr. José Gouveia e Dr. Sérgio Quaresma.

O que motivou a criação desta especialização e que necessidade vem responder no panorama formativo atual?

A Endodontia é, provavelmente, uma das áreas da Medicina Dentária que mais evoluiu na última década. A generalização do microscópio operatório, da tomografia computadorizada de feixe cónico (CBCT), dos materiais biocerâmicos e das novas filosofias de instrumentação alterou profundamente aquilo que hoje é possível fazer pela preservação do dente natural.

Existe, porém, uma distância considerável entre as competências que a formação pré-graduada permite adquirir e o nível exigido para tratar com previsibilidade os casos verdadeiramente complexos: retratamentos, microcirurgia endodôntica, traumatologia dentária ou anatomias atípicas.

Esta especialização nasce precisamente para colmatar essa lacuna. Sentimos que o panorama formativo estava demasiado assente em cursos curtos e isolados, que dificilmente permitem consolidar competências de forma sustentada. A esta necessidade clínica junta-se, agora, uma necessidade estrutural e particularmente oportuna, que é a recente implementação, pela Ordem dos Médicos Dentistas, da especialidade de Endodontia, uma das três novas especialidades, a par da Prostodontia e da Saúde Pública Oral.

Quisemos, por isso, criar um percurso longitudinal, estruturado e baseado na evidência, construído desde o início sobre os critérios da Sociedade Europeia de Endodontologia (ESE) e que responda quer à procura por uma Medicina Dentária centrada na preservação do dente natural, quer ao novo quadro da especialidade em Portugal.

De que forma estruturaram o programa para responder a diferentes níveis de experiência clínica dos médicos dentistas?

O programa desenvolve-se ao longo de três anos, organizado em seis semestres, sempre numa lógica progressiva. Partimos dos fundamentos e construímos a partir daí até aos procedimentos mais diferenciados, como o retratamento não cirúrgico, a gestão de iatrogenias, a microcirurgia endodôntica, o planeamento digital e a regeneração pulpar.

Esta estrutura permite que tanto o colega em início de percurso como o que já tem prática encontrem valor: uns consolidam bases sólidas, outros reorganizam e atualizam conhecimento à luz da melhor evidência.

Para garantir que se trata de formação genuinamente pós-graduada, limitámos a uma fração mínima a sobreposição com os conteúdos do ensino pré-graduada. A par disso, a avaliação contínua, a discussão regular de casos e a tutoria

“Quisemos, por isso, criar um percurso longitudinal, estruturado e baseado na evidência, construído desde o início sobre os critérios da Sociedade Europeia de Endodontologia”

individual permitem adaptar o grau de exigência e de autonomia clínica a cada formando, assegurando que ninguém progride sem dominar a etapa anterior, qualquer que seja o ponto de partida.

O curso conta com um corpo docente residente de referência e convidados internacionais. Que mais-valia traz esta combinação para os alunos?

O corpo docente residente assegura a continuidade e a coerência pedagógica. São docentes que acompanham cada formando ao longo dos três anos, conhecem a sua evolução e garantem critérios consistentes de exigência e de mentoria. A própria organização do curso reflete essa proximidade, com o facto de se limitar a quatro alunos para um corpo docente de seis elementos.

Os convidados internacionais trazem a dimensão complementar: o contacto com diferentes escolas de pensamento, com técnicas de vanguarda e com referências mundiais da especialidade. Esta combinação dá ao aluno o melhor dos dois mundos: a solidez de um acompanhamento próximo e contínuo, com a abertura e a atualização permanente que só a exposição internacional proporciona.

Em que medida é que esta formação pretende posicionar-se como referência a nível nacional e/ou internacional?

A nossa âncora foi, desde o primeiro dia, o referencial europeu. O curso foi desenhado para cumprir, e, em vários aspetos, exceder, os critérios mínimos da ESE para a formação de especialistas em Endodontologia, que constituem o padrão de excelência reconhecido na Europa. É essa base que pretendemos que distinga os nossos formandos: não apenas excelentes clínicos, mas profissionais capazes de produzir e interpretar conhecimento, com uma formação comparável à dos melhores programas europeus.

“As turmas reduzidas traduzem-se naquilo que mais importa na formação clínica: tempo de cadeira e atenção individual”

A nível nacional, a oportunidade é evidente. Com a futura criação do colégio da especialidade de Endodontia na Ordem dos Médicos Dentistas, esta formação pretende responder àquilo que serão os critérios para a acreditação desse colégio.

A consolidação como referência far-se-á, em última análise, com resultados: a qualidade clínica dos formandos, a produção científica associada ao curso e a presença ativa em congressos e publicações nacionais e internacionais.

Que papel assume a duração de três anos na consolidação de competências diferenciadoras?

A duração de três anos não é arbitrária. É, simultaneamente, uma exigência e uma necessidade. É o mínimo estabelecido pela ESE para a formação de especialistas, cerca de 4500 horas, e é também o mínimo previsto no enquadramento de outras especialidades em Portugal. O nosso plano, com mais de 5000 horas de trabalho, das quais cerca de 3500 de contacto, mantém a distribuição recomendada entre atividade clínica, académica e de investigação.

Para lá dos números, há aprendizagens que só o tempo permite. O domínio do microscópio, a repetição deliberada de procedimentos e o contacto com uma casuística crescente em complexidade exigem maturação clínica que não

se comprime em meses. Acresce uma dimensão específica desta área: o sucesso de muitos tratamentos só pode ser avaliado a médio e longo prazo, através do acompanhamento da reparação ao longo de meses ou anos.

Os três anos permitem que o formando observe a evolução dos seus próprios casos, aprenda com esses resultados e, em paralelo, desenvolva e conclua um projeto de investigação sólido.

A formação aposta em turmas muito reduzidas. Que vantagens concretas traz este modelo e como é garantido, na prática, o acompanhamento personalizado ao longo dos três anos?

