

Nos dias atuais, em que somos bombardeados com um volume desproporcional de informações que sugerem mudanças a cada instante, ouvir a voz da experiência é, sem dúvida, um exercício que devemos praticar. Escutar aqueles que já viveram, estudaram e experimentaram diferentes fases da Ortodontia pode ser a resposta para muitas dúvidas ou questionamentos em nossas vidas e em nossa especialidade.

Por esse motivo, temos a enorme satisfação de contar com a ilustre participação do Prof. João M. Baptista como nosso entrevistado especial neste número. Sem a menor dúvida, o Prof. Baptista é um dos mestres mais queridos, experientes e inovadores que temos em atividade no Brasil.

Para entrevistá-lo, contamos com a colaboração de seus ex-alunos no Curso de Especialização em Ortodontia da UFPR, em que inicialmente o Prof. Baptista se destacou como ortodontista e mestre.

Esta, na verdade, é uma homenagem daqueles que admiram o carisma, a dedicação ao estudo da Ortodontia e o gênio criativo de nosso grande amigo e eterno mestre.

Boa leitura!

Ricardo Moresca



João M. Baptista

Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial.

Professor convidado da Pós-graduação em Ortodontia – UFPR.

Professor de Cursos de Especialização (Instituto Prime de Educação Continuada, Curitiba, PR; Instituto de Pesquisas e Pós-graduação em Odontologia, Balneário Camboriú, SC; Centro de Estudos SC, Criciúma, SC).

Detentor das lãureas: Honra ao Mérito em Ortodontia, Prof. Luiz César Panaim, Mérito Ortodôntico Prof. Arthur do Prado Dantas, Cavaleiro da Boca Maldita de Curitiba e Bicho do Paraná. Ex-presidente da Associação Paranaense de Ortodontia, Ex-presidente da ABO, secção de Foz do Iguaçu/PR, Ex-diretor da Escola de Aperfeiçoamento Profissional – ABO-PR.

Membro efetivo da Associação Brasileira de Ortodontia, da *World Federation of Orthodontists* e Residência na University of Michigan (*Orthodontic Program*).

Autor dos livros: Tração Extrabucal – Diagnóstico e Terapia (2ª. Edição), Fundamentos da Oclusão e da ATM, Fundamentos em Cefalometria Clínica e Ortodontia Personalizada.

E-mail para contato: profbaptista@icloud.com

www.ortodontiapersonalizada.com.br

Perguntas Prof. Maurício Accorsi

- Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial – UFPR;

- Mestre em Ortodontia – FOUASP;

- Autor do livro “Diagnóstico 3D em Ortodontia - A Tomografia Cone-beam Aplicada” (Editora Napoleão).

1. Em seu livro, “Ortodontia Personalizada”, o senhor retrata a importância da individualização dos tratamentos ortodônticos, tema que vem desenvolvendo há vários anos. Como o Sr. enxerga o papel de novas tecnologias, especialmente, a tomografia computadorizada por feixe cônico e os modelos digitais, na mudança conceitual que estamos presenciando na Ortodontia e na facilitação da customização dos tratamentos?

O nosso livro foi editado em 2004, portanto 11 anos já se foram. A maioria dos assuntos abordados ainda continua atual. À época, foi possível a inclusão de um capítulo sobre o uso de implantes em Ortodontia. Nas considerações finais, afirmamos que o ortodontista deve adquirir cultura e prática para ele próprio realizar a aplicação de mini-implantes.

A ciência ortodôntica é pendular. Os conceitos, os

princípios, os dispositivos, as técnicas, as mecânicas vão e voltam. Por exemplo: os braquetes autoligáveis, o propulsor mandibular, as não extrações, a importância do primeiro molar superior, os distalizadores superiores, a Ortodontia Lingual, os AEBs, dentre outros.

Eu vejo as novas tecnologias como revolucionárias. É lógico que o “novo” sempre vem acompanhado de deficiências, necessitando de evidências. Assim tem sido com os braquetes autoligáveis, com as ligas de última geração e com os mini-implantes.

Dentre os exames complementares, a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) - *Cone Beam* - reveste-se de suma importância no contexto de diagnósticos escorregios. A substituição dos modelos de estudo por modelos digitais está crescendo em aceitação e, dentro de pouco tempo, a

documentação ortodôntica de rotina virá com esses avanços.

