

Entrevista com

# Roberto Carlos Bodart Brandão

8

- Graduado em Odontologia pela UFES, em 1987.
- Mestrado em Ortodontia pela UFRJ, concluído em 1991.
- Doutorado em Ortodontia pela UNESP/Araraquara, concluído em 2000.
- Professor de Ortodontia da UFES, desde 1991.
- Professor da Especialização em Ortodontia da FAESA.
- Diplomado pelo BBO, desde 2005.
- Consultor do *Dental Press Journal of Orthodontics*.
- Ministrou mais de 200 palestras e cursos, possui artigos publicados em revistas de Ortodontia e Estética.

Como citar esta seção: Brandão RCB. Uma entrevista com Roberto Carlos Bodart Brandão. Rev Clín Ortod Dental Press. 2016 Dez-2017 Jan;15(6):8-25.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14436/1676-6849.15.6.008-025.ent>



O Dr. Roberto Carlos Brandão conseguiu juntar o que há de melhor na Ortodontia: excelência na estética e na oclusão. Difícil conhecer um especialista que tenha casos tão bem finalizados quanto ele. Não é à toa que é uma das grandes referências na nossa profissão. Ortodontista diferenciado, que consegue, como poucos, colocar no papel aquilo que fala e faz. Seus artigos científicos estão sempre encabeçando as listas dos mais procurados.

Desde muito jovem, o nosso querido Brandão já se destacava como excelente profissional, reconhecido por colegas e professores como uma grande promessa da Ortodontia brasileira, o que foi plenamente confirmado na clínica e nos palcos de cursos e congressos. Possui uma formação bem eclética, pois formou-se na UFES (Vitória/ES), fez mestrado na UFRJ (Rio de Janeiro/RJ) e doutorado na UNESP (Araraquara/SP).

Brandão (como é conhecido pela maioria dos colegas ortodontistas) é professor na UFES (Vitória/ES) desde 1991, compartilhando os seus conhecimentos com centenas de alunos. Seu carisma, simpatia e amizade sempre foram motivo de apreço por todos que o conhecem, razão principal de ter tantos amigos. Podemos dizer que ele é o famoso "boa praça". Ser humano da maior qualidade, que nos brinda, nessa entrevista para a RCOOP, com o seu vasto conhecimento, simplicidade e franqueza.

Boa leitura!

**Carlos Alexandre Câmara**

## GRADUAÇÃO

Fiz Odontologia na Universidade Federal do Espírito Santo, formando-me em 1986, onde tive excelentes referências profissionais entre os professores. Um marcou-me em especial, Prof. Fernando Musso, da Anatomia; ficávamos, aos sábados, dissecando cadáveres e preparando material didático. Fui monitor dessa matéria por três anos e absorvi grandes ensinamentos. O principal deles: se você realmente quiser assimilar um conhecimento, faça duas coisas, ensaie muitas vezes e tente ensinar o que aprendeu; assim, jamais esquecerá, terá destreza e enorme domínio do assunto. Atualmente, sou professor da UFES e, todos os dias, ao ensinar, sou eu quem mais aprende.

## PÓS-GRADUAÇÃO

Fiz o mestrado na Universidade Federal do Rio de Janeiro, de 1989 a 1991. Uma formação rígida na Técnica Edgewise, com grandes mestres. Essa é minha base e sobre ela continuo me aperfeiçoando. De fato, as maiores referências da Ortodontia tiveram na sua formação o Edgewise, o que permitiu a alguns, inclusive, propor novas prescrições e técnicas.

Meu doutorado foi na Universidade Estadual Paulista/Araraquara, finalizado em 2000. Lá aprendi como um trabalho em equipe pode engrandecer a todos. Ganhei uma visão mais ampla da Ortodontia, sobre como várias técnicas podem ser associadas para o melhor controle biomecânico de um tratamento. De maneira importante, entendi que a técnica do Arco Segmentado é o melhor caminho para se entender a biomecânica na Ortodontia.

## HÁ QUANTOS ANOS TRABALHA COM A ORTODONTIA?

Há 25 anos, desde que terminei o mestrado na UFRJ, em 1991, faço exclusivamente Ortodontia. Ensinando ou praticando, me sinto completamente realizado.

## BRAQUETES CONVENCIONAIS OU AUTOLIGÁVEIS?

Ambos. Na maioria das vezes, uso braquetes convencionais, por hábito.

Acredito que os braquetes autoligáveis são facilitadores e aceleradores das fases iniciais do tratamento, pois o menor atrito é importante no nivelamento e alinhamento dentário<sup>1</sup>. Para a finalização, essa lógica se inverte: pelas maiores dimensões dos *slots* da maioria dos fabricantes de autoligáveis, os torques e as inclinações dentárias são mais difíceis de se controlar ou corrigir, porque há necessidade de que o fio preencha o *slot* para os efeitos de movimentação radicular<sup>2</sup>. Portanto, na média, acaba não havendo diferença importante no tempo de tratamento com braquetes autoligáveis ou com os convencionais<sup>3</sup>. Se estou diante de um caso em que o controle radicular não é crítico e o biótipo periodontal é favorável, vejo uma grande vantagem em usar os braquetes autoligáveis, principalmente pela possibilidade de chegar em casa mais cedo, para brincar com minhas filhas.

Por outro lado, me preocupo com a grande proclinação de dentes provocada pelas técnicas preconizadas por alguns autores de autoligáveis; a diminuição da espessura do periodonto é perigosa em pacientes com biótipo periodontal fino, uma bomba-relógio, porque enfraquece o tecido periodontal, que já é frágil, e torna o ato de escovação um potencial trauma para gerar recessões periodontais, especialmente depois do tratamento. Mesmo nos pacientes em que não houve movimentação radicular para vestibular, deveríamos reorientar o paciente depois de remover os aparelhos, porque a escovação com braquetes precisa ser mais vigorosa para uma limpeza efetiva e, se o paciente mantiver o mesmo padrão de escovação após a remoção dos aparelhos, levará a um trauma de escovação, o principal fator etiológico de recessões periodontais.

