

ORTODONTIA - UMA RADIOGRAFIA À ESPECIALIDADE

Sete ortodontistas aceitaram o convite d'O *JornalDentistry* para refletir sobre o presente e o futuro da ortodontia. A importância de um correto diagnóstico, a mudança de paradigma em direção a um tratamento menos invasivo e os efeitos do progresso tecnológico na evolução da especialidade estão em destaque



Crédito: iStock/daboost

1. O que o/a levou a enveredar por esta área, após terminar a licenciatura em medicina dentária?
2. Como tem evoluído a ortodontia e como deverá continuar a evoluir?
3. Quais as novidades/dicas/técnicas que considera mais úteis nesta área?
4. Qual o papel da ortodontia na relação com as outras áreas da medicina dentária?



Dr. Armando Dias da Silva

Médico dentista FMDUP; Especialista em Ortodontia nº38 OMD; Vice-Presidente Sociedade Portuguesa de Ortodontia; Doutorando em Medicina (Faculdade de Medicina-Universidade do Porto); Assistente Convidado Faculdade Medicina-Universidade Porto; Autor de conferências em Portugal, Espanha e EUA; Sócio fundador Associação Portuguesa de Ortodontistas

1. Na verdade, a minha opção pela ortodontia vinha já desde o início do meu quarto ano de licenciatura, aquando da primeira aula que tive com o Prof. Doutor Campos Neves, em outubro de 1995. De imediato fiquei fascinado por esta especialidade e desde esse momento que senti que a minha escolha estava feita – continuar no resto do 4º, 5º e 6º anos de licenciatura a priorizar a ortodontia no sentido de reunir capacidades para poder concorrer e entrar no Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), algo que sucedeu em setembro de 1998. Seguiu-se depois um percurso no Departamento de Ortodontia da FMDUP, primeiro como discente e depois como docente até 2008. Desde 2011 que assumo funções docentes na área de Pós-Graduação em Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, facto que muito me honra mas que também me responsabiliza pela exigência e aposta na inovação que esta instituição apresenta.

2. A ortodontia, nas décadas de 80 e 90, evoluiu consideravelmente nas técnicas de diagnóstico mas não tanto em novidades nos recursos ou dispositivos terapêuticos. Com a introdução e maior generalização das técnicas auto

ligáveis nos últimos anos, verificou-se um salto importante no ultrapassar de certas dificuldades e limitações que encontrávamos utilizando as técnicas convencionais. Naturalmente que representam uma vantagem, mas não são, nem gosto que o sejam, apresentadas dessa forma, milagrosas. Devem significar uma mais-valia e não um desvalorizar do mais importante em ortodontia, que é o diagnóstico.

No futuro, em cerca de oito a dez anos, julgo que estaremos a tratar a maior parte dos nossos pacientes com alinhadores combinados com certos dispositivos auxiliares. A meu ver, os alinhadores representam atualmente uma opção em certos casos, mas uma técnica de aparatologia fixa auto ligável possibilita ainda terminar e apresentar os casos clínicos com maior eficiência, qualidade e consistência de resultados, pelo menos de acordo com os objetivos e forma exigente como gosto de trabalhar.

3. Indiscutivelmente a introdução das técnicas auto ligáveis veio abrir novos horizontes terapêuticos no resolver de algumas dificuldades que tínhamos com as técnicas convencionais.

Assiste-se também, agora, ao início da massificação de técnicas de alinhadores que me deixa um pouco preocupado pela mensagem de facilidade com que muitas vezes são apresentadas. Mas, uma vez mais, mais importante que a técnica em específico, é realmente o diagnóstico em ortodontia que por vezes é negligenciado por tratamentos “milagrosos”, e onde os avanços em imagiologia, nomeadamente tomografia de feixe cónico, nos permitem ter uma noção mais completa sobre todos os aspetos importantes no delinear de um diagnóstico.

4. Por si só, a especialidade em ortodontia é desde logo um dos pilares terapêuticos de todo o sistema estomatognático, ao assegurar a sua reabilitação de acordo com os critérios de estética facial, estética dentária, oclusão funcional, saúde periodontal e estabilidade da articulação temporomandibular. Penso que nenhuma outra especialidade consegue ter uma interferência tão direta em tão diferentes áreas. Por outro lado, a ortodontia assume igualmente uma influência preponderante nas áreas mais importantes da medicina dentária ou estomatologia: desde um papel-chave na odontopediatria ao movimento dentário para melhorar o prognóstico periodontal, para favorecer a colocação ideal de implantes ou melhorar pontos de apoio para reabilitação protética.



