



Dr. S. Interlandi

A Dental Press no afã de prestar uma homenagem ao decano do Ensino Ortodôntico, entrevista neste número o insigne Mestre Dr. S. Interlandi.

No contexto genealógico da Ortodontia paulista, o preclaro mestre constitui o tronco da frondosa árvore que difundiu seus galbos e estes, por sua vez, também se ramificaram, constituindo a ubérrima e fecunda Ortodontia de nosso estado. Podemos afirmar com segurança que 95% dos Ortodontistas que militam no solo paulista descendem diretamente dos cursos de pós-graduação (lato sensu ou stricto sensu) ministrados pelo Dr. Interlandi ao longo destes 32 anos, ou indiretamente pelos cursos oferecidos por seus alunos, entre os quais nos incluímos. Parabéns ao colega Laurindo, editor desta prestigiada revista por este preito ao estimado amigo Dr. Interlandi.
Dr. Décio Rodrigues Martins

1 - Como um dos pioneiros da Ortodontia no Estado de São Paulo, e um dos introdutores dos cursos de typodont aos clínicos gerais no Brasil, como o senhor avalia a sua experiência passada, como educador ortodôntico e as crescentes críticas à existência desses mesmos cursos? Dr. Dante Bresolin.

Dr. Interlandi - Além de relembrar-me a circunstância de ter tido a honra de participar da comissão examinadora de seu concurso de Mestrado, sua pergunta, por abranger algumas de minhas atividades pessoais, autoriza-me a divulgar determinados aspectos que envolveram cursos que ministrei:

Se folhear o livro que coordenei: "Ortodontia - Bases para a iniciação" (entrando revisto, atualizado e ampliado, na quarta edição, no presente ano), verá que um interesse particular pelos que se iniciam em ortodontia, acompanha-me por toda minha vida de professor. Estou seguro de que o trabalho mais complexo dos que se dedicam ao ensino, é sem dúvida, relacionado à propedêutica ortodôntica. Ao voltar de curso Pós-graduado que frequentei num país onde ortodontia era um foco luminoso – ao mesmo tempo que, em toda a América Latina ela tremelicava à luz de velas – ao voltar daquela experiência, repito, tive a reação frustrante dos que viram a exiguidade numérica, embora eficiente,

dos centros de ensino pós-graduado no país. Esse quadro se agravava pelo interesse particular de numerosos profissionais brasileiros para iniciar-se em lides ortodônticas.

Os primeiros cursos que ministrei foram por solicitação insistente de ortodontistas para os quais, a técnica de "edgewise" e a "cefalometria", como instrumento de diagnóstico, eram de divulgação numericamente insuficiente. Para eles, a experiência inicial de um primeiro curso foi agradável privilégio. Para mim, – que sempre cultivei com entusiasmo, qualquer experiência didática – descobri o prazer incontido de ordená-la em conceitos básicos aliados a uma mecânica que se insinuava, entre nós, como grata novidade.

A circunstância acima caracterizou-me o aspecto da iniciação ortodôntica, como algo inteiramente oposto ao que era cultivado na época, por "posturas acadêmicas elitistas". Habituei-me a organizar cursos menores, de forma a contribuir para a solução de dois problemas:

1º - propiciar iniciação aos que já possuíam experiência clínica, porém, sem terem participado de um treinamento básico no campo do diagnóstico, bem como em qualquer mecânica ortodôntica aceitável.

2º - colaborar com o contingente numeroso de cirurgiões-dentistas – a maioria recém formados – barrados pela deficiência numérica dos centros de

ensino, e sem oportunidade de receberem qualquer orientação prática que os ajudasse na decisão de desbravar um caminho para possível especialização.

Em decorrência, um número expressivo de vocações concretizou-se à custa de esforços dos interessados, no acesso a cursos de nível mais alto, no país e no exterior. Muitos candidatos tiveram a oportunidade de descobrir que ortodontia não era a atividade que se coadunava com suas ansiedades profissionais. Outros, apesar das orientações recebidas, fizeram inaugurar, desastrosamente, práticas clínicas sem a necessária busca de novos conhecimentos e experiências. Porém, costume alimentar a convicção de que participei, dentre outros, com ministração de cursos que foram uma contribuição inegável para agilizar-se a atmosfera ortodôntica do país. Basta lembrar o 1º Congresso Internacional de Ortodontia, realizado em 1968, na Cidade Universitária, com aproximadamente, mil participantes, e que tive a honra de presidir. Nomes como Brodie, Hixon, Ringenberg, Schmutz, Bimler e outras personalidades internacionais de renome, aqui comparareceram.

O conjunto dos eventos citados, somados aos cursos acadêmicos credenciados, em funcionamento no país, resultou na existência de uma comunidade ortodôntica que, embora estreante, teve o mérito de exercer à distância, alguma influência na política

odontológica educacional brasileira, criando-se um espaço para a ortodontia, com nítida repercussão no Ministério da Educação e Cultura. Basta lembrar que a Coordenação de Assessoramento do Pessoal do Ensino Superior, no início da década de 80, tivera, além de meu nome, em sequência, o do Prof. Décio R. Martins, portanto, dois professores universitários ortodontistas, como presidentes da Comissão de Consultores Científicos da CAPES, na área de Odontologia. O Brasil ostenta hoje, uma posição de escol no campo da ortodontia, possuindo nomes ilustres que se notabilizaram nas áreas do ensino e da pesquisa. As Sociedades Paulista, Paranaense e Brasileira de Ortodontia, dentre outras, são expressivos exemplos da aludida evolução, com milhares de sócios a elas filiados.