Tenho enfatizado a importância da TCFC na avaliação da concentricidade das cabeças da mandíbula na fossa articular. Toda vez que nas Classes II, as cabeças da mandíbula apresentarem-se com espaço retrocondilar reduzido, o tratamento desta má oclusão pode ser facilitado. Para as Classes III, com as cabeças da mandíbula anteriorizadas, o raciocínio é o mesmo. Em alguns casos, o ortodontista precisa saber a posição das cabeças da mandíbula, a fim de selecionar a mecânica mais eficaz na correção de displasias, disfunções e más oclusões.

Quanto à customização da aparelhagem ortodôntica os avanços tem sido significativos. A Ortodontia Lingual está evoluindo à frente da Ortodontia Vestibular. Empresas do ramo oferecem aparelhos customizados confiáveis. O grande problema é o custo elevado e a disponibilidade somente fora do Brasil.

O "Set-up" virtual e a customização dos suportes ortodônticos, em futuro próximo, estarão à disposição na Ortodontia Vestibular, com custos mais acessíveis para a realidade brasileira.

2. O planejamento do tratamento ortodôntico/cirúrgico, baseado na face, vias respiratórias e oclusão (FABTP - face, airway and bite treatment planning) de Willian Arnett e Michel Guson, popularizou a importância das vias respiratórias no processo de tomada de decisão terapêutica em Ortodontia, deixando claro que essa é uma responsabilidade do ortodontista. Qual a sua opinião em relação ao diagnóstico ortodôntico dirigido às vias respiratórias (ADD - airway driven diagnosis in orthodontics)?

Costumo enfatizar que o DIAGNÓSTICO é toda a sabedoria sobre qualquer perturbação da saúde.

Destravar a displasia, a disfunção e a má oclusão (*unlock the dysplasia, unlock the disfunction and unlock the malocclusion*) é a premissa de todo o tratamento ortodôntico/cirúrgico. Diante dessa assertiva, vários exames – além da anamnese (Questionário de Epworth) e exame clínico – devem ser providenciados. Dentre os exames laboratoriais, destacam-se o exame 2D por intermédio de telerradiografias; o exame 3D através de tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) e a avaliação das vias aéreas, pela Nasofibroscopia, da competência do especialista em Otorrinolaringologia.

O Questionário de Epworth pode ser empregado nos casos de sonolência diurna excessiva (SDE) de pacientes a serem submetidos à cirurgia ortognática. O índice obtido (*Pittsburg Sleep Quality Index - PSQI*) fornece o grau e a natureza dos transtornos do sono. ARNETT & GUNSON avaliam esse índice em seus casos orto/cirúrgicos, tendo em vista íntima correlação com as vias aéreas.

O tratamento ortodôntico/cirúrgico exige uma equipe interdisciplinar que envolve, além da Ortodontia e da Cirurgia, a Otorrinolaringologia, a Fonoaudiologia, a Psicologia e, por vezes, o especialista em distúrbios do sono.

A Cirurgia Ortognática de mandíbula ou combinada com intervenção na maxila, na nossa opinião, deve vir precedida de pesquisa diagnóstica de possíveis distúrbios que possam acometer as vias aéreas. Como o plano de tratamento orto/cirúrgico de determinada anomalia implica em consenso da equipe interdisciplinar, o ortodontista deve possuir cultura, não somente em relação às doenças de vias aéreas, como também, das intercorrências possíveis de serem produzidas pelo ato cirúrgico em si.

É sabido que nas cirurgias do prognatismo mandibular, a quantidade de recuo da mandíbula deve ser avaliada com muito critério, a fim de se evitar intercorrência sobre as vias aéreas. Por outro lado, a cirurgia, nos casos de retrognatia mandibular, pode proporcionar aumento nas dimensões da via aérea, com possível impacto benéfico nos pacientes com apneia obstrutiva do sono. Tudo isso carece de evidência científica, com os pesquisadores informando-nos que a literatura é controversa em relação à melhora da qualidade do sono de pacientes portadores de distúrbios.

Pode-se afirmar que as tomadas de decisões terapêuticas correlacionadas com as vias aéreas pertencem à equipe interdisciplinar. As responsabilidades devem ser divididas, principalmente, entre o ortodontista e o cirurgião. Por isso, enfatiza-se uma somatória de conhecimentos de diagnose e prognose voltada ao caso clínico em particular.

Concluindo, as vias respiratórias devem merecer minuciosos exames clínicos e laboratoriais, em vista da íntima correlação com o planejamento orto/cirúrgico das displasias maxilo-mandibulares.

3. O senhor é nacionalmente conhecido como um mestre exemplar pelo cuidado e atenção que vem dedicando aos seus alunos ao longo de sua vida. Qual a mensagem que o senhor deixa para as novas gerações de professores em um momento tão delicado pelo qual passa a Ortodontia brasileira, inundada por ações mercantilistas e midiáticas?