Em biótipos periodontais espessos, expansões e proclinações dentárias podem ser realizadas sem risco; e repare que são, normalmente, esses os casos de sucesso apresentados em artigos e congressos por aqueles que defendem esses tipos de movimentos como sendo seguros. Não estou considerando a estabilidade, menor nesses protocolos, e que requer contenções mais críticas<sup>4</sup>.

### **BRAQUETES 0,018" OU 0,022"?**

O braquete 0,022" é minha praia, por três motivos: 1) controle de torque, que consigo com um fio mais rígido; 2) controle da forma do arco, ligado à maior espessura dos fios e 3) pela menor deflexão do fio, tanto no uso de alças para fechamento de espaços quanto em movimentos com deslizamento dos dentes com ligaduras elásticas em cadeia – evitando colapsos em áreas de fechamento de espaços. Com o advento dos fios de alta resiliência (NiTi, TMA e seus desdobramentos), a busca por forças mais leves, advogadas por Ricketts quando defendia o *slot* 0,018", foi facilitada.

### **APARELHO ESTÉTICO FAVORITO?**

Uso o Clarity Advanced® (3M Unitek, Brasil) e o Damon Clear® (Ormco, EUA). Utilizo mais o Clarity Advanced®, construído em porcelana policristalina, pois é mais resistente à fratura do que a média e permite melhor controle de giroversões. Na correção de giros com fios CuNiTi e nos arcos de finalização, acho importante amarrar os arcos com amarrilho. A tecnologia implícita nos fios de memória está muito além da qualidade das ligaduras elásticas disponíveis no mercado; portanto, em grandes giroversões, quero usar o máximo do fio CuNiTi e não ficar limitado a ligaduras elásticas, que possuem meia-vida de alguns dias, até virarem uma massa semirrígida de biofilme/placa bacteriana. Na finalização, quero colocar o fio no fundo do *slot*, o que determina o efeito do torque. Em resumo, controle máximo da posição do dente.

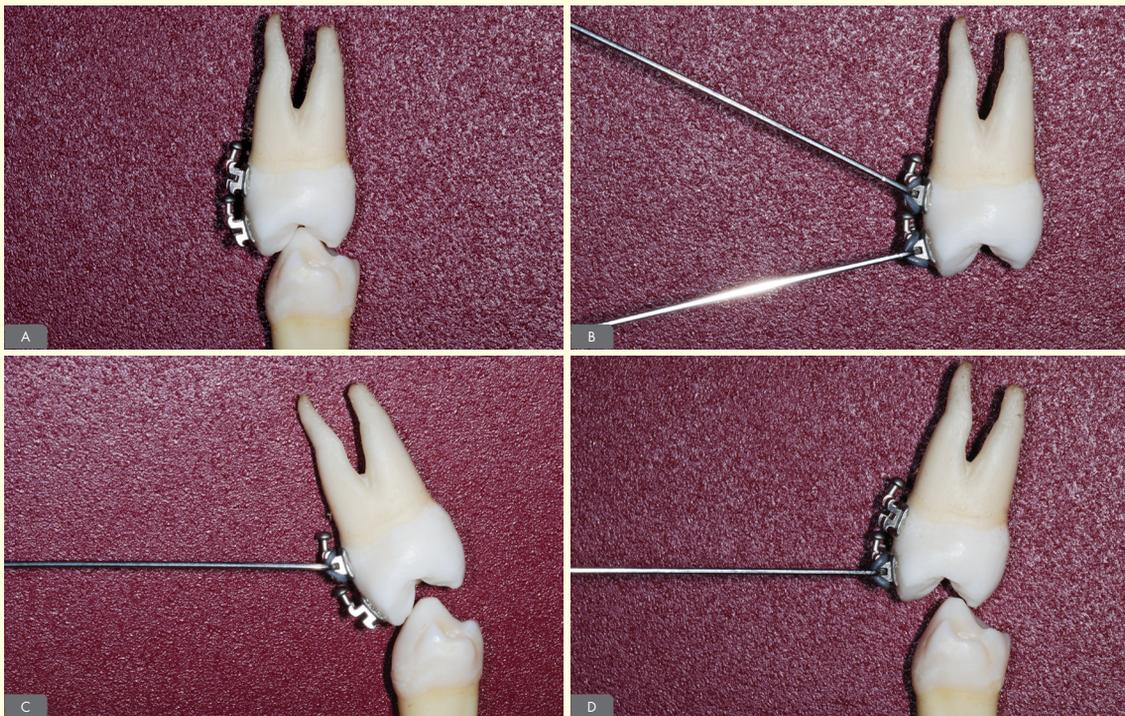
### **PRESCRIÇÃO FAVORITA?**

Nenhuma, embora eu utilize braquetes Gemini® (3M) com prescrição MBT. Vou explicar melhor. Considero que, diante da existência de tantas prescrições disponíveis, e outras que já saíram de moda e, conseqüentemente, do mercado, cabe uma pergunta: qual é a certa? Minha resposta: nenhuma. De fato, caberia aqui um desafio, valendo um carrão BMW para quem encontrar um só paciente, com oclusão ideal, cujos torques e posições dentárias estejam perfeitamente representados por uma só das dezenas de prescrições existentes. Além disso, se eu variar em milímetros a altura de um braquete na coroa de um mesmo dente, terei uma variação importante no efeito do torque (Fig. 1) e é impossível padronizar a altura de colagem, pela variação de exposição das coroas clínicas<sup>5</sup>. Sem contar a enorme variação anatômica das coroas dos dentes de uma pessoa para outra, o que me leva à convicção de que, dentro das amostras utilizadas por cada um dos autores das prescrições, nenhum paciente se encaixou perfeitamente em todas as angulações propostas. Isso não diminui em nada o valor dos autores que têm suas prescrições, sendo essas utilizadas e aprovadas por excelentes ortodontistas. As prescrições otimizam o tratamento, são fórmulas para trabalharmos dentro de um erro padronizado, o que é muito melhor do que o erro aleatório. Especialmente nos estágios iniciais do tratamento, as prescrições ajudam a reduzir o tempo de cadeira e diminuem a criticidade da habilidade do profissional. A padronização de compensações relacionadas às características dos pacientes, como as prescrições propostas por Capelozza Filho<sup>6</sup>, também são muito interessantes, ajudam no desenvolvimento do tratamento em uma direção consistente.