Preocupado em não me afastar do espírito de sua pergunta, deixe-me dizer-lhe que, de todos os cargos e funções que a vida me brindou, nenhum deles me inundou a alma de melhores sensações, do que os cursos particulares que ministrei a um contingente que se aproxima de dois mil alunos do Brasil e de quase todos os países da América Latina, somando-se ainda, Portugal. Hoje, preservos-os como ilustres amigos, a cujo progresso, assisto desde o nível de suas clínicas particulares até o de respeitados professores universitários e autoridades classistas que são. Admito a ocorrência de situações criticáveis relacionadas à qualidade de muitos cursos particulares ministrados, mas não tenho notícia, mesmo em passado recente, de nenhum órgão que tivesse a finalidade (e a exercesse) de “policiar” o ambiente educacional ortodôntico. Nunca soube de atuações que pudessem merecer o aplauso e a admiração que devemos dedicar hoje, ao Professor Eros Petrelli, cujas atitudes sempre denodadas, todos conhecemos.

Para completar, julgo inoperante, qualquer manifestação minha sobre “esses mesmos cursos” – como formulou em sua pergunta –, pois, não conheço particularmente, os propósitos, as qualificações culturais e didáticas dos

ministradores, e muito menos, se a intenção última é a de orientar os alunos para que procurem uma complementação necessária em níveis acadêmicos superiores, como insisto em fazer até hoje. Permito-me lembrar que os cursos que ministro estão ligados oficialmente, ao Curso de Especialização da Universidade de Taubaté, uma entidade respeitada pela dinâmica educacional que tem emprestado à formação de especialistas.

Agradeço-lhe a oportunidade da pergunta, propiciando-me a lembrança imodesta de que o país está repleto de testemunhas vivas daquilo que está expresso acima.

2 - Qual é o seu comentário sobre o grande número de Cursos de Ortodontia Preventiva? O senhor realmente acredita que as maloclusões, sob o ponto de vista estritamente prático, possam ser prevenidas com ou sem o uso de aparelhos preventivos? Dr. Dante Bresolin.

Dr. Interlandi - O grande número de cursos de Ortodontia Preventiva, não me parece merecer qualquer crítica, desde que ministrados por ortodontistas com experiência clínica e conhecimentos básicos de elevada categoria.

A segunda parte da pergunta me leva a interpretações diversas. Se a intenção residir em justificar tratamento preventivo com ou sem aparelho, creio haver exemplos para ambas as circunstâncias: no meu entender, o paciente que frequenta um consultório para que o ortodontista “fiscalize” a existência de espaço perimetral destinado ao irrompimento de dentes permanentes, na realidade, está submetendo-se a tratamento preventivo, embora **sem** o uso de qualquer dispositivo de prevenção. Se a esse mesmo paciente for indicada a colocação de um mantenedor de espaço, então, o tratamento preventivo terá prosseguimento **com** aparelho.

Se o motivo da pergunta for diferenciar dispositivos preventivos dos de correção, nos movimentos

considerados “menores”, então, lembro-me da necessidade didática de se considerar um mantenedor de espaço (banda-alça) como dispositivo preventivo, e o recuperador de espaço (banda-alça expansora), como dispositivo com todas as características e responsabilidades inerentes a uma correção.

De qualquer forma, acrescento que a ortodontia preventiva, se evitar ou atenuar a instalação de futura maloclusão, já atinge eficazmente, seus objetivos.

1 - O colega utiliza a ortopedia funcional como coadjuvante do tratamento ortodôntico? Se afirmativo, quando e quais os aparelhos indicados? Se negativo, por quê? Dr. Décio Rodrigues Martins.

Dr. Interlandi - Quando divisei o nome do professor Décio, dentre os ilustres colegas e amigos que me endereçariam perguntas, de imediato, assomou-me à mente o direito que ele me concederia a um descanso intelectual, tal os suores que juntos derramamos em trincheiras do passado. No entanto, tal não acontecendo, tento responder-lhe a primeira pergunta, amparado, tão somente, em leitura, contatos pessoais e alguma observação clínica:

Considero a “ortopedia funcional”, uma das entidades do mundo ortodôntico, das mais soberbas e complexas. As oportunidades que tive, de constatar clinicamente, resultantes morfológicas advindas de experiências ortopédicas, foram otimistas e entusiasmantes. Porém, um aspecto persiste inquisitivo em meu espírito, relacionando-se com a estabilidade de resultados. Não tenho casuística clínica que permita uma pesquisa satisfatória em torno desse aspecto. Amparo-me, portanto, inicialmente, em opiniões de terceiros e observações eventuais. Apresso-me em esclarecer que iniciei – não há muito tempo – meu interesse clínico pelas possíveis desordens da Articulação Têmporo Mandibular. Com isto, relacionei ATM e ortopedia,

impressionando-me as preocupações de mentes esclarecidas, no aspecto das recidivas. Isto também não quer dizer que esteja tranquilo quanto a todos resultados obtidos com mecânicas apartadas clinicamente, da ortopedia funcional.

Portanto, não deixando de responder, prezado professor Décio, emprego, eventualmente aparelhos de ortopedia funcional, (Balters, principalmente) somente nos casos de Classe II, acoplados ou não, com ancoragem extra-bucal, como uma primeira etapa de tratamento. No entanto, e repetindo, não me aparto da idéia de que poderá haver uma resposta favorável já testada, quanto à situação oclusal, porém, com uma persistente tendência do retorno do padrão facial às proporções iniciais em coadunação com a mensagem genética herdada pelo paciente. Explico aos pais, as intenções e expectativas inerentes a esta conduta. Pretendo assim, adquirir a experiência que me falta, para vir a emitir opiniões mais concretas que as presentes neste texto.

2 - O ilustre professor sempre advogou a mecânica de Tweed. Com o advento das modernas técnicas dos braquetes pré-ajustados, quais as considerações que o colega faria sobre a sua aplicação? Dr. Décio Rodrigues Martins.

Dr. Interlandi - De há muito, não emprego na clínica, a mecânica tweediana. Durante algum tempo, em consequência de curso que frequentei em Tucson, adotei as modificações elaboradas por Merrifield e seu grupo de estudo, o que foi uma experiência entusiasmante. Na primeira parte prática dos cursos que ministrei no Centro de Estudo e Ensino Ortodônticos, não prescindo de endereçar aos alunos, o treinamento básico da mecânica adotada na Fundação Charles Tweed.