Dr. Carlos Mota

Médico Dentista; Especialista em ortodontia pela OMD; Membro fundador e presidente da SPO de 1998 a 2002; Formador em Sistema Damon

1. Quando me licenci em na atual Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), precisamente há 30 anos, e comecei a trabalhar em Leiria, a ortodontia era

praticamente realizada com aparelhos removíveis e poucos dentistas se atreviam a colocar aparelhos. Nessa altura, a concorrência estava nos técnicos de prótese dentária, que produziam os aparelhos e os colocavam. Não me entusiasmassem as soluções que tinha para propor aos meus pacientes, mas a procura era elevada. Em 1991 resolvi apostar na formação em ortodontia fixa, com o Prof. Hugo Trevisi, que

surgiu com a novidade da técnica do arco reto, e foi ele, mais a sua equipa, que me mostraram uma outra face da ortodontia. Comecei por gostar e acabei por me apaixonar.

2. A evolução da ortodontia tem sido fantástica pois, como referi, venho da ortodontia realizada só com aparelhos removíveis e essencialmente manual para a atual era digital. Estive presente e ativo na introdução da técnica do arco reto em Portugal, no início dos anos 90, autêntica revolução no modo de praticar ortodontia. Bastantes críticas existiram na altura, mas hoje é praticada pela maioria dos ortodontistas. Atualmente o debate está centrado na utilização de técnicas com *brackets* convencionais ou auto ligáveis. Considero que, rapidamente, vamos discutir as vantagens e desvantagens duma ortodontia sem *brackets*, com recurso a alinhadores transparentes e das consequências para os nossos pacientes da sua utilização.

Não me sinto muito otimista em relação ao futuro, pois acredito que as grandes multinacionais da área se preparam para, à medida que lhes fornecemos mais informação sobre os nossos pacientes, com recurso a *softwares* específicos para diagnóstico e plano de tratamento, vão tentar passar a mensagem de que a ortodontia é simples e basta aplicar a receita dada por eles. Acredito que a qualidade dos tratamentos proporcionados aos pacientes pode diminuir.

3. Existem muitos nomes que marcaram a ortodontia mundial, mas para mim há três pessoas que se destacaram: Angle, Andrews e, mais recentemente, Dwight Damon.

São precisamente os conceitos e filosofia preconizados por Dwight Damon, associados aos *brackets* auto ligáveis passivos e utilização de forças leves que me fascina, entusiasmo e penso ser o que melhor responde às necessidades dos nossos pacientes.

4. Quando pensamos na reabilitação oral dos nossos pacientes, seja do ponto de vista funcional ou estético, não podemos deixar de considerar a ortodontia como um dos pilares principais de qualquer estratégia a seguir. Creio que atualmente todos os médicos dentistas entendem que um trabalho integrado, que envolva as várias áreas da medicina dentária, é fundamental para ter sucesso.



Dr. Hélder Nunes Costa

Médico Dentista – OMD 1634, Diretor Clínico do CMO Clinic; PhD pela Kanagawa Dental University (Japão); Doutorada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Especialista em Ortodontia pelo GDC (Reino Unido) e OMD (Portugal); Professor de Ortodontia – Inst. Sup. Ciências Saúde Egas Moniz; Mestre pela Danube University (Áustria)

1. Quando terminei a minha licenciatura, já lá vão quase duas décadas, estava apaixonado pela medicina dentária e confesso que não conseguia, na altura, escolher uma

valência como preferida. Em novembro de 1997, a trabalhar há já mais de um ano, fui convocado para cumprir serviço militar obrigatório. Esse foi o último ano em que vigorou a obrigatoriedade do serviço militar em Portugal tendo, a nível nacional, sido convocados apenas dois médicos dentistas. Mas foi, de facto, uma sorte. Tive a oportunidade de exercer clínica num ambiente hospitalar acolhedor. Vi muita patologia, fiz muita cirurgia e gostei tanto que acabei por vir a ser o primeiro médico dentista a entrar para os quadros permanentes da Marinha de Guerra Portuguesa. A determinada altura, acabei por ficar responsável pela valência de reabilitação oral (fixa) do Hospital de Marinha. Essa responsabilidade levou-me a aprofundar conhecimentos na área da oclusão e em 2007 terminei o meu mestrado em funções e disfunções do sistema estomatognático na universidade de Krems (Áustria). Daí à ortodontia foi um “pulinho”. Compreendi que o médico dentista tem de ser, por inerência da sua atividade, um especialista em oclusão. Mas o ortodontista mais ainda, pois é o único a realizar reconstruções totais em dentição natural. Eu havia já realizado uma pós-graduação em ortodontia clínica na universidade de Nova Iorque (EUA) e em 2007 submeti a minha candidatura e fui reconhecido como Especialista em Ortodontia pelo GDC (Reino Unido) o que me permitiu, mais tarde, inscrição direta no Colégio de Ortodontia da OMD. Entretanto continuei a minha formação académica concluindo dois Doutoramentos, o primeiro em 2012 pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e o segundo, em 2013, pela Kanagawa Dental University (Japão). Atualmente, a minha atividade clínica é limitada à ortodontia, dor orofacial e disfunção temporomandibular. Academicamente, sou o regente da unidade curricular de Ortodontia III do ISCSEM e um dos docentes da pós-graduação de especialização em ortodontia dessa mesma instituição sendo ainda membro do corpo docente e do Conselho Científico da VieSID (Vienna School of Interdisciplinary Dentistry – education in occlusal medicine).