As turmas reduzidas traduzem-se naquilo que mais importa na formação clínica: tempo de cadeira e atenção individual. Com o rácio que adotámos, cada formando trata mais casos, recebe feedback imediato e direto e progride ao seu ritmo. Numa especialidade que depende do microscópio, em que cada posto de trabalho é exigente em recursos, este modelo é também o que permite garantir qualidade real, e não apenas observação à distância.

Na prática, o acompanhamento assenta em mecanismos bem definidos: todo o tratamento de pacientes é tutelado por docentes do curso; cada formando mantém um registo clínico detalhado da sua atividade; as sessões clínicas de planeamento e apresentação de casos repetem-se ao longo dos seis semestres; e a avaliação combina componente contínua e final.

Este sistema assegura que a evolução de cada aluno é continuamente monitorizada e ajustada, e que a progressão para procedimentos mais complexos ocorre apenas quando há evidência de preparação para tal.

A integração da investigação ao longo dos três anos é um dos pilares da formação. Como se concretiza esta componente?

A investigação está presente desde o primeiro semestre e cresce em profundidade ao longo do percurso. Há uma unidade curricular de projeto de investigação em cada um dos seis semestres, sustentada por formação em ética e integridade científica, bioestatística e epidemiologia, medicina dentária baseada na evidência e escrita científica.

A par disto, a unidade de revisão da literatura atual acompanha todos os semestres, funcionando como um fórum permanente de leitura crítica e discussão da evidência mais recente.

A exigência é concreta e mensurável. Ao longo do curso, cada formando deve publicar, no mínimo, um artigo numa revista com revisão por pares e fator de impacto, apresentar pelo menos um trabalho em congresso internacional e, em cada ano letivo, ser autor ou coautor de uma comunicação científica.

A ideia central é que o endodontista diferenciado não consome apenas a evidência: é capaz de a questionar e de a gerar.

Que tipo de projetos ou trabalhos são desenvolvidos pelos alunos?

Os trabalhos podem assumir natureza clínica, experimental ou de revisão sistemática, conforme o interesse de cada formando, e culminam numa dissertação ou artigo científico. A par destes projetos formais, os alunos desenvolvem, nas

sessões clínicas, a apresentação e o planeamento de casos, incluindo casos multidisciplinares desde o primeiro ano e em conjunto com as outras especialidades a decorrer, nomeadamente de Periodontologia e Ortodontia, e produzem comunicações e pósteres para reuniões científicas nacionais e internacionais.

Os temas refletem toda a amplitude da disciplina: do diagnóstico e da microbiologia ao prognóstico, da regeneração pulpar e das reabsorções radiculares às lesões endo-periodontais, da traumatologia dentária ao planeamento digital em Endodontia. É um leque que permite a cada aluno aprofundar a área que mais o motiva, sempre com o objetivo de chegar à publicação.

“A ideia central é que o endodontista diferenciado não consome apenas a evidência: é capaz de a questionar e de a gerar”

Que competências-chave diferenciam um profissional que conclui esta especialização?

Um profissional que conclui este percurso distingue-se pela capacidade de tratar com previsibilidade os casos que a maioria dos colegas refere ou considera não tratáveis. Destacá-riamos a destreza no trabalho sob ampliação microscópica, o rigor diagnóstico, o domínio da cirurgia endodôntica e dos retratamentos complexos, e uma sólida literacia científica que sustenta cada decisão.

Mas a competência mais diferenciadora é, talvez, a do julgamento clínico: saber quando e como preservar o dente natural, ponderando com critério as alternativas terapêuticas no melhor interesse do doente. É essa maturidade de decisão, situada num nível de proficiência claramente acima do que se espera da prática geral, que define um verdadeiro especialista.

Como perspetivam o futuro da Endodontia e o papel de formações como esta?

Perspetivamos um futuro orientado por três grandes tendências: a Endodontia minimamente invasiva e biológica, com destaque crescente para a regeneração e os materiais biocerâmicos; a integração de fluxos de trabalho digitais, do planeamento digital, já presente no nosso plano de estudos, à navegação guiada e, progressivamente, ao apoio da inteligência artificial no diagnóstico; e a consolidação definitiva do paradigma da preservação do dente natural face a alternativas mais invasivas.

Neste cenário, e num momento em que a Endodontia se afirma como especialidade reconhecida em Portugal, formações como esta assumem um papel decisivo. São elas que estruturam o caminho para a diferenciação, elevam o padrão de cuidado e garantem que estas tecnologias e filosofias chegam aos doentes pelas mãos de profissionais devidamente preparados e alinhados com os melhores padrões europeus.

Formar especialistas com este nível de exigência é, no fundo, investir no futuro da própria profissão. ■

<https://www.egasmoniz.com.pt/estudar/pos-graduacoes/pos-graduacao-de-especializacao-em-endodontia>



IMPACTO DE INSTRUÇÕES INDIVIDUALIZADAS DE HIGIENE ORAL A INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Introdução

A visão reduzida limita determinadas atividades diárias, como a higiene oral, favorecendo a acumulação de biofilme, o principal fator etiológico da cárie dentária e das doenças periodontais¹.

Estudos indicam que pessoas com deficiência visual necessitam de orientações adaptadas de acordo com o grau de incapacidade^{2,3}. Dessa forma, é necessário ajustar os métodos de ensino, recorrendo ao uso de materiais de apoio sensoriais e estratégias de instrução^{4,5}.

Objetivo

Avaliar a eficácia de instruções individualizadas de higiene oral na saúde gengival em pessoas com deficiência visual.