Atualmente, no programa de ensino para a técnica do “arco contínuo” (straight-wire), reservo da mesma forma, um primeiro treinamento, com dobras de 1ª, 2ª e 3ª ordem. Esta experiência, considero como uma formação sadia e

necessária aos que se iniciam em técnicas com braquetes pré-ajustados.

Quaisquer comparações entre as principais mecânicas aceitas na atualidade, me parecem desnecessárias ante o número de ortodontistas que conseguem resultados elogiáveis em todas elas. A observação que me permito fazer é que todas mecânicas têm “personalidade” própria, e requer daqueles que as adotam, a consciência de um manejo, técnica e clinicamente, correto. Em linhas gerais, creio que a definição do ortodontista habilitado, atualmente, seja em qual técnica for, é a capacidade de diagnosticar e planejar, tendo a aparelhagem de escolha, como mero instrumento operacional.

1 - Professor Interlandi: com a vasta cultura de um participante ativo da história, que lhe garante o lugar de mais respeitada personalidade da ortodontia brasileira de nossa geração, o senhor acha que seria possível definir-se, no tempo e no espaço, EM QUE MOMENTO e QUAIS FATORES que fizeram as MECÂNICAS ORTODÔNTICAS evoluírem de uma filosofia caracteristicamente extracionista, para as tendências marcadamente CONSERVADORAS que vemos hoje? Dr. José Eduardo Pires Mendes.

Dr. Interlandi - Respondo sua pergunta com o cuidado de quem teve primordialmente, uma formação “tweediana”. Com isto quero dizer que, embora tendo adotado “filosofias” de tratamento, às vezes distanciadas de minha formação básica, descobri-me com frequência, carregando quase instintivamente, a “mensagem genética” de Tucson.

Isto me permite também, para iniciar a resposta com uma colocação simplista, afirmar que, em ortodontia, sempre haverá casos de indicação definitiva de extração, e casos em que não se cogita de extrair. Porém, para citar o primeiro fator que preconizava a permanência de

todos os dentes em ambas as arcadas, cito a formação do ortodontista do começo do século, sempre obediente à classificação de Angle, e portanto, com uma visão ainda estática do problema: A presença de todos os dentes era considerada como uma “oferta divina”, portanto, inaugurava-se pelo próprio Angle, a “Escola não extracionista”.

Para os que se esforçam por compreender a História como uma entidade sempre em movimento e renovadora por natureza, o aparecimento de Tweed foi na realidade, uma simples complementação da Era Angle. Portanto, a História começou aí, isto é, no momento em que foi eleita uma mecânica especializada em fechar espaços, o que não existia até então, como corpo de doutrina. A extração, portanto, foi a quebra da decisão usual de se manterem todos os dentes durante as correções. Eis o marco inicial da Ortodontia moderna. Não é de se estranhar que o próprio Tweed tenha elaborado a primeira recomendação de tratamento ortodôntico, sob a forma de “análise”. Seu triângulo cefalométrico era estático, imutável, com uma variação mínima de um FMIA que passava condescendente de 68° para apenas, 65°. Consequentemente, podemos deduzir que o pedestal desta fase da ortodontia era de origem dento-alveolar: colocavam-se prioritariamente, os incisivos inferiores, verticalizados sobre o osso basal. Em decorrência, o aspecto resultante aparecia como consequência não prevista, embora a aparência se concentrasse em torno de um perfil identificado como “tweediano” (dished-in face). Esta fase perdurou por décadas e, ainda hoje, tem seguidores ilustres, todos orgulhosamente, fazendo uma ortodontia do mais alto nível, ainda submissa à Escola de Tweed.

O critério de beleza não é estável, e isto, sem dúvida, deve ser uma permissibilidade para a evolução. Assim, necessariamente, surgem a tempo, dentre outros, os nomes de Bjork, Jarabak e Ricketts a impulsionarem com suas pesquisas, o conhecimento de como cresce a face humana. Abranda-se, então,

a rigidez da posição dos incisivos sobre o osso basal. O pedestal dento-alveolar cede lugar ao perfil tegumentar, com o apoio inestimável da cirurgia ortognática. Aos pacientes é ofertado também, algum poder de decisão na preferência estética. Com maiores informações sobre o crescimento facial e novos dispositivos de distalização, o ortodontista inverte o sentido terapêutico, e estuda o perfil antes de posicionar os dentes. Os incisivos, libertos de uma discrepância cefalométrica rígida, acomodam-se ortodonticamente, com mais liberdade de movimento e, portanto, de vestibularização. Este, portanto, é o “momento” em que as “mecânicas ortodônticas evoluíram de uma filosofia caracteristicamente extracionista, para as tendências marcadamente conservadoras que vemos hoje”.

2 - Professor Interlandi: na mecânica ortodôntica que se baseia no tratamento previamente “CONSTRUÍDO”, através de ANGULAÇÕES e INCLINAÇÕES dos braquetes (que foram determinados a partir de NORMAIS NÃO ORTODÔNTICOS, que presumivelmente possuíam bases ósseas, dentes, musculatura e funções HARMÔNICAS), os resultados obtidos em pacientes que ABSOLUTAMENTE NÃO POSSUEM tais qualidades, poderiam ser considerados TRATAMENTOS INDIVIDUALIZADOS? Dr. José Eduardo Pires Mendes.

Dr. Interlandi - A pergunta vem de um exímio cultor da técnica Bioprogressiva de Ricketts. Permito-me iniciar a resposta, dizendo que uma das características da Mecânica do Arco Contínuo, (creio que a pergunta se refere a ela), é a intenção de se obter oclusão das arcadas com uma certa independência dos numerosos recursos mecânicos colaterais empregados. Assim, em que pesem as contribuições de Roth na colocação estratégica de braquetes e tubos para aprimorar resultantes

corretivas, essa mecânica tem como alvo final uma intercuspidação funcional, amparando-se com o possível benefício de condições favoráveis do crescimento facial e, eventualmente, da cirurgia ortognática. Reservam-se as demais alterações, a diversos itens como: postura mandibular induzida, disjuntores, intrusão de molares superiores, ancoragens extra-bucais, barras palatinas, intrusões de incisivos, elásticos intermaxilares, expansões, extrações etc.

