

REABILITAÇÃO ORAL, CONFLUÊNCIA DE SABERES

Devolver forma e função a quem perdeu a capacidade de mastigar e sorrir faz da reabilitação oral uma das áreas da medicina dentária mais intimamente relacionadas não apenas com a autoestima, mas principalmente com a qualidade de vida dos pacientes. É, também, o epítome da multidisciplinaridade por excelência. Doze médicos dentistas com prática em reabilitação oral falam sobre a evolução, boas práticas e desafios desta disciplina

1. O que o levou a enveredar pela área da reabilitação oral? Também pratica implantologia/integra equipas multidisciplinares?
2. Como tem evoluído a área da reabilitação oral e como deverá continuar a evoluir nos próximos 10 anos a 12 anos?
3. Qual a sua filosofia de tratamento? Pratica uma reabilitação mais conservadora ou menos conservadora?
4. Como escolhe o tipo de tratamento (mais ou menos conservador) a realizar nos pacientes?
5. Quais as técnicas/biomateriais e instrumentos tecnológicos que destacaria para esta área?



Prof. Doutora Ana Mano Azul

Médica Dentista licenciada pela FMDUL; Doutoramento Europeu pela Universidade de Valência; Professora Regente de Dentisteria Operatória, Endodontia e Medicina Dentária Conservadora no Instituto Universitário

Egas Moniz; Coordenadora da Pós-Graduação em Endodontia Clínica Internacional do Instituto Universitário Egas Moniz; presidente do Conselho Fiscal da OMD.

1. O que me levou a enveredar pela área da reabilitação oral foi a possibilidade de devolver aos pacientes as suas funções mastigatória e estética, melhorando a sua qualidade de vida no âmbito físico e psicológico. Faço reabilitação oral de doentes com implantes e, sim, integro uma equipa multidisciplinar com várias áreas de intervenção, como a implantologia, a cirurgia, a medicina oral, a endodontia, a ortodontia, a terapia da fala, a odontopediatria e a periodontologia.

2. A área da reabilitação oral tem evoluído numa perspetiva minimamente invasiva, graças às técnicas adesivas mais desenvolvidas, e também numa perspetiva de *workflow* digital de modo integrado.

3. Pratico uma reabilitação sem dúvida mais conservadora e é essa a filosofia que também tento transmitir aos meus alunos.

4. Numa perspetiva de plano de tratamento reabilitador, cada doente é um caso, e como tal o fio condutor do tratamento a implementar deve ser concordante com o que é mais correto para a situação clínica diagnosticada. No entanto, existem fatores aos quais não podemos estar alheios, tais como as expectativas do paciente e a sua capacidade económica.

5. Destacaria o uso de instrumentos tecnológicos que permitem atuar num *workflow* digital integrado e com materiais biomiméticos facilmente reparáveis.



Dra. Angelina Mota

Licenciada em Medicina Dentária 2002 -FMDUP; Mestre em Reabilitação Oral 2006- FMDUP; Pós-graduada em implantologia 2008- Porto / Berna; Docente do curso de Higiene Oral do ISAVE- 2004-2005; Docente da FMDUP 2007-2008; Prática clínica exclusiva na

área da Reabilitação Oral

1. Sempre gostei desta área da medicina dentária. No entanto, poderia ser politicamente correta e dizer que a reabilitação oral foi desde sempre a minha primeira escolha, mas na verdade não foi. Curiosamente, durante a minha licenciatura era a "menina da ortodontia", mas nunca cheguei a fazer nenhuma formação nesta área. As necessidades e o perfil dos utentes da minha primeira clínica fizeram-me enveredar pela área da reabilitação oral. Na altura, a maioria dos meus pacientes eram idosos e desdentados, por isso pareceu-me adequado fazer uma formação em reabilitação oral para suplantar as suas exigências. Decidi ingressar no mestrado de reabilitação oral da FMDUP e apaixonei-me por completo! Forneceu-me muito boas bases para alicerçar todas as outras formações que fui fazendo, inclusive as pós-graduações na área da implantologia. Há 12 anos que trabalho apenas em ambiente multidisciplinar, com prática exclusiva de reabilitação oral, sendo que nos últimos anos estou dedicada, sobretudo, à implantologia.

2. A reabilitação oral tem vindo a enveredar cada vez mais por tratamentos conservadores, técnicas cada vez menos invasivas e sempre com uma forte integração biológica. Tem evoluído no sentido da conservação da dentição. No entanto, a esperança média de vida também tem vindo a aumentar, logo haverá sempre peças dentárias para substituir. A preocupação com a estética dentária também tem crescido e, nesse sentido, penso que haverá uma contínua evolução dos tratamentos estéticos.

3. Sempre que possível tento praticar uma reabilitação conservadora, mas não sou extremista. Tudo tem que ter

um enquadramento clínico individual. Na minha perspetiva, o médico dentista deve estar munido de vastos conhecimentos, para poder conseguir executar os mais variados tipos de técnicas. Só assim conseguirá traçar o melhor plano de tratamento para cada indivíduo e **nunca aplicar uma única técnica a todos os pacientes, só porque se domina essa técnica.**

4. Individualmente. Tento enquadrá-lo sempre com as condicionantes do doente: a higiene, a motivação, o estilo de vida, a idade, o estado de saúde geral, os hábitos, as condições gerais da cavidade oral, entre inúmeros outros fatores.

5. Destacaria talvez as técnicas de cimentação adesiva, os scanners intraorais e o planeamento digital, que vieram contribuir para uma melhoria da qualidade e previsibilidade do tratamento reabilitador.