Na finalização dos tratamentos, só é possível alcançar a excelência estética e funcional se houver

o domínio do fio retangular e, conseqüentemente, dos dentes nos três planos do espaço. O nome disso é Edgewise, que não deve ser visto como uma prescrição, mas como a base de todas as prescrições. Isso pode parecer ultrapassado para muitos, especialmente os que têm as prescrições como algo sagrado – como uma igreja e seus seguidores. Para esses, caberia uma aula de história. O Edgewise, traduzido para o português como “Arco de Canto”, foi derivado do Ribbon Arch (“Arco de Cinta”), que tinha uma inserção vertical e que passou a ser horizontal; e *edgewise* em inglês é, de fato, “o ato de tombar, mudar o eixo de inserção”. Foi desenvolvido por Angle com o objetivo de permitir o controle radicular com o fio retangular, facilitando o torque,

difícil de ser obtido com fios redondos. O torque pode estar incorporado nos braquetes e/ou nos fios, que serão inseridos nos *slots*; isso não faz a menor diferença no resultado final. Harry Dougherty, em um célebre editorial escrito no *American Journal of Orthodontics*<sup>7</sup>, foi muito feliz quando escreveu que “Dentes são estúpidos e respondem a pressões, sejam elas de um dedo ou de um aparelho ortodôntico... respondem a estímulos bioquímicos e celulares, em uma cascata de eventos que independem de líderes carismáticos, dos apelos de empresas, dos braquetes ou de filosofias.” Assim também entendendo a Ortodontia. Duvido do discernimento ou da idoneidade daquele que diz que essa ou aquela técnica é superior ou ultrapassada.



**Figura 1:** A) Colagem de dois braquetes de mesma prescrição em alturas diferentes na coroa de um pré-molar. B) Verifica-se os efeitos opostos de torque radicular quando o fio é posicionado ortogonal aos braquetes. C) Efeito de torque vestibular da raiz, quando o braquete é posicionado mais para apical, com potencial contração da arcada e risco de recessão periodontal. D) Efeito oposto, no braquete colado para oclusal: torque palatino de raiz, gerando contato prematuro e abertura da mordida. Embora representem extremos, essas figuras mostram o quanto o efeito do torque incorporado nos braquetes é dependente da morfologia do dente (Fonte: Brandão RCB<sup>8</sup>, 2009).

## COLAGEM DIRETA OU INDIRETA?

Considero a colagem o primeiro passo efetivo para a finalização dos casos; se bem realizada, economiza tempo de tratamento – um acelerador, para usar a palavra da moda.

Faço colagem direta. Depois de 25 anos fazendo um procedimento, você acaba com maior facilidade para executá-lo, e não é confortável mudar.

Se eu estivesse iniciando na Ortodontia hoje, sem dúvida optaria pela colagem indireta, porque tem tudo a ver com a sistematização de colagem que preconizo.

Acredito que precisamos nos livrar de estrelas ou qualquer medidor de altura que tenha como referência a ponta das cúspides. A explicação é simples, a altura dos braquetes vai definir o nivelamento dentário, e o que precisamos nivelar são

as cristas marginais e os pontos de contato, que não guardam nenhuma relação com a altura das cúspides. Se usamos a ponta da cúspide como referência para a colagem, estamos incluindo um erro aleatório na montagem dos aparelhos, o pior dos erros.

Para utilizar a referência certa, deveríamos montar/colar os primeiros molares com braquetes no centro de suas coroas, e esses seriam os dentes base. Em seguida, os segundos pré-molares seriam colados com uma diferença na altura dos slots dos braquetes igual à diferença de altura das cristas marginais, que serão, então, niveladas. Mantém-se a mesma lógica para a colagem de primeiros pré-molares e caninos: alinhar pontos de contato, e não pontas de cúspide. Para a colagem dos anteriores, privilegia-se a estética, a exposição dos dentes na fala e sorriso – com predominância dos centrais –, quando os dentes são hígidos; ou o contorno gengival, em dentes desgastados ou com próteses.

“Se estou diante de um caso em que o controle radicular não é crítico e o biótipo periodontal é favorável, vejo uma grande vantagem em usar os braquetes autoligáveis, principalmente pela possibilidade de chegar em casa mais cedo, para brincar com minhas filhas.”

Os segundos molares sempre devem ser incluídos durante o tratamento, sendo que, na colagem dos superiores, devemos gerar uma leve inclinação distal, uma suave curva de Spee, evitando gerar contatos prematuros ou interferências, que seriam criadas pela extrusão da cúspide mesiopalatina.

## MINI-IMPLANTES OU MINIPLACAS?

As miniplacas são minha primeira escolha, tenho mais segurança e opções mecânicas com elas. Utilizo o sistema SAS®, do Sakima, e também tenho utilizado, cada vez mais, o sistema Bollard®, do De Clerck (sistema com miniplacas especialmente confortáveis para o paciente, além de versáteis). De forma alguma deixo de usar os mini-implantes, direcionados para casos com biomecânicas mais simples ou em pacientes com bom osso alveolar – normalmente braquifaciais. Infelizmente, os meus mini-implantes se deslocam mais facilmente do que os de outros

*“Dentes são estúpidos e respondem a pressões, sejam elas de um dedo ou de um aparelho ortodôntico... respondem a estímulos bioquímicos e celulares, em uma cascata de eventos que independem de líderes carismáticos, dos apelos de empresas, dos braquetes ou de filosofias.” Assim também entendo a Ortodontia.*

14

profissionais, e isso me incomoda muito porque preciso modificar a biomecânica ou aguardar um tempo para recolocá-los. Raramente perco miniplacas durante a biomecânica, e gosto dessa previsibilidade.

### **ORTOPEDIA MECÂNICA OU FUNCIONAL?**

No tratamento da Classe II, uso ambas, de forma bem discriminada. Fiz minha tese de doutorado avaliando casos tratados com Bionator, e descobri suas vantagens e desvantagens. Abro aqui um parêntese para falar do Prof. Joel Claudio da Rosa Martins, que me cedeu a amostra para a tese de doutorado. Junto, também recebi a melhor mistura de conhecimento, competência e ternura na orientação: uma inesquecível aula sobre crescimento facial e sobre “ser professor”.

