

Dr. Décio e o Conselho Editorial

C. Editorial Na opinião do Sr., as pesquisas científicas nos cursos de Pós-graduação têm sido realizadas abordando somente temas tradicionais ou o Sr. tem notado um interesse em pesquisar técnicas alternativas?

Dr. Décio *Tradicionalmente, a maior parte das pesquisas dos Cursos de Pós-Graduação "stricto sensu" abordam temas convencionais - inclusive as dos nossos cursos da FOB - quem sabe por absoluta falta de amostragem. Mas, já de há algum tempo vimos pesquisando e realizando trabalhos sobre técnicas alternativas, tanto ortodônticas, como ortopédicas. No ano passado, por exemplo, uma nossa mestrande Ana Carla Junqueira Pereira defendeu uma tese sobre o uso do Nite-Guide e Occluso-Guide (aparelho ortopédico preconizado por Bergensen). O mestrando Eduardo Alvares Dainesi realizou o seu trabalho de tese sobre biocompatibilidade dos materiais ortodônticos, ao estudar a reação de hipersensibilidade ao níquel contido nas ligas de aço inoxidável dos aparelhos ortodônticos e outro mestrando, Jorge Luís Alegria Toruno, defendeu um trabalho de pesquisa sobre a utilização do Aparelho de Frankel para a correção de classe II, 1ª divisão. Na área ortodôntica temos trabalhos em andamento sobre a técnica Bioeficiente, de Viazis e outras sobre os aparelhos pré-ajustados.*



Dr. Décio

C. Editorial Ultimamente no Brasil a técnica Straight Wire tem se difundindo provavelmente pela facilidade em se obter as inclinações, angulações e os toques embutidos, diminuindo a necessidade de dobras nos fios.

Que recomendações o Sr. faria para aqueles que escolheram utilizar os braquetes pré-ajustados?

Dr. Décio *Indiscutivelmente a técnica do "Straight-Wire", proposta por Andrews, constitui um avanço extraordinário para a mecânica ortodôntica, tal como foram na época a de Angle e a de Tweed. Implantou ele uma nova concepção de mecânica adaptada para ortodontia contemporânea no que concerne à manipulação dos arcos, ao tempo de tratamento e de cadeira e conseqüentemente ao número de pacientes atendidos, com resultados duradouros e perfeitos. Entretanto convém frisar que não a consideramos como uma técnica para principiantes que não tenham alguma experiência com a técnica de Edgewise Convencional, pois conforme o caso, necessita-se às vezes aumentar ou diminuir os torques, as angulações e as inclinações incorporados nos braquetes. Ademais, se o ortodontista nunca executou essas manobras no fio, dificilmente terminará a contento o tratamento. Enfim, consideramos que a técnica dos pré-ajustados deve ser executada por profissionais já gabaritados.*

C. Editorial Considerando-se que os efeitos dos dispositivos ortopédicos tem demonstrado resultados cientificamente significantes, que aparelhos o Sr. recomendaria, e em que situações, no tratamento das más-oclusões?

Dr. Décio De acordo com nossa experiência clínica, os aparelhos que apresentam melhores resultados são o Ativador, o Bionator e o aparelho de Frankel. Estes aparelhos estão indicados para a correção ântero-posterior das más oclusões, principalmente da Classe II, durante o crescimento. Os resultados mais satisfatórios são obtidos quando o padrão de crescimento facial do paciente é predominante horizontal, com sobremordida profunda e com a altura facial ântero-inferior proporcionalmente diminuída. Quando o caso não apresenta problemas de deficiência transversal, O Ativador e o Bionator são bastante eficientes, entretanto, se esta discrepância estiver presente o aparelho de Frankel é o mais indicado. O aparelho de Frankel apresenta também bons resultados para o tratamento precoce da classe III. Quando os pacientes apresentam também protusão maxilar, podemos associar aos aparelhos ortopédicos, a ancoragem extrabucal para remodelar essa estrutura.

C. Editorial Diante da experiência clínica e trabalhos demonstrando inúmeros casos de recidiva dos tratamentos ortodônticos, qual a opinião do Sr. sobre a conduta dos ortodontistas com relação à contenção?