Materiais e Métodos

- Estudo experimental com 28 participantes com deficiência visual, selecionados por conveniência e distribuídos aleatoriamente em grupo experimental (instruções práticas, individualizadas e adaptadas às necessidades específicas de cada participante) e grupo de controlo (sem intervenção prática);
- Recolha de dados:
 - Questionário aplicado através da técnica de entrevista;
 - Avaliação clínica através de rastreios, incluindo o Índice Percentual de Hemorragia (IPH) e o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS);
 - Após 3 semanas foi feita a reavaliação dos índices.
- A análise de dados foi realizada com recurso ao IBM SPSS, versão 30. A significância estatística foi definida para $p \leq 0,05$ para variáveis paramétricas (Testes ANOVA e T-test) e não paramétricas (Testes Mann-Whitney e Kruskal Wallis).

Estratégia de intervenção

- Redução de barreiras percetivas
 - Exploração tátil prévia dos instrumentos;
- Adaptação sensorial;
- Orientação tátil guiada;
- Execução da técnica de Bass;
- Material Utilizado: Escova CS 5460 e Escovilhões CPS



Resultados e Discussão

Caracterização da Amostra

- Idade: Média de idade: 59,2 anos (DP=14,902).

Sexo: 57,1% 42,9%

Perceção do Estado Gengival

- Ausência autorreferida de dor ou desconforto gengival durante a escovagem

53,6%

- Ausência autorreferida de hemorragia gengival na escovagem e higiene interproximal

60,7%

As pessoas com deficiência visual apresentam dificuldades em detetar sinais clínicos precoces de doenças orais, uma vez que esses sinais são geralmente identificados por meio da visão⁶. A maioria (n=17; 60,7%) não tem perceção de hemorragia durante a escovagem e/ou na higiene dos espaços interproximais.

Comparação dos valores médios dos índices IPH e IHOS entre os grupos

- Após a intervenção, o grupo experimental apresentou uma redução dos valores médios em todos os índices, com diferenças estatisticamente significativas, em comparação com o grupo de controlo.

Grupo:	IPH				IHOS			
	Baseline ^a		2ª Avaliação ^b		Baseline ^a		2ª Avaliação ^a	
	Média	(p)	Média	(p)	Média	(p)	Média	(p)
Experimental	52,49%	0,79	27,38%	<0,001*	2,27	0,896	1,35	<0,001*
Controlo	53,95%		53,37%		2,25		2,24	

^aT-test. ^bTeste Mann-Whitney U; *Estatisticamente significativo

- A percentagem média de hemorragia registada na segunda avaliação manteve-se acima de 10%, o que ainda não corresponde aos critérios definidos na literatura para a classificação de saúde gengival⁶.

Conclusão

Este estudo demonstrou que intervenções individualizadas, com uma abordagem prática e adaptações sensoriais, promovem melhorias significativas na saúde gengival e nos comportamentos de higiene oral.

Os resultados reforçam a importância de estratégias personalizadas, adaptadas às limitações visuais e recomendam a implementação contínua, a fim de assegurar a eficácia sustentada ao longo do tempo. Evidencia-se que a persistência dos valores de hemorragia acima dos critérios de saúde gengival indica a necessidade de continuidade e reforço dessas intervenções nesta população. ■

Agradecimento

Agradecemos à **CURAPROX** pelo fornecimento do material utilizado neste estudo.

Detalhes do estudo e resultados clínicos:



¹Aluna da Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Portalegre;
²Professor (a) Instituto Politécnico Universitário de Portalegre, CARE – Centro de Investigação em Saúde e Ciências Sociais;
³Professora da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Referências Bibliográficas

- Liu L, Zhang Y, Wu W, He M, Lu Z, Zhang, Li Jian, Lei S, Guo S, Zhang Y, et al. Oral health status among visually impaired schoolchildren in Northeast China. BMC Oral Health. 2019;19(1):63. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0752-2>
- López M, Freitas M, Posse J, Vallejo G, Pintor R. Oral health status and dental care for individuals with visual impairment. A narrative review. Spec Care Dentist. 2023 Mar;43(2):221-31. <https://doi.org/10.1111/scd.12764>
- Mahoney E, Kumar N, Porter S. Effect of visual impairment upon oral health care: a review. Br Dent J. 2008; 204(2):63-7. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.2>
- Schembri A, Fiske J. The implications of visual impairment in an elderly population in recognizing oral disease and maintaining oral health. Spec Care Dentist. 2008;21(6):222-6. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2001.tb00258.x>
- Freitas G, Pinto T, Grellmann A, Dutra D, Kantorshki K, Moreira C. Effect of self-performed mechanical plaque control frequency on gingival inflammation revisited: a randomized clinical trial. J Clin Periodontol 2016;43(4):354-58. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12520>

José Frias-Bulhosa, DDS, MPH, PhD

ESTUDO RETROSPECTIVO DE NECESSIDADE TERAPÊUTICA EM 1.ª CONSULTA MÉDICO-DENTÁRIA NA ULS SANTO ANTÓNIO



A saúde oral deve ser considerada um direito Universal do Homem e intrínseca à saúde sistémica e bem-estar, impactando a qualidade de vida.

(Kapila, 2021) (Yu, 2024) (Quinn, 2026)



A compreensão das necessidades de tratamento em Saúde Oral é fundamental o delinear de estratégias com vista à adequada organização, na administração de recursos e planeamento de cuidados no âmbito da saúde pública oral.

(Frieden, 2014) (Gutiérrez, 2025) (Wongsin, 2025)

Segundo as *leges artis*, a 1.ª consulta deve servir para estabelecer o diagnóstico e perspetivar um plano de tratamento (Pantel, 2019), o que, no âmbito da medicina dentária dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), está devidamente balizado pela respetiva carteira de serviços. (CNSO, 2024)

A análise da prevalência e perfil das necessidades de tratamento contribuirá para compreender o volume de tratamentos e consultas nos domínios da medicina dentária dos CSP (Falco, 2026); alguns estudos (IM-BHCS, 2009)(Luo,2025) têm demonstrado que a caracterização destas necessidades, particularmente em populações com mais dificuldades no acesso a cuidados básicos de medicina dentária, absorve um elevado nº de recursos em consultas e prolongamento da duração desse processo terapêutico, agravado pela eventualidade de, ao longo desse processo, o plano poder necessitar de alterações pelo surgimento de outras necessidades ou agravamento das já diagnosticadas.