Em resumo, utilizo aparelhos funcionais para o tratamento precoce da Classe II em casos de retrusão mandibular acentuada, relacionada a alterações fonolológicas e/ou baixa autoestima do paciente, não dos pais. Utilizo o AEB no início do surto de crescimento, em período noturno e com tração cervical. O aparelho de Herbst é usado na fase final do surto de crescimento. Normalmente, começo o tratamento das Classes II com disjunção palatina.

Nas Classes III em crescimento, utilizo máscara facial para tração da maxila até os 12 anos de idade, associada à expansão maxilar. Depois dessa idade, indico o sistema Bollard® (desenvolvido por Hugo De Clerck), normalmente sem expansão maxilar. Tenho visto outros sistemas similares ao Bollard®, como o torno de expansão associado a miniparafusos (Marple) e miniplacas cirúrgicas inferiores, mais baratos e que parecem ser bem eficientes. Aparelho funcional nem pensar.

### **QUAL O SEU TEMA ORTODÔNTICO FAVORITO?**

Definitivamente, a finalização do tratamento ortodôntico; gosto de pesquisar os recursos para ajustes da oclusão e da estética do sorriso.

Comecei minha vida profissional na Odontologia como protesista convicto; minha referência maior era o professor Waldir Janson, da FOB-USP, que me coorientou em um trabalho sobre ‘Ajuste e Placas Oclusais’ para tratamento de DTM, quando eu era estagiário na disciplina de Prótese Dentária da UFES, em 1987. Minha mudança para a Ortodontia veio por acreditar em uma abordagem mais conservadora dos problemas oclusais, no sentido de preservar estrutura dentária, e também por

vislumbrar uma lacuna nos conceitos ortodônticos, que priorizavam uma morfologia oclusal estática, em detrimento da função do sistema estomatognático. Por conta desse caminho, consegui diferenciar meu trabalho, o que culminou em um artigo, publicado em 2008, intitulado “Ajuste oclusal na Ortodontia: por que, quando e como?”<sup>8</sup> – que me surpreendeu por ter sido o trabalho mais acessado em língua portuguesa, durante um bom período, na base SciELO. Considero parte importante da estabilização dentária estabelecer contatos oclusais bilaterais simultâneos equipotentes, contatos A, B e C, de parada e equilíbrio. Associar ajustes de Ortodontia e desgastes é determinante no resultado.

Durante o meu mestrado, fui apresentado aos incríveis casos tratados pelo professor José Nelson Mucha, com estética impecável, o que me tocou profundamente. Incluí na minha visão de estética a divisão preconizada por Sarver e Ackerman<sup>9</sup>: Microestética, relacionada a dentes e periodonto; Miniestética, relacionada ao sorriso; e Macroestética, relacionada à face. Acrescentei a essa divisão a Hiperestética, relacionada à qualidade de vida, na qual a avaliação das vias aéreas superiores é a mais importante nas decisões de tratamento que incluam cirurgia ortognática – porque uma vida saudável é o que há de mais belo<sup>10</sup>.

### QUAIS OS TRUQUES PARA UMA BOA FINALIZAÇÃO?

Simplificando... 1) Muito treinamento, controlar o fio ortodôntico nas três dimensões do espaço, magnitude e amplitude das dobras. 2) A finalização começa no planejamento e na montagem do aparelho, e não nos últimos meses do tratamento, porque no primeiro ano de tratamento temos a melhor colaboração do paciente, crucial para o sucesso. 3) Tratar de trás para a frente, ou seja: intercuspidar segundos molares; depois, os primeiros molares e daí por diante; e, por último, a estética dos dentes anteriores,

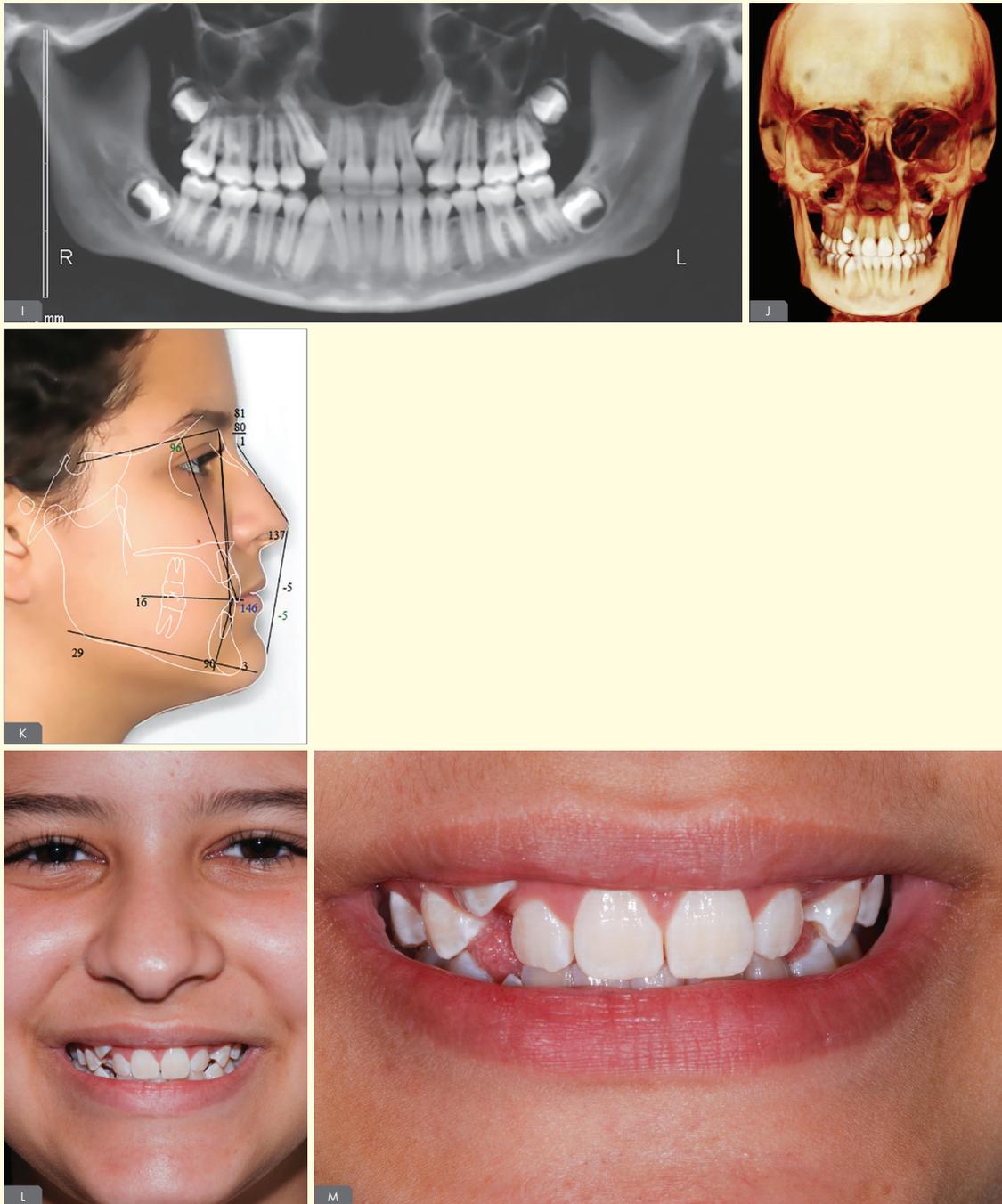
a cereja do bolo. 4) Respeito à biologia, forças leves em uma direção consistente, raízes dentro do envelope alveolar, especialmente em biótipos periodontais mais críticos (conformação do arco). 5) Leitura do arco retangular antes de amarrá-lo: depois de finalizado o nivelamento, verificar quais dentes precisam de alteração no torque, visto que boa parte das vezes os dentes posteriores estão bem posicionados nas bases ósseas; assim, o fio deveria estar passivo nesses dentes. Incorporar torques em dentes bem posicionados gera atrito desnecessário, além de contatos prematuros e mordida aberta anterior; desanda tudo e atrasa o tratamento. 6) Movimentos de torque demandam tempo; normalmente, 60 dias para que seja efetivado. É fundamental que haja controle, precisão e paciência, para se evitar ativações inócuas ou exageradas, que atrasam o tratamento. É importante não ter medo dos arcos retangulares, pois são nossas melhores ferramentas, desde que o profissional domine-as e não seja refém de prescrições ou técnicas. 7) Ameloplastia, definindo bordas incisais regulares, ameias bem contornadas e conformação de caninos, trazendo a dominância do sorriso para os incisivos centrais.