Se for considerado esse tipo de tratamento, como “individualizado”, creio termos pela frente, apenas um problema de conceitualização, pois, mesmo as coletas de amostras conduzidas por Andrews, não devem ter considerado os “normais não ortodônticos” isentos de variações individuais localizadas nas estruturas vizinhas, mencionadas em sua oportuna pergunta.

1 - No seu livro “Ortodontia: Bases para a iniciação”, no capítulo IV, o Senhor propõe o “Gráfico Vetorial Ortodôntico” que é a sua proposta para vetorização dos movimentos dentários do tratamento ortodôntico. Quais as principais propriedades desta sistematização? Dr. Joel Martins.

Dr. Interlandi - O problema do planejamento ortodôntico pode ser separado em duas fases:

1ª) *intrínseca*: relaciona-se aos aspectos visíveis e diretamente mensuráveis da maloclusão, ou dos modelos de estudo. Diz respeito, portanto, às arcadas dentárias. Sob o ponto de vista prático, é a parte mais importante, visto que paciente e ortodontista têm acesso clínico a ela. É, portanto, o motivo inicial que desperta o interesse em tratamento.

2ª) *extrínseca*: refere-se a todo o “edifício” em que a maloclusão se assenta, isto é, ao maciço crânio-facial. O ortodontista tem acesso aos valores numéricos desta fase, quase sempre, à custa de radiografias, com as quais deverá ater-se, com sempre crescente experiência, ao recurso insubstituível das previsões de caráter estatístico.

Apresso-me em julgar esta segunda fase, imprescindível. O presente gráfico tem como proposta uma tentativa de contribuição para a solução da primeira fase (intrínseca). Após os resultados numéricos obtidos (concretos), é tarefa primordial do ortodontista socorrer-se de todo o talento e conhecimento de que dispõe, para a complementação do plano de tratamento, ciente da constante de erros sempre relacionados às previsões adotadas.

A pergunta, vinda de um ilustre professor da área ortodôntica, dá-me o ensejo de, como esclarecimento, fazer três observações:

1 - O que pareceu simplesmente uma tarefa de escolher determinados valores vetoriais e alinhá-los num esquema didático, tornou-se uma experiência trabalhosa no sentido de permanecer-me obediente a simplificações que me impusera previamente.

2 - O entusiasmo de poder transmitir – principalmente a alunos de especialização, como de pós-graduação – um esquema que levasse ao acolhimento ou não, de planos de tratamento já elaborados, levou-me a publicar o GVO na terceira edição de “Ortodontia - Bases para a iniciação”.

3 - Após a aludida publicação, testei o gráfico, exaustivamente, também com a participação do alunos do Curso de Especialização da Universidade de Taubaté. Esta experiência levou-me a introduzir modificações no esquema inicial, facilitando o entendimento por parte dos leitores, e consequente aplicação prática. Em decorrência, nova redação já pronta e invalidando a primeira, será publicada na próxima edição do mesmo livro, prevista para este ano.

Pergunta-me sobre as principais propriedades desta sistematização. Menciono inicialmente, a presença na chamada “folha de planificação”, dos valores básicos essenciais para a elaboração de um plano de tratamento. Isto facilita sobremaneira a seleção das diversas grandezas numéricas a serem escolhidas para cada caso a ser estudado. O gráfico põe de relevo ainda, a constância das assimetrias de movimento,

presentes na grande maioria dos casos a serem corrigidos. A escolha de um dente-chave em cada hemi-arcada simplifica o cálculo das movimentações. Um dos vetores, relativo às linhas medianas (inaugurando o que denominei de “linha mediana simétrica”), permite a correção das mesmas, de sorte a ficarem automaticamente coincidentes com a linha “sagital mediana” do paciente. Em virtude da facilidade de preenchimento, o GVO permite o teste prévio de qualquer plano de tratamento, decidindo-se a aceitação ou não, de extrações ou das decorrentes movimentações de cada hemi-arcada.

O GVO deve ainda levar em conta, uma previsão de crescimento elaborada pelo ortodontista. Permita-me transcrever pequeno trecho da introdução desse trabalho:

- É minha opinião que as “previsões de crescimento”, tão úteis e necessárias na planificação do tratamento ortodôntico, são passíveis das seguintes observações:

A - Há uma multiplicidade de fatores colaterais de difícil avaliação (herança genética, meio ambiente, meio social, ocorrências patológicas eventuais etc) que, por certo, alterariam as previsões estudadas.

B - A face, sendo uma entidade tridimensional, é manipulada principalmente, com valores cefalométricos projetados num plano sagital, onde as informações se agrupam somente em altura e profundidade.

C - As grandezas numéricas disponíveis são médias estatísticas corrigidas por desvios-padrão ou clínicos, cujos valores favoráveis em grupos humanos, enfraquecem-se na análise individual dos pacientes, de forma a brindar uma chance de erros que se multiplicam a cada média adotada. Esclareço que não estou invalidando os processos usuais empregados na previsão de crescimento. Tenho certeza de que, sem eles, o planejamento ortodôntico perderia o sentido científico de que se reveste. Porém, o importante trabalho de interpretação das análises vigentes, requer prolongada experiência

clínica a fim de se apurar o “raciocínio ortodôntico”. Do contrário, bastaria fornecer uma imensa tabela de valores numéricos e teríamos o aluno de pós-graduação ou o ortodontista iniciante em outros cursos, aptos a encetarem “previsões de crescimento”, em qualquer planejamento ortodôntico.

