

Entrevista



Andrea Erica Bono

- Doutora em Odontologia – Universidade Nacional de la Plata;
- Especialista em Ortodontia – Universidade Nacional de la Plata;
- Especialista no Tratamento de Disfunções Temporomandibulares – Universidade Católica de Salta;
- Professora Titular do Curso de Especialização em Ortodontia – Universidade Nacional de La Plata.

Perguntas Dr. Alexandre Moro

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

1. Pode explicar ao Ortodontista brasileiro como a Ortodontia é ensinada na Argentina, tanto a nível de graduação como de pós-graduação?

Na Argentina, a formação na graduação é muito básica. Seu único objetivo é que o aluno se aproxime do conhecimento da especialidade e decida se quer continuar nesta área. No nível de pós-graduação a variedade é ampla. Na Faculdade em que me formei e onde atualmente sou professora, a formação dura três anos, mais um ano de pré-clínico. Há uma estrutura que vai desde o básico, Anatomia, Fisiologia, Biomecânica, Laboratório; até os últimos dois anos, onde a parte clínica é dividida em quatro: Ortopedia, Técnicas Diversas, Técnicas Fixas e Mecânica de Tratamento. Cada matéria transmite o conhecimento de uma técnica específica, levando o aluno do conhecimento teórico ao prático da forma mais pura possível. O aluno se forma com 12 casos clínicos, desde o diagnóstico até a conclusão.

2. Como especialista em Dor Orofacial, qual é o papel da Ortodontia Contemporânea na equipe multidisciplinar para o tratamento destas dores e distúrbios?

O Ortodontista tem a oportunidade de poder diagnosticar essas patologias orofaciais desde o início do tratamento, quando uma anamnese correta é realizada. Nela, certas perguntas são fundamentais para chegarmos mais próximos do diagnóstico e da possibilidade de determinar se o paciente com dores orofaciais tem alguma associação com o sistema estomatognático ou fora dele. O mundo trabalha interconectado, assim como a Ortodontia, que deve trabalhar em paralelo durante todo o tratamento com a evolução da saúde do indivíduo.

Não devemos ignorar uma patologia pré-existente ou que o paciente possa vir a desenvolver durante nosso tratamento. É nossa obrigação trabalhar em conjunto com as demais especialidades Médicas e Odontológicas.

3. Quais são as principais diferenças que você poderia apontar na prática da Ortodontia entre os países da América Latina?

Os programas de especialização dependem do Diretor e da demanda e expectativas do aluno. Os melhores programas, em minha opinião, são aqueles onde o estudante pode ter seus pacientes desde o início até a contenção, tendo contato com as diferentes técnicas e filosofias. Na América Latina a heterogeneidade é muito ampla, e o nível de graduação é também muito desigual. Há especializações que tratam com uma única

técnica, ignorando as diferentes formas de se chegar à correção das más oclusões. Hoje em dia, a inclusão ou não de temas como Alinhadores, ATM, Ortodontia Digital e Microimplantes extra-alveolares no currículo podem ser decisivos no momento de escolher onde se especializar.

4. Poderia nos dar sua visão resumida sobre os seguintes temas: A) Tomografia computadorizada e Cefalometria 3D; B) Mini-implantes e mini-placas?

A Tomografia 3D chegou para ficar. A abordagem tridimensional nos mostra a realidade, que antes só víamos em perfil. Muitas vezes me pergunto por que o estudo de um paciente é feito em 90% dos casos com raio-X de perfil, sem incorporar o raio-X frontal, onde um número grande de assimetrias poderia ser revelado e, dessa maneira, os planejamentos mudariam completamente. Por exemplo, a origem de uma linha média desviada poderia ser um ramo mandibular mais curto, não tendo resolução, mas que poderia ser resolvido se o problema fosse dentário. A incorporação da Cefalometria 3D é uma mudança de paradigma muito importante, onde os professores devem mergulhar no conhecimento de maneira rápida e profunda, para que possam depois transferir este conhecimento aos alunos em formação.