### O QUE É UM TRATAMENTO ORTODÔNTICO EFICIENTE?

A Ortodontia é uma profissão maravilhosa, lidamos com técnica, sensibilidade, estética e com a psicologia do ser humano. Eficiência é conseguir lidar com todos esses aspectos, alcançando o melhor resultado possível, com prática baseada em evidência (PBE), oferecendo ao paciente cinco determinantes da eficiência: 1) excelência de resultados; 2) ausência de efeitos iatrogênicos; 3) tempo de tratamento plausível; 4) impacto positivo na qualidade de vida e 5) estabilidade em longo prazo. O caso apresentado nas Figuras 2, 3 e 4 é um exemplo do que considero importante na busca pela eficiência em Ortodontia.



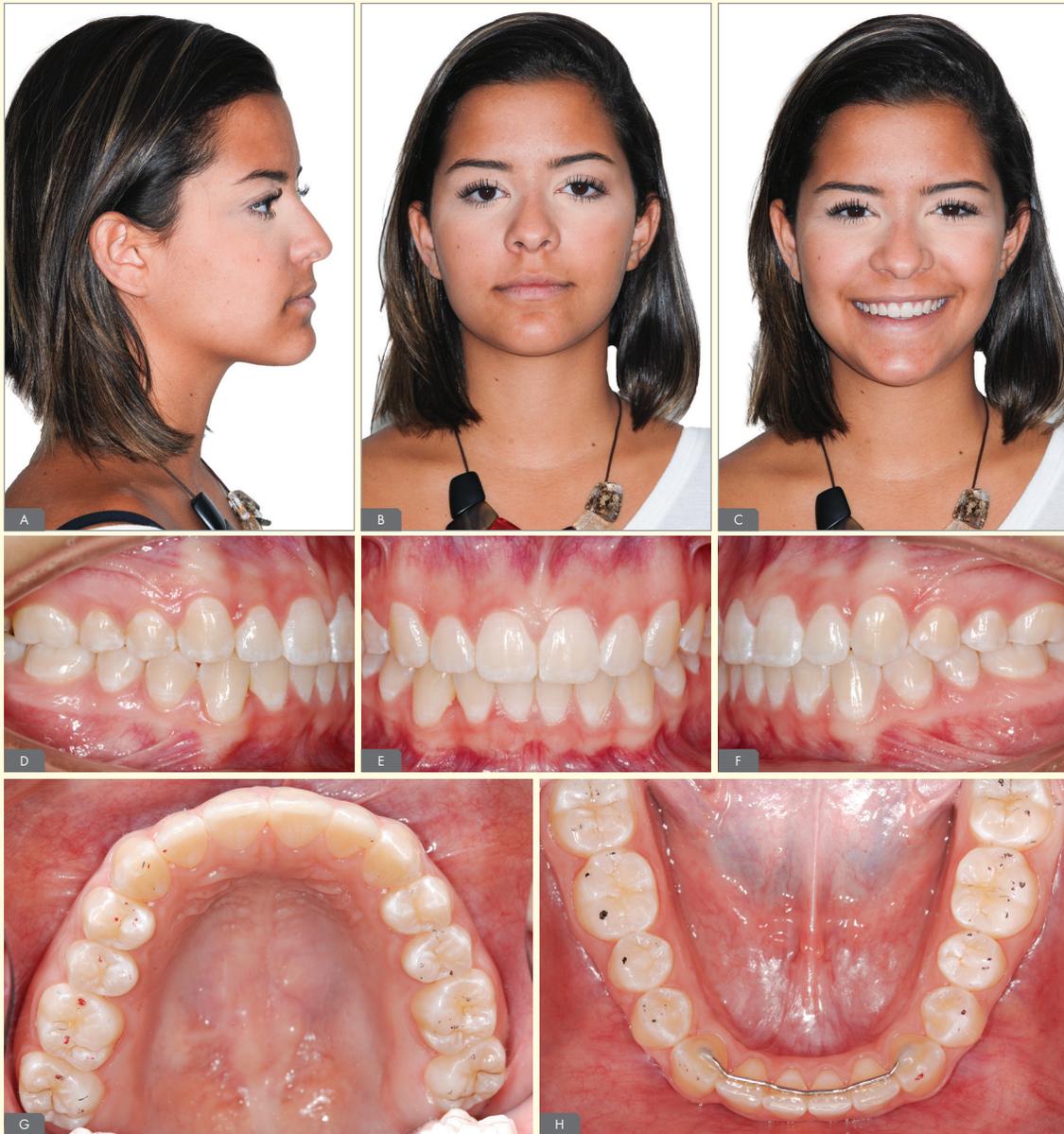
**Figura 2:** A, B, C) Fotografias iniciais de face e sorriso tímido, tentando esconder a má posição do canino superior direito, em infraclusão e vestibuloversão. D, E, F) Má oclusão de Classe I de Angle, com discrepância osseodentária negativa e impacção de caninos superiores, estando o esquerdo incluído. G, H) Fotografias oclusais, onde nota-se a giroversão acentuada do dente #43.