Consistente com minha intenção de reduzir tanto quanto possível, a experiência das “previsões”, elaboro um roteiro inicial para o planejamento das correções, fácil de ser assimilado. À medida que o ortodontista for capaz de adotar informações mais complexas, ele verá que o GVO é moldável a essa decisão”.

Para uma conclusão de ordem didática, quero afirmar que este escalonamento progressivo de dificuldades, resulta numa solução honesta sempre que tivermos à frente, um aluno ao qual não queremos injetar frustrações que o irão perseguir por longo tempo.

Quero ressaltar que esta estratégia, referente às previsões, não foi fruto apenas de minha opinião pessoal, há muito assim alimentada. Sugiro a leitura da entrevista de Birte Melsen concedida a Burstone (JCO 630-641, Oct. 1988), e o trabalho de Baumrind et al (AJO - DO 91:395-402. 1987), dentre outros.

Sugiro ainda, prezado Joel, a leitura da “vignette” a Lysle E. Johnston, escrita por T.M. Graber (AJO - DO - May - 1997, 5 pag. 582), com o seguinte parágrafo referente aos trinta anos de pesquisa daquele autor, onde a previsão de crescimento foi sempre uma de suas principais preocupações:

“A previsão correta de crescimento, à custa de telerradiografia cefalométrica, é provavelmente, impossível, devida a erro técnico, projeção bi-dimensional e restrição de informações”.

O texto escrito, por ater-se à descrição pormenorizada de alguns detalhes, pode levar o leitor a enfrentar normalmente, dificuldades para um primeiro entendimento. As aulas práticas que tenho ministrado a respeito, ao contrário, têm permitido fácil e rápida assimilação.

2 - Na década de 70, o Senhor falava de criar ou fortalecer uma Atmosfera Ortodôntica Brasileira: Como o Senhor a vê hoje? Dr. Joel Martins.

Dr. Interlandi - Como já mencionei na resposta ao Dr. Bresolin, “Atmosfera Ortodôntica” no meu entender, era um fator “sine qua non” para o progresso da Ortodontia. É evidente que me refira com aquela expressão, ao meio ambiente no qual se integravam também os pacientes em demanda de tratamento. Hoje, acredito termos o tratamento ortodôntico como uma das preocupações da classe média brasileira. Pequenas cidades já permitem ao ortodontista organizar sua clínica e desenvolver-se como profissional de louvável categoria. Lembro-me dos primeiros cursos de “pós-graduação” na Faculdade de Odontologia da USP, o número de pacientes que lá se apresentavam, apenas correspondia às demandas do ensino. Já na Cidade Universitária, o déficit de lugares tornava-se alarmante tal a quantidade de candidatos – a maioria, de classe econômica inferior – que se inscreviam no departamento, em busca de cuidados ortodônticos. Estou seguro de que meu estimado Prof. Joel deve lembrar-se dessa ocorrência, quando ainda, diligente aluno da pós-graduação.

1 - Como um dos pioneiros da Ortodontia Científica Brasileira, da qual também me influenciei, gostaria de saber qual ou quais dos estágios de aprendizado de V.Sa., aqui no Brasil e no exterior que decisivamente ordenaram a excelência de sua prática na Ortodontia? Dr. Darcy Flávio Nouer.

Dr. Interlandi - Creio termos sido contemporâneos, prezado Dr. Nouer, num tempo em que aguardávamos chances de formação segura no campo da Ortodontia. Tanto quanto lembre, atravessamos uma época de inúmeras frustrações, quando, integrados num centro cultural como São Paulo, não

dispúnhamos de entidade que nos orientasse.

Respondendo, minha carreira de aprendizado começou contrariando todo e qualquer esquema acadêmico: logo após a “sofrida” formatura, “entrei” para o Serviço Dentário Escolar, com sede no centro da cidade. Ali, vi-me às voltas com a responsabilidade de atender um número imenso de crianças, quase sempre de arrabaldes, cujos dentistas as enviavam para a “Sede”, como atitude de auto-absolvição ante a desinformada área da prevenção ortodôntica. Para o Estado, uma anomalia de atuação inconsciente no campo da saúde. Para mim, o aprendizado forçoso e desordenado, na mistura de amor crescente aos clientesinhos e consciência da incapacidade de atendê-los corretamente. Esta situação, no entanto, brindou-me a presença do Prof. Arthur do Prado Dantas que comparecia à “Sede” algumas vezes, onde nos ministrou aulas de Introdução à Ortodontia. Esse contato uniu-nos como amigos e redundou, mais tarde, em convite para assistente na 12ª Cadeira de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da USP. Ali, tive a primeira impressão de ortodontia como ciência. Voltei às matérias básicas, identifiquei-me com a visão esplêndida do Prof. Dantas como orientador, e para abreviar, recebi bolsa de estudo do Ponto 4 (ajuda americana da época). Frequentei o Depto. de Ortodontia da Universidade de Saint Louis. Ali, desintoxiquei-me a contento, no sentido de ter mergulhado durante dois anos e meio, num “banho tweediano”. Consegui meu título de “Master of Science in Dentistry”. Fiz amizades com colegas, que perduram até hoje. Assimilei programas de Ensino e tive oportunidades gratíssimas de inaugurar experiência pós-graduada em minha Faculdade, ao mesmo tempo em que prossegui na carreira universitária, conseguindo, todos por concurso, os títulos de doutor, livre-docente, professor adjunto e titular.