Na apresentação de nosso livro – Ortodontia Personalizada – incluímos um texto do saudoso Prof. Joel C. da Rosa Martins, em que se depreende a existência de duas correntes dentro da Ortodontia. Uma, denominada de corrente purista (romântica), composta pela maioria elitista da comunidade científica. Outra, social e econômica (realista) pressionada pela demanda cada vez maior de um tratamento ortodôntico acessível, que aceita objetivos genéricos. Esta corrente investe na mídia, nem sempre de forma ética, objetivando lucro fácil.

Diante dessas duas correntes, nós professores – da atualidade e de gerações futuras – ficamos no dilema: o que ensinar e como ensinar? Acredito que, mesmo valendo-se de produtos de média qualidade, é possível realizar uma Ortodontia direcionada à Escola Purista. Portanto, a mensagem que deixo às novas gerações de professores, não me arvorando em dono da verdade, é a de que não se aprofundem somente no tema de suas Teses. O futu-

ro mestre, sentindo que seu curso deixa a desejar, distanciando-se da corrente purista, procure fazer valer o inalienável direito de receber ensinamentos de alto nível, não aceitando uma formação inerente à Escola Social/Econômica. A disciplina consciente deve preocupar os atuais e futuros mestres. Consolaro escreveu: "Só ensina quem sabe, quem tem informações acumuladas". A palavra de ouro é: QUALIDADE. Qualidade gera qualidade.

Perguntas Prof. Ricardo Moresca

- Especialista – UFPR, Mestre – UMEP e Doutor – FOU SP em Ortodontia e Ortopedia Facial;
- Professor Associado – UFPR e Professor Titular – Universidade Positivo;
- Professor do Curso de Especialização em Ortodontia – UFPR;
- Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia – Universidade Positivo;
- Diplomado – Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial.

1. O senhor sempre foi um grande estudioso da anatomia da ATM e de Fisiologia e disfunções. Depois de muitos anos de estudos, como o Sr. vê atualmente, a inter-relação das DTMs e o tratamento ortodôntico? O que o ortodontista precisa saber para tratar esses casos de maneira correta?

A partir do momento que se instala o aparelho ortodôntico, em paciente portadores de DTMs, ocorre mudanças de paradigma oclusal. O paciente poderá relatar melhora ou piora de sua sintomatologia. Portanto, as inter-relações tratamento ortodôntico "versus" DTMs merecem considerações. A Ortodontia, normalmente, integra uma equipe interdisciplinar no tratamento de pacientes com disfunção. O tratamento ortodôntico de pacientes sem DTM, em tese, não predispõe à disfunção. Entretanto, o ortodontista deve conhecer, além dos aspectos anatômicos e de sua fisiologia, a etiologia e tratamentos das doenças que acometem o complexo das ATMs. Pacientes disfuncionados podem apresentar-se para a Ortodontia em duas situações: a primeira, com sinais e sintomas dentro da fase aguda e a segunda, na fase crônica. Em ambas as situações, em relação ao paciente, ele pode vir indicado pelo especialista em DTM ou é paciente do próprio ortodontista. Quando indicado, o tratamento ortodôntico somente será instituído se a equipe interdisciplinar considerar relevante. Quando o paciente é do próprio ortodontista, a administração do caso, juntamente com o especialista em DTM é do próprio ortodontista.

Em ambos os casos, o paciente deverá ser informado que sua doença é multifatorial e que a Ortodontia instituída não pode ser tomada como a única solução da disfunção. Um termo de consentimento deverá ser redigido, esclarecendo o plano de tratamento ortodôntico de forma bastante detalhada.

2. Mecânica com fios contínuos ou mecânica segmentada? Quando e por quê?

Acredito que o ortodontista deve trabalhar dominando as duas mecânicas. Muitos casos exigem o emprego de forças estaticamente determinadas, principalmente em

pacientes adultos com doença periodontal. As Técnicas Segmentadas de Ricketts e Burstone permitem o emprego de forças ótimas nos casos indicados. As técnicas que empregam fios contínuos oferecem dificuldades na avaliação da quantidade de forças geradas ao longo do arco, são as chamadas forças indeterminadas.

O caso clínico é que vai ditar qual a melhor mecânica. As más oclusões típicas em pacientes jovens com boa saúde periodontal podem ser tratadas com técnicas "straight-wire". Já pacientes adultos com envolvimento periodontal, com perdas ósseas e mutilados exigem mecânicas mais complexas oferecidas pelas terapias segmentadas.