Dr. Cesaltino Remédios

Pós-graduado em ortodontia pela CEOSA - Madrid - Espanha; Master em implantologia pela universidade de Berna - Suíça; Master em Ciências Dentárias Avançadas - Implantologia - Pela Universidade de Krems - Viena de Áustria - Áustria; Acreditação em cirurgia oral avançada

- implantes zigomáticos - pelo INEPO (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Odontológicas) - S. Paulo - Brasil; Diretor Clínico da Remi-clínica - Fátima; Diretor clínico do departamento de medicina Dentária do centro Hospitalar N.º. Sr.ª. Da Conceição - Batalha; Prática Exclusiva de Implantologia e Prostodontia; Especialista em cirurgia oral pela ordem dos médicos dentistas; Orador em palestras nacionais e internacionais.

1. Como especialista em cirurgia oral, faz parte integrante do meu dia-a-dia a implantologia. A reabilitação oral é uma área que, na minha opinião, faz parte integrante de quem coloca implantes. Mesmo porque a reabilitação oral sai sempre aprimorada quando, quem coloca o(s) implante(s), consegue pré-visualizar o conjunto do(s) implante(s) a colocar no âmbito da reabilitação do paciente, na fase final. Foi esta relação entre o *outcome* final da reabilitação e um correto planeamento e execução da cirurgia, em função desse nosso objetivo, que me tem levado a ver a reabilitação oral como parte integrante e complementar de um todo (implante e prótese fixa).

2. Cada vez mais o uso da tecnologia e planeamento reverso é o caminho mais assertivo. Saber que dente ou que dentes estão para ser colocados numa arcada dentária, o formato, o zénit, o eixo axial, tudo planeado cada vez mais recorrendo ao uso de software digital 3D, em que se estuda a posição ideal do(s) dente(s), e qual a posição ideal do(s) implante(s), para aquele planeamento, recorrendo ao uso de guias cirúrgicas, que é o planeamento reverso.

3. As filosofias estão muito relacionadas com a escolha, em função de cada doente. **Importa saber avaliar bem a condição periodontal, a idade do paciente, outros fatores clínicos inerentes a cada dente, higiene oral e motivação e/ou capacitação para a motivação de higiene oral.** Tentar perceber a possível taxa de sucesso de recuperação de dentes *versus* a perda provável desses mesmos dentes a médio ou curto prazo. Em termos genéricos, a medicina dentária evoluiu e continuará a evoluir no sentido do mais conservador possível, na minha opinião.

4. A escolha do tipo de tratamento é uma aquisição por vezes complexa de determinar. Entram muitos fatores nessa equação: a saúde geral/saúde oral do paciente (condição dos dentes ainda existente), idade; suas expectativas; condição socioeconómica; reabilitação fixa *versus* removível.

5. Hoje em dia, faz parte do nosso dia-a-dia o uso na clínica do CBCT. A aquisição de imagens em 3D, para um planeamento assertivo, é fundamental. Permite ainda o uso para exportação dos ficheiros em formato STL para a confecção de guias cirúrgicas que se enquadram no planeamento reverso cada vez mais a ter em conta. **A impressão 3D é outra ferramenta ao nosso dispor hoje em dia,** com mais-valia séria, para a execução de guias cirúrgicas.



Dr. Couto Viana

Médico Dentista, Licenciado pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, 1993; Pós-Graduado em Reabilitação Oral pelo I.S.C.S. - Norte, Porto, Portugal, 1995; Assistente de Prótese Fixa na Licenciatura de Medicina Dentária do I.S.C.S. - Norte, 1995-1999;

Voluntário no apoio à docência da Disciplina de Prótese Fixa da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, 2002-2005; Diretor do Curso Integral de Prótese Fixa III (International Team for Implantology) do Centro de Estudos de Medicina Dentária do Amial; Membro da Comissão Científica do Curso Integrado de Implantologia ITI (International Team for Implantology), Porto, Portugal; Ex-membro do Conselho Diretivo da Ordem dos Médicos Dentistas; Autor do Livro "Prótese sobre Implantes"; Autor de várias conferências Nacionais e Internacionais na área da Prótese Fixa sobre Dentes e Implantes; ITI (International Team for Implantology) Fellow até 2013

1. O que me levou a enveredar pela área da reabilitação oral foi a vontade de dominar a magia mais forte e criativa da arte dentária. Pratico implantologia, porque não se pode estar na reabilitação oral sem a implantologia. Também crio e coordeno equipas de acordo com as necessidades terapêuticas do paciente.

2. A tecnologia digital tem marcado a evolução nesta área, mas no futuro vamos sentir um enorme impulso evolutivo com a bioengenharia. Uma área do saber altamente tecnológica, multidisciplinar e integradora. Em 2030, creio que esta área estará, certamente, mais na mão do "rato" do que na mão da turbina, mas continuará a ser melhor nas mãos de uma cabeça inteligente e criativa.

3. Sou um perfeccionista metódico que gosta de inovar, é também assim o trabalho que faço. Sou o que faço e faço como sou. Uma filosofia que me compromete profundamente desde que me tornei médico dentista. A minha prática é sempre o mais conservadora possível. A medicina dentária é uma ciência médica e como tal a terapêutica deverá ser sempre a menos invasiva. Infelizmente, existem pacientes

com problemas muito agressivos e quanto maior o problema maior o grau de intervenção necessário à sua resolução.

4. Escolho sempre o tipo de tratamento em conjunto com o paciente. **Devo ser capaz de propor tratamentos biologicamente compatíveis, conservadores, simples de executar, duráveis e esteticamente agradáveis.** Após esclarecimento exaustivo, o paciente faz conscientemente a sua escolha e o plano de tratamento passa a ser um objetivo comum.

5. Planificação virtual, cirurgia guiada simplificada, guias cirúrgicas impressas no consultório, magnificação visual e formação à distância.



Dra. Diana Ribeiro

Médica Dentista licenciada pela FMDUP em 2001; Especialista Universitária em Implantologia Oral pela Universidade de Santiago de Compostela; Especialista em Cirurgia Oral pela OMD; Autora de vários trabalhos em Congressos e Reuniões Científicas; Prática Clínica exclusiva em Cirurgia, Implantologia e Reabilitação Oral.

gia, Implantologia e Reabilitação Oral.