A experiência de coordenar um curso de pós-graduação me propiciou

também um aprendizado constante e, creio eu, na direção correta. Fiz contatos utilíssimos com Faculdades e profissionais. Lancei em Lima, no Peru, as bases para o início de uma associação latino-americana de Ortodontia, e fui eleito algum tempo após, o primeiro presidente da ALADO, o que me forneceu uma visão particularizada da ortodontia, em toda a América Latina, além de ter-me possibilitado estudar com especial curiosidade, o problema da prevenção ortodôntica, em todo esse fabuloso continente. Durante minha gestão na ALADO, iniciamos um projeto estatístico com a participação do Dr. Rubens Simões de Lima, numa comunidade de Jundiá, a fim de classificar as anormalidades ortodônticas mais frequentes nas diversas escolas primárias da América Latina, e assim instituir medidas preventivas a serem aplicadas pelos dentistas de saúde pública em todo o continente sul-americano. Este trabalho piloto foi transferido aos presidentes que me sucederam na ALADO, e mantenho ainda, a esperança de que algum dia, a consciência ortodôntica se desperte nesta imensa extensão continental, a fim de que aquele projeto se torne realidade.

Cito os fatos acima para responder-lhe por completo, sobre o que me pergunta sobre estágios de aprendizado. Tudo isso, meu prezado Prof. Nouer, constituiu-se no mais precioso dos aprendizados, interferindo decisivamente nas minhas decisões de clínico e professor. Sou, portanto, grato aos meus clientes, aos meus alunos, aos meus colegas deste e de outros países, por terem me brindado com os mais diversos estímulos, sempre a me lembrarem de minha pequenez diante da imensa honra de pretender até hoje, julgar-me um ortodontista.

2 - Qual a sua experiência de tratamento em adultos? Poderia sinalizar alguns fatores que indiquem a possibilidade do tratamento ortodôntico sem implicações da ajuda cirúrgica? Quando V.Sa. indica tratamento combinado cirúrgico-ortodôntico?
Dr. Darcy Flávio Nouer.

Dr. Interlandi - Para não ultrapassar os limites de uma resposta sucinta, devo lembrar que, mecanicamente, o tratamento em adulto não se diferencia dos cuidados ortodônticos na adolescência. Porém, como preocupação mais importante, não deve ser esquecida a sujeição aos aspectos periodontais, cuja natureza e extensão podem interferir decisivamente, não só no plano de tratamento elaborado, como nos processos de contenção. Julgo a presença constante do periodontista, uma imposição durante e após o tratamento ortodôntico em adultos.

Outra circunstância importante diz respeito à intensidade de força empregada que deve ser nitidamente menor que as usuais, visto que a disponibilidade celular numérica e qualitativamente, é mais deficiente no adulto.

É de lembrar-se ainda, a diferença de morfologia dentária do adulto, em decorrência da extensão e intensidade do trabalho fisiológico desgastante imposto sobre os dentes; cúspides diminuem de altura, tornando as fossas oclusais mais rasas; trabalhos protéticos também podem interferir principalmente no que diz respeito à intercuspidação, onde a situação de cúspides e sulcos agridem o percurso de movimentação mandibular, com resultantes que atingem a relação côneilo-fossa. Lembro também que, em decorrência do “stress” que atinge mais e mais a atual sociedade de “civilizados”, os problemas relacionados com a articulação têmporo mandibular, agravam-se, tornando maior a frequência do uso de placas mio-relaxantes; creio, portanto, que especial atenção deve ser voltada ao que decido chamar (particularmente) de “hipertensão oclusal”, isto é, mesmo sem os alarmes noturnos do conhecido bruxismo, a pressão sobre os dentes é um dos sintomas característicos de problemas insistentemente relacionados com disfunções da ATM. Cabe aí, ao ortodontista, restabelecer a Relação Cêntrica, quase sempre, antes de qualquer outra providência. Repito, pois, um “alerta” já lido na literatura

ortodôntica, do qual não me esqueço:

“Olhe os dentes sempre por último”.

A cirurgia ortognática deve ser indicada sempre que haja um “deficit” de relacionamento funcional ou estético entre os “continentes” ortodônticos, e que impeça uma correta intercuspidação dentária entre as arcadas. Ultimamente, lembro que tem sido uma imposição que o planejamento cirúrgico seja de responsabilidade do ortodontista, juntamente como o cirurgião.

1 - A técnica (de tratamento) de “edgewise” está ultrapassada, ou se constitui no fundamento de todas as outras atuais? Dr. Flávio Vellini.

Dr. Interlandi - Quero responder ao culto amigo Prof. Vellini, lembrando o que já escrevi algures, a respeito do vocábulo “edgewise”. Em 1925, Angle, dando um “torque” histórico de 90 graus, substituiu o arco cinto pelo arco retangular. Evidentemente, ele teve de adaptar um braquete à nova situação em que se pedia um encaixe horizontal e não mais, vertical.

Com isso, surgiu a técnica de “edgewise”, continuando inalterada até hoje. Grandes nomes posteriormente, modificaram forma e dimensões, sem suprimir de Angle, a primazia de originado um dispositivo que interfere até hoje, técnica e cientificamente, com o desenvolvimento da ortodontia.

Estou seguro que o Prof. Vellini conhece sobejamente esse acontecimento. Porém, cito-o nesta resposta, com a intenção de mais uma vez, fazer justiça e divulgar que a mecânica de “edgewise” não sofreu qualquer modificação de princípios. Creio que os nomes das diversas técnicas hoje empregadas, deveriam ser expressos como seguem: “edgewise” (técnica de Tweed); “edgewise” (técnica de Ricketts); “edgewise” (técnica de Andrews) e assim por diante. Ocupo seu espaço desta forma, prezado companheiro, aproveitando matreiramente a divulgação que ocorrerá, em virtude de ser dirigida a ortodontistas que certamente irão ler

esta mensagem, à custa do espaço reservado a um ilustre educador atual, no campo da ortodontia.

2 - Os ortodontistas brasileiros, de um modo geral, estão bem preparados tecnicamente, ou necessitam de maior adestramento clínico? Dr. Flávio Vellini.