Objetivo

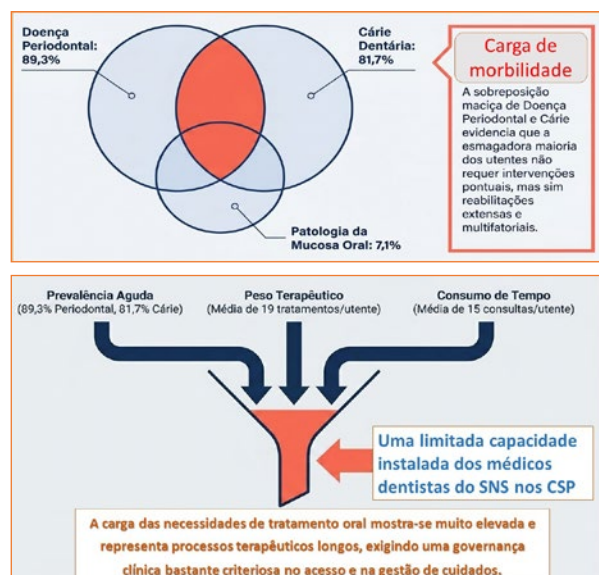
Este estudo pretendeu caracterizar as necessidades de tratamento médico-dentário diagnosticadas em utentes que recorreram a uma 1.ª consulta de Medicina Dentária do Centro de Saúde de Miguel Bombarda na ULS de Santo António durante o ano de 2025, para compreender o real volume de intervenções gerado por uma única referência de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Metodologia

O presente estudo retrospectivo baseou-se na análise de dados clínicos anonimizados, previamente aprovados por comissão de ética, incidindo sobre os utentes que recorreram à primeira consulta de Medicina Dentária nos CSP.

Resultados e Discussão

O universo de utentes incluídos correspondeu a um total de 352 indivíduos avaliados em 1.ª consulta no Centro de Saúde de Miguel Bombarda, verificando-se uma distribuição da amostra predominantemente composta por utentes do género feminino (52,6%).



Estes dados, mesmo carentes de validade externa, são indicativos do volume de tratamentos que os médicos dentistas têm que assegurar nos CSP do SNS.

O SNS enfrenta um desvio massivo entre o planeado e a prática, onde as necessidades clínicas excedem exponencialmente a previsão inicial de uma única referência, conduzindo a um prolongado percurso do utente de medicina dentária nos CSP.

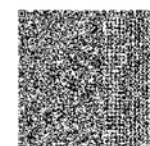


Conclusões

O volume de tratamentos é considerável e coerente com um historial de acumulação de patologia oral não tratada, mais típica de utentes do SNS, associada a dificuldades no acesso a cuidados básicos de saúde oral, por motivos heterogéneos.



O estabelecimento de critérios claros e definidos para acesso a consulta de medicina dentária nos CSP, permitirá priorização de casos, auxiliando os referenciadores primários (MGF) e os médicos dentistas numa melhor clinical governance, salvaguardando elevados padrões de cuidados. ■



¹Médico Dentista na URAP Porto-Occidental da ULS Santo António.

A PORTARIA 99/2024 E O PRAZO QUE NÃO PARA



Fig.1 - A questão não é se o prazo chega. É se a clínica chega preparada.

Em março de 2024, entrou em vigor a Portaria n.º 99/2024/1, que revogou designadamente a Portaria 268/2010 e redefiniu os requisitos mínimos de licenciamento, instalação, organização, funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das clínicas e consultórios dentários em Portugal. As unidades já licenciadas dispõem de um prazo de cinco anos para se adaptarem e requererem nova licença de funcionamento através do Portal de Licenciamento da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Nessa altura, cinco anos pareciam muito tempo. Passados mais de dois anos, o cenário é diferente: o prazo está a meio, as exigências são concretas e, em muitos casos, envolvem decisões que não se resolvem num fim de semana.

Este artigo não é uma lista de obrigações genéricas. É um enquadramento para perceber o que mudou e como abordar a adaptação de forma racional e sem ser avassalador.

O que mudou e porquê

A Portaria 99/2024/1, retificada em maio de 2024 e posteriormente alterada pelas Portarias 163/2025/1 e 331/2025/1, resulta de um processo que se arrastou duran-

te cerca de dez anos. O Decreto-Lei 127/2014 previa um prazo de 120 dias para a publicação das portarias setoriais. Esse prazo foi largamente ultrapassado, e apenas em 2022 foi constituído um grupo de trabalho envolvendo a ERS, a Direção Executiva do SNS e a ACSS, bem como representantes dos setores privado e social.

O resultado foi uma portaria que não é apenas uma atualização cosmética. Há mudanças estruturais com impacto direto nas clínicas em funcionamento, nomeadamente em três domínios principais:

- Organização e infraestrutura. Reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo
- Recursos humanos. Deveres da direção clínica, incluindo a regra de exclusividade e os deveres de supervisão
- Documentação. Documentação e registo, com prazos de conservação e requisitos de acessibilidade permanente

A portaria clarifica ainda o que é obrigatório, o que é facultativo e o que só é exigível consoante a configuração concreta de cada clínica – uma distinção com consequências práticas importantes para o planeamento da adaptação, já que não existe uma lista única aplicável a todas as unidades.