2. A ortodontia tem evoluído muitíssimo nas duas últimas décadas. Surgiram novos materiais com comportamentos biomecânicos mais favoráveis do ponto de vista biológico e com características estéticas e de conforto para o paciente superiores. Surgiu a ortodontia lingual, *brackets* que já não necessitam de ligaduras, a ancoragem esquelética e a movimentação dentária com recurso a alinhadores transparentes. A imagiologia 3D e o digital estão presentes com toda a força. Contudo, verifico que a evolução tem sido limitada ao nível do conhecimento “médico”, sobretudo no que diz respeito à etiologia da má oclusão. Julgo que é esta lacuna no nosso conhecimento que justifica a existência de estratégias tão distintas para “tratar” a mesma má oclusão. **No futuro, gostaria de ver o ortodontia seguir um caminho mais “médico” e menos “técnico”, mas estou consciente de que possivelmente iremos continuar a assistir a uma maior evolução ao nível da tecnologia e materiais.**

3. Sou, com frequência, abordado por colegas mais novos interessados na área da ortodontia, que me questionam sobre que curso devem frequentar. Quando iniciei o meu percurso não existia a especialidade de ortodontia em Por-

tugal e, nessa altura, cada um de nós seguia o caminho que lhe parecia mais adequado. Atualmente, esta é uma especialidade reconhecida não apenas em Portugal, mas por toda a União Europeia. Consequentemente, **o meu conselho para os colegas que pretendam enveredar pela área da ortodontia é o de que devem optar por um curso que lhes possa dar acesso ao grau de Especialista.** Hoje em dia, este parece-me ser o único caminho lógico; aquele que permite maximizar a relação custo/benefício entre o investimento em tempo e dinheiro e o retorno em conhecimento, experiência e empregabilidade. A formação contínua permanecerá importantíssima e, neste âmbito, também os cursos modulares.

4. Apesar de gostarmos de dividir a ciência em compartimentos (valências), estes não são reconhecidos pelo organismo. Os doentes são seres individuais e únicos que interagem de forma distinta com o meio envolvente e o seu tratamento deve, por isso mesmo, ser encarado de forma holística. Assim sendo, todos os “compartimentos” do conhecimento são importantes se quisermos tratar bem e de forma previsível. Contudo, e as restantes valências que me perdoem, para mim o ortodontista é uma espécie de “arquiteto” que planifica e estrutura a reabilitação dos doentes.



Prof. Doutor Francisco Vale

Especialista em Ortodontia; MSc e PhD em Ortodontia pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC); Professor e Coordenador da Pós-graduação de ortodontia da FMUC; Regente de Ortodontia (UPC3) da FMUC; Coordenador da UPC (Ortodontia /Odontopediatria) da FMUC; Membro do Conselho científico da Ordem dos Médicos dentistas (OMD); Membro da direção do Colégio de Ortodontia da OMD; Membro do conselho científico da SPODF

1. O fascínio pela ortodontia surgiu ainda durante o curso e, nessa altura, dois grandes fatores contribuíram para a minha escolha: o entusiasmo e a sabedoria dos meus mestres, como o Prof. João Luís Maló de Abreu, no lecionamento da disciplina; e a vasta área de conhecimento do ser humano que a disciplina abrange e exige para ser dominada, que vão desde a genética humana, embriologia e crescimento craniofacial à fisiopatologia e biomecânica.

No último ano da licenciatura (6º ano) concorri a algumas das melhores universidades europeias com ensino pós-graduado em regime de tempo integral, mas acabei por ficar na Universidade de Coimbra, como docente, com o objetivo aliciente de ajudar a criar a nossa pós-graduação em ortodontia. Desde então, tenho dedicado a minha vida profissional ao estudo, investigação e docência nesta área (fiz a especialidade em 2002, o mestrado de ortodontia em 2004 e o doutoramento em 2014) e neste momento coordeno a pós-graduação de ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra que, para além de cumprir os requisitos previstos na regulamentação aplicável para que os nossos alunos possam ser futuros especialistas pela OMD,

integra uma rede europeia de pós-graduações idóneas e de elevado prestígio.

2. A evolução da especialidade no nosso País tem sido extraordinária, devendo-se ao impulso gerado nas universidades e bem acompanhado pela OMD. Já sabemos que boas políticas costumam dar bons frutos, e a implementação da especialidade pela OMD em 1999 é um desses exemplos. Temos hoje a funcionar um Colégio de Especialidade de Ortodontia em plena adultícia e que é composto por médicos dentistas que são reconhecidos como especialistas no espaço europeu e que estão municiados de competências técnicas, científicas e clínicas que lhes permitem realizar tratamentos de excelência. Assim, a visibilidade criada pelo profissionalismo dos bons dirigentes permitiu uma classe modernizada.