Dr. Interlandi - O quadro do ensino ortodôntico brasileiro evoluiu significativamente. Lembro-me que muitos dos testes para ingresso em determinados cursos de ortodontia, constituía quase sempre, em pedir ao candidato, que contorneasse um arco ideal. Hoje, estou certo de que os ortodontistas que tenham frequentado cursos técnicos de iniciação, não têm dificuldade (de um modo geral) em dobrar fios. Minha preocupação, por almejar uma comunidade de ortodontistas brasileiros mais segura culturalmente, resida na área do diagnóstico e planificação esquematizados com as fortes cores da visão pessoal e educada do ortodontista.

Entendo que o adestramento clínico é uma experiência que deve acompanhar-nos por toda a vida, exigindo, portanto, uma evolução constante. Isto permite deduzir-se que, mais importante que o preparo técnico atual, são as oportunidades de cursos e informações ministrados por ortodontistas de reconhecidos méritos. Evidentemente, a qualificação de nossa especialidade é função de um Ensino aprimorado, seja em escolas, congressos, cursos diversos ou simples grupos de estudo.

1) Sendo o Sr. um dos precursores do ensino científico da Ortodontia no Brasil ao fundar o Curso de Pós-Graduação em Ortodontia - nível de mestrado - na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, no ano de 1966, como esquematizaria o conteúdo programático de um curso de tal porte, se fosse iniciado hoje? Como, sua visão de ensino

na Ortodontia, se alterou nos últimos 30 anos? Dr. Deocleciano da Silva Carvalho.

Dr. Interlandi - Meu prezado Dr. Deocleciano me dá a chance de aventar hipóteses de Ensino que, na realidade, constituem uma espécie de autocrítica.

1- Em termos de conteúdo programático, eu não tenho nenhuma dúvida em propor com insistência, a criação de uma disciplina de OCLUSÃO. É curioso observar que, em número expressivo de exemplos, e não somente em nosso país, como em outros centros mais civilizados, ao se programar qualquer curso de Odontologia, a matéria OCLUSÃO fica relegada a um plano secundário, quando deveria ser o princípio e o fim de todo investimento didático. Particularmente, em ortodontia, a aula inaugural, antes das costumeiras recomendações do coordenador, deveria ser de responsabilidade de um professor que tivesse uma imprescindível qualificação ortodôntica, e credenciamento irrefutável no campo da OCLUSÃO.

Em adendo, quero ressaltar - com seu testemunho - que somente nestes últimos anos é que a comunidade ortodôntica brasileira foi brindada com a presença de ortodontistas como Jorge Ayala e Anka Sapunar, que ergueram as pilas do raciocínio oclusionista em ortodontia, à custa de esplêndidos cursos a que ambos, você e eu, assistimos. Não quero desprezar as incursões passageiras que já houve entre nós, no campo da oclusão, e nem subestimar os valores individuais que temos nesta área. Porém, foi preciso que a curiosidade, a visão e o esforço sadios de Jurandir Barbosa, descortinassem fora do país, os ensinamentos de Roth, além de localizar no Chile - e trazê-los até nós - os representantes legítimos daquele autor. Os cursos então, programados em Campinas, são, no meu entender, um marco importante na história do desenvolvimento técnico-científico da ortodontia, em nosso país.

2 - No que diz respeito à mecânica ensinada nos cursos de pós-graduação, não creio que atenda somente à

finalidade de colocar um aparelho à disposição do aluno. A técnica ensinada em "typodont", e complementada na clínica, visa a horizontes que deveriam interferir constantemente com o raciocínio ortodôntico de quem está se iniciando. E este propósito não se consegue, atualmente, com experiência unidirecionada. É essencial que, dentre os pacientes, haja os que usam mecânica tweediana, bio-progressiva, do arco contínuo (entre nós, chamada desastrosamente de "arco-reto"...), de Begg, ortopédica funcional, e também casos com os necessários planejamento e complementação de cirurgia ortognática. Portanto, é minha opinião que somente a diversificação de caminhos técnicos, pode levar o futuro ortodontista a consolidar como Mestre, sua personalidade profissional ou de educador.

3 - O divórcio entre ortodontia e Articulação Têmporo-Mandibular, é evidente, deverá terminar. No item primeiro de minha resposta, mencionei OCLUSÃO, e estou seguro de que não é possível encetar estudo sobre esse assunto, desvinculando-se da ATM. Parece-me que os motivos também de ordem jurídica que levaram, nos Estados Unidos da América, a criar-se uma dissidência entre os dois assuntos, estão se repetindo no Brasil, sem interferência de nossos órgãos classistas.

4 - As matérias básicas que constituem hoje a área de "domínio conexo" dos cursos de pós-graduação, deveriam ser ministradas voltadas para um vínculo comum de características nitidamente ortodônticas. Os programas deveriam ser elaborados com a supervisão do coordenador, e sob constante atualização à custa de publicações e das experiências pertinentes.

5 - Hoje, na circunstância atual, eu não teria dúvida de lutar por introduzir um curso de "português prático" obrigatório. É lamentável o panorama linguístico da literatura ortodôntica brasileira. Pondo de lado as publicações em que os autores tiveram o cuidado de se assessorarem devidamente, é curioso observar-se o nível assustador de erros

gramaticais e quejandos que se descobrem nos artigos de revistas, traduções e livros publicados. Deixo claro que não é de se esperar uma linguagem de legitimidade adamantina - do contrário, esse texto não seria publicado -, na literatura ortodôntica. Porém, o nível de correção literária deveria subir até, pelo menos, uma exigência ginásiana, a fim de merecermos todos, o orgulho que temos de pertencer a esta incomparável e fantástica especialidade que é a ORTODONTIA.

2 - Está havendo um modismo de tratamento ortodôntico precoce, estimulado por educadores e profissionais de saúde, geralmente ligados a pré-escola, (fonoaudiólogos, odontopediatras, fisioterapeutas, psicólogos, psicopedagogos, etc), que está levando as mães a procurarem atendimento ortodôntico / ortopédico para seus filhos, cada vez mais cedo. Por outro lado, estamos cada vez mais convencidos que um tratamento ortodôntico não pode ser considerado terminado antes que os segundos molares permanentes tenham irrompido e estejam em harmonia com todo o conjunto dento-facial do paciente. Como o Sr. equacionaria estas duas tendências conflitantes. Dr. Deocleciano da Silva Carvalho.