1. A reabilitação oral é, na minha opinião, a área mais desafiante da medicina dentária. A capacidade de devolver a estética, a função mastigatória e, principalmente, a autoestima a um paciente edêntulo, é sem dúvida muito aliciante. O facto de ser implantologista e especialista em cirurgia oral facilita em muito o planeamento da reabilitação. **A regeneração dos tecidos orais e a respetiva reabilitação da zona envolve uma íntima interação da prostodontia com a cirurgia oral.** Tento sempre abordar diversas alternativas clínicas, com vantagens e desvantagens, nomeadamente a implantologia guiada pela prótese, técnicas regenerativas, osteointegração aliada à estética, novas superfícies de implantes e novos meios de diagnóstico.

2. A implantologia praticada hoje em dia resulta de uma contínua evolução baseada no conhecimento clínico e científico. As opções de reabilitação, nomeadamente a escolha de novos materiais, atrelada a novos conceitos biomecânicos e biomiméticos, têm vindo continuamente a surgir. É sempre importante haver um planeamento multidisciplinar, onde se preveem todos os parâmetros, de forma a otimizar o resultado final e a minimizar os erros e os fracassos. Creio que em 2030 a taxa de sucesso de reabilitações fixas implanto-suportadas rondará muito perto dos 100%.

3. A minha filosofia de tratamento é sempre conservadora. Embora a reabilitação implanto-suportada seja hoje uma possibilidade terapêutica com uma elevada taxa de sucesso e sobrevivência, existem ainda algumas restrições estéticas quando comparadas à reabilitação em dentes naturais. A implantologia veio permitir uma reabilitação fixa da região desdentada, aumentando o conforto do paciente, mas existem sempre limitações ao nível da técnica, nomeadamente a recriação de contornos ósseos e gengivais. A extração de dentes provoca uma remodelação óssea que se traduz numa perda de contorno ósseo vestibular. Este fenómeno fisiológico não é possível de ser travado por um implante. Este assunto torna-se especialmente importante quando se trata de reabilitar a zona estética.

4. Sempre que possível, tento ser conservadora na escolha do tipo de tratamento, até porque, sob a perspetiva

da oclusão, a presença de dentes naturais permite que o ligamento periodontal dos respetivos dentes ofereça uma correta proteção em movimentos excêntricos, assim como a manutenção das aferências proprioceptivas resulta numa informação detalhada e precisa quanto ao movimento mandibular. Numa análise prostodôntica preliminar, antevejo o resultado final da reabilitação, projetando em modelos e imagens a situação mais desejável para o paciente. A aprovação laboratorial e fotográfica é essencial para estudar as melhores soluções para atingir o objetivo proposto. Depois de tudo analisado e discutido, decido com o paciente se a reabilitação será feita ou não com implantes dentários.

5. Nesta área destaco sempre a importância da regeneração óssea e tecidual, assim como a seleção do implante na reabilitação proposta. O conhecimento das diversas técnicas de regeneração é essencial, principalmente na correção dos defeitos ósseos horizontais e verticais. A possibilidade de colocar implantes aquando do procedimento de regeneração óssea pode poupar tempo, minimizando o número de cirurgias, desde que não coloque em risco o implante e/ou a regeneração. A possibilidade que hoje em dia as guias cirúrgicas oferecem, em cirurgia de implantes a céu fechado, também pode ser uma vantagem e uma mais-valia até para o implantologista menos experiente.



Dr. Jorge André Cardoso

Licenciado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto - 2002; Mestrado em Prostodontia pelo Kings College Universidade de Londres - 2010; Professor Honorário no Mestrado em Estética Dentária no Kings College Universidade de Londres - desde 2015.

dres - desde 2015.

1. Sempre gostei de pensar sobre diversos conceitos e integrá-los de forma a criar uma nova abordagem, simplificar ou sistematizar uma técnica. Acho que é o que faço de melhor na área da medicina dentária - extrair conceitos simples e facilmente ensináveis de assuntos aparentemente menos claros. E a Reabilitação Oral estimula-me esse "criatividade". Por outro lado, gosto de olhar para a "whole picture" e pensar de forma integrada. Quanto a outras especialidades, pratico implantologia em casos simples e gosto bastante de cirurgia periodontal e oclusão, mas o objetivo é sempre o mesmo, uma visão integral que me estimule a pensar. Se não me obrigar a pensar, se for apenas copiar o que já existe, aborreço-me, confesso. E obviamente integro vários equipas interdisciplinares - na minha clínica e nos centros de formação onde leciono.

2. A reabilitação oral evoluiu bastante, mas não de forma integrada. Houve evoluções técnicas vertiginosas, por exemplo o CAD/CAM, impressões digitais, biocompatibilidade de materiais, etc. Mas, por outro lado, **houve um deslumbramento com tecnologias específicas e não houve uma evolução no pensamento da reabilitação oral.** Em termos de planeamento integral, por exemplo, na sequenciação de especialidades a intervir num caso mais complexo, acho que houve até um retrocesso. Como médico dentista, preocupamo-nos esta visão estanque largamente propagada por uma falta de ensino de clínica/planeamento integrado nas faculdades, de forma genérica, por toda a Europa. Os médicos dentistas não são estimulados a pensar, mas sim a reproduzir técnicas

específicas e uni-disciplinares. É uma pena porque é apaixonante a medicina dentária interdisciplinar. Outro aspeto que me tem feito pensar muito sobre o papel do médico dentista foi um artigo recente que li - "La Cascada Declaration" - resultado de uma reunião de vários *experts*.

As conclusões indicam que a melhoria das condições orais se deveu muito mais à melhoria de cuidados sociais e de higiene de senso comum e campanhas preventivas do que à atividade dos médicos dentistas; que as especializações da medicina dentária promovem mais as técnicas para exponenciar o ego e os interesses comerciais dos clínicos e da indústria dentária do que as reais necessidades da saúde oral mundial; que há um excesso de tratamentos cosméticos e outros aparentemente preventivos, mas que na realidade se prova que reduzem o ciclo de vida das peças dentárias.