O que é diferente nesta portaria

Reprocessamento: a mudança com mais impacto operacional

A área do reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo foi profundamente reformulada. A portaria define com clareza três modalidades possíveis:

- utilização exclusiva de material descartável;
- recurso a entidade externa certificada (NP EN ISO 13485) ou unidade central de reprocessamento licenciada;
- reprocessamento em unidade interna, para as necessidades de um único serviço da unidade de saúde.

“A licença de funcionamento deixa de ser um ponto de chegada e passa a ser um estado a manter e a atualizar”

A escolha entre estas modalidades não é indiferente do ponto de vista das instalações exigidas. Clínicas que reprocessem internamente precisam de dispor de sala de descontaminação e sala limpa separadas por divisória integral até ao teto, com ligação por guiché ou por máquina de lavar de dupla porta. A portaria é clara: estes espaços são exigíveis

quando a unidade não utilize exclusivamente material descartável e não disponha de solução centralizada ou externa.

A validação da eficácia do processo de reprocessamento – em todas as fases – é também um requisito explícito, seja qual for a modalidade adotada. Isto inclui a validação do ciclo de esterilização, no caso da unidade interna, e a validação dos processos de lavagem, embalagem, selagem e esterilização, no caso de unidade central.

Este é frequentemente o ponto que exige a análise mais cuidadosa, porque a sua aplicação depende diretamente das práticas clínicas reais da unidade e as consequências de uma escolha inadequada acumulam-se ao longo do tempo.

Direção clínica: exclusividade e responsabilidades alargadas

Uma das alterações com mais impacto organizacional é a regra de exclusividade da direção clínica: cada profissional só pode exercer essa função numa clínica ou consultório dentário, com exceção dos consultórios onde apenas exerce um único profissional. Esta regra estava já implícita na exigência de presença física, mas agora é explícita.

A portaria define também os deveres do diretor clínico de forma mais detalhada do que a regulação anterior. Entre eles: zelar pela qualidade dos cuidados, garantir a formação contínua, aprovar os protocolos clínicos e técnicos, designar um substituto para ausências, e aprovar e divulgar o procedimento de emergência médica.

As clínicas em que o mesmo profissional acumula a direção clínica de mais do que uma unidade devem regularizar essa situação durante o período de adaptação, uma vez que cada diretor clínico só pode exercer essa função numa clínica ou consultório dentário – salvo no consultório onde trabalha um único profissional.

Documentação: o que tem de estar sempre acessível

A portaria distingue dois tipos de obrigações documentais:

- documentação que tem de estar em arquivo físico ou digital, acessível a todo o momento (artigo 8.º);
- documentos que têm de ser conservados durante pelo menos cinco anos (artigo 7.º).

Na primeira categoria incluem-se, entre outros: certidão do registo comercial ou código de acesso; relação nominal do pessoal com cópias de cédulas profissionais; memória descritiva e telas finais dos projetos; parecer favorável das medidas de autoproteção da ANEPC; relatório da última inspeção de segurança contra incêndios; e, quando aplicável, licença dos equipamentos de radiodiagnóstico dentário.

Na segunda categoria estão os resultados dos programas de garantia da qualidade, os contratos de gestão de resíduos, os registos de produção de resíduos hospitalares e os resultados das vistorias realizadas.

Esta distinção é relevante porque implica não apenas arquivar, mas manter sistemas de gestão que garantam que tudo está atualizado e localizado quando necessário.

Regulamento interno: um documento vivo, não uma formalidade

O regulamento interno deixa de ser um documento estático para se tornar um instrumento de gestão. A portaria específica que deve incluir, ou ter como acessório:

- lista e plano anual de manutenção preventiva das instalações, equipamentos e calibração de equipamento médico;
- plano anual de formação e avaliação dos colaboradores;
- procedimento de emergência médica.

Estes elementos têm de ser validados pelo diretor clínico. E têm de existir de facto, não apenas no papel.

“ Não basta adaptar a clínica, é preciso requerer formalmente esse reconhecimento e o processo não é automático ”

Equipamentos: o que passa a ser obrigatório

Na redação em vigor, o equipamento facultativo é apenas o que está expressamente identificado como tal; todo o restante é obrigatório, sem necessidade de menção expressa. Esta inversão – facultativo é a exceção, obrigatório é a regra – tem implicações práticas diretas.

Entre os equipamentos que passam a ser explicitamente obrigatórios em cada gabinete de consulta: cadeira de medicina dentária, equipamento de medicina dentária, equipamento para destarização, fotopolimerizador e aspirador de vácuo. Na clínica ou consultório, são obrigatórios: aparelho de raios X intraoral e protetores de raios X adequados. São facultativos o scanner intraoral e o aparelho de ortopantomografia/CBCT.

O prazo de cinco anos: como deve ser lido

O prazo de adaptação termina em março de 2029. Mas este não é um prazo que funciona como um interruptor: até lá está tudo bem, depois disso está tudo mal. É um prazo para um processo, e esse processo tem etapas que não podem ser comprimidas indefinidamente.

Algumas adaptações são documentais e podem ser feitas de forma rápida e progressiva. Outras envolvem decisões de investimento, obras, ou reorganização de espaços. Nomeadamente no que respeita ao reprocessamento que exigem planeamento, orçamento, contratação e licenciamento. Estas não se resolvem nos últimos meses do prazo.

Há ainda um lado burocrático a não esquecer: o Portal de Licenciamento da ERS tem os seus próprios prazos de res-

posta, e o pedido da nova licença – a que confirma que a clínica cumpre os novos requisitos – tem de ser feito dentro dos cinco anos. Não basta adaptar a clínica, é preciso requerer formalmente esse reconhecimento e o processo não é automático.