Os tratamentos por segmentos e os tratamentos com arcos contínuos podem e devem conviver pacificamente. Biomecânicas de retração ou de protrusão anterior têm se mostrado eficientes, quando os arcos são associados com ancoragem providenciada pelas técnicas de arcos segmentados. Forças diferenciais podem ser empregadas com maior segurança, quando associamos esses dois grandes ramos da Ortodontia.

3. Se o Sr. fosse começar sua carreira na Ortodontia hoje. O que o Sr. faria de novo e o que faria diferente?

É uma pergunta difícil de ser respondida! Coisas novas, dentro da Ortodontia, eu procuro fazer todos os dias! De diferente... Investiria na minha formação acadêmica ao invés do autodidatismo. Sempre fiz e procuro continuar fazendo algo diferente dentro da Ortodontia.

4. Qual mecânica, para fechamento de espaços, o senhor utiliza e recomenda atualmente?

Depois de ter trabalhado com várias mecânicas de fechamento de espaços, cheguei à conclusão de que as retrações por deslize são eficientes. McLaughlin e Col. chamam a atenção para alguns cuidados na aplicação dessa mecânica, principalmente, no que se refere ao chamado "efeito montanha russa", ou seja, aprofundamento da mordida anterior e abertura da mordida nos segmentos posteriores. Os autores nos informam que para minimizar o problema, as forças aplicadas têm que ser bem controladas.

Mesmo diante de cuidados, a quantidade de força a ser aplicada no sistema é alta, para poder vencer o atrito presente nos segundos pré-molares, primeiros e segundos molares. A fim de contornar o problema, alguns autores nos sugerem descartar o fio nas interfaces com os suportes dos dentes posteriores. Também, há quem indique a montagem do aparelho com "slot" 0.022" nos dentes posteriores e 0.018" nos anteriores. Essas abordagens objetivam a diminuição da quantidade de força aplicada para retração anterior.

O arco para a mecânica de fechamento de espaços na Sistematização MBT, de diâmetro 0.019" x 0.025", encaixado no "slot" 0.022", promove uma folga de 10 graus, na interface "slot"-fio. Essa folga não expressa a totalidade do torque nos dentes anteriores. Em con-

seqüência, durante a retração ocorre uma inclinação palatina excessiva dos dentes anteriores.

Outro aspecto da mecânica é o emprego de anéis elásticos associados aos amarrilhos (*tieback*). É sabido que os materiais elastoméricos degradam numa quantidade muito grande (40% a 60%) nas primeiras 24 horas, de acordo com Moresca & Vigorito, o que dificulta o uso de força ótima. Samuels pesquisou o emprego de molas fechadas de NiTi e concluiu que são superiores às ligaduras elásticas do "*tieback*".

Afirmar no início, que a mecânica por deslize é eficiente, acho que devemos trabalhar no sentido de torná-la efi-

caz. Já, há algum tempo encorajei-me em propor modificações nessa mecânica. Primeiro, seria de boa norma, salvo melhor juízo, usar o arco para retração anterior confeccionado com fio de diâmetro 0.021" x 0.025". A folga no "*slot*" passará para aproximadamente 3,5 graus. Segundo, fazer com que o atrito seja reduzido em 2/3 nos segmentos posteriores. Terceiro, empregar forças geradas pelas molas de NiTi. Quarto, descartar ou reduzir eletroliticamente o fio na região que vai deslizar no interior do tubo auxiliar ou do tubo de AEB.

As legendas das ilustrações que se seguem descrevem o sistema de forma inteligível.



Figura 1 – Sistema de retração com atrito minimizado na arcada superior. Na arcada inferior "*tieback*" com módulo elástico.



Figura 2 – Sistema de retração com atrito minimizado em ambas as arcadas. Observe o degrau à distal de caninos, a fim de encaixar no tubo auxiliar com o mínimo de atrito.



Figura 3 (A-B) – Sistema de retração com atrito minimizado em ambas as arcadas. Observe o uso de ligaduras metálicas para aplicação de forças bem controladas.

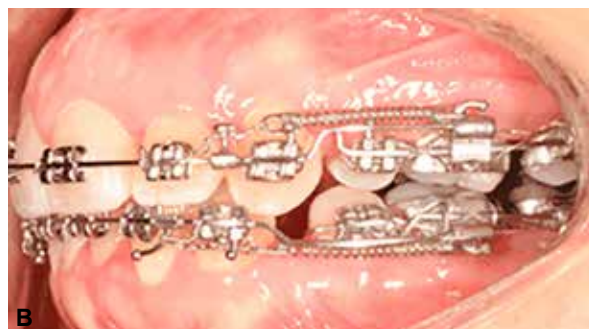


Figura 4 – Retração concluída. Arcos para renivelamento e posterior fechamento de espaços remanescentes. Observe o controle vertical.