3. Tendencialmente mais conservadora, mas isso significa muito pouco além de uma frase da moda. É óbvio que temos que ser mais conservadores, mas se a discussão ficar por aí é uma discussão muito básica. Mais ou menos conservadora, o importante é que não cause danos ou efeitos secundários negativos, que dure o mais tempo possível, que tenha um aspeto natural, que o paciente goste e se sinta melhor pelo facto de a ter feito. E que seja simples e previsível, que possa ser ensinada de forma a que os médicos dentistas se sintam entusiasmados e úteis. É verdade que, na grande maioria das vezes, os tratamentos mais conservadores são melhores. Porém, isso nem sempre é verdade. Os fundamentalismos são pouco inteligentes, aborrecidos e perigosos em medicina.

4. O raciocínio deve partir sempre do que é ideal e eventualmente ir inserindo as condicionantes do paciente. Por isso é tão importante os médicos dentistas terem uma visão integral ou trabalharem em equipas interdisciplinares. Caso contrário irão, eles próprios, limitar as opções ao paciente.

5. Acho que o CAD/CAM, desde as impressões digitais aos materiais fresados, será a principal ferramenta do futuro. E espero que sejam bem integrados, com conhecimentos sólidos, da parte dos médicos dentistas. Até ao desenvolvimento alargado da inteligência artificial, ainda teremos de utilizar muito o nosso cérebro para pensar nos casos interdisciplinares ou mais complexos. Por isso, o nosso cérebro e as nossas mãos ainda continuam a ser as melhores ferramentas. Usemo-las para fazer coisas desafiantes e não apenas uma medicina dentária digital previsível, mas vazia de sentido.



Prof. Doutor José Carracho

Médico Dentista (FMDUL, 1999); Pós-Graduação, Mestrado e Especialização em Prostandontia (School of Dentistry, Univ. of Michigan, 2005); Doutorado em Reabilitação Oral (FMDUL, 2011); Professor Auxiliar, Coordenador da Especialização Prostandontia FMDUL; Prática Clínica Exclusiva em Prostandontia no Instituto de

Reabilitação Oral.

1. A área da reabilitação oral sempre foi a que mais me fascinou desde a faculdade, não só pela análise de diagnóstico necessária, mas também pelo desafio de integração de todas as outras áreas dentárias num objetivo final, que é o do plano de tratamento. Por esta razão, senti a necessidade de apro-

fundar os meus conhecimentos e fiz na área da prostandontia a especialização e mestrado na Universidade de Michigan, onde aprendi a trabalhar de forma racional em equipa multidisciplinar, situação que ainda hoje mantenho. Grande parte do meu trabalho é feito na área da prostandontia e reabilitação oral, em consonância com uma equipa de médicos especializados, cada um na sua área de conhecimento.

2. A área da reabilitação oral tem evoluído de forma muito significativa nestes últimos 20 anos. Embora os princípios básicos se tenham mantido praticamente inalterados, as técnicas e materiais que temos hoje ao nosso dispor possibilitam uma escolha diversificada e mais ajustada aos diferentes critérios e necessidades de reabilitação funcionais e estéticos. Do ponto de vista evolutivo, a otimização e uniformização dos resultados será um dos grandes preâmbulos de futuro. A utilização de tecnologia digital associada a tecnologia CAD/CAM, seja ela de diagnóstico seja de reabilitação, passará a integrar esta área.

3. A filosofia de tratamento não deve ser mais ou menos conservadora, deve estar circunscrita a uma opção clínica de evidência. Se analisar introspectivamente, provavelmente serei mais conservador em alguns aspetos e menos noutros. A escolha deve basear-se sempre no sucesso clínico a longo prazo. Grande parte dos materiais e mesmo técnicas que utilizamos na área de reabilitação oral não têm, ainda, a mesma evidência clínica a longo prazo de materiais mais tradicionais, o que não quer dizer que não estejamos a ser conservadores.

4. A escolha do tipo de tratamento a realizar e a abordagem a ter, não depende, e não deve depender, apenas do médico e daquilo que é considerado conservador ou não. Em última análise, além da abordagem multidisciplinar, que por si só ajuda a destrinçar as diferentes opções de tratamento a realizar, limitando o erro, existe sempre a última palavra, que pertence ao paciente. É sempre o paciente que deve escolher o tipo de tratamento a realizar, embora obviamente guiado pelo médico que legitimamente opta pelo tipo de tratamento com o qual se sente mais confortável e lhe permite garantir um melhor resultado ao paciente.

5. Na área da reabilitação oral todos estes fatores estão interligados. Em termos de instrumentos tecnológicos, o objetivo final da sua utilização é a padronização de procedimentos e consequentemente resultados, através da redução ou eliminação de fatores de erro humano, tanto do ponto de vista médico como laboratorial. Exemplos disso são a utilização crescente de instrumentos do tipo *scanners* intra ou extraorais e a relação que têm com sistemas CAD/CAM ou impressoras 3D. A sua utilização reformula etapas técnicas, como de diagnóstico e impressões, por exemplo, e permite a utilização racional de materiais, por exemplo cerâmicos, que embora não sendo novos podem ser utilizados de forma mais sustentada e com uma velocidade de resposta muito superior ao tradicional.



Dr. Hugo Madeira

Medicina Dentária no ISCSM (Lisboa, Portugal); Mestrado em Reabilitação Oral pelo ISCS-N (Porto, Portugal); Cursos intensivos e especializações, principalmente em Implantologia, Cirurgia Oral Avançada e Prótese Fixa em São Paulo (Brasil), Havana (Cuba), Bogotá (Colômbia) e Buenos Aires (Argentina).