Em termos práticos, a lógica que tem funcionado melhor é:

- Identificar, para a realidade concreta da clínica, quais as exigências que são aplicáveis e quais não o são. Não existe uma lista única para todas as unidades.
- Classificar o que existe, o que falta e o que precisa de ser corrigido, por grau de criticidade.
- Distribuir no tempo as diferentes ações, começando pelas que têm impacto imediato na conformidade ou que exigem maior prazo de execução.
- Tomar decisões com base em análise técnica, evitando tanto a paralisia como o sobreinvestimento em adaptações que não são exigíveis para cada caso concreto.
- Validar periodicamente o estado de conformidade, para não chegar a 2029 com surpresas.

Este não é um percurso que se faz de uma vez. É uma gestão contínua que é, aliás, o que a portaria pressupõe.

A radiologia: um capítulo ainda por fechar

Um aspeto que merece atenção específica é o da radiologia. A portaria refere a licença de funcionamento dos equipamentos de radiodiagnóstico dentário como requisito de documentação quando aplicável. Mas a transferência da autoridade competente da Agência Portuguesa do Ambiente (APA) para a ERS neste domínio gerou dificuldades operacionais que ainda se mantêm em 2026.

“ O que a regulação passou a exigir não é apenas que as clínicas estejam certas – é que possam demonstrar que estão certas, em qualquer momento ”

Esta é uma área onde o acompanhamento técnico especializado é particularmente relevante, dado que a legislação associada ainda está parcialmente pendente de consolidação.

Da conformidade à gestão: a mudança de paradigma

Durante muitos anos, a forma como o Licenciamento para Funcionamento era percebido era binária: ou a clínica tinha licença ou não tinha. A obtenção da licença era o objetivo e, uma vez obtida, o processo ficava em segundo plano.

A Portaria 99/2024/1 assinala definitivamente o fim desta lógica. A licença de funcionamento deixa de ser um ponto



Fig.2 - Parece que foi ontem. Mas o prazo continua a contar.

de chegada e passa a ser um estado a manter e a atualizar. O regulamento interno é um plano anual. Os registos têm de estar acessíveis em permanência. A validação dos processos de reprocessamento é contínua. A manutenção preventiva é periódica.

Esta mudança de paradigma – de conformidade pontual para gestão contínua – não é nova noutros setores regulados. Na saúde, e na medicina dentária em particular, representa um salto qualitativo que exige ferramentas, processos e apoio especializado que a maioria das clínicas não tem internamente.

É precisamente para dar resposta a esta nova realidade que a MedSUPPORT desenvolveu a plataforma medsupport.clinic, uma ferramenta construída para que cada clínica acompanhe, de forma permanente e estruturada, o estado dos seus requisitos de conformidade: documentação organizada, alertas de prazos, registos atualizados e visibilidade contínua sobre o que está feito e o que falta fazer.

O que a regulação passou a exigir não é apenas que as clínicas estejam certas – é que possam demonstrar que estão certas, em qualquer momento, de forma estruturada e documentada.

Março de 2029 está a menos de três anos. O tempo certo para agir é agora. ■



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



UM GUARDA-CHUVA PARA A SENSATEZ DOS DIAS COMUNS

Assumir que equívocos acontecem e geram erros deveria ser a tônica de qualquer equipa de atendimento.



Ao longo do tempo, somos continuamente testados e pressionados a acertar, produzir e entregar resultados acima da expectativa. Ouvimos sempre a mesma recomendação: precisamos de superar as expectativas do paciente. Pode ser um objetivo. Mas transformá-lo em obrigação permanente é uma utopia.

“A maior parte dos nossos dias é feita de resultados bons e comuns. Os extraordinários existem, mas são menos frequentes do que gostaríamos de admitir”

A maior parte dos nossos dias é feita de resultados bons e comuns. Os extraordinários existem, mas são menos frequentes do que gostaríamos de admitir.

Talvez a maior dificuldade esteja justamente em aceitar isso. Reconhecer limites, compreender as particularidades de cada caso e admitir que nem sempre alcançaremos o excepcional exige humildade.

Não deveria haver crueldade nessa constatação. Muito menos frustração por convivemos com a realidade nua e crua.

O que não pode ser comum é o cuidado. O cuidado não aceita nível médio. Está fora de questão não oferecer o máximo de atenção, interesse e dedicação à pessoa que está à nossa frente.

Faremos tudo o que estiver ao nosso alcance para sermos melhores: estudar, atualizar conhecimentos, aperfeiçoar técnicas e investir na profissão. Ainda assim, o que verdadeira-

mente permanecerá na memória do paciente será a forma como ele se sentiu cuidado.

“A recompensa estará nessa percepção silenciosa, capaz de validar toda a dedicação investida”

A recompensa estará nessa percepção silenciosa, capaz de validar toda a dedicação investida. Os sorrisos mais bonitos continuarão a ser a extensão dos olhos que brilham de satisfação.

Desejo que esse brilho esteja presente em você, nos seus pacientes e em toda a sua equipa. ■

*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**



OMD prepara proposta para integrar saúde oral no Pacto Estratégico para a Saúde

O Conselho Diretivo da Ordem dos Médicos Dentistas está a preparar uma Proposta de Integração da Saúde Oral no Pacto para a Saúde 2026-2036, documento que será trabalhado no âmbito do convite dirigido à OMD pela Presidência da República para participar na reflexão sobre o futuro do setor da saúde.

O tema foi analisado na reunião mensal da direção, realizada online no dia 1 de junho, na qual foi discutida a participação da Ordem no processo de construção de um Pacto Estratégico para a Saúde. Segundo a OMD, esta reflexão surge num contexto em que a saúde é assumida como “uma das prioridades do mandato de António José Seguro, enquanto pilar essencial da coesão social”, com o objetivo de lançar “o debate para um compromisso alargado para a sustentabilidade e eficácia do setor”.

A reunião de trabalho destinada a recolher contributos e perspetivas para o documento está marcada para 25 de junho. Até lá, a direção da OMD está a preparar a sua proposta, centrada na integração da saúde oral no futuro pacto, com horizonte temporal até 2036.