Perguntas Prof. Alexandre Moro

- Mestre em Ortodontia – UMESP;
- Doutor em Ortodontia – USP;
- Professor Associado – UFPR – Graduação e Pós-graduação em Ortodontia;
- Professor Titular – Universidade Positivo – Graduação e Pós-graduação em Ortodontia;
- Editor Associado – Revista Ortho Science.

1. Durante vários anos, muitos profissionais davam ênfase ao uso do VTO ou VTG para o planejamento do tratamento, e hoje praticamente não se fala mais nisso. O que aconteceu com essas ferramentas em sua opinião?

No livro sobre Fundamentos em Cefalometria Clínica (1997), escrito juntamente com o Prof. Eros, apresen-

tamos um capítulo sobre a obtenção manual das Metas Visuais do Tratamento (VTG). Hoje, a *Rocky Mountain Orthodontics* disponibiliza o VTO de forma computadorizada.

Poucos são os cursos de pós-graduação que incluem o VTO e VTG em suas programações. A previsão de crescimento futuro de pacientes sem tratamento ortodôntico seguida da análise de sobreposições, com o traçado pós-tratamento, permite avaliações importantes em relação aos objetivos alcançados com o tratamento. O VTO (Objetivos Visuais do Tratamento) a curto prazo (2 anos) e o VTG (Metas Visuais do Tratamento) a longo prazo, permitem discernir entre o crescimento sem tratamento e as alterações obtidas com o tratamento.

A predição de crescimento sem tratamento é uma metodologia importante na pesquisa, pois os estudos, por intermédio de telerradiografias seriadas, necessitam do VTO e do VTG em vista de sua importância e difusão na comunidade científica que trata do assunto.

Na atualidade essas ferramentas têm sido pouco difundidas. A Ortodontia Social (realista), discutida em pergunta do Dr. Maurício, pode ser considerada culpada pelo pouco uso dos VTO e VTG na atualidade.

2. O senhor junto com o Dr. Eros Petrelli foi um dos difusores da Terapia Bioprogressiva de Ricketts no Brasil. As grandes ideias inovadoras e mudanças de paradigma propostas cativaram muitos ortodontistas. Entretanto, essa Técnica vem perdendo muitos dos seus seguidores no mundo todo. O que aconteceu? A técnica não se atualizou? Ou a perda do seu grande mentor Robert Ricketts fez desaparecer o atrativo?

A pergunta refere-se especificamente à Técnica Bioprogressiva, então vamos por parte: **1. O que aconteceu?** Aconteceu que os discípulos mais diretos de Ricketts, no transcorrer do tempo, acabaram desenvolvendo novos desenhos de arcos com fio de última geração. O emprego de alças reduziu-se significativamente. A liga cobalto-cromo (Elgiloy) foi praticamente substituída pelas ligas titânio-molibdênio (TMA) e níquel-titânio (NiTi). Um exemplo: a intrusão dos dentes anteriores, quando corretamente indicada, continua no contexto da Ortodontia. O que mudou? Mudou o desenho de alguns arcos. **2. A técnica não se atualizou?** Eu diria que a técnica foi atualizada indiretamente. Vamos usar o Arco CIA de Nanda para explicar, esse arco nada mais é do que o Arco Base de Ricketts (*Utility Arch*) com pequenas mudanças no seu desenho. Costumo dizer: é o mesmo ABI, sem os degraus molares, confeccionado com fios cujas ligas (titânio-molibdênio e níquel-titânio) apresentam propriedades superiores às do Elgiloy. **3. Robert M. Ricketts** deixou um legado da mais alta importância voltado para o diagnóstico e prognóstico ortodônticos. Acredito que a falta de interesse pela técnica se deve ao grande desenvolvimento tecnológico voltado para os materiais (fios e suportes) e, também, à negligência de autores que deixam de dar os devidos créditos ao gênio, quando abordam assun-

tos correlatos com a onipresença de Ricketts. Em nosso livro - Ortodontia Personalizada - tivemos o cuidado de incluir vários títulos da obra de Ricketts, obtidos de mais de quinze referências. Ainda, entre nós o nome de José Eduardo Pires Mendes vem à tona como um mestre que discorre sobre a Ciência Bioprogressiva com particularidades que merecem reflexões por parte dos cultos em Ortodontia.