1. Foi sem dúvida devido à possibilidade de poder devolver sorrisos e qualidade de vida. Para mim a implantologia é parte da reabilitação oral porque hoje em dia não podemos pensar em implantes como uma parte que não integra o restabelecimento de um sorriso. Na minha clínica trabalhamos sempre com equipas multidisciplinares para que o serviço aos pacientes seja sempre o mais completo possível.

2. Sem dúvida que o futuro é o digital. Cada vez mais me faço munir das melhores ferramentas digitais que apoiam não só o diagnóstico, mas também a reabilitação fixa. **Em 2030 só fará sentido um workflow completamente digital não só na área da reabilitação, mas também noutras áreas da medicina dentária.**

3. Sem dúvida que mais conservadora. Existe uma preocupação constante em respeitar os tecidos dentários, minimizando o impacto que o tratamento terá no paciente.

4. A escolha da abordagem recai sempre naquela que terá um menor impacto sobre os pacientes.

5. O uso do microscópio é obrigatório para melhorar o nosso trabalho do ponto de vista da precisão e do menor trauma possível, tal como o uso do scanner intraoral, do planeamento através da tecnologia Digital Smile Design e das cirurgias guiadas.



Prof. Doutor João Caramês

Full Professor and Chairman of the Oral Surgery & Implant Department. University of Lisbon, School of Dental Medicine; President of the General Assembly of the Portuguese Dental Association; Director of the Implantology Institute, Lisbon

1. Desde cedo que senti maior vocação pelas áreas da cirurgia e prostandontia. O gosto por simultaneamente operar, reconstruir e ajudar a criar novos "sorrisos" conduziu-me igualmente à implantologia e reabilitação oral. Relembro que no final dos anos 80, o nível de conhecimento em implantologia era praticamente inexistente em Portugal. Emigrar e procurar formação pós-graduada além-fronteiras foi uma necessidade. Não sendo a simples interseção da cirurgia oral com a prostandontia, a implantologia reúne em si mesma o planeamento da reabilitação prostandontica e o domínio da vertente cirúrgica de um nível mais simples a um mais complexo. Tem sido este último nível de casos clínicos a que mais me tenho dedicado nos últimos anos. Por exemplo, situações de reabilitação total fixa de desdentados totais com elevado compromisso estético facial.

Defendo que o conceito de multidisciplinaridade é fundamental. Para um exercício clínico de excelência e em constante atualização, o sentido de especialização é incontornável. Promover um corpo clínico composto por médicos dentistas com assinalável diferenciação académica pós-graduada e especialização foi um dos objetivos alcançados no Instituto de Implantologia ao longo dos seus 22 anos. Só através da atual equipa multidisciplinar com um elevado mérito clínico é possível oferecer diferenciação e singularidade ao paciente que nos procura.

2. Creio ser consensual que os critérios de sucesso que definem a resolução da maioria dos casos clínicos em implantologia e reabilitação oral estejam bem descritos e definidos. Importamos a forma como os obtemos no imediato, mas é sobretudo a sua manutenção no longo prazo o maior desafio com o qual nos deparamos. Por longo prazo defino o período entre os 5 e os 10 anos. Um desafio igualmente extensível aos pacientes, que devemos co-responsabilizar. Destacaria três momentos distintos para desenvolver a questão: planeamento, vertente cirúrgica e prostodôntica. Na fase de planeamento da reabilitação destacaria o maior grau de precisão, rapidez e flexibilidade nas ferramentas de “smile design” ou simulação da reabilitação. Poder conceber virtualmente a reabilitação através de imagens adquiridas por um scanner intraoral de alta resolução, e simultaneamente interetá-la com imagens de CBCT (cone beam computed tomography) da zona edêntula constituiu um enorme avanço. Se considerarmos que, prosseguindo este flowchart, é possível obter uma guia cirúrgica produzida através de uma impressora 3D o percurso torna-se mais rápido e confortável para o paciente e clínico. Os custos associados são ainda elevados e a sua acessibilidade limitada. Na área cirúrgica, destacaria a emergência de uma via cada vez menos invasiva com a validação clínica de implantes mais curtos, evitando abordagens regeneradoras mais traumáticas e o recurso crescente a guias cirúrgicas não apenas para a colocação de implantes, mas também de ostectomia prévia nas situações de reabilitação total. A nível da reabilitação, se o CAD/CAM já representa um importante papel na reabilitação oral, o seu complemento com a tecnologia de 3D printing caminha para um aperfeiçoamento exponencial ano após ano e com uma crescente aplicação nesta área. O scanner intraoral, não substituindo para já as impressões em silicone, consegue um elevado grau de precisão e reprodutibilidade em casos unitários e parciais. Até 2030 caminharemos sempre no sentido de prestar tratamentos e dispositivos médicos tailor-made. Como referi no início, **creio ser a nível da manutenção da reabilitação oral implantossuportada onde mais se falha e onde devemos continuar a investir. Continuamos sem conseguir dar uma resposta efetiva à resolução da doença dos tecidos peri-implantares.** Reconhecendo a importância de promover um bom selamento dos tecidos moles ao redor da zona do implante, continua a não existir um consenso quanto às melhores estratégias de controlo e tratamento da doença peri-implantar.

3. Como costume referir junto da minha equipa clínica “If you fail to plan, you plan to fail.” Planear bem é a pedra basilar de qualquer reabilitação oral. Por onde começar? O ponto de partida deve ser o próprio paciente. Pelas suas características clínicas, expectativas e prioridades. Orientando o resultado para o seu conforto. Por isso, PROMs, “patient related outcome measures” são cada vez mais fatores de análise nos tratamentos prestados. Sempre que possível, a reabilitação oral deve procurar ser conservadora e centrar-se no paciente. Quando a abordagem considera uma intervenção cirúrgica mais extensa e complexa, a experiência do operador associada a tecnologia hoje disponível deve ser posta em prática para minimizar a morbidade do paciente.