Como ramo de conhecimento, a evolução está intimamente ligada à investigação que, atualmente, incide sobre os processos biológicos da movimentação dentária, no desenvolvimento de novas técnicas para o tratamento precoce de displasias crânio-faciais e na descoberta de novos materiais que permitem realizar tratamentos de forma mais eficiente, com maior conforto para o paciente e com menos efeitos colaterais indesejados.

A evolução, desta ou de qualquer outra especialidade de médico-dentária, só será possível se continuarmos a investir na formação universitária idónea. Isto porque uma prática inteligente inclui sempre um momento em que se recebe de volta um parecer que permite reconhecer os erros e corrigi-los. É por isso que os bailarinos usam espelhos. Na especialidade de ortodontia esses espelhos são os professores, que tutelam os tratamentos dos alunos pós-graduados durante três anos.

Horas e horas de prática são necessárias para um ótimo desempenho, mas não são o suficiente. A forma como se emprega o conhecimento enquanto se pratica é de crucial importância, faz a diferença e permite a obtenção de melhores resultados.

3. Atualmente assistimos a campanhas de marketing bastante agressivas, que apresentam à população “novidades” que na realidade não o são, como é o caso dos aparelhos auto ligáveis, que já existem desde 1935, ou os aparelhos invisíveis (ortodontia lingual), que são utilizados desde os anos 70 do século passado. Quanto às outras “novidades”, como é o caso das moldeiras termoplásticas, considero não se tratar de uma técnica ortodôntica pois não permitem executar o mais elementar princípio biomecânico da boa movimentação dentária, que é o controlo do torque radicular.

Há, no entanto, um conjunto de ferramentas provenientes da era tecnológica em que vivemos e que são bastante úteis ao ortodontista, principalmente nas fases de diagnóstico e de planeamento do tratamento. Estou a referir-me especificamente à Tomografia Computadorizada de Feixe Cónico e aos sistemas de CAD/CAM que permitem, entre outras coisas, a confecção de aparelhos ortodônticos individualizados, de melhores sistemas de ancoragem e de férulas cirúrgicas com maior precisão, melhorando assim a previsibilidade do tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático.

4. A ortodontia é a especialidade que se ocupa da correção das anomalias e malformações dos dentes e maxilares e a que exige um conhecimento mais aprofundado sobre o desenvolvimento humano e sobre as causas das doenças dento-faciais. Sendo a disciplina médico-dentária com uma visão mais holística do ser humano, cuja intervenção vai desde a primeira infância até à velhice, é frequentemente solicitada pelas outras especialidades, desde a odontopediatria à periodontologia.

A imagem de um só clínico a realizar toda a reabilitação oral de um paciente caiu em desuso, e a atestá-lo temos o surgimento das várias especialidades da medicina dentária. O tratamento interdisciplinar que procura potenciar ao máximo as possibilidades terapêuticas em benefício do paciente é cada vez mais realizado com a intervenção do ortodontista, mesmo nos casos outrora inimagináveis como são pacientes edêntulos (parciais ou totais). O conhecimento do ortodontista sobre as referências oclusais e esqueléticas, sobre a resposta dos tecidos moles à movimentação dento-esquelética e na preparação cirúrgica do paciente, tem constituído uma mais-valia para especialidades como a cirurgia maxilo-facial no restabelecimento do equilíbrio funcional e da arquitetura facial dos seus pacientes.

Por último, **destaco a estreita relação entre a ortodontia e a reabilitação oclusal/dor orofacial por se verificar uma maior incidência das disfunções craniomandibulares**. O especialista de ortodontia é chamado muito frequentemente a colaborar no tratamento dos pacientes de oclusão/dor orofacial, dada a importância de eliminar desequilíbrios ortopédicos, que atuam como fator perpetuante de disfunções temporomandibulares. Essa colaboração é biunívoca, pois que também o especialista em oclusão/dor orofacial é solicitado pela ortodontia para intervir nos planos de tratamento, inclusivamente em doentes que estão a ser tratados concomitantemente pela ortodontia e pela cirurgia maxilo-facial.



Prof. Doutora Teresa Pinho

Licenciada em 1991, FMDUP; PhD em Ortodontia e Odontopediatria pela FMDUP, em 2004;

Professora de Ortodontia e Odontopediatria, IUUCS/CESPU;

Certificado de excelência na prática clínica ortodôntica, Board Francês de Ortodontia em 2009;

Especialista em Ortodontia e Odontopediatria pela OMD; Investigadora no IINFACTS/CESPU e IBMC, i3S /UP

1. A escolha da área da ortodontia deve-se a ter uma componente criativa e interventiva muito elevada, com uma série de fatores que me apaixonam, nomeadamente a estética conjugada com a componente funcional. Tive a oportunidade de trabalhar em algumas clínicas com professores que reconheciam o meu entusiasmo e dedicação. Na fase inicial da minha licenciatura, finalizada em 1991, fazia um pouco de tudo e gostava de todas as áreas, nessa altura não sabia a área que escolher. Foi o Dr. Manuel Neves que me incentivou e me deu todo o apoio para eu direcionar a minha atividade para a ortodontia, o que se tornou muito gratificante pois é, de facto, aquilo que mais gosto de fazer. Com a ortodontia, fazemos a “construção” de sorrisos bonitos. Também destaco a componente odontopediátrica porque trabalhar com crianças, particularmente no campo da ortodontia intercetiva, é muito gratificante.

Também tenho o privilégio de ensinar, o que ainda me completa mais. Comecei em 1992, após a minha licenciatura, dedicando-me à ortodontia desde 2000. “Nunca devemos desistir dos nossos sonhos” e, por isso, fiz o Doutoramento em Odontopediatria e Ortodontia na FMDUP em 2004; obtive certificado de excelência na prática clínica de ortodontia (Board Francês de Ortodontia), em 2009 e, finalmente, depois de muitas “pedras” acabei por obter a especialidade em ortodontia na OMD este ano. E termino com a frase “O esforço só é expresso em recompensa, quando uma pessoa se recusa a desistir...”

2. Sabendo da importância da atualização científica e pedagógica, permanentemente necessária em todo o ensino, existe plena consciência de que nada do que se apresenta pode ser considerado definitivo e de que é necessário estar atento à evolução e às transformações que se vão operando no domínio da ortodontia. Devemos adaptarmo-nos à evolução, tendo consciência de que nada do que se apresenta pode ser considerado definitivo. Não podemos ficar “agarrados” a uma técnica como sendo completa ou isenta de falhas ou omissões, mesmo sendo por vezes apoiada na experiência, formação e convicções de quem a elabora. O objetivo é permitir ao clínico responder a questões com a certeza de ter selecionado a melhor evidência científica e de a integrar nos melhores interesses dos pacientes.

Era inimaginável, há 20 anos, que a ortodontia fosse evoluir tanto. Hoje em dia, para além da evolução dos *brackets* como ferramenta, temos técnicas e filosofias de tratamento que nos permitem terminar os nossos casos mais rapidamente com bons resultados. Acompanhar a evolução tecnológica nestes últimos anos tem sido muito estimulante. Estamos constantemente a aprender e temos que investir na aprendizagem. Nunca esquecendo as bases fundamentais para um bom diagnóstico e tratamento.

3. Atualmente, os terceiros ciclos, visando a obtenção do grau de doutor e contemplar a publicação dos resultados da pesquisa em revistas internacionais indexadas com revisão

entre pares, permitem a divulgação do conhecimento adquirido pela investigação e a sua aplicabilidade na prática profissional quotidiana. O objetivo é permitir ao clínico responder a questões com a certeza de ter selecionado a melhor evidência científica e de a integrar tendo em vista os melhores interesses dos pacientes. A investigação é de extrema utilidade na ajuda à análise clínica, minimizando erros de diagnóstico e tratamento. Por esse motivo, deparamo-nos com a realidade em que a medicina dentária/ortodontia tem que obrigatoriamente conviver, com a investigação, e caminhamos no bom sentido.

O verdadeiramente importante é que nunca o profissional deixe de possuir a humildade que lhe permita aprender e nunca deixe de ser “aluno”, integrando-se assim na grande frase que disse Piaget: “O aluno é o principal construtor do seu conhecimento”.

Na minha opinião, os “clínicos” deveriam estar integrados com os investigadores, resultando em mais artigos científicos com linhas orientadoras, no sentido de tentar ultrapassar os problemas existentes e apresentar propostas concretas sustentadas no conhecimento da realidade.

Atualmente as novas tecnologias têm um reflexo importante na ortodontia moderna. Neste contexto, **a aplicabilidade da tomografia computadorizada, dos brackets auto ligáveis, da ancoragem esquelética, da ortodontia com alinhadores, da utilização de tecnologia 3D no planeamento e confeção de dispositivos que permitem de forma mais previsível, segura e eficaz decidir qual o melhor caminho para cada caso em particular e nos tratamentos multidisciplinares em que a ortodontia tem um papel preponderante.**

4. Na realidade, deparamo-nos com uma série de circunstâncias que limitam o grau de aprendizagem ortodôntica na licenciatura, permitindo assim considerações ambíguas sobre o nível de formação dos médicos dentistas recém-licenciados. Num curso que se propõe preparar médicos dentistas, o papel da ortodontia como área científica especializada que exige conhecimentos multidisciplinares deve ser corretamente equacionada e integrada nos objetivos definidos pelas autoridades académicas. Desta forma, o diálogo permanente dos profissionais de ortodontia com outras áreas da medicina dentária permite melhorar a qualidade dos tratamentos propostos e sem dúvida que quem sai a ganhar são os nossos pacientes.