Os Mini-implantes e as Mini-placas, desde sua introdução, trouxeram uma grande reviravolta no planejamento dos casos ortodônticos. Os scanners, os softwares de Ortodontia e as impressoras 3D não vão modificar nossos planos de tratamento. Os Mini-implantes extra-alveolares e as Mini-placas mudam nossas terapêuticas, nos permitem distalizar a dentição superior ou inferior, intruir e extruir em magnitudes que a Ortodontia convencional não podia realizar. Aqui a mudança é muito forte e com ela devemos também fortalecer o ensino e modificar os alcances de nossos treinamentos.

5. Os alinhadores removíveis vieram para ficar ou são tendência passageira?

Os alinhadores vieram para ficar, não há chance de desaparecerem ou de diminuir sua produção, na verdade, irão aumentar desenfreadamente.

É uma excelente pergunta, pois é nesta área que mais devemos nos diferenciar do dentista generalista, que acha que com um computador e uma impressora pode fazer o que nós levamos uma vida inteira para aprender e que ainda continuamos na busca.

As resoluções com alinhadores devem incluir detalhadamente nossas propostas, com distalizações sequen-

ciadas, intrusões programadas com mini-implantes, *table tops* em pacientes com disfunções de ATM, combinações de levantes de mordida com erupções posteriores, todo o necessário para que não seja apenas alinhar, mas, sim, diagnosticar com os mesmos elementos da Ortodontia tradicional, nem um a menos;

prever e planejar objetivos que só e unicamente um profissional especializado e completamente atualizado pode ter.

Fazer Ortodontia com alinhadores deve trazer estética e conforto ao paciente, e a nós deve trazer a mesma responsabilidade da Ortodontia com bráquetes.

Perguntas Dr. Ricardo Moresca

- Especialista em Ortodontia – UFPR;
- Mestre em Ortodontia – UMESP;
- Doutor em Ortodontia – FOUUSP;
- Professor Associado – UFPR;
- Professor do Curso de Especialização em Ortodontia – UFPR;
- Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia – Universidade Positivo;
- Diplomado pelo Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial.

1. **Você tem ampla experiência com o tratamento de distúrbios da ATM. Quais são as principais alterações que tem visto no tratamento desses problemas durante os últimos anos?**

Eu me graduei há quase 30 anos (mal posso acreditar) e a ATM entrou em minha vida profissional sem eu procurá-la, e nunca mais a deixou. Assim como os diagnósticos médicos em doenças autoimunes evoluíram, por exemplo, também evoluíram os prognósticos de nossos tratamentos, em imagens de Ressonância Nuclear Magnética, Cone Beam e estudos de laboratório. A evolução dos tratamentos da ATM deve ser vista com a mesma visão da Medicina. A incorporação do diagnóstico das patologias da ATM prévio aos tratamentos da Ortodontia tem aumentado consideravelmente. Desse modo, o planejamento dos mesmos foi alterado. Entende-se que o momento oportuno para tratar essas disfunções não é em paralelo, nem depois da Ortodontia, mas sim antes de se estabelecer um movimento dentário, pois se o fazemos antes, muitas vezes isso dificulta ou impede de se tratar um problema prévio da ATM.

Tudo mudou e evoluiu para o profissional que quer enxergar.

2. **Como você entende a relação da oclusão como fator etiológico dos distúrbios da ATM?**

A ATM é influenciada de forma direta pela oclusão. Não há movimento que se produza na boca que não tenha influência de forma direta na fisiologia da ATM. Os problemas nessa articulação podem ser de origem traumática, infecciosa, autoimune, neoplásica, não neoplásica ou oclusal. Qualquer alteração anteroposterior (redução do torque), transversal (endoalveolia/endognatía), vertical (mordida aberta/profunda) ou parafunções com a perda de substância dentária influenciam espacialmente a posição final da ATM na cavidade glenoidal.

Há pacientes que têm um grande poder de rearranjo e, por mais sobrecarregada que a ATM possa apresentar,

em decorrência de problemas oclusais, esta se adapta e remodela de tal forma que o paciente acredita não ter a patologia na ATM, porque não sente dor. Pode haver dor em outros locais, por exemplo, musculares, que o paciente não associa à oclusão ou à ATM.

Deve-se considerar a oclusão como um pilar fundamental no desenvolvimento e/ou manutenção de uma patologia articular, não realizando movimentos dentais que podem se tornar irreversíveis, perpetuando uma patologia articular pré-existente.

3. **Quais são seus critérios para indicar os propulsores mandibulares?**

Apesar de muitos propulsores mandibulares serem projetados para realizar modificações dentoalveolares, por serem sustentados pela mandíbula de forma permanente, estes podem ter influência na fisiologia articular. Por isso, recomendaria como rotina realizar uma imagem da ATM previamente à instalação de um propulsor, verificando se o côndilo se encontra mais superior e posterior do que deveria. Primeiro se trata o problema vertical, para dar espaço superior para descomprimir a ATM, e, em seguida, é realizada a instalação do propulsor, não antes. Também realizar um *check up* das imagens articulares ao finalizar os objetivos propostos com o propulsor.

4. **Quais são suas perspectivas para o futuro da Ortodontia?**

A Ortodontia é uma das disciplinas mais belas da Odontologia. Ela proporciona função e estética. Oferece segurança e comunicação através de sorrisos. Esses propósitos estiveram sempre a cargo de profissionais que passaram muitos anos em formação.

Deve continuar nas mãos daqueles que estão realmente capacitados para fazê-lo. Deveriam existir, de forma globalizada, entidades que regulassem o exercício dessa especialidade. Ela não pode cair nas mãos de dentistas mal treinados, sem critérios ou bom senso. Os alinhadores são uma ferramenta que pode abalar

nosso futuro se não marcarmos muito bem nosso território com conhecimento e extrapolarmos quais são os alcances e objetivos de um tratamento ortodôntico nas mãos de um profissional habilitado. Devemos difundir como um paciente ortodôntico deve ser estudado (anamnese correta, radiografias, cefalometrias, inspeção clínica, diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento). Se isso se espalhar... o paciente saberá quando está nas mãos de um profissional que não está apto para atendê-lo. É nossa missão.

5. O que você sabe hoje que gostaria de saber quando iniciou sua vida profissional?

Definitivamente gostaria de saber mais sobre a ATM quando comecei. Deveria ter recebido treinamento adequado na graduação sobre a oclusão, sobre a importância da anamnese, saber ler uma radiografia, uma ressonância da ATM, entender como funciona a ATM, como se desenvolve e como é tratada.

Mas, na vida tudo se trata de evoluir. Minha mãe é Doutora em Odontologia, Especialista em Ortodontia (já aposentada), e ela sempre marcou meu norte. Comecei com um exemplo muito claro do que queria fazer. Logo que comecei minha caminhada tive muitas pedras no caminho, que consegui superar, pois me deparei com dois Mestres que me orientaram na ATM: o Prof. Dr. Jorge Alfonso Learreta, líder indiscutível na incorporação da ATM na área odontológica; e meu professor e de muitos outros na Ortodontia, nosso sempre lembrado Prof. Dr. Hugo Trevisi, que me marcou com a forma de trabalho, além de sua filosofia. Tenho ambos como exemplo de devoção e respeito por essa especialidade. Tive a possibilidade de cruzar caminho com eles, talvez em um momento apropriado, e a oportunidade de continuar lentamente seus passos. E voltando à pergunta... Creio que cada um deva aceitar o que lhe foi dado na hora de terminar a Graduação, mas logo as oportunidades, os momentos, as provas, as demandas, as coincidências, as situações, as responsabilidades, a persistência, os objetivos são o que nos marcarão por toda a vida no Caminho da Profissão.

Que cada dia de trabalho seja sempre um desafio, que trabalhar não seja um fardo, mas um prazer.

Pela bondade de Deus, eu trabalho no que gosto e disto eu vivo.