4. Será a informação clínica colhida do paciente o primeiro fator de decisão. É a singularidade do caso clínico a ditar o tipo de tratamento a aplicar. Insisto frequentemente que deverá ser o paciente e o seu caso clínico a definirem a técnica a aplicar e não o seu inverso. Por exemplo, uma reabili-

tação fixa de um desdentado total maxilar não poderá resumir-se sempre a quatro implantes numa filosofia simplista justificada por um “less is more”!

5. Para além dos scanners intraorais e impressoras 3D de última geração já referidas, aperfeiçoámos cada vez mais a nossa forma de documentar os casos clínicos. Um exemplo simples e ainda sobre o planeamento da reabilitação: hoje somos cada vez mais exigentes na obtenção da fotografia clínica. Discute-se a composição de um estúdio fotográfico e detalha-se a técnica de iluminação para um fotografia intraoral. Ironicamente soft boxes vieram oferecer uma imagem mais elaborada e não tão real quando comparada a um twin flash com bouncers. A imagem adquiriu um novo valor em reabilitação oral. Sabemos da sua importância pelo seu impacto da divulgação. Contudo, a fotografia clínica tem-nos tornado mais exigentes. Assume um papel didático, melhora a comunicação com o técnico de prótese dentária e exige mais do seu trabalho. Na área da implantologia, o desenvolvimento de biomateriais em parceria com uma indústria de ponta, desafiam os limites biológicos e biomecânicos da osteointegração mostrando-nos soluções outrora impensáveis. Implantes mais curtos, ainda mais estreitos, superfícies trabalhadas a uma nanoescala e com maior hidrofília para reduzir tempos de aplicação de carga. Continua-nos a faltar uma superfície implantar capaz de gerir a formação de biofilmes e a assumir uma ação bacterioestática. Nos materiais de regeneração óssea, a aposta futura parece recair para biomateriais de natureza sintética compostos por fatores de crescimento com libertação modificada. Neste campo, a engenharia de tecidos e biomédica vão assumir cada vez mais um papel fundamental.



Dra. Marisa Zenha

Bacharelato em Prótese Dentária na ESVS; Licenciatura em Medicina Dentária pelo ISCS- N. Pós-Graduada em Reabilitação Oral e Oclusão pelo mesmo Instituto; Diploma de Estudos Avançados em Odontostomatologia pela UB; Assistente convidada, no Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Maxilofacial do

CHVNG e estágio; Clínico em Bloco Operatório na Área de Patologia e Cirurgia Oral, no mesmo serviço, desde 2007; Atividade privada na área de especialidade, Reabilitação Oral e Odontologia Estética, nomeadamente a Reabilitação Oncológica e Anaplastologia.

1. Desde muito cedo que tive contacto com a reabilitação oral, no meu bacharelato em prótese dentária vi nascer a minha grande paixão por esta área, inspirada por pessoas como o Professor João Leite Moreira, de prótese maxilo-facial, o Professor Agostinho de prótese removível, entre outros. Para mim, a reabilitação oral é o produto da integração de todas as especialidades da medicina dentária, devendo ser o primeiro pensamento e o resultado final. Pensamos na reabilitação oral não apenas para repor dentes em falta, mas tendo em conta toda a complexidade de restabelecer a harmonia dentofacial, desde a função ao sorriso. A minha formação nesta área iniciou-se no mestrado de reabilitação oral do Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, que se focava não apenas na elaboração do planeamento protético como também na sua componente cirúrgica. Além do mestrado, o meu estágio clínico com a equipa do Professor Doutor Horácio Costa, em Bloco Operatório na Área de Patologia e Cirurgia Oral no serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Craneomaxilofacial e Microcirurgia do Centro Hospital de Vila Nova de Gaia, que

decorre desde 2007, veio consolidar o meu interesse pela reabilitação orofacial, nomeadamente em pacientes com patologias de cabeça e pescoço, especificamente patologias congénitas (fenda palatina), patologias oncológicas, traumatismos, patologias iatrogénicas (radionecrose), patologias infecciosas (osteomielite) e anaplastologia. Atualmente trabalho com uma equipa motivada, coesa, multidisciplinar e em constante formação onde partilhámos valores como o respeito, integridade, humildade, partilha, entajuda e união. Fazem parte desta, António Pedro Fonseca (ortodontista), Hélder Oliveira (periodontologista), Marco Paquete (endodontista), Mariana Soares (odontopediatra), Diana Pinto e Raquel Brandão de Carvalho (generalistas), Sérgio Neto (fisioterapeuta), Professor Doutor Horácio Costa e Horácio Zenha (cirurgiões plásticos).

2. É do conhecimento geral que a reabilitação oral está em constante transformação. Essa evolução surge atualmente em maior escala, devido à adoção de novos métodos e tecnologias. Outra das razões será o aumento da procura por parte dos pacientes de novos tratamentos, pois estão cada vez mais preocupados e informados em relação à sua saúde oral e estética. Certamente que daqui a 12 anos estaremos numa era ainda mais digital, em que o resultado final será cada vez mais previsível e rápido.

3. **A minha filosofia de tratamento passa por considerar o paciente como um todo, percebendo as expectativas e motivações que o trouxeram até nós.** Normalmente adoto uma postura conservadora, mas tudo depende da situação e do paciente em questão. Todos os planos de tratamento são pensados de forma a obter o resultado ideal, posteriormente são apresentadas e discutidas as alternativas com o paciente até que, em conjunto, chegamos à decisão final.

4. Para decidir o tipo de tratamento temos que, numa primeira fase, recolher toda a informação do paciente através de fotografias, vídeos, TACs e impressões, e posteriormente avaliar as expectativas e desejos do paciente, e por fim integrar as limitações quando o ideal não é alcançável.