Dr. Interlandi - É estranho observar-se uma tendência, como você diz, quanto ao início de tratamento ortodôntico, entre alguns profissionais de saúde, subestimando o problema de possíveis dúvidas existentes que deveriam ser restritas ao meio ortodôntico. Ainda agora, foi publicado no último boletim do Departamento de Ortodontia da Universidade de St. Louis, um trabalho interessante que contém este assunto. A autora analisa casos de Cl. II, e apesar da profundidade em que são pesquisados o início e a forma de tratamento, persiste dúvida quanto às alternativas ali mencionadas.

O modismo de se indicar tratamento ortodôntico baseado na idade do paciente por profissionais de atividade sem qualquer vínculo com clínica ortodôntica, realmente merece toda desconsideração.

Não creio que esteja em nosso alcance, outra providência senão orientar os pais ou responsáveis, segundo a decisão de cada ortodontista. É minha convicção que o fator causal dessa distorção esteja não somente dentre os profissionais não habilitados, mas, também, na população brasileira de forma geral, ainda não liberta de credences e misticismos sempre que relacionados a problemas de saúde.

Prof. Sebastião Interlandi

- Professor Titular pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- "Master of Science in Dentistry", pela University of Saint Louis - USA.
- Ocupou os seguintes principais cargos na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo:
 - "Organizador e coordenador do Curso de Pós-Graduação de Odontologia, área de concentração: Ortodontia";
 - "Chefe do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria";
 - "Membro do Conselho Universitário da Universidade de São Paulo";
 - "Presidente da Comissão de Pós-Graduação";
 - Ex-Presidente da Comissão de Assessoramento da CAPES, nas áreas de Odontologia, Enfermagem e Educação Física.
 - Primeiro Presidente eleito (Lima - Peru), da "Asociación Latino Americana de Ortodôncia"
- É autor de:
 - "Trabalhos publicados em revistas do país e do exterior";
 - Livro : "Mecânica do Arco de Canto - Introdução à Técnica" (2 edições)
- Coordenou, como um dos vinte e dois autores, a publicação do livro de textos "Ortodontia - Bases para Iniciação" (3 edições)
- Como convidado, fez palestra em Congresso Internacional da American Association of Orthodontics, em San Francisco (USA, 1995).
- É diretor do "Centro de Estudos e Ensino Ortodônticos", em Bragança Paulista (Universidade de Taubaté).
- Primeiro ex-aluno estrangeiro a receber o "Orthodontic Alumni Merit Award" da University of Saint Louis (USA).
- Recebeu distinções honoríficas de diversas entidades do país e do exterior.
- Responsável atual pela Clínica I do Curso de Especialização em Ortodontia, do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté.



**Dr. Décio Rodrigues
Martins**

- Curso de Pós-Graduação em Ortodontia pela Universidade Oregon Dental School – USA, (Setembro / 1968 – Junho / 1970)
- Professor Titular em Ortodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo desde 1983.
- Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Ortodontia, ao nível de mestrado, da 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.

O Conselho Editorial da Revista Dental Press agradece, aos eméritos Professores, pela participação na Seção Fórum, e pela colaboração à ciência ortodôntica com o engrandecimento da qualidade da informação passada aos leitores.



**Dr. José Eduardo Pires
Mendes**

- Consultor Científico da Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Maxilar na área de Ortodontia
- Ortodontista Clínico
- Ministrador de Cursos do “Centro de Estudos de Ricketts”.
- Assessor para Assuntos Internacionais da “Foundation for Orthodontic Research” (USA).
- Membro Internacional da “American Association of Orthodontists”.
- Fellow da “World Federation of Orthodontists”.



Dr. Flávio Vellini

- Livre Docente em Anatomia pelo Instituto de Ciências Biomédicas da USP em 1974.
- Diretor da Faculdade de Odontologia da Zona Leste de São Paulo (UNICID) de 1970 até a presente data.
- Publicou o Livro - Ortodontia - Diagnóstico e Planejamento Clínico.
- Pós-Graduado em Bioestatística pela USP.
- Presidente da Academia Paulista de Odontologia.
- Professor Adjunto do Instituto de Ciência Biomédicas da USP em 1978.



Dr. Dante Bresolin

- Professor responsável pela Disciplina de Ortodontia do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília, desde 1983.
- Pós-Graduado e Mestre em Ortodontia pela University of Washington, em Seattle, WA, 1982.
- Doutor em Ortodontia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.
- Consultor do American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.
- Consultor do The Angle Orthodontist.
- Pós-Graduado e Mestre em Ortodontia pela Unicamp em 1972



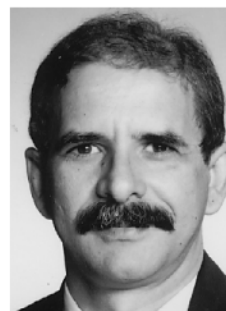
Dr. Darci Flávio Nouer

- Professor Titular da Área de Ortodontia da FOP / Unicamp.
- Coordenador dos Cursos de Especialização em Ortodontia da FOP / Unicamp.
- Coordenador dos Cursos de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Ortodontia da FOP / Unicamp.
- Responsável pela área de Ortodontia da FOP / Unicamp.
- Mestre e Doutor pela FOP / Unicamp.



**Dr. Deocleciano da Silva
Carvalho**

- Pós-Graduado em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- Mestre e Doutor pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- Professor Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).
- Professor colaborador dos Cursos de Mestrado em Ortodontia da UNICID e UNICASTELO.



**Dr. Joel Cláudio da Rosa
Martins**

- Pós-doutorado na Baylor College of Dentistry, Dallas - Texas
- Professor Adjunto do Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP
- Chefe do Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP
- Coordenador do Curso de Especialização da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP
- Membro do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP