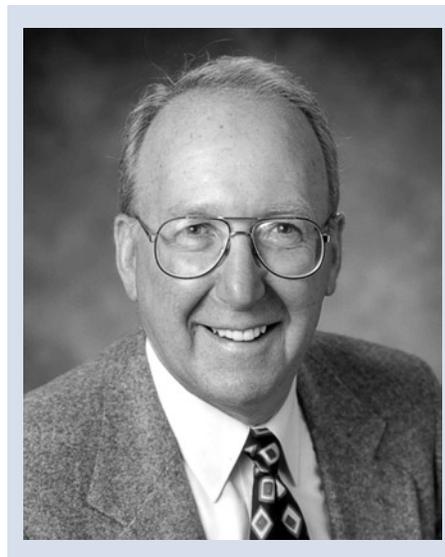


## Russell T. Kittleson

- Graduado em Odontologia pela Marquette University School of Dentistry em 1958 Milwaukee, Wisconsin, EUA.
- Especialização e mestrado em Ortodontia pela University of Illinois em 1960 Chicago, Illinois, EUA.
- Fundador e professor adjunto do mestrado em Ortodontia da Marquette University desde 1961.
- Consultório particular em Milwaukee, Wisconsin, desde 1960.
- Membro da Edward H. Angle Society of Orthodontics.
- Em 2005, recebeu o prêmio Earl E. Shepard, um dos maiores prêmios da Ortodontia norte-americana, entregue aos ortodontistas que melhor representam os ideais da especialidade e que contribuíram exemplarmente para a arte e ciência da Ortodontia.
- Agraciado com prêmios de reconhecimento pelos serviços prestados à Ortodontia pela Pierre Fauchard Honorary Dental Society, American College of Dentists, Marquette University Alumni Association e Wisconsin Society of Orthodontists.
- Ex-presidente da Edward H. Angle Society of Orthodontists e da Wisconsin Society of Orthodontists.
- Proferiu diversas palestras nos Estados Unidos, Europa, Ásia, Israel e Brasil.
- Foi membro efetivo de mais de 100 bancas examinadoras de dissertações de mestrado.



Quantas vezes nos pegamos pensando sobre a qualidade da Ortodontia que praticamos em nosso cotidiano? Em quais áreas poderíamos melhorar a condução dos tratamentos que realizamos? Há algum novo conhecimento que poderia causar um impacto verdadeiro na forma de diagnosticar e tratar nossos pacientes? Qual artigo recente vale a pena ser lido de novo? Qual a palestra do próximo congresso que não poderei deixar de assistir? Essas são perguntas que exemplificam alguns pequenos passos dos ortodontistas interessados em seu crescimento profissional. O convidado da sessão de entrevista desse volume da Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, o Dr. Russel Kittleson, humildemente, se faz essas perguntas há 50 anos, sempre buscando a excelência clínica e o desenvolvimento constante como ortodontista, professor e mestre.

Em 1960, após o término de seu curso de Ortodontia, o Dr. Kittleson retornou a Milwaukee e foi um dos fundadores do programa de mestrado em Ortodontia da Marquette University, onde leciona até hoje. Sua dedicação aos alunos e à instituição é inesquecível aos que ali se formam. Seu cuidado com os pacientes, o estímulo ao pensamento crítico e sua humildade no trato com os mestrandos são sempre lembrados nas reuniões de ex-alunos. Sua postura e entrega ao longo de todos esses anos lhe rendeu, em 2005, um dos maiores reconhecimentos que um ortodontista pode receber nos Estados Unidos: o prêmio Earl E. Shepard, que é entregue anualmente aos profissionais que melhor

representam os ideais da especialidade e que contribuíram exemplarmente para a arte e ciência da Ortodontia. Fora do meio acadêmico, o Dr. Kittleson também atingiu sucesso considerável, sendo, por exemplo, ex-presidente da Angle Society. Clinicando inicialmente com seu irmão e hoje em dia com seu filho caçula, seu consultório é referência de qualidade em sua cidade.

Além de suas qualificações profissionais, nosso entrevistado tem como curiosidade uma relação especial com o Brasil, iniciada durante os dois anos de seu mestrado na Universidade de Illinois, em Chicago. Durante esse período, ele foi colega do Dr. Carlos Jorge Vogel que, desde então, tornou-se um de seus grandes amigos. Além disso, dentre os mais de duzentos alunos que o Dr. Kittleson ajudou a treinar no departamento de Ortodontia da Marquette University, cinco são brasileiros. Não bastasse sua proximidade com nosso país devido à profissão, seu filho mais velho, Roger, é historiador e professor de História do Brasil no Williams College, em Massachusetts. Dedicção maior do que à Ortodontia só mesmo à sua família. Casado, também há 50 anos, com Jean, ex-professora de ensino fundamental e, como ele sempre diz, “sua companheira em todos os passos dessa longa caminhada”. Além de Roger, o casal teve mais dois filhos: Gary, ambientalista, e John, ortodontista. Atualmente, seus cinco netos são motivo de muitas alegrias e satisfação para os avôs Jean e Russ Kittleson.

Nas próximas páginas, o Dr. Russell Kittleson nos conta um pouco de sua vivência na Ortodontia durante esses últimos cinqüenta anos.

Dauro Douglas Oliveira

**Poucos ortodontistas têm a coragem de mostrar suas falhas, o senhor é uma das raras exceções à regra, mostrando os casos que não foram bem sucedidos, com dignidade e grande valia para os ortodontistas jovens. Gostaria de lhe cumprimentar por essa atitude e lhe perguntar: (a) Podemos esperar que outros ortodontistas mostrem seus insucessos? (b) Como o senhor acha que um profissional seria visto pelos seus colegas após revelar que alguns de seus casos não tiveram o resultado esperado? Eustáquio Araújo**

Eu acredito que todos têm um ego e alguns podem achar que, caso mostrem suas falhas, serão vistos como maus ortodontistas. Entretanto, eu penso que examinar e mostrar nossos insucessos é um processo de grande aprendizado e constitui uma oportunidade de ensino excelente, talvez até melhor do que se mostrarmos somente nossos casos bem sucedidos. Todo ortodontista tem seus sucessos, mas nós certamente temos insucessos também. Você aprende com seus erros ao se

perguntar: “Porque essa abordagem clínica não funcionou com esse paciente, se ela deu tão certo em outro paciente com um problema bastante parecido?”. Portanto, a busca pelos motivos de nossas falhas e a avaliação das opções para corrigir o problema criado são uma grande chance para nosso crescimento profissional. Além disso, acredito firmemente que mostrar os tratamentos que não deram tão certo para os alunos de Ortodontia é extremamente valioso para sua formação. Sempre acreditei nisso e sempre usei essa abordagem didática em minha vida acadêmica.

**O senhor tem 48 anos de experiência clínica e é reconhecido em seu país por sua excelência como ortodontista. Mas, como dito na resposta anterior, todos somos passíveis de erros ao longo da carreira. Em sua opinião, porque erramos? Quais são as principais causas de nossas falhas? Como poderíamos evitá-las? Dauro Oliveira**

Penso que a maioria dos erros durante os tra-

tamentos ortodônticos vem do diagnóstico incorreto. Também acredito que um elevado número de nossas falhas tem origem no excesso de confiança ou, até mesmo, de certa indiferença em alguns casos. Ao longo dos anos, o ortodontista pode se tornar excessivamente confiante em seu trabalho, tornando-se indiferente a alguns detalhes clínicos que separam o sucesso do insucesso. Às vezes, podemos pensar que um caso que foi bem iniciado vai, certamente, terminar como desejamos. Infelizmente, isso não acontece sempre e nós precisamos manter o foco nos fatores de diagnóstico que inicialmente influenciaram nossa decisão em como tratar determinado paciente. Caso contrário, o tratamento pode se tornar problemático porque nós não seguimos os objetivos previamente determinados. Algumas falhas podem derivar de julgamentos clínicos indevidos. Por exemplo, algumas vezes mudamos a abordagem de tratamento da má oclusão de Classe II, extraindo os dois primeiros pré-molares superiores porque o paciente não usou seu aparelho extrabucal ou elásticos adequadamente. Nós não deveríamos nos sentir extremamente confiantes de que podemos resolver qualquer problema, mesmo sem a cooperação do paciente. Finalmente, mas não menos importante, vejo a falta de controle biomecânico como uma causa importante de nossas falhas. Ultimamente, cada vez com mais frequência, observamos ortodontistas que deixam os aparelhos determinarem seu diagnóstico. Eles acreditam que, ao se usar certo tipo de braquete ou fio, todas as dificuldades encontradas durante o planejamento do caso serão automaticamente resolvidas. Eu discordo fortemente dessa presunção.

**Ao longo de todos os seus anos de Ortodontia, o senhor presenciou diversas mudanças em nossa profissão. No início de sua carreira, usava-se bandas em todos os dentes, somente fios de aço inoxidável e muitas dobras nos fios. Hoje em dia, palestrantes em congressos, tanto nos EUA quanto no Brasil, dizem que fazer dobras em fios é algo antiquado, que os**

**braquetes e fios atuais farão todo o serviço. O que acha disso? Acredita que é necessário individualizar os arcos ortodônticos às características de cada paciente?** Dauro Oliveira

É verdade, muitos profissionais acham que se pode usar uma forma de arco ortodôntico padronizada para um grupo de pacientes. Eu acho que isso não é o ideal. Acredito e observei durante esses 50 anos que quanto mais você mudar a forma do arco dentário do paciente, maior a chance de ocorrerem recidivas. Portanto, não tenho dúvidas de que o melhor a se fazer é confeccionar os arcos ortodônticos mantendo a forma do arco dentário de cada indivíduo. Uma das vantagens de estar na ativa há tanto tempo é que alguns de meus primeiros pacientes trazem seus filhos para que eu possa tratar. Recentemente, tenho tratado até mesmo dos netos. Sempre que isso acontece, peço para avaliar a oclusão daqueles pais ou avós tratados há tanto tempo e, de vez em quando, tenho a desagradável surpresa de verificar recidivas. Como guardo a documentação de todos meus pacientes no porão do consultório, peço às assistentes para buscarem os modelos iniciais e, em muitos casos, a recidiva representou um percentual de retorno à forma original do arco dentário. Tive alunos da Marquette University que realizaram os estudos de suas teses de mestrado com os arquivos de meu consultório e, como visto em outros trabalhos<sup>7</sup>, a variável mais instável de meus tratamentos ortodônticos foi o aumento da distância intercaninos. Portanto, eu sempre tento não alterar a forma do arco dentário dos meus pacientes, seja o tratamento com ou sem extrações.

**Na última década, os desenvolvimentos da tecnologia digital utilizada na Ortodontia foram muito intensos. Primeiro vieram as radiografias digitais, depois os modelos dentários tridimensionais e, mais recentemente, as tomografias de feixes cônicos. Qual o impacto dessas novas tecnologias na Ortodontia?** Ildeu Andrade Jr.

São novos meios de ajuda para atingirmos o correto diagnóstico. Venho usando modelos di-

digitais em meu consultório há alguns anos, pois a confiabilidade de seu emprego parece comprovada<sup>8,9</sup>. Com eles, é muito mais fácil realizar análises de discrepâncias de tamanho dentário e podemos fazer os *set-ups* ortodônticos imediatamente, simulando as alternativas de tratamento para certos casos<sup>10</sup>. Outra vantagem é na comunicação com os pacientes, pois a visualização dessas possibilidades é facilitada. As radiografias digitais também foram uma grande evolução, pois as possíveis alterações de contraste permitem melhor visualização de determinadas estruturas nas radiografias panorâmicas e cefalométricas. Entretanto, como todos os métodos de diagnóstico que conheci, esses também têm suas limitações. Quando ficamos dependentes somente dos exames digitalizados, corremos o risco de perder dados caso haja algum problema mais sério com os computadores. Portanto, ter um bom suporte técnico é indispensável. Isso pode parecer algo simples, mas na prática pode ser difícil de se concretizar. Nosso consultório é relativamente computadorizado, com modelos e radiografias eletrônicas, mas ainda fazemos cópias físicas de tudo.

Em relação às tomografias de feixes cônicos, como demonstrado em artigos recentes<sup>2,4</sup>, acho que elas têm potencial para mudar nossa forma de pensar. Não necessariamente para alterar como vamos tratar, mas talvez como vamos avaliar as patologias e a real posição dos dentes em relação aos ossos de suporte. É, sem dúvida, algo que veio somar muito à nossa rotina clínica.

**O senhor já mencionou sua preocupação com os alunos de Ortodontia, ou até mesmo com os ortodontistas já formados, que acreditam que um fio especial ou um determinado tipo de braquete resolverá toda e qualquer dificuldade clínica que eles terão pela frente. A indústria ortodôntica tenta vender todo novo produto como algo quase mágico, que tornará a vida do profissional muito mais fácil. Nos últimos anos, vários palestrantes têm falado sobre os benefícios do uso de dispositivos temporários de ancoragem, tais como os**

**mini-implantes. O senhor não tem o receio de que os mini-implantes sejam tidos como um novo dispositivo mágico? Além disso, qual seria um bom protocolo para guiar o ortodontista sobre indicar ou não a colocação de mini-implantes de titânio? Eustáquio Araújo**

Quando vamos aos congressos de Ortodontia, sempre notamos um bom número de inscritos, pois todos buscam maneiras de melhorar a qualidade de seus tratamentos. Devido a essa nossa demanda, ou expectativa, os fabricantes de materiais ortodônticos, quando lançam um novo produto, propagandeiam que aquela novidade vai diminuir nosso trabalho, permitindo o atendimento de mais pacientes. Entretanto, isso pode soar engraçado, mas praticar Ortodontia ainda significa praticar Ortodontia, ou seja, ainda temos que movimentar os dentes para suas posições mais apropriadas. Acredito que alguns dos fios lançados mais recentemente, ou os braquetes mais novos, possam permanecer ativos por um tempo um pouco maior e talvez sejam menos desconfortáveis para os pacientes. Mas, no final das contas, um braquete é só um braquete e um fio é só um fio. O importante mesmo é quem opera essas ferramentas. Por isso, às vezes, vejo com certa preocupação parte da euforia com o uso dos mini-implantes. Muito se diz sobre seu uso, mas pouco se sabe sobre o que acontece com a estabilidade dos casos tratados com ancoragem nesses acessórios. Mesmo com melhor ancoragem, você ainda estará realizando uma movimentação ortodôntica e, assim, a tendência à recidiva estará sempre presente. Infelizmente, na Ortodontia, lutar contra as recidivas sempre fará parte de nossos desafios. Com a introdução dos mini-implantes, más oclusões complexas, antes intratáveis sem o auxílio de cirurgias, vêm sendo corrigidas com o apoio em dispositivos temporários de ancoragem. Porém, ainda me pergunto: “Quão estáveis serão esses tratamentos?”

**Dando seqüência às suas considerações anteriores, o senhor acha que a correção das mordidas abertas com o auxílio de mini-implantes**

**seria mais estável do que a abordagem ortodôntica isoladamente, ou até mesmo do que a correção orto-cirúrgica? Carlos Alberto Tavares**

Eu acredito que as correções de mordidas abertas com o auxílio dos mini-implantes que temos visto seriam mais estáveis do que quando tais casos são tratados apenas com aparelhos ortodônticos, mas eu não me arriscaria a dizer que eles recidivariam menos do que quando temos a correção combinada com cirurgias ortognáticas. A abordagem cirúrgica resulta em uma alteração esquelética verdadeira. Portanto, quando nos deparamos com uma mordida aberta de origem realmente esquelética, o tratamento orto-cirúrgico é a alternativa de tratamento mais estável. Não podemos nos esquecer de que o tratamento com mini-implantes resulta em mudanças dentárias para correção da mordida aberta. Entretanto, devido às desvantagens relacionadas às cirurgias ortognáticas, como os riscos associados e seu alto custo, cabe ao ortodontista decidir se a severidade da má oclusão requer a intervenção cirúrgica ou se a camuflagem ortodôntica apoiada em mini-implantes atingiria os objetivos do tratamento. Ainda não temos estudos em longo prazo sobre a estabilidade dos tratamentos auxiliados por dispositivos temporários de ancoragem esquelética. Tais ferramentas são vendidas por todas as companhias de materiais ortodônticos, mas ainda não temos estudos avaliando a estabilidade de seus resultados após 5 a 10 anos da finalização dos casos. Quando tais estudos forem publicados, começaremos a ter respostas mais claras sobre seu questionamento, pois são os estudos em longo prazo e com metodologia confiável que provam se determinada abordagem clínica é ou não realmente confiável.

**Ainda falando sobre estabilidade, quais são suas idéias sobre a recidiva do apinhamento na região ântero-inferior? Qual seu protocolo de contenção nessa área? Carlos Alberto Tavares**

A recidiva do apinhamento ântero-inferior é muito ruim para o ortodontista. Nosso protocolo para o tratamento de pacientes onde há grande

potencial de recidiva inicia-se com uma conversa muito franca com o paciente sobre essa possibilidade. Durante a apresentação do plano de tratamento, eu já sugiro o uso de contenção fixa em longo prazo. Com qualquer tipo de contenção fixa, haverá o acompanhamento do paciente por um período mais longo, com especial atenção à higiene bucal desse indivíduo. Caso um de nossos pacientes, tratado há muitos anos, apresente recidiva do apinhamento ântero-inferior, eu não hesito em retratá-lo, desde que ele tenha consciência da necessidade do uso de contenção fixa novamente. Quando o paciente, ou seu dentista clínico, pede a remoção da contenção lingual fixa, sempre sugiro o uso de uma contenção removível, algumas noites por semana.

**Qual critério o senhor considera mais importante para avaliar os resultados do tratamento ortodôntico, dados cefalométricos ou harmonia facial? Carlos Alberto Tavares**

Ambos! Equilíbrio entre os terços faciais, bom alinhamento dentário e perfil harmonioso são partes de um todo, que é a face bem balanceada. Ainda acredito que a análise cefalométrica é uma boa ferramenta para o diagnóstico e para a avaliação dos resultados do tratamento ortodôntico. Não creio que devemos tratar nossos pacientes em busca de determinado valor para certas medidas cefalométricas, mas os dados obtidos com tal análise nos dão uma boa idéia da direção que devemos seguir com nosso tratamento ou se, ao final de nosso trabalho, atingimos o resultado desejado. O equilíbrio facial é um importante objetivo de qualquer tratamento ortodôntico, ou seja, devemos avaliar a posição labial e dentária de cada paciente para determinar se essas características estão contribuindo ou não para o equilíbrio facial de cada paciente. Como fazer isso? Ainda utilizo determinadas medidas cefalométricas para essas avaliações, tanto antes quanto durante e após a terapia ortodôntica.

**Em sua opinião, quão importante para o desenvolvimento clínico do ortodontista são a**

**obtenção e o estudo dos exames pós-tratamento e pós-contenção? Qual o valor de compararmos os dados finais e iniciais de nossos pacientes?** Ildeu Andrade Jr.

Acho muito importante! Havia um ortodontista americano chamado Bob Wertz que, juntamente com Andy Haas, foi um dos pioneiros na reintrodução da disjunção palatina na Ortodontia. Bob Wertz costumava pedir às suas assistentes que colocassem em sua mesa a documentação dos pacientes que ele tinha terminado de tratar há pouco tempo. Toda noite, antes de ir embora de seu consultório, ele comparava os modelos e as radiografias pré e pós-tratamento. Ele dizia que aquele hábito o fez um ortodontista muito melhor, pois tal comparação lhe permitiu descobrir suas fraquezas como ortodontista clínico, bem como refletir sobre formas de minimizar suas deficiências. Contei essa breve história para salientar o quanto acho importante obter a documentação final de nossos pacientes. Acho ainda mais relevante quando você consegue exames de 5, 10 anos pós-contenção. Assim, além de verificar se você atingiu seus objetivos de tratamento, pode-se conferir se seu trabalho foi estável ou não, pois não há como se iludir quando os modelos de gesso e as radiografias estão à sua frente.

**O senhor possui uma casuística bastante significativa de casos com extração de incisivos inferiores. Alguns ortodontistas argumentam que, em vez de indicarmos a remoção de um incisivo inferior, conseguiríamos melhores resultados com a realização de desgastes interproximais para obtenção da quantidade de espaço requerido para o correto alinhamento sem projeção dos dentes inferiores. Como o senhor decide entre a extração de um incisivo inferior e a realização de desgastes interproximais?** Dauro Oliveira

Existem várias justificativas descritas na literatura para se utilizar a extração de incisivos inferiores<sup>1,3,5,6</sup>, mas acredito que a mais bem indicada é a combinação de apinhamento inferior moderado com discrepância de tamanho dentário. Quando você se depara com 2mm ou, no máximo, 3mm de apinhamento, desgastes interproximais podem constituir uma boa alternativa de tratamento. Entretanto, eu não estou convencido de que devemos fazer grandes desgastes na região dos contatos interproximais. A grande maioria dos meus casos de extração de incisivos é de pacientes com discrepâncias de tamanho dentário ou indivíduos adultos cuja queixa principal é o apinhamento inferior (Fig. 1).



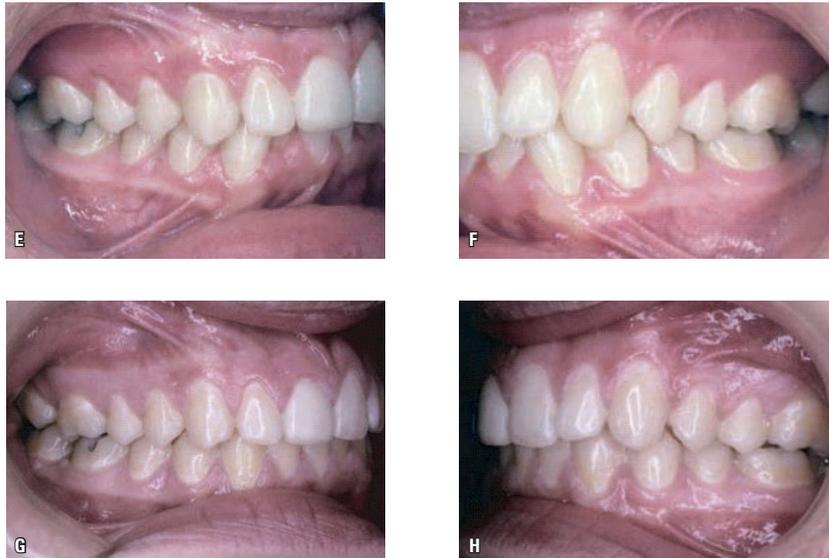


FIGURA 1 - Extração de incisivo inferior em caso com discrepância de tamanho dentário: **A, B, E, F)** Fotografias intrabucais pré-tratamento ortodôntico. **C, D, G, H)** Após 5 anos em contenção.

**Quando essa abordagem de tratamento está indicada, o senhor sempre remove o incisivo que está mais distante de sua posição ideal? O senhor acha que pode haver alguma recessão gengival caso o incisivo mais vestibularizado seja mantido?** Carlos Alberto Tavares

Eu diria que não, pois, uma vez que você traz a raiz do incisivo mais vestibularizado para dentro do osso alveolar, há maiores chances de acontecer uma melhora da condição gengival naquela região. Caso estejamos realmente preocupados com a possibilidade de perda de gengiva inserida, acredito que o melhor caminho a seguir é considerar a realização de um enxerto gengival antes do início do tratamento ortodôntico. Gostaria de salientar que sempre que considerarmos a possibilidade de extrair um incisivo inferior, devemos avaliar a sua posição, a quantidade de espaço requerido, a condição gengival e a largura do incisivo lateral e central. A avaliação da quantidade de apinhamento presente pode indicar que devemos remover o dente mais distante de sua posição ideal.

**Como o senhor individualiza seu planejamento ortodôntico em pacientes adultos, a fim de minimizar o custo-benefício biológico para esses pacientes? Como é sua abordagem para pacientes com histórico de lesões cáries, doença periodontal e perda precoce de dentes?** Carlos Alberto Tavares

Bem, o planejamento ortodôntico no paciente adulto é bem mais difícil do que em indivíduos adolescentes, pelos motivos que você acabou de mencionar e pela impossibilidade de contarmos com a chance de redirecionar o crescimento facial. Além de avaliarmos a presença de atividade cáries e doença periodontal ativa, quando nos deparamos com pacientes que precisam de extrações dentárias para a correção de sua má oclusão e ao mesmo tempo possuem restaurações extensas em determinados dentes, algumas vezes, temos que tomar a difícil decisão de extrair um dente que normalmente não extrairíamos, para preservarmos dentes hígidos. Algo muito importante quando se lida com pacientes adultos é ouvir atentamente o que esse espera do tratamento ortodôntico.

Durante a apresentação do plano de tratamento para pacientes adultos, temos que explicar detalhadamente o que pretendemos fazer. É muito importante deixarmos claro o que podemos e, principalmente, o que não podemos obter com a terapia ortodôntica. Quando apresento o planejamento ortodôntico para adultos, converso calmamente sobre os prós e contras do tratamento naquele caso. Eles precisam entender que podem precisar de procedimentos adicionais à Ortodontia como, por exemplo, consultas mais frequentes com o periodontista, troca de restaurações ao final do trabalho ortodôntico, contenções fixas em dentes adjacentes às extrações. Ao longo de todos esses anos, tive vários indivíduos adultos que preferiram não correr o risco de se submeterem ao tratamento ortodôntico. Um último comentário sobre esses pacientes: aqueles com histórico de doença periodontal precisam estar totalmente sob controle e apresentar uma autorização escrita de seus periodontistas, liberando-os para iniciarem a terapia ortodôntica.

**Muitos pacientes adultos perguntam sobre a possibilidade de utilizarmos aparelhos mais estéticos. Quais são seus pensamentos sobre o tratamento ortodôntico com alinhadores transparentes ou aparelhos linguais?** Dauro Oliveira

Sobre a Ortodontia lingual, posso dizer que a utilizei quando foi inicialmente introduzida nos EUA, há cerca de 20-30 anos. Nunca consegui terminar um caso iniciado com a Ortodontia lingual onde não tivesse que colocar aparelhos vestibulares. Talvez porque os braquetes linguais mais antigos só permitiam a inserção horizontal do fio. Hoje em dia, com a possibilidade de inserção vertical dos fios, ficou um pouco mais fácil. Mesmo assim, não utilizo tal técnica, pois minha experiência é de que, quando você conversa imparcialmente sobre as vantagens e desvantagens dos aparelhos linguais, a grande maioria dos adultos aceita os braquetes cerâmicos, que constituem uma abordagem mais objetiva e menos complicada de ser realizada em meu consultório.

Sobre o tratamento ortodôntico com os apare-

lhos do tipo Invisalign: muitos adultos nos procuram achando que podemos utilizar tais aparelhos para corrigir qualquer má oclusão. Entretanto, quando apresentamos as limitações desses aparelhos e os comparamos com o que os aparelhos vestibulares oferecem, mais uma vez, a quase totalidade de meus pacientes entende e aceita a colocação de aparelhos cerâmicos. É preciso uma explicação cuidadosa para que eles possam escolher o que acham melhor para si próprios. Hoje em dia, diria que cerca de 30% de meus pacientes são adultos. Mesmo assim, não estou convencido da necessidade de utilizar, e não uso, aparelhos linguais em minha clínica. Também não estou totalmente comprometido com o emprego generalizado dos aparelhos Invisalign. Vejo muitos colegas que tratam casos de extrações com o Invisalign fazendo, inicialmente, um pouco de mecânica do arco segmentado. Acredito que o tratamento com os alinhadores transparentes continuará evoluindo, mas não acho que conseguirão atingir o mesmo controle da posição dentária, nos três planos do espaço, que os braquetes oferecem. Utilizo-o em pacientes onde precisamos corrigir pequenos apinhamentos anteriores.

**Sobre a finalização de casos em relação molar de Classe II ou III para camuflagem de má oclusões esqueléticas moderadamente severas: o senhor vê algum problema em finalizar o tratamento com esse tipo de intercuspidação?** Carlos Alberto Tavares

Não, eu realmente não vejo maiores implicações no término do tratamento em relação molar de Classe II. Entretanto, não me sinto tão confortável em deixar uma relação molar de Classe III, pois você teria o primeiro molar inferior em contato com os pré-molares (Fig. 2). Caso você queira tratar um caso de paciente adulto camuflando um problema esquelético de Classe II, pode-se extrair os dois primeiros pré-molares superiores, deixando os molares em Classe II. Entretanto, acho muito importante avaliar a oclusão funcional desse paciente, talvez até consultando profissionais de outras áreas, antes de tomar a decisão final sobre como tratá-lo (Fig. 3).

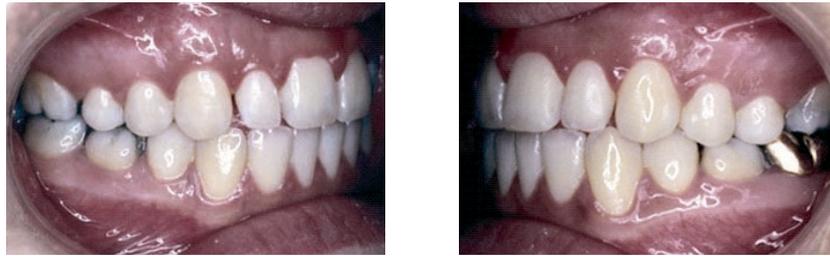


FIGURA 2 - Fotografias intrabucais mostrando a finalização do tratamento ortodôntico com camuflagem de má oclusão de Classe III. Término em relação molar de Classe III requer cuidados extras, devido à possível instabilidade oclusal resultante do contato entre os primeiros molares inferiores e os dois pré-molares superiores.



FIGURA 3 - Fotografias intrabucais exemplificando a correção de Classe II dentária com extração dos primeiros pré-molares superiores.

**Agora um pouco sobre tratamento precoce. O debate ainda persiste sobre tratar ou não tratar precocemente uma má oclusão e a controvérsia é, na maior parte, sobre as más oclusões de Classe II. Qual é o seu protocolo antes de decidir tratar precocemente um paciente Classe II? Eustáquio Araújo**

Eu tenho minhas próprias idéias sobre o tratamento precoce da Classe II. A coisa mais importante é determinar se a relação de Classe II tem um componente esquelético muito forte. Quando o padrão esquelético está dentro do desvio-padrão, espero até o surto de crescimento pré-puberal. Entretanto, se há uma discrepância esquelética muito significativa, ou seja ANB maior que  $6^\circ$  e ângulo de convexidade de no mínimo 14 a  $16^\circ$ , aí eu penso que devemos interceptar a Classe II mais cedo.

Minha abordagem sempre foi de alcançar a alteração do crescimento mandibular e utilizá-la de tal forma que, ao final da primeira etapa de tratamento, eu tenha obtido o padrão esquelético de Classe I, assim como relação molar de Classe I. Dessa forma, quando começarmos a fase com aparelhos

fixos, caso ela seja mesmo necessária, estaríamos tratando pequenos problemas de posicionamento dentário, ao invés de termos que perseguir grandes correções com elásticos de Classe II, por exemplo. Entretanto, é muito importante ressaltar que eu só acredito em bons resultados com essa abordagem se houver colaboração por parte do paciente e também um bom padrão de crescimento.

**E os pacientes Classe III? Interceptar assim que possível? Ildeu Andrade Jr.**

Sim, quando avalio pacientes Classe III, eu sempre tento interceptar tais problemas o quanto antes, mesmo que o paciente esteja no final de sua dentadura primária. Faço isso para as Classes III verdadeiras ou para as pseudo-Classes III, as quais chamo de “mordidas falsas” (Fig. 4).

Gostaria de deixar claro que sempre alerta aos pais de pacientes portadores de más oclusões de Classe III que a correção precoce pode ser temporária, em alguns casos, e não totalmente bem sucedida quando o padrão de crescimento for realmente desfavorável (Fig. 5). Sempre tentamos corrigir a mordida cruzada anterior, como exem-

plo, com o uso de aparelhos extrabucais de tração reversa. Entretanto, caso tenhamos qualquer dificuldade para corrigi-las, fazemos o que chamo de estudo do crescimento individualizado àquele paciente. Obtemos radiografias cefalométricas a cada 12 a 18 meses, algumas vezes associamos radiografias de mão e punho, e avaliamos se há uma

taxa de crescimento muito diferente entre maxila e mandíbula. Quando concluímos que há uma diferença muito bem definida, dizemos para os pais dos pacientes que o problema é verdadeiramente esquelético e que ele deve ser corrigido posteriormente, com a combinação da Ortodontia corretiva e cirurgia ortognática.



FIGURA 4 - A, B, C) Fotografias iniciais de má oclusão de Classe III com o paciente apresentando-se no final da dentadura mista e com apinhamento severo em ambos os arcos. D, E, F) Fotografias finais: o padrão de crescimento manteve-se favorável após a intercepção ortodôntica.

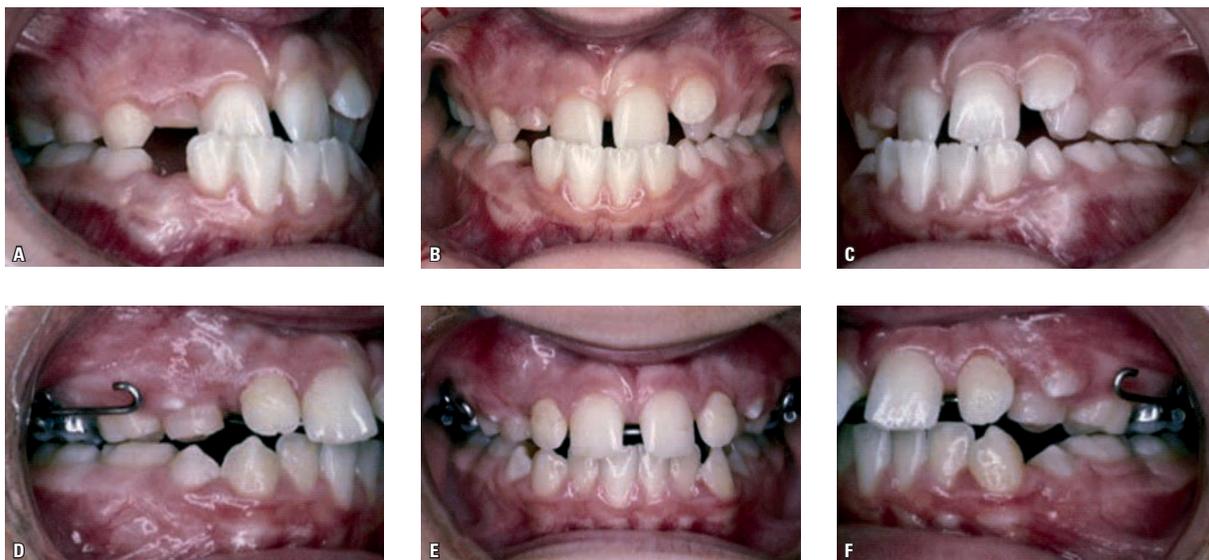




FIGURA 5 - Má oclusão Classe III: **A, B, C**) fotografias intrabucais iniciais; **D, E, F**) intervenção precoce com protração maxilar bem sucedida; **G, H, I**) padrão de crescimento desfavorável causou restabelecimento do problema oclusal; **J, K, L**) tratamento corretivo orto-cirúrgico para correção definitiva da má oclusão.

**Há um debate sobre a necessidade de se expandir o arco superior para se obter um sorriso mais largo, que teoricamente seria mais estético. Alguns palestrantes que defendem essa abordagem dizem que a extração de pré-molares superiores pode resultar em arcos dentários mais estreitos, os quais seriam relacionados a sorrisos menos agradáveis, pois apresentariam corredores bucais deficientes. O que o senhor acha dessas afirmações?** Ildeu Andrade Jr.

Eu acredito que, em certos casos, a avaliação cuidadosa da face do paciente e de seu padrão de tamanho dentário vai, impreterivelmente, nos levar à conclusão de que extrações dentárias são necessárias. Eu também acho que você pode tratar casos com extrações e ter a forma de arco adequada, ou seja, que não represente o estreitamento dos corredores bucais. Nós temos que ter muito cuidado para não expandir em excesso os arcos dentários de todo e qualquer paciente, focando somente nas características dos corredores bucais ou só para evitar extrações. Minha experiência em todos esses anos é

que, a não ser que você use contenção fixa permanente, boa parte da expansão excessiva vai recidivar ao longo dos anos.

Acho que a questão dos corredores bucais deficientes vem sendo superdimensionada por alguns ortodontistas que, freqüentemente, ministram palestras nos congressos de nossa especialidade.

**Quem mais o influenciou em sua carreira de professor e educador?** Carlos Jorge Vogel

As duas pessoas que mais tiveram influência sobre minha carreira de educador ortodôntico foram Robert Winders e Allan G. Brodie.

Dr. Brodie me convenceu da absoluta necessidade de ter qualidade de excelência para se tornar um educador. Fez-me entender que todo professor, na sua vida diária, terá que ser um eterno estudante, procurando melhorar seu próprio nível de educação e, quando interessado em algum assunto ortodôntico, terá que se aprofundar para apreender absolutamente tudo que existe sobre o mesmo. Apreendi a ser curioso e investigativo, o que me fez ser consciente e crítico ao analisar os conteúdos das publicações.

Bob (Robert) Winders, por sua vez, me ensinou a ter paciência para conseguir entender o que é importante, do ponto de vista profissional e pessoal, na educação de um estudante de Ortodontia. Aprendi a importância da honestidade quando se trata de material de ensino e que o título de professor nunca deverá ser usado para fins de autopromoção. O bom educador mostrará não só seus sucessos, mas principalmente seus insucessos, para que o estudante saia do curso com o conhecimento real do que a Ortodontia consegue oferecer aos pacientes.

**O Dr. Allan Brodie era conhecido, e atacado, como sendo contrário às extrações dentárias. Como o senhor vê esta sua posição e suas supostas desavenças com Dr. Charles Tweed?**  
Carlos Jorge Vogel

Ele era amigo do Dr. Tweed e tinha profundo respeito por ele. Dr. Brodie nunca foi totalmente contra a extração de dentes permanentes, mas não se pronunciava sobre isto oficialmente. Lembro-me que, por ocasião de um seminário, Dr. Brodie nos apresentou um caso para ser analisado e, apesar da acentuada falta de espaço, estávamos todos receosos em indicar a necessidade de extrações. Quando nos informou que o tratamento deste caso evidentemente necessitava da extração de quatro pré-molares, ficamos todos boquiabertos.

Na época, as filosofias de Tweed e Begg estavam em muita evidência, e eu acredito que ele se sentia na obrigação de assumir uma postura mais conservadora, procurando, com isso, restabelecer um melhor equilíbrio na profissão.

**Poderia nos dizer qual foi o maior legado, em sua opinião, que Dr. Allan Brodie deixou para a Ortodontia?** Carlos Jorge Vogel

Dr. Brodie nos deixou um entendimento de como pesquisas ortodônticas poderiam ser utilizadas para melhorar a profissão. Suas pesquisas básicas em crescimento e desenvolvimento estabeleceram conceitos totalmente novos quanto às suas implicações clínicas e a influência no diagnóstico e planejamento dos tratamentos ortodônticos. Ajudou a desenvolver a grande busca da Ortodontia

em pesquisar como se poderia modificar o crescimento facial, de como isso poderia influenciar os procedimentos de tratamento. Talvez seja por isso que hoje nós estamos procurando definir os objetivos dos tratamentos para cada paciente individualmente.

**Ao longo de sua carreira, o senhor foi membro efetivo de bancas examinadoras de diversas teses de mestrado. Em sua opinião, uma tese que atende aos pré-requisitos de uma determinada universidade é, necessariamente, passível de publicação? Quão confiável é uma pesquisa clínica realizada em uma instituição de ensino, onde seus pacientes são tratados por diferentes alunos de