Dr. Décio Como procede a maioria dos ortodontistas, também utilizamos contadores superiores (placa de Hawley) e inferiores (3X3), por um período de um ano no arco superior e de dois anos no inferior, com o propósito de impedir uma possível recidiva e possibilitar ao período, um período de recuperação às forças exercidas durante o tratamento ortodôntico corretivo, e aos dentes uma acomodação em relação às suas novas posições e à musculatura adjacente. Pois devemos diferenciar uma recidiva por um tratamento incorreto devido a um plane-

jamento ou à uma mecânica inadequada, do que denominamos uma acomodação fisiológica que pode ocorrer, e que absolutamente não deslustra o tratamento ortodôntico realizado. A acomodação dos dentes após a correção do apinhamento ântero-inferior severo, deve ser aventada e explicada ao paciente como uma adaptação conseqüente à pressão muscular e que um retratamento não proporciona resultados duradouros. Além disso, nunca deixamos uma contenção por períodos prolongados (5anos ou mais), prática adotada por muitos profissionais como a única conduta para se evitar a recidiva, pois consideramos uma incógnita o comportamento destes dentes permanecendo sob "stress", por longos anos.

C. Editorial Sendo um dos pioneiros no ensino da ciência ortodôntica no Brasil, como o Sr. vê o futuro dos cursos de pós-graduação em ortodontia e o mercado de trabalho para os novos profissionais?

Dr. Décio Infelizmente prevemos um futuro não muito alvissareiro para os Cursos de Pós-Graduação "stricto sensu" principalmente se, nos próximos meses, quando a Câmara dos Deputados, ao discutir a Lei Geral da Educação Nacional, aprovar um dispositivo que consideramos altamente desastroso e que destruirá, literalmente, tudo o que já foi realizado em termos de Pós-Graduação. Referimo-nos ao inciso II do artigo 51, de autoria do Senador Antônio Carlos Magalhães, que inclui a especialização entre os graus acadêmicos universais, que são o mestrado e o doutorado. Como afirma o Senador Darcy Ribeiro "este inciso é devastador para o que temos de melhor na educação brasileira, que é a pós-graduação". Se aprovado, qualquer curso de especialização, valerá tanto quanto o de mestrado ou do doutorado, que não valerão nada. E tem uma finalidade, pretende com esse inciso liberar o professorado das escolas privadas de qualquer esforço de aprimoramento. Como eles lecionam para um milhão de alunos, duas terças partes dos estudantes de nível superior, seriam prejudicados. E será um desastre, pois se apro-

vado acabará com o sistema brasileiro de pós-graduação, que graças à CAPES e ao CNPq vêm melhorando substancialmente a qualificação do professorado de nível superior e a formação de pesquisadores e tecnólogos de alta competência. A partir de sua aprovação, qual o Cirurgião-Dentista que vai despender três anos fazendo o mestrado em tempo integral, se num concurso para provimento de cargos seu título vai valer o mesmo que de um especialista?

C. Editorial Qual a opinião do Sr. sobre a relação do 3º molar e o apinhamento tardio ântero-inferior?

Dr. Décio Consideramos, como a maioria dos pesquisadores, que não há nenhuma relação entre o apinhamento ântero-inferior tardio - denominado por Van der Linden de apinhamento terciário - com a erupção dos 3ºs molares. Esse apinhamento ocorre devido à compensação dentoalveolar e às mudanças conseqüentes ao crescimento tardio da mandíbula. Portanto, julgamos que não se justifica a extração profilática dos 3ºs molares para a prevenção de um possível apinhamento dos incisivos inferiores.

C. Editorial Como o Sr. vê o avanço da cirurgia ortognática sendo envolvida cada vez mais nos planejamentos ortodônticos?