O Prof. Eros Petrelli foi um dos maiores divulgadores da Terapia Bioprogressiva, no Brasil e na América do Sul. Tivemos o privilégio de, juntos, ministrarmos cursos na Argentina, Peru, Bolívia, e Paraguai, especificamente sobre a Técnica de Ricketts.

Agora, em setembro próximo passado, o *American Journal* publicou trabalho de DUANE GRUMONS, sob o título: "*Smile because of Dr. Robert Murray Ricketts*". No preâmbulo, o autor afirma que: "sua influência continua a contribuir para a compreensão dos enigmas biológicos e mecânicos que nos desafiam". Finaliza afirmando: "Sorrisimos por causa de sua vida sincera, seus ardentes ensinamentos e sua metodologia clínica". Esse trabalho merece leitura e reflexões.

A Associação Americana de Ortodontia, durante a seção deste ano, em São Francisco, juntamente com a *Rocky Mountain Orthodontics*, publicou um trabalho sobre Robert M. Ricketts, sob o título: "*The story of the master and legend*", disponibilizado no site da *Rocky Mountain*. Recomendamos a leitura desse trabalho. Autores, do quilate de Graber, Hilgers, Grummons, Selke, Gugino, Bench e outros escreveram depoimentos de interesse.



Figura 5 – Capa da publicação da RMO.

No Brasil, o Centro de Estudos de Ricketts e o Instituto Brasileiro de Terapia Bioprogressiva, sob a responsabilidade do Dr. Clóvis R. Teixeira, do Dr. Weber Tamburus e do Dr. Paulo T. Vasconcelos, têm envidado esforços no sentido de divulgar a Ciência Bioprogressiva.

Encerro essa resposta transcrevendo uma frase de Pires Mendes, contida em seu livro recente, que julgo pertinente, sob o título: "Uma Filosofia em Evolução. Muito mais do que uma simples técnica, a Terapia Bioprogressiva de Ricketts constitui-se em uma filosofia de tratamento ortodôntico ampla e completa."

3. Há algum tempo atrás no Brasil, e ainda hoje nos Estados Unidos, boa parte dos melhores cérebros da Odontologia iam para a Ortodontia. Hoje, não temos mais visto isso no Brasil. Na sua opinião, a nossa Ortodontia perdeu o seu *glamour*? Ou o problema é a crise da Odontologia brasileira?

Eu diria que a Ortodontia está perdendo o seu *glamour*. Alguém tem parcela de culpa nisso. Primeiro, os melhores cérebros estão derivando para outras especialidades. São poucos os românticos em Ortodontia. São muitos os sociais. Estamos em crise. Os fabricantes, apesar dos avanços tecnológicos, voltam-se e, com alguma lógica, à Ortodontia realista.

Perguntas Prof. Gerson Köhler

- Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial;
- Professor convidado – UFPR, Graduação e Pós-graduação, desde 1988;
- Ex-Presidente, por duas gestões – APRO – Associação Paranaense de Ortodontia e Ortopedia Facial;
- Enquanto Presidente da APRO, em 1994, foi um dos fundadores da ABOR – Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial, tendo exercido a secretária-geral por duas gestões;
- Atuação clínica especializada em Curitiba/PR;
- Advogado – OAB 53498-PR;
- Especialista em Direito Médico.

1. Caro Professor Baptista. Tendo sido seu aluno no primeiro curso de pós-graduação em Ortodontia da UFPR, resalto sentir muito orgulho dessa privilegiada condição, ampliada pelo fato de ter tido sua orientação na minha dissertação de conclusão de curso. Isso posto, gostaria de ter a sua opinião sobre a forma como a filosofia de Robert M. Ricketts influenciou na evolução da moderna Ortodontia. Nós que o conhecemos pessoalmente, sabemos da vastidão de seus estudos e pesquisas sobre as questões dentofaciais dentro de uma compreensão ampla da problemática.

O Professor Robert Murray Ricketts influenciou e, tenho certeza, continua influenciando a Ortodontia e a Ortopedia Facial à medida que consigamos entender o conteúdo de seu legado científico. Da leitura de sua entrevista, publicada em Português, depreende-se quão profundos são seus estudos. Oclusão, ATMs, Cefalometria dinâmica, Predição de crescimento craniofacial (VTO e VTG), Análise facial (Proporção Áurea), Dentometria (Análise de Modelos), Prescrições pré-ajustadas (Bioprogressiva Trimorphic - Meso, Dolico e Braquifacial), e Biomecânicas segmentadas, são alguns grandes títulos profundamente discutidos por Ricketts, com mudanças de paradigma dentro da Ortodontia.