5. É difícil destacar uma técnica favorita, pois considero que cada paciente é único e não há um tratamento que seja transversal a todos os casos. No entanto, a reabilitação oral adesiva em dentes naturais com facetas e com *onlays/overlays* cerâmicos para o restabelecimento do plano oclusal e estética, é uma técnica minimamente invasiva com a qual conseguimos proporcionar resultados altamente favoráveis, por exemplo a pacientes bruxómanos. A reabilitação de espaços edêntulos com implantes dentários também é uma técnica segura e com ótimos resultados, com a qual restabelecemos a capacidade mastigatória perdida. Destaco, também, o uso de implantes Straumann e toda a segurança que esta marca nos transmite através de toda a inovação e investigação por detrás dela.

A radiologia 3D é uma realidade indissociável da implantologia, para diagnosticar e planear os casos clínicos. Este planeamento digital nasce do conceito de que a prótese guia a cirurgia de implantes. Para além disso, permite-nos a confecção de guias cirúrgicas preponderantes em casos complexos. O *scanner* intraoral, nomeadamente o 3Shape, é uma ferramenta fundamental no nosso dia-a-dia, uma vez que permite armazenar a informação do paciente digitalmente e torna a comunicação com o laboratório muito mais fácil.



Dr. Miguel Lima

2000 - licenciado em Medicina dentária pelo instituto Egas Moniz; 2001- pós-graduação em implantologia pela FMDUNL; 2005-prática exclusiva em reabilitação e cirurgia oral; 2005- pós-graduação em cirurgia pela faculdade Finlay Albarrán-la Habana; 2011- pós-graduação em implantologia NYU; 2016- orador para osstem sobre sobre T-Link abutments; Orador em medicina dentária digital para a Cerec e Osstem a nível internacional; Orador para o programa de TV "consulta Externa" da RTP-A.

1. Prático implantologia há já 15 anos e integro uma equipa multidisciplinar de 20 pessoas, entre médicos dentistas, cirurgiões maxilofaciais e técnicos de prótese dentária. O que me fez enveredar pela área da reabilitação oral foi a capacidade de devolver às pessoas qualidade de vida, sentir que mudamos a vida das pessoas com o nosso trabalho diariamente. Acho que não há nada mais gratificante do que ouvir a pessoas a dizer "não imagina há quantos anos eu não dava uma dentada numa maçã" ou "eu já nem me lembrava do que era comer um hamburger". Devolver o sorriso às pessoas é uma das nossas maiores virtudes enquanto classe e profissão. O sorriso é talvez a forma mais bela de comunicação de um ser humano.

2. A área de reabilitação oral tem evoluído muito ao longo do tempo. Comecei a trabalhar há 18 anos e quando observei o que fazemos atualmente percebo que é impressionante. Nos dias de hoje temos uma panóplia de ferramentas como o DSD (*digital smile design*), CBCT, CAD/CAM, etc. Eu diria que a medicina dentária digital veio para ficar e vejo que nos próximos anos assistir-se-á a esse mesmo crescimento em torno do digital e da medicina dentária emocional. Em 2030, tendo em conta o passado e vendo o que se atingiu atualmente, diria que tudo o que fazemos hoje será muito melhorado. Também acho que as grandes reabilitações tenderão a diminuir, muito à custa do excelente trabalho que andamos a realizar no âmbito da prevenção e também devido ao aumento do conhecimento e dos cuidados de saúde oral por parte da população em geral. Acho que a minha geração beneficiou dos avanços tecnológicos e da política do "extracionismo" do passado, permitiu-nos crescer profissionalmente e realizar feitos nunca antes possíveis. **Vejo-nos, dentro de 12 anos, a usar os nossos conhecimentos para planear uma colocação de um implante e um robô a colocar esse mesmo implante, um tipo de cirurgia guiada mais avançada.**

3. A minha filosofia de tratamento é sempre baseada nas necessidades do doente, tento ser sempre o mais conservador possível. Acho que se tornarmos os protocolos de reabilitação mais simples, mais médicos dentistas os adotarão. Se mais médicos dentistas os adotarem, mais baratos serão e, deste modo, mais pessoas serão reabilitadas. Acho que se assistirá a uma democratização dos cuidados de reabilitação e saúde oral da população. Como disse Branemark, ninguém deve morrer com os seus dentes num copo de água. Eu diria mais: ninguém deve viver com os seus dentes num copo de água.

4. Depende de vários fatores. Primeiro, da capacidade fisiológica do doente (boa ou má vascularização, ter osso ou não, ter dentes saudáveis ou apenas inestéticos, etc). Segundo, do desejo do doente e da própria expectativa. Em terceiro lugar, mas não menos importante, a capacidade financeira do doente. Mas também entendo que não devemos ser fundamentalistas. Se, a título de exemplo, tivermos uma doente com 80 anos, com osteoporose e diabetes, sem osso posterior mas com dois dentes incisivos

anteriores saudáveis, eu prefiro sacrificá-los e fazer uma prótese com locator ou colocar quatro implantes e restituir-lhe função e estética, em vez de preservar estes mesmos dentes.

5. As técnicas que destacaria para preservar tecidos após uma extração com colocação imediata de implantes seriam a técnica DAD, para copiar o perfil de emergência (usando CAD/CAM) e a técnica de *socket shield*. Também daria destaque à técnica skin do Dr. Paulo Kano para reabilitações estéticas, e a técnica do *all on 4* para reabilitação de doentes idosos com maxilares atroficos Os instrumentos que destacaria seriam o CAD/CAM fundamental para fazer a moldagem das gengivas através de parafusos de cicatrização customizados. Daria igual importância ao CBCT para o planeamento e gostaria de fazer referência a alguns kits de cirurgia, por exemplo da Osstem, como o LAS/CAS kit, para elevação de seios maxilares e o ESSET kit, para alargamento da crista óssea (*crystal split*) e cicatrização customizado.