Na verdade, a ortodontia transformou-se numa área da saúde altamente especializada, orientada para a procura da excelência no tratamento das más oclusões, das deformidades dento-faciais e dos distúrbios crânio-mandibulares. No âmbito do desempenho da medicina dentária generalista e das outras especialidades deve ter-se sempre em conta que quando se observa a cavidade oral esta deve ser vista no seu todo e existe a obrigação por parte de todos os profissionais da medicina dentária, independentemente da sua área, de obter conhecimentos no sentido de saber orientar e encaminhar para a consulta de especialidade.



Prof. Doutor Jorge Dias Lopes

Médico Dentista, especialista em Ortodontia pela Ordem dos Médicos Dentistas, membro fundador e vogal da Direção do Colégio de Especialidade; Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP); Diretor do Programa de Doutoramento da FMDUP; Diretor do Serviço de Ortodontia da FMDUP; Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia da FMDUP; Sócio titular e Presidente da Comissão Científica da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento-Facial; Membro de várias sociedades científicas nacionais e internacionais; Autor de diversas conferências e trabalhos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais; Prática exclusiva da Ortodontia desde 1995

1. Em julho de 1982, concluí a licenciatura em medicina dentária, com 6 anos de duração, na Escola Superior de Medicina Dentária do Porto e iniciei a minha carreira académica na disciplina de endodontia dessa escola. Quando no ano seguinte, fui cumprir o serviço militar obrigatório durante cerca de 16 meses no Hospital Militar Principal de Lisboa, tinha as tardes livres. Pois bem, aproveitei esse tempo disponível para trabalhar na clínica do Prof. Eurico de Freitas e na clínica de dois médicos dentistas muito conhecidos, Fernando Ferreira e Cunha Luz. Aprendi muito sobre endodontia e prótese fixa. Mas também tive a noção que era grande a procura dos pacientes por tratamentos ortodônticos, sem que encontrassem resposta. Comecei a interessar-me e confrontar-me com a dificuldade da ortodontia, o que me levou ao seu estudo. O impulso final foi quando se proporcionou a minha transferência para a disciplina de ortodontia, onde preenchi uma vaga de Assistente Estagiário.

A partir desse momento, em 1987, tive como principais objetivos a progressão na carreira académica e a aprendizagem da ortodontia, tendo nesse mesmo ano assistido e participado na I Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento Facial (SPODF).

Lentamente, mas de forma metódica e sistemática, durante cerca de oito anos, fui-me preparando para a sua prática exclusiva, selecionando cursos e reuniões científicas relacionadas com essa área. Assinei revistas da especialidade, inscrevi-me em instituições ortodônticas internacionais e, na atividade clínica privada, evitei a marcação de casos não ortodônticos.

Para esta formação vocacionada para o exercício da ortodontia, salienta-se a notória contribuição da carreira académica, a obtenção do diploma de Pós-graduado em Ortodontia pela FMDUP em 27 de Fevereiro de 1993 (primeiro curso de pós-graduação em Portugal na área da medicina dentária com a duração de três anos de curso intensivo em regime “full time”), e o acompanhamento e participação em praticamente todas as ações levadas a efeito pela SPODF.

Tomada a decisão de optar pela ortodontia, e tendo consciência que o exercício desta especialidade exigia exclusi-

vidade, era obrigatório o abandono da medicina dentária generalista, o que ocorreu em setembro de 1995.

2. Vou responder a esta questão na vertente socioprofissional, considerando a evolução e o futuro da ortodontia no âmbito da medicina dentária nacional. A ortodontia foi uma das primeiras especialidades oficializada pela Ordem dos Médicos Dentistas, em fevereiro de 1999, e neste momento existem cerca de 60 especialistas inscritos no Colégio de Ortodontia (CO) da Ordem e mais ou menos 25 pós-graduados que estão em condições de requerer o exame de especialidade. Qualquer médico dentista pode tornar-se especialista nesta área, desde que cumpra as regras que constam nos Regulamentos de Atribuição dos Títulos de Especialidade (RATE) e Regulamento Interno do Colégio de Ortodontia (RICO) da OMD, entre as quais se salienta a obrigatoriedade de um ensino contínuo, integrado e devidamente regulamentado.

Neste momento existem cinco faculdades de Medicina Dentária, que após terem sido sujeitas a avaliação por uma Comissão de Acreditação nomeada pelo Colégio de Ortodontia da OMD, estão consideradas como idóneas para o ensino da especialidade de ortodontia pela Ordem. Assim sendo, considero que muito em breve se atingirá o número de especialistas ideal para o nosso país. Com toda a justificação é defensável que as anomalias oclusais sejam corrigidas por aqueles que fazem publicamente prova de competência acrescida para o desempenho da ortodontia, e que, como tal são autenticados pelo órgão máximo da classe através do seu Colégio de Ortodontia.