A Terapia Bioprogressiva de Ricketts tem sido denominada por alguns autores como ciência. Assim, concito aos meus colegas de magistério que repensem e discutam a Ciência Bioprogressiva, dando os devidos créditos ao autor que deixou uma herança valiosa à Ciência Ortodôntica.

2. Como vê, Prof. Baptista, a evolução de nossa especialidade para o futuro. Ela continuará na dependência pura da mecânica ou poderão surgir novas formas de efetuar os tratamentos corretivos dentofaciais?

O grande desafio da Ortodontia é o tempo de tratamento. Como realizar alterações ortopédicas em curto prazo? Como aumentar a velocidade da movimentação ortodôntica? Como iniciar o tratamento na época mais oportuna possível?

De forma muito tímida e sem evidências científicas, encontramos na literatura algumas abordagens relacionadas à velocidade da movimentação ortodôntica. Assim, as intervenções como a corrente oxilatória de baixa frequência (Aparelho AceleDent) e o emprego da Prostaglandina têm sido objeto de estudos, além de outras abordagens. Depreende-se da literatura que o emprego da vibração vislumbra alguma possibilidade clínica futura.

Os estudos sobre a distração osteogênica têm demonstrado, após pesquisas de ILIZAROV, a eficácia de determinadas intervenções nos ossos maxilares. Há necessidade do desenvolvimento de dispositivos intrabucais, em conjunção com a nanotecnologia, para realização de intervenções ortopédicas eficientes.

Há algum tempo publicamos uma Nota Prévia sobre o emprego de uma nova modalidade de força - forças resultantes da diferença de pressão entre os meios interno e externo. Seria a força produzida pelo vácuo usada por intermédio de micropistões e com a possibilidade de se realizar movimentação ortodôntica e alteração ortopédica. Acredito que em um futuro próximo teremos um disjuntor fabricado de modo a produzir força contínua e determinada. Penso num minipistão ancorado em mini-implante para retrações e/ou protrações anteriores.

Alguém me disse certa vez: “Somente no Brasil temos duas especialidades para tratar a mesma coisa”. A Ortopedia Funcional dos Maxilares e a Ortodontia e Ortopedia Facial têm caminhado, na prática, na mesma direção. Os ortopedistas funcionais estudando e aplicando Ortodontia e os ortodontistas, também, valendo-se dos tratamentos ortopédicos funcionais. Isso significa que o tratamento das displasias, disfunções e más oclusões, em algum momento, exigem as duas especialidades. Na prática, o ortodontista não encaminha seus casos de Ortopedia e os ortopedistas funcionais, também, não encaminham os casos de Ortodontia.

Infelizmente, ainda continuamos na dependência da mecânica. Aos nossos alunos procuramos colocar o diagnóstico como prioridade um, exigindo estudos e pesquisas nesse sentido. Atualmente, estamos com a preocupação de seguir uma linha de pesquisa voltada para os primeiros molares superiores. Estudar a posição anteroposterior, seus aspectos rotacionais e posicionamento vertical é condição para um planejamento correto.

Perguntas Prof. Wilson Buffara

- Especialista em Ortodontia – UFPR;
- Mestre em Odontologia – Universidade Positivo;
- Professor Coordenador Curso de Especialização em Ortodontia – CNAPS/FUNORTE;
- Diretor Associação Paranaense de Ortodontia – APRO.

1. No atual estado da arte da Especialidade, o alcance de plena harmonia facial e estabilidade de resultados são prioritários nas indicações de tratamentos orto-cirúrgicos. Nesse contexto, diante das inúmeras análises cefalométricas e objetivos visuais de tratamento (VTO) existentes, qual seria o principal diferencial da avaliação proposta de Arnett/McLaughlin? Nessa linha de raciocínio, qual seria sua principal limitação?

No capítulo 5 do livro: “Planejamento facial e dentário para ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais”, Arnett & McLaughlin expõem uma Análise Facial e Cefalométrica, com 46 fatores. Trabalhar com uma análise tão extensa, afigura-se para nós clinicamente operosa. Diante disso, organizamos uma Análise ACTM Sumária com 15 fatores. Incluímos a referida análise no Programa Ortomanager (Rádio7). Dessa forma, acredito que a análise ACTM sumária pode ser utilizada no dia a dia do clínico.