**Figura 2:** I, J) Tomografia inicial, demonstrando a posição alta dos caninos, mas com boa guia de erupção. K) Traçado cefalométrico. L, M) Fotografias em *close-up* do sorriso, agora mais amplo: nota-se a excelente exposição dos incisivos e da gengiva, ideal para a idade da paciente (13,5 anos).



**Figura 3:** A, B, C) Primeira intervenção, expansão rápida de maxila, com Haas modificado. D, E, F) Seguiu-se com a montagem dos aparelhos fixos, provocando pequena projeção dos dentes anteriores superiores e inferiores, considerando-se o excelente biótipo periodontal. G, H, I) Dente #43 recebeu a colagem depois de aberto espaço, e foi alinhado por meio de um fio 0,014” NiTi sobreposto ao arco base 0,019” x 0,025” SS, evitando-se efeitos de proclinação excessiva dos incisivos inferiores e contração da hemiarcada inferior direita. J, K, L) Obtidos espaços para os caninos superiores, esses irrompem espontaneamente. Os caninos não recebem braquetes para que não haja efeito de intrusão sobre os incisivos, preservando a estética original. Assim, ganha-se tempo, sem movimentos inconsistentes. M, N, O) Finalização com arcos retangulares e delta loop. Uma biomecânica consistente deve preservar o que está bom e evitar movimentos dentários de vai e vem, assim diminuindo os efeitos iatrogênicos.



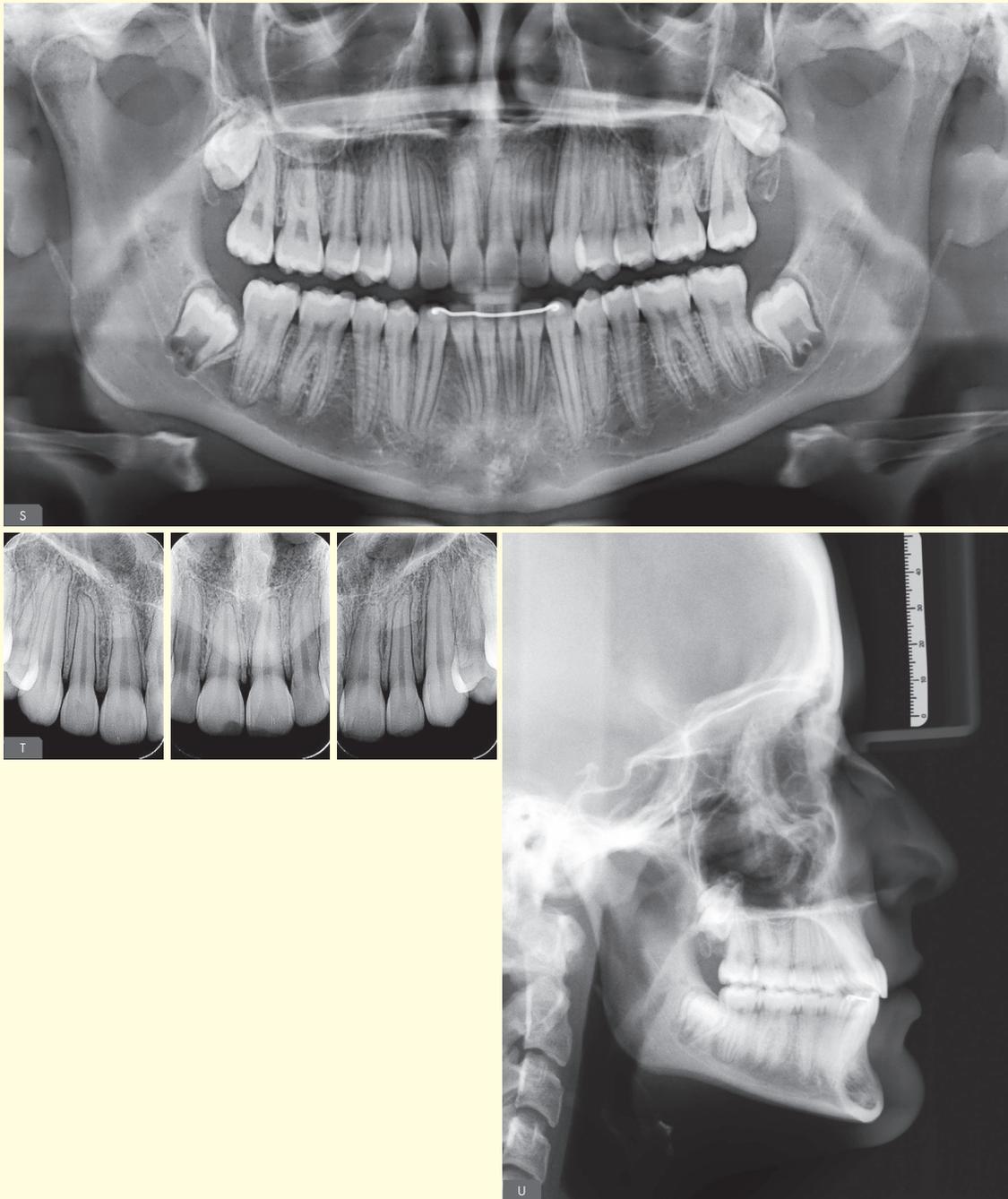
**Figura 4:** A, B, C) Fotografias finais, demonstrando a harmonia facial e o sorriso agradável. D, E, F) Intercuspidação dentária satisfatória e integridade periodontal. G, H) Fotografias oclusais imediatas, com os contatos obtidos com o tratamento ortodôntico.