Na mesma reunião, o bastonário Miguel Pavão fez também um ponto de situação sobre o “Cheque-Dentista Jovem”, uma medida que vinha a ser discutida com a secretária de Estado Adjunta e da Juventude e da Igualdade, Carla Rodrigues. A proposta previa a possível integração desta resposta no Programa Cuida-te, dirigido a jovens entre os 18 e os 30 anos, tendo a OMD apresentado contributos para o processo.

Apesar desse trabalho, a Secretaria de Estado decidiu não avançar, nesta fase, com a medida, invocando o “recente alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”. Miguel Pavão afirmou, ainda assim, que continuará a colocar o tema na agenda política e a defender a sua importância nos contactos institucionais futuros.

A direção abordou também as dificuldades reportadas por vários médicos dentistas no acesso à plataforma SISO. A Ordem questionou a Direção-Geral da Saúde e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, aguardando agora resposta das entidades competentes.

Outro ponto da reunião foi o balanço dos exames de acesso às especialidades de cirurgia oral, odontopediatria, ortodontia e periodontologia. Todos os candidatos admitidos foram aprovados. Com estes resultados, a ortodontia passa a contar com seis novos especialistas, a odontopediatria com mais uma especialista, enquanto a periodontologia e a cirurgia oral recebem três novos membros cada.



Sindicato dos Médicos Dentistas lança apoio psicológico gratuito para associados

O Sindicato dos Médicos Dentistas vai lançar, a partir de julho, um Gabinete de Apoio Psicológico destinado aos seus associados. A iniciativa pretende responder ao desgaste emocional identificado entre profissionais da medicina dentária e criar uma estrutura de apoio gratuita e confidencial.

Segundo o SMD, a profissão está associada a elevados níveis de stresse, exigência técnica e desgaste acumulado, fatores que podem ter impacto direto no bem-estar dos médicos dentistas. O novo gabinete surge, por isso, como uma resposta organizada a uma dimensão que o sindicato considera cada vez mais relevante no exercício profissional.

A estrutura disponibilizará acompanhamento, orientação e um espaço de escuta ativa para associados que necessitem de apoio psicológico. O funcionamento será gratuito e confidencial, com o objetivo de facilitar o acesso a ajuda especializada em momentos de maior pressão ou vulnerabilidade.

Para o sindicato, a saúde mental não deve continuar a ser encarada como um tabu, especialmente numa profissão centrada no cuidado e no bem-estar dos pacientes. A organização sublinha que a criação deste gabinete pretende garantir que nenhum médico dentista enfrente sozinho períodos de maior fragilidade.

A medida surge num contexto em que a discussão sobre saúde mental nas profissões de saúde tem vindo a ganhar maior visibilidade. Na medicina dentária, a exigência técnica, a responsabilidade clínica, a relação direta com o paciente, a gestão de horários prolongados e, em muitos casos, a acumulação de funções clínicas e empresariais contribuem para níveis de pressão que nem sempre são acompanhados por estruturas formais de suporte.

Com este gabinete, o SMD procura reforçar a sua intervenção junto da classe, indo além das áreas laborais e profissionais mais tradicionais. O apoio psicológico passa a integrar o conjunto de respostas disponibilizadas aos associados, num modelo que pretende ser acessível, discreto e orientado para as necessidades concretas dos médicos dentistas.

Os associados interessados em obter mais informações sobre o funcionamento do Gabinete de Apoio Psicológico, esclarecer dúvidas ou agendar consultas deverão contactar diretamente o Sindicato dos Médicos Dentistas.

Candidaturas abertas para prémios europeus de educação em saúde oral

Estão abertas as candidaturas para os Oral Health Professional Educators' Awards 2026, uma iniciativa promovida pela Association of Dental Education in Europe, pela European Dental Students' Association e pela Henry Schein. Os prémios distinguem instituições de ensino na área da saúde oral que se destaquem nas áreas da sustentabilidade ambiental e da responsabilidade social.

A parceria entre a ADEE, a EDSA e a Henry Schein teve início em 2023, com o objetivo de promover e reconhecer os esforços das faculdades de medicina dentária e de outras organizações no avanço da sustentabilidade ambiental. Em 2025, os prémios passaram também a valorizar a excelência social, através da distinção de iniciativas que contribuam para melhorar a equidade nos resultados em saúde e o acesso aos cuidados.

Na edição de 2026, os Oral Health Professional Educators' Awards voltam a centrar-se nestas duas dimensões. A iniciativa procura reconhecer exemplos de boas práticas e incentivar a integração de uma cultura de sustentabilidade ambiental e de responsabilidade social ao longo do percurso educativo em saúde oral.

O presidente da ADEE, Ivan Alajbeg, afirmou que a associação está novamente satisfeita por realizar estes prémios em parceria com a Henry Schein e a European Dental Students' Association. Segundo o responsável, as duas vertentes do programa representam “uma valiosa oportunidade” para que as instituições membros da ADEE demonstrem os seus esforços nestas áreas. A ADEE incentiva, por isso, todas as instituições associadas a ponderarem a apresentação de uma candidatura.

As candidaturas estão abertas até 30 de junho e destinam-se a instituições membros da ADEE.



Os prémios serão entregues numa gala integrada na Reunião Anual da ADEE de 2026, que decorrerá em Budapeste, na Hungria, entre 24 e 28 de agosto.

A iniciativa reflete a crescente importância atribuída à sustentabilidade e à responsabilidade social no ensino da medicina dentária e das profissões de saúde oral. Mais do que distinguir projetos isolados, o programa pretende dar visibilidade a práticas que possam inspirar outras instituições, contribuindo para uma formação mais alinhada com os desafios ambientais, sociais e de acesso aos cuidados de saúde.