O principal diferencial dessa análise são os dados oriundos da Linha Vertical Verdadeira (LVV) na avaliação do perfil tegumentário do paciente. Sua limitação é a falta de discussão em relação aos fatores que mudam de valor de acordo com a idade. Somente um exemplo: a partir da LVV, traçada pelo ponto Subnasal é possível correlacionar oito referências (Glabela, pronasal, subnasal, ponto A, lábio superior, lábio inferior, ponto B e pogônio). Verifica-se que os contornos do nariz, dos lábios e do pogônio mole mudam com a idade. Isso está comprovado pelos estudos de Ricketts e demonstrado em sua cefalometria dinâmica. Entretanto, essas considerações não tiram os méritos da Análise Cefalométrica e de Tecidos Moles (ACTM). Ela é de inestimável valor para a pesquisa na sua apresentação completa e importante clinicamente na versão sumária.

É importante ressaltar que os autores (Arnett & McLaughlin) trabalham com a ACTM completa computadorizada no diagnóstico, planejamento e na apresentação de seus casos clínicos orto/cirúrgicos.

2. Ortodontia lingual: Diferenciação profissional e nicho de mercado atrativo estão caminhando juntos com tratamentos realmente bem finalizados ou necessitam de mais autocrítica? Qual sua percepção?

A Ortodontia Lingual, no momento, pertence aos puristas (românticos). O especialista capacitado nesse sistema de tratamento enfrenta algumas limitações voltadas para diversos aspectos. Assim, os custos da aparelhagem, o tempo de cadeira, as dificuldades inerentes às displasias, disfunções e más oclusões tornam inviáveis a opção de tratamentos com Ortodontia Lingual por vários segmentos da sociedade. Portanto,

a nossa percepção vai de encontro aos ministradores de cursos, quando afirmam que a Ortodontia Lingual pode ser instituída indistintamente em todas as anomalias. Não é bem assim, temos uma parcela de pacientes adultos, mutilados ou com vários implantes osteointegrados que não devem ser tratados com essa técnica. As biomecânicas linguais, estaticamente determinadas, associadas com a ancoragem absoluta (mini-implantes ou placas), permitem tratamentos mais complexos. Entretanto, ainda nos deparamos com casos contraindicados para terapia lingual.

Os custos podem variar da exorbitância de um “Incognito” customizado até uma aparelhagem nacional menos sofisticada.

O tratamento ortodôntico realizado com aparelhos linguais exige que o especialista realize um curso de aperfeiçoamento. Um especialista bem formado em Ortodontia Vestibular não encontrará grandes dificuldades para iniciar-se na Ortodontia Lingual. No Brasil, tem-se ótimos cursos, inclusive alguns cursos de especialização que capacitam seus alunos em Ortodontia Lingual.

Aos românticos (puristas) deixo a mensagem de que a oferta de tratamentos por intermédio de terapia lingual é um diferencial importante para o sucesso profissional. Fica claro que a diferenciação profissional será injejada por aqueles que não a praticam.

Referências

1. Accorsi MAO, Velasco LG. Diagnóstico 3D em Ortodontia - A Tomografia Cone Beam Aplicada. Nova Odessa: Editora Napoleão, 2010.
2. Arnett WG, McLaughlin RP. Planejamento Facial e Dentário para Ortodontistas e Cirurgiões Bucomaxilofaciais. São Paulo: Artes Médicas, Div Odontol, 2004.
3. Baptista JM. Ortodontia Personalizada. São Paulo: Santos, 2004.
4. Consolaro A. O “Ser” Professor. Arte e Ciência no Ensinar e Aprender. Maringá: Dental Press International, 2000.
5. Farias RQP, Ribeiro RC, Freitas L de PH. Comportamento das vias aéreas após cirurgia ortognática em pacientes com deformidade dentofacial de Classe III. Rev Odontol Bras Central. 2013; 22(62).
6. Gornic C et al. Análise cefalométrica das vias aéreas superiores de pacientes Classe III submetidos a tratamento ortocirúrgico. Dental Press J Orthod. 2011; 16(5).
7. Mendes JEP. Assim Caminha a Ortodontia. São Paulo: Quintessence, 2014.
8. Moresca R, Vigorito JW. Avaliação in vitro da degradação da força produzida por módulos elásticos utilizados no fechamento de espaços com a mecânica por deslizamento. Ortodontia SPO. 2005 abr./jun.; 38(2):151-161.
9. Pascual CR. Alterações da via aérea orofaríngeo após a rotação anti-horária do complexo maxilo-mandibular e suas repercussões na qualidade do sono dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Duque de Caxias, 2009.
10. Ricketts RM. Entrevista - Dental Press Ortodon Facial, Maringá. 2003; 8(5) set./out. 2003.
11. Samuels RH et al. A comparison of the rate of space closure using a NiTi spring and an elastic module: a clinical study, Am Journal Orthod. 1993; 103:464-67.