Dr. Décio Consideramos esta interação entre a cirurgia e o tratamento ortodôntico como altamente benéfica porque a maior utilização da cirurgia ortognática nos planejamentos ortodônticos auxilia o ortodontista na obtenção de melhores resultados naqueles casos em que a má oclusão apresenta uma grande discrepância esquelética, em que o prognóstico para o tratamento somente ortodôntico seria deficiente. Os pacientes adultos são grandemente beneficiados pois com o tratamento combinado, discrepâncias das bases ósseas, que só apresentam um ótimo prognóstico se o paciente possuir ainda algum potencial de crescimento, podem ser satisfatoriamente resolvidos. Desta forma, os resultados oclusais e estéticos

serão mais estáveis e harmoniosos.

C. Editorial Ortodoxamente, a ortodontia tem como paradigma que a distância inter-caninos precisa ser preservada durante o tratamento ortodôntico, para minimizar a recidiva. Qual a opinião do Sr. sobre esta questão?

Dr. Décio *Continuamos ortodoxos pois a literatura e nossa experiência de mais de 30 anos confirmam que a distância inter-caninos deve ser preservada, na medida do possível. Quando o apinhamento ântero-inferior é exagerado e movimentamos os caninos para o local da extração dos 1^{os} pré-molares, aumentando a curvatura do arco dentário, fatalmente teremos alguma recidiva após a retirada da contenção, pois modificamos a forma do arco, que é estabelecida, principalmente, pelo padrão morfológico da face e sua musculatura.*

C. Editorial Qual a conduta do departamento da FOB no tratamento de Classe II/1 com crescimento vertical acentuado?

Dr. Décio *A conduta do Departamento nos casos de Classe II, 1^a divisão, consiste em usar uma mecânica que apresente um potencial para não aumentar ainda mais a altura facial, que geralmente já se apresenta desproporcionalmente maior nestes casos. Esta mecânica consiste, muitas vezes, em se utilizar uma ancoragem extrabucal com tração alta para evitar qualquer extrusão dos molares, que é bastante desfavorável. Os aparelhos funcionais, conseqüentemente estão contraindicados uma vez que, geralmente atuam aumentando a altura facial. A frequência de extrações em casos de Classe II, 1^a divisão, com padrão vertical, é maior do que em casos com padrão horizontal porque seu procedimento auxilia na diminuição da altura facial ântero-inferior, principalmente com a mesialização dos dentes posteriores. Maiores pormenores do tratamento dependerão de uma avaliação mais detalhada de todos os outros dados de diagnóstico*

de um paciente com uma Classe II, 1^a divisão, com crescimento vertical acentuado, tais como: idade do paciente, quantidade de apinhamento, posição ântero-posterior das bases apicais, altura facial ântero-inferior e o perfil mole, para elaborar um plano de tratamento mais consentâneo, que poderá ser somente ortodôntico como também ortodôntico-cirúrgico.

C. Editorial Em alguns casos a intrusão dentária pode ser indicada no tratamento ortodôntico. Quais os mecanismos que o Sr. acredita serem eficazes?

Dr. Décio *Um método simples e eficaz, consiste em uma placa removível superior, apresentando um platô anterior de acrílico, que promove o toque apenas dos dentes ântero-inferiores, quando do fechamento bucal. Há outros métodos realizados com aparelhos fixos, como o arco base de Ricketts e a reversão e acentuação da curva de Spee nos fios ortodônticos de nivelamento. O arco de Ricketts apresenta um degrau por mesial dos primeiros molares e distal dos caninos, de modo que o fio apenas percorre os bráquetes destes dentes e sobrepassa os pré-molares e caninos. Para ativar, angulam-se as extremidades do arco na altura da dobra posterior. A acentuação e a reversão da curva de Spee são realizadas no arco contínuo, com uma curva de Spee acentuada no arco superior e reversa no inferior. Todos estes métodos, no entanto, associam intrusão anterior com extrusão posterior. Quando esta extrusão compensatória não está indicada, como em pacientes com crescimento vertical, com ou sem "gummy smile" (sorriso gengivoso), lançamos mão de outros recursos como a utilização dos ganchos em "J" conectados ao arco por distal dos caninos superiores ou anteriormente dependendo dos dentes que desejamos incluir no movimento de intrusão.*

C. Editorial O Nivelamento da Curva de Spee enquadra-se num dos requisitos para obtenção da oclusão ideal. Que táticas mecânicas utiliza e obtém

melhores resultados para esta finalidade?