**Figura 4:** I, J) Contatos oclusais A, B e C, de parada e equilíbrio, obtidos com ajuste oclusal por desgaste. K, L, M) Desocclusão em movimentos mandibulares bordejantes, em protrusiva e lateralidade. N, O) Fotografias da estética da fala – visto que, em nossas vidas, passamos mais tempo conversando do que sorrindo.



Figura 4: P, Q, R) Fotografias finais do sorriso.



**Figura 4:** S, T, U) Radiografias finais, com raízes preservadas dentro do envelope alveolar.

### QUAL O SEU LIVRO DE ORTODONTIA PREFERIDO?

Considero o livro “Ortodontia Contemporânea”, do Proffit<sup>11</sup>, o mais completo, pois vem sendo atualizado constantemente, em novas edições. Não poderia deixar de citar outros dois livros mais antigos, que se mantêm muito atuais: um deles é do van der Linden, chamado “Crescimento e Ortopedia Facial”<sup>12</sup>, uma leitura fácil e simples sobre o desenvolvimento da face humana e potenciais modificações que poderíamos esperar ou provocar. Meu livro de cabeceira para problemas verticais chama-se “*Excess face height malocclusion*”, de Sten Linder-Aronson e Donald Woodside<sup>13</sup>, pois há sempre algo novo e instigante implícito em suas páginas.

### QUEM É A SUA REFERÊNCIA NA ORTODONTIA?

Acredito que, para quem tem a finalização como o principal estímulo na Ortodontia, Bjorn Zachrisson e Vincent Kokich são as maiores referências. Esses autores se destacavam pelo detalhamento e percepção estética acima da média – de fato, bem acima da média. Vem deles a origem dos principais procedimentos que fazemos, ainda hoje, na finalização dos casos.

Devemos ao saudoso Kokich a visão de contorno gengival e procedimentos ortodônticos que são realizados para o estabelecimento da melhor estética gengival, inclusive demonstrando a necessidade de tratamentos integrados com a Periodontia, Cirurgia e Prótese Dentária. Devemos ao Zachrisson as condutas de ameloplastia, que tornam os sorrisos mais atraentes; os limites biológicos da movimentação dentária segura e as novas práticas de contenção após a Ortodontia.

“Nelson Mucha é, de fato, a grande referência de toda uma geração: quando vejo, em artigos publicados ou nos programas de congressos, algum brasileiro falando sobre finalização, esse autor está, direta ou indiretamente, ligado a ele.

Talvez o melhor dia da minha vida como professor tenha sido em um congresso da Dental Press, em Maringá (PR), quando, depois de uma palestra que ministrei, fui surpreendido com a manifestação do professor Zachrisson. Ele fez questão de me entregar o certificado, subiu ao palco para fazer elogios ao meu trabalho e, como se isso não bastasse, no dia seguinte, durante seu curso, Zachrisson me citou várias vezes, referindo-se aos meus casos como exemplo de excelência na finalização. Eu não cabia em mim de tanta satisfação.

### QUEM FOI O SEU MENTOR?

José Nelson Mucha. Foi meu coordenador de curso durante o mestrado, e transformou-se rapidamente no meu maior ídolo. Rígido nos seus conceitos, determinado, detalhista e obstinado pela perfeição, se dedicava aos seus alunos intensamente, instigando a busca pelo conhecimento, em vez de dar respostas rápidas. Crítico ácido e direto daqueles que tinham preguiça ou eram negligentes, me ensinou, e ensina

até hoje, que devemos olhar para nosso próprio umbigo antes de criticar o alheio, buscar as nossas imperfeições em cada caso, e não desistir de alcançar a excelência na oclusão e na estética. Levei essa necessidade de superação para minha vida profissional, o que gera uma inquietude produtiva, pois precisamos de desafios e objetivos para crescer. Quando paramos de crescer, estamos em decadência.

Mucha é, de fato, a grande referência de toda uma geração: quando vejo, em artigos publicados ou nos programas de congressos, algum brasileiro falando sobre finalização, esse autor está, direta ou indiretamente, ligado a ele. Hoje, Mucha e Sarver são os maiores nomes da Ortodontia mundial no quesito finalização.

Quando estou finalizando um caso, tenho o hábito de imaginar o Nelson ao meu lado, avaliando o caso junto comigo – fica sempre melhor com as ideias dele.

## **O QUE REPRESENTA A ORTODONTIA PARA VOCÊ?**

Abracei a Ortodontia e fui abraçado por ela, gosto de conversar sobre Ortodontia a qualquer hora; não é um trabalho ou estorvo preparar aulas e planejar casos; tenho que me vigiar para não roubar o tempo da família. Não acho que haja uma vocação absoluta para uma profissão, mas temos habilidades, afinidades e oportunidades que, quando se juntam, acertamos na escolha. Gosto da tecnologia e da informação a ela associada; dessa forma, busco trazer o paciente para dentro do tratamento, tornando-o corresponsável pelos resultados. Considero que um profissional excelente tratando um paciente ruim não terá sucesso; por outro lado, um ortodontista mediano, que consegue construir um excelente paciente, alcançará o sucesso. Também me instiga ministrar aulas, é prazeroso e faz parte da busca pelo conhecimento, tanto no preparo da aula quanto na apresentação dela, valorizando as perguntas e dividindo nossas dúvidas.

## **COMO VOCÊ ENXERGA O FUTURO DA NOSSA PROFISSÃO?**

Com muita preocupação. O valor do dentista dentro da sociedade está em trajetória descendente há pelo menos dez anos, fruto das nossas escolhas. Quando comecei a praticar Ortodontia, muitas vezes ouvia de médicos que nós sabíamos administrar nossa profissão, não éramos explorados por convênios e credenciamentos, tínhamos uma profissão valiosa. Hoje, vejo o oposto, meus ex-alunos mal conseguem se manter, lutam por convênios que pagam muito pouco, e os melhores passam em concursos públicos em outras áreas, de nível médio, abandonando a Odontologia. O valor do profissional está não apenas na sua qualidade, mas principalmente no quão raro ele é para a sociedade. Não há controle da quantidade de dentistas e ortodontistas pelo CFO; a qualidade deveria ser esse controle, como funciona na Odontologia dos países onde há boa gestão. Nem precisamos ir longe para melhorar a gestão da nossa profissão, basta olhar para as decisões que transformaram a Medicina em uma profissão que saiu de um quadro de excesso de médicos – consequentemente, mal remunerados –, há 20 anos, para uma carreira onde há falta de médicos, sendo importados de Cuba, porque os brasileiros não querem receber “apenas” dez mil reais pagos pelo serviço público (programa ‘Mais Médicos’). A solução não é simples, a Medicina fechou o funil e gerou um efeito cascata que valorizou o médico; o CRM delegou às associações/sociedades das especialidades a definição dos parâmetros de qualidade do especialistas. Com isso, rigorosas provas passaram a ser aplicadas e os recém-formados passaram a procurar cursos de residência com maior carga horária e qualidade, pois nas especializações com carga horária reduzida não havia conhecimento suficiente para que fossem aprovados nas provas das diversas especialidades médicas. Consequentemente, faculdades de Medicina de baixa qualidade fecharam ou melhoraram, porque os seus alunos não

conseguiam passar nas provas de residência, definindo na profissão. Hoje, um aluno do último ano de Medicina se entrega aos estudos para conseguir ser aprovado em uma residência de qualidade, ele vai morar no hospital. O recém-formado em Odontologia, por sua vez, procura o curso mais barato e de menor carga horária, para entrar logo no mercado de trabalho, que já está completamente estagnado; ou seja, a fórmula do caos.

### RECADO AOS NOSSOS LEITORES

Como disse William Shakespeare, *“Plante seu jardim e decore sua alma, em vez de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende que realmente pode suportar, que realmente é forte. E que pode ir muito mais longe, mesmo depois de pensar que não pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!”*. Quero proclamar: a Ortodontia tem valor e nós, ortodontistas, somos valiosos. Precisamos definir isso para nós mesmos, se quisermos recuperar nosso valor junto à sociedade. Só há uma saída para a Odontologia e a Ortodontia: a qualidade. Vamos às ruas contra governantes relapsos e corruptos, sem compromisso com o nosso povo. Pergunto: será que cuidamos da Ortodontia como gostaríamos que os governantes cuidassem do Brasil? Mesmo depois de ampla manifestação popular, o Congresso Nacional, na calada da noite, desfigurou a lei das 10 medidas conta a corrupção. De forma similar, o CFO diminuiu de 2.000 para 1.500 horas a exigência de carga horária para cursos de especialização em Ortodontia, mesmo depois de inúmeras votações e assembleias profissionais terem deliberado pelo contrário.

Precisamos de comprometimento com o futuro da nossa profissão e com a idoneidade nas nossas condutas. Fazer a coisa certa simplesmente porque é o certo, sem acomodação, sem medo, com o sacrifício e o esforço que nossa profissão merece. Precisamos explicitar qualidade e respeito nas nossas ações. Nesse sentido, há necessidade de

engrossarmos as fileiras da Associação Brasileira de Ortodontia (ABOR) e discutirmos nossa crise explicitamente nos congressos, em busca do merecido valor. A iniciativa de estimular a criação do Board Brasileiro de Ortodontia (BBO) foi o caminho que a ABOR traçou para buscar valorizar a qualidade dentro da nossa especialidade.

O exame anual do BBO é o passo certo no caminho da qualidade, uma oportunidade para demonstrar à sociedade, aos nossos colegas dentistas e aos nossos pacientes, nosso compromisso com a Ortodontia de excelência, nos resultados e nas condutas. A certificação pelo BBO pode ser alcançada por todos os ortodontistas conscientes e tecnicamente qualificados, todos que fazem o melhor para o paciente dentro dos seus consultórios. Convido todos a nos visitarem no site [www.bbo.org.br](http://www.bbo.org.br).

#### Referências:

1. Pandis N, Polychronopoulou A, Eliades T. Self-ligating vs conventional brackets in the treatment of mandibular crowding: a prospective clinical trial of treatment duration and dental effects. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007 Aug;132(2):208-15.
2. Badawi HM, Toogood RW, Carey JP, Heo G, Major PW. Torque expression of self-ligating brackets. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008 May;133(5):721-8.
3. Miles PG. Self-ligating vs conventional twin brackets during en-masse space closure with sliding mechanics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007 Aug;132(2):223-5.
4. Peck S. So what's new? Arch expansion, again. *Angle Orthod.* 2008 May;78(3):574-5.
5. Brandão RCB. Entrevista com Roberto Carlos Bodart Brandão. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2009 Nov-Dez;14(6):19-41.
6. Capelozza Filho L. *Diagnóstico em Ortodontia*. Maringá: Dental Press; 2004.
7. Dougherty HL. Read the label before taking. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1987 May;91(5):442-4.
8. Brandão RCB, Brandão LBC. Ajuste oclusal na Ortodontia: por que, quando e como? *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2008;13(3):124-56.
9. Sarver DM, Ackerman MB. Dynamic smile visualization and quantification and its impact on orthodontic diagnosis and treatment planning in the art of smile- integrating Prosthodontics, Orthodontics Periodontics, Dental Technology and Plastic Surgery. Chicago: Quintessence; 2005.
10. Brandão RCB, Brandão LBC. Finishing procedures in Orthodontics: dental dimensions and proportions (microaesthetics). *Dental Press J Orthod.* 2013 Sept-Oct;18(5):147-74.
11. Proffit WR, Fields HW Jr, Sarver DM. *Ortodontia contemporânea*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
12. Van der Linden FPGM. *Crescimento e Ortopedia facial*. Chicago: Quintessence; 1990.
13. Linder-Aronson S, Woodside DG. *Excess face height malocclusion - Etiology, diagnosis, and treatment*. Chicago: Quintessence; 2000.