As instituições interessadas podem consultar o website do prémio ou contactar a organização através do email administrator@adee.org.



Há um novo webinar sobre crescimento profissional e gestão de carreira

A Ordem dos Médicos Dentistas está a receber inscrições para o webinar socioprofissional “Estratégias para o crescimento profissional e gestão de carreira”, marcado para 16 de julho, às 21h. A sessão será conduzida pelo médico dentista Pedro Costa Monteiro e integra a oferta formativa do Centro de Formação Contínua da OMD.

O webinar pretende explorar estratégias práticas e ferramentas de aplicação imediata para médicos dentistas que procuram estruturar melhor o seu percurso profissional, reforçar o posicionamento no mercado e gerir a carreira de forma mais consciente.

Pedro Costa Monteiro, fundador e diretor do programa Flying with Aligners e Mestre na Especialidade de Ortodontia pela CESPU, será o responsável pela apresentação. A sessão abordará temas como definição de metas, plano de carreira, diferenciação profissional, liderança, comunicação de impacto, marketing pessoal, presença digital, networking estratégico, aprendizagem contínua e equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

A proposta formativa surge num contexto em que a carreira dos médicos dentistas é cada vez menos linear. A exigência clínica mantém-se central, mas o desenvolvimento profissional passa também pela capacidade de comunicar, liderar equipas, construir reputação, gerir escolhas formativas e adaptar-se a um mercado em transformação. A presença digital, a diferenciação e a gestão de objetivos tornaram-se dimensões relevantes para quem trabalha em clínica, integra equipas, lidera projetos ou procura construir um percurso mais autónomo.

O webinar dirige-se a médicos dentistas em diferentes fases da carreira, desde profissionais em início de atividade até clínicos que procuram redefinir objetivos, melhorar competências de gestão pessoal ou reforçar o seu posicionamento. A abordagem anunciada pela OMD privilegia ferramentas práticas e aplicáveis, procurando responder a desafios concretos do exercício profissional.

A sessão integra os webinars socioprofissionais promovidos pela Ordem e as inscrições já estão abertas. Os interessados podem realizar a inscrição através da página da OMD e consultar também o calendário completo do Centro de Formação Contínua.

Onde? Online

Quando? 16 de julho, às 21h

Mais informação: www.ombd.pt

Congresso da OMD regressa a Lisboa em novembro



A Ordem dos Médicos Dentistas vai realizar o 35.º Congresso da classe entre os dias 19 e 21 de novembro, na FIL, em Lisboa. O evento regressa à capital e volta a instalar-se na Feira Internacional de Lisboa, espaço que reúne as condições necessárias para acolher o maior encontro da medicina dentária portuguesa.

A edição deste ano deverá juntar mais de 8000 participantes, mais de 100 conferencistas, mais de 250 sessões e mais de 300 marcas, num programa dirigido a médicos dentistas, gestores e proprietários de clínicas dentárias, estudantes, investigadores e profissionais da indústria.

O congresso pretende proporcionar três dias de conhecimento, partilha e contacto com a evolução científica, clínica e tecnológica da medicina dentária. A programação inclui conferências, sessões científicas, iniciativas paralelas e a Expodentária Portugal, que volta a funcionar como espaço de ligação entre profissionais, empresas e marcas do setor.

A escolha da FIL mantém a aposta num espaço com dimensão e localização adequadas para um evento desta escala. A Feira Internacional de Lisboa tem sido uma aposta consolidada para acolher o congresso e a Expodentária, pela funcionalidade do recinto e pela capacidade de resposta às necessidades de participantes, parceiros e expositores.

As inscrições já se encontram abertas, com modalidades distintas para médicos dentistas com inscrição em vigor na OMD, médicos dentistas seniores e estudantes de medicina dentária em Portugal. A categoria de estudante é exclusiva para alunos de medicina dentária em instituições portuguesas e não se aplica a estudantes em formação pós-graduada.

Além da componente científica, o congresso assume também relevância institucional e profissional, ao reunir num mesmo espaço diferentes gerações de médicos dentistas, representantes da academia, clínicos, estudantes, investigadores, gestores de clínicas e empresas ligadas ao setor. A dimensão do evento reforça o seu papel como ponto de encontro anual da medicina dentária em Portugal.

Onde? FIL, Lisboa

Quando? 19, 20 e 21 de novembro

Mais informação: www.ombd.pt/congresso/2026

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, Santos I., Quezada M., Araújo Mr., Bizarra F., José Frias-Bulhosa

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 nº: 368072/13

Registo na ERC com o nº 126 958, de 01/03/2017

Estatuto editorial: Disponível em www.jornaldentistry.pt

Serviço de assinantes: E-mail: assinantes@medianext.pt

Se é 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 explares - Periodicidade mensal (11 edições)



ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA
DE IMPRENSA

siga-nos nas redes sociais



O JornalDentistry

Para profissionais de medicina dentária

siga-nos
nas redes sociais



Ofertas

ATÉ 31 DE AGOSTO DE 2026

get it

Surgic Pro2

MICROMOTOR CIRÚRGICO PARA IMPLANTOLOGIA

BEST PROMO

Surgic Pro2**
+ SG20

3.099€*
6.610€*



Surgic Pro2 LED**
+ X-SG20L

4.099€*
8.878€*



** 1 contra ângulo de série + 1 contra ângulo adicional do mesmo modelo

BEST PROMO OSSEO 100+

Surgic Pro2**
+ SG20
+ Osseo 100+

4.559€*
10.428€*



Surgic Pro2 LED**
+ X-SG20L
+ Osseo 100+

5.559€*
12.696€*



** 1 contra ângulo de série + 1 contra ângulo adicional do mesmo modelo + 1 Osseo 100+

* Os preços não incluem IVA. Ofertas limitadas até 31 de agosto de 2026 ou até esgotar o stock existente.