Dr. Miguel Stanley

Licenciado em Medicina Dentária, DDS, 1998, Egas Moniz, Costa da Caparica, Portugal; Prática Privada em Medicina Dentária desde 1998 -até ao momento; Implant & Cosmetic dentistry training, CEOSA Branemark center, Madrid 1998-2000; Functional Aesthetics, Hornbrook Group, Chicago, 2005; Autor, "Saúde no caminho da felicidade", Grupo Leya; Criador e Produtor Executivo, "DR Preciso de ajuda", TVI, 2006-2008; Criador e Produtor Executivo, Dr White, SIC, 2011-2012; Dental consultant, The Doctors, CBS, Hollywood, USA, 2012-2013; Orador Internacional, 2002-até ao momento (mais de 50 países); Autor e co-autor de inúmeros artigos científicos.

1. A escolha pela área da reabilitação oral veio por acaso. Concluí a minha licenciatura em 1998, e nesse momento ainda não existia este conceito em Portugal, nem a oferta de cursos de medicina dentária que existe atualmente. Foi por esse motivo que me desloquei a Madrid para tirar uma formação em implantologia no Branemark Center logo após ter terminado a licenciatura. Assim que concluí o curso em implantologia, vi a necessidade de complementar a minha formação com a estética dentária, tendo feito logo de seguida um curso nesta área. Isto possibilitou-me uma visão mais ampla e adquirir os conhecimentos necessários para realizar uma reabilitação total complexa. Esta visão permitiu-me criar uma nova filosofia, a qual chamo "*No half smiles*", que consiste em reabilitar o sorriso de uma forma biológica, funcional e estética, contendo uma forte componente emocional, uma vez que o objetivo principal é proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida em todas as vertentes. Para isto era necessário ter as ferramentas adequadas à colocação em prática desta filosofia. Desde o início da minha carreira, em 2002-2003, construí uma equipa multidisciplinar, onde muitos dos elementos ainda continuam a trabalhar comigo. A criação deste conceito deve-se fundamentalmente aos meus mentores, Maurice Salama e David Garber, do team Atlanta nos Estados Unidos, que desde cedo me inspiraram a ter esta filosofia multidisciplinar, baseada na excelência científica, e com uma forte componente ética. Foi sobretudo a partir de 2005-2006, com os meus programas de televisão, que consegui mostrar ao público português a mecânica e o objetivo da minha filosofia.

2. Na minha opinião, o termo reabilitação oral é muitas vezes utilizado como uma estratégia de marketing. Para mim é difícil compreender a existência de médicos dentistas que dizem praticar reabilitação oral, mas ao mesmo

tempo também realizam procedimentos destinados a satisfazer a vontade do paciente e que não resolvem a verdadeira necessidade do mesmo. O termo reabilitação implica restabelecer a função e a estética de toda a cavidade oral. Quando o médico intervém apenas para satisfazer a vontade do paciente, e só trata um dente tendo em conta que seria necessário reabilitar a boca toda, mas não o faz por razões económicas, tal não pode ser chamado de reabilitação oral.

É por este motivo que penso que nem todo o público entende a importância deste conceito, e que o facto de não tratar a boca como um todo pode comprometer o simples tratamento realizado. Na minha opinião creio que ainda é necessário instruir e informar os nossos pacientes do impacto positivo que tem para a nossa saúde um sorriso reabilitado tendo em conta a vertente biológica e funcional. As reabilitações complexas requerem um bom planeamento, equipamentos e materiais dispendiosos, que nem toda a população pode alcançar. Eu e a minha equipa temos quase duas décadas de experiência em reabilitar casos complexos, tratando a boca como um todo. É esse o nicho de mercado da White Clinic. Em relação ao futuro da medicina dentária, penso que até 2030 as plataformas digitais vão revolucionar a nossa indústria. Saliento as impressoras 3D, as guias cirúrgicas e o conceito "*teeth in a day*" que vão permitir que o público possa ter acesso à medicina dentária de qualidade, de uma forma rápida e com resultados mais previsíveis.

3. A minha filosofia de tratamento é muito simples, "*No Half Smiles*". Não tratamos "meios sorrisos". Infelizmente isto implica que nem todas as pessoas possam suportar os custos necessários tendo em conta a dimensão do seu problema. A equipa médica da White Clinic resolve problemas complexos, portanto 95% das nossas primeiras vezes são de casos de reabilitação total vindos não só de Portugal, mas de todo o mundo. **Temos sempre a mesma fórmula: criar o sorriso final através do design, e de seguida, ver quais são as áreas necessárias a implementar de modo a conseguir alcançar este resultado.** O tratamento é conservador quando pode ser conservador, no entanto, se não conseguimos resolver por esse método, temos de recorrer a procedimentos mais invasivos, sempre aplicando a tecnologia mais avançada e ciência ao dispor.

4. Não somos nós que escolhemos o tipo de tratamento, mas sim o caso. Não inventamos soluções, simplesmente vamos evoluindo com as tendências e evidência científica ano após ano. Nós não filtramos o que existe, somos capazes de exercer qualquer tipo de ato disponível no arsenal de medicina dentária. Contamos com médicos dentistas muito experientes e toda a tecnologia necessária para qualquer ato médico. É na primeira consulta que vamos decidir o que é necessário; por exemplo, quem precisa de uma faceta feldspática não necessita de procedimentos mais complexos, mas quem tem a boca totalmente destruída temos de pôr ao seu dispor muitos mais elementos para alcançar o sucesso.

5. Destacaria a técnica *socket shield* ou *root membrane technique*, as quais aplico há mais de quatro anos. Como implantologista, é uma técnica que ajuda a manter o *bundle bone* nas zonas estéticas, e que melhora o resultado a longo prazo, bem como a utilização do PRF para a regeneração dos tecidos moles e duros. Outra técnica cirúrgica da qual sou fã é a cirurgia guiada por computador. Conseguimos resolver casos de elevada complexidade de uma forma rápida e com uma precisão fora de série. ■