O licenciado pré Bolonha e o atual mestre em medicina dentária estão legalmente habilitados ao exercício da ortodontia. O especialista tem uma competência acrescida e reconhecida para a sua prática clínica já que, para isso, tem de frequentar com aproveitamento um curso de pós-graduação universitário a tempo inteiro durante três anos e sujeitar-se depois ao julgamento dos seus pares em avaliação conhecida por exame de especialidade. Paralelamente a este ensino universitário devidamente regulamentado, existe a oferta de formação pós-graduada em inúmeros cursos de aperfeiçoamento ou em fins-de-semana, que apresentam lacunas científicas e não conferem a essencial experiência clínica. Pode ser bastante útil para um ortodontista que procure atualizar os seus conhecimentos ou para um médico dentista que pretenda tratar “casos ortodônticos simples”, mas não é o caminho para a especialização.

Como professor universitário de um curso de especialização idóneo e membro da direção do CO da OMD, a mensagem que poderei dar aos colegas de profissão que pretendam investir nesta área é que procurem frequentar um curso de pós-graduação que permita o acesso à especialidade. Neste momento só há uma via, que passa por um curso universitário, a tempo integral, reconhecido pela OMD. Se tal não for possível, que sejam críticos relativamente à oferta de cursos disponíveis, pensem que já existem dema-

siados profissionais e que terminou a fase dourada da ortodontia, e tenham consciência de que o ensino da ortodontia tem regras muito próprias e internacionalmente concertadas, as quais além da inerente exigência lhe conferem um estatuto diferenciado na área da saúde oral. Em termos globais, considerando a especialidade e os médicos dentistas generalistas dedicados a esta área, a ortodontia acompanha as dificuldades da medicina dentária em Portugal. Formamos profissionais a mais, a economia está em crise e passámos a ser um país exportador de médicos dentistas. Urge estabelecer alguma regulamentação que limite o seu aumento desmesurado. Este problema já surgiu noutros países, mas foi controlado de formas diversas, com bons e maus resultados. Um dos caminhos a seguir seria analisar profundamente as metodologias utilizadas e os seus resultados e procurar seguir os bons exemplos.

3. Sem dúvida as que permitam essencialmente melhorar o diagnóstico ortodôntico. No passado, o objetivo do tratamento ortodôntico visava apenas corrigir a má oclusão. A análise estética facial resumia-se ao estudo do perfil, particularmente a convexidade facial, a altura do terço inferior da face e o ângulo nasolabial. Como registos de diagnóstico utilizavam-se principalmente os modelos de estudo e a cefalometria para estabelecer a relação dos dentes com os maxilares. A discrepância esquelética referida no “envelope da discrepância de Proffit” estabelecia os limites da compensação dentária, ditando o tipo de tratamento. As normas cefalométricas determinavam assim a estética facial e eram a ferramenta principal para diagnóstico, plano tratamento e prognóstico dos tratamentos ortodônticos.

No presente, o diagnóstico e plano de tratamento ortodôntico baseia-se na avaliação da face em 3D, com destaque para a avaliação estética da face e do sorriso. Muitos mais casos ortodônticos passam a ser cirúrgicos, muitos mais casos necessitam de cooperação interdisciplinar, se queremos de facto melhorar a estética facial. Neste contexto, como elementos de diagnóstico fundamentais, destacamos o exame clínico, as fotografias e os registos dinâmicos. O vídeo é importante, por exemplo, no registo do movimento dos lábios no sorriso. A fotografia capta um momento instantâneo e o sorriso pode ter várias amplitudes. É do conhecimento geral que o sorriso de pose, estudado e calculado, pode ser muito diferente não só do sorriso aberto e descontraído, mas também do sorriso máximo. **Uma das grandes transformações na nossa prática clínica foi, sem dúvida, a utilização de scanners faciais e CBCTs que proporcionam modelos tridimensionais dos nossos pacientes, permitindo compreender melhor as más oclusões, simular diferentes planos de tratamento e melhorar a comunicação entre clínicos e entre médico-paciente.** Na planificação da cirurgia ortognática, é difícil a aplicação das análises cefalométricas convencionais aos pacientes com deformidades dentofaciais, por apresentarem planos craniofaciais alterados. Atualmente o seu planeamento é baseado na estética facial e do sorriso, sendo possível a

simulação computadorizada dos efeitos dos tratamentos nestes aspetos tão importantes.

Em termos de mecânica corretiva, a grande revolução foi o desenvolvimento dos micro-implantes e placas que permitiram ultrapassar muitos dos problemas que surgiam com a mecânica convencional. A procura de tratamentos estéticos, também originou o aparecimento ou desenvolvimento de novas técnicas, como o invisalign e a ortodontia lingual. A tecnologia CAD/CAM também tem revolucionado o fabrico de aparelhos, permitindo a sua personalização, que facilita a prática clínica diária.