Dr. Décio Segundo Steadman, *é possível combinar-se 16 formas diferentes de Curvas de Spee. Portanto, torna-se importante distinguir se o paciente apresenta realmente uma Curva de Spee profunda (entre caninos e molares) ou se na região posterior apresenta-se suave ou plana e na anterior exibe uma extrusão dos incisivos superiores e/ou inferiores (curva ocluso-incisal, descrita por Pinzan). São abordagens distintas, pois a tradicional mecânica de acentuá-la no arco superior e revertê-la no inferior, tem como objetivo principal torná-la plana, seguindo os preceitos de Andrews, nas suas 6 chaves de oclusão normal. Se o problema reside na extrusão dos anteriores, é válida a construção de degraus de intrusão entre os caninos e pré-molares, arco em "J" no superior; construção de um arco com fio 0,9 ou 1 mm inserido nos tubos molares, com força de intrusão nos anteriores ou a instalação do Arco-Base de Ricketts; ou mesmo, se o padrão cefalométrico permitir, instalar uma placa de levantamento nos dentes anteriores e forçar com elásticos intermaxilares, a extrusão dos posteriores.*

C. Editorial O Sr. deseja acrescentar algo a entrevista?

Dr. Décio *Apenas parabenizá-lo pela ousadia deste empreendimento, pois já de há muito estávamos necessitando de uma revista deste porte e jaez. Aliás, não poderia esperar outra coisa de um profissional atuante, capacitado e, principalmente idealista, qualidades que você tem demonstrado, desde quando era nosso aluno no Curso de Especialização. Continue deste modo, pois a perseverança é a chave do sucesso e não há nada impossível ao homem impulsionado por uma convicção intemorata!*

Dr. DÉCIO RODRIGUES MARTINS

*Rua Antonio Xavier de Mendonça, 2-22
17043-090 - Bauru - SP
(014) 223-4133 ramal 8217
Tele/FAX (014) 223-6217*

Formação Universitária

- Cirurgião-Dentista pela Faculdade de Odontologia de Alfenas, Minas Gerais, 1948.
- Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito de Bauru, São Paulo, 1958.
- Curso de Pós-Graduação em Bioestatística e Histologia e Patologia Oral, pela Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, 1966.
- Curso de Pós-Graduação em Ortodontia pela University Oregon Dental School - USA, de setembro de 1968 a junho de 1970.

Atividades Didáticas

- Professor Titular em Ortodontia, da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, desde 1983.
- Chefe da Disciplina de Ortodontia, da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, desde 1967.

Atividades Científicas

- Traduziu o livro: MOYERS, R.E. - Handbook of orthodontics for the student and general practitioner, 3rd ed., com o título "ORTODONTIA" da Editora Guanabara Koogan S.A., 1979;
- Revisor da tradução do livro: TENTI, EV. - Atlas de Aparelhos ortodônticos fixos e removíveis. São Paulo, Editora Santos, 1993.
- Publicou 5 obras didáticas, 5 capítulos de livro, 57 trabalhos científicos, 11 comunicações científicas, 5 trabalhos de divulgação e 6 traduções de artigos científicos;
- Ministrou 125 cursos de atualização, participou de 21 simpósios e proferiu 68 conferências, no país e no exterior;

Atividades Universitárias e Comissões

- Fundador do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais, da Faculdade de Odontologia de Bauru, da USP;
- Consultor do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. da Coordenadoria de Pessoal de Ensino Superior - CAPES e da Fundação

de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP.

Atividades Administrativas

- Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Ortodontia, ao nível de Mestrado, Faculdade de Odontologia de Bauru, da USP, de 1973 a 1984;
- Coordenador dos Cursos de Especialização em Ortodontia promovido pela Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio Palatal, de 1979 a 1987;
- Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Ortodontia, ao nível de Doutorado, da Faculdade de Odontologia de Bauru, desde 1983;
- Diretor da Revista "Ortodontia", da Sociedade Paulista de Ortodontia, de 1983 a 1986;
- Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia, da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, Regional de Bauru, de 1983 a 1987;
- Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru, da USP, desde 1987.