4. É fundamental a interligação da ortodontia com as diversas áreas da medicina dentária. Desde há muito anos que a minha última aula, no semestre final do Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina Dentária da UP, é subordinada ao tema “finalização ortodôntica e relações interdisciplinares”. Nesta aula destaco a importância desta relação com áreas tão diversas como cirurgia, dentisteria, endodontia, implantologia, periodontologia, prótese fixa e reabilitação oral.

O facto de ter aumentado significativamente a procura de tratamento ortodôntico por adultos, implica necessariamente uma abordagem interdisciplinar, que leva os ortodontistas a procurarem, cada vez mais, profissionais de outras especialidades médico dentárias, de modo a otimizar resultados, proporcionando reabilitações estética e funcionalmente mais satisfatórias e, muitas vezes, maior estabilidade e durabilidade do tratamento.

Paralelamente, a consciencialização da associação das alterações oclusais com as alterações disfuncionais do sistema estomatognático, levam cada vez mais pacientes com idades mais avançadas a procurar tratamentos de âmbito interdisciplinar reabilitador, nos quais a ortodontia pode ter uma contribuição significativa.



Prof. Doutor Paulo Fernandes Retto

DDS, MSc, PhD; Mestre pela Universidade Krems Áustria em Ciências Dentárias Avançadas vertente Ortodôntica; Doutoramento Sobressaliente “cum laude” pela Universidade de Barcelona; Palestrante em eventos científicos nacionais e internacionais; Vencedor do Prémio Professor Bação Leal em 2016 pela SPDOF

1. Quando terminei a minha licenciatura, as áreas que mais me atraíram eram duas: a pediatria e a ortodontia. Os fatores que contribuíram para tomar uma opção foram integrar a Consulta Assistencial de Ortodontia do ISCEM e o ter conhecido e colaborado durante 13 anos com um palestrante internacional, o Prof. Bernard Garcia Coffin, formado por McNamara, que veio a ter uma influência significativa na minha orientação profissional. Protocolizou, para o tra-

tamento de casos extremamente complexos, uma abordagem conservadora, que respeita as estruturas dentárias e dá ênfase fundamental à correção do plano oclusal e do perfil. O Prof. Bernard Garcia Coffin aplicava com excelência ortopedia dentofacial em crianças, com efeitos tão positivos na sua saúde, estética e autoconfiança, indo ao encontro da minha outra paixão, a pediatria.

Apresentou-me a vários mestres, alguns se tornaram bons amigos, (Duran Von Arx, Josep e Luís Carriere). Devido à minha constante procura de evidência científica, fez questão que conhecesse James McNamara, Derek Mahoney, Franchi e Baccetti. Durante o meu mestrado em Krems, Áustria, dois grandes nomes (Rudolf Slavicek e Sadao Sato) enfatizaram a importância funcional de evitar extrações, e Silvano Naretto reforçou a importância do diagnóstico, segundo McNamara.

Em quarto lugar o orgulho de concluir o doutoramento em ortodontia com nota máxima, em Barcelona, perante meu querido e saudoso Professor Martins dos Santos. Mais recentemente a aprendizagem e a amizade de três enormes clínicos: Ramon Perera, Rafael Espejo e Chris Chang, e, por fim, nesta altura, a alegria de participar numa pós-graduação de acesso à especialidade, na minha segunda casa, a Egas Moniz. Por estranho que pareça, há momentos em que é no meio de trabalho árduo que estou mais feliz. Quanto mais me dedico, mais prazer e realização tiro da área que escolhi para a minha vida.

2. Historicamente, a ortodontia convencional tem sido eficaz na correção de numerosas mal oclusões. No entanto, após a influência de Tweed, aplicou-se de forma generalizada, como terapêutica à correção de casos de apinhamento e às diferenças transversais e sagitais entre as entre o maxilar superior e a mandíbula, extrações de primeiros pré-molares e cirurgia ortognática como terapêutica ideal e única.

Acredito que estamos numa fase de mudança de paradigma. Temos meios para ser muito menos invasivos do que no passado e o perfil assume uma importância absoluta. “Facial driven orthodontics” e “We extract for the face not for the space” são as frases que dirigem as novas correntes.

3. A filosofia bioprogressiva de Rickets, o Meaw de Kim e Sadao Sato, as influências das noções oclusais de Slavicek, o protocolo não cirúrgico de Garcia Coffin que combinou ortopedia de McNamara com as “Pistas” de alteração do plano oclusal de Pedro Planas, e a filosofia de sistemas auto ligáveis passivos de Dwight Damon permitem uma abordagem inovadora que alcança resultados considerados impossíveis por outras filosofias de tratamento

4. A ortodontia tem importância muito relevante a nível interdisciplinar. Pode ser aplicada como um elemento auxiliar de reabilitação ou, noutros casos, pode ser essencial para a obtenção de resultados finais ideais que, de outro modo, simplesmente não são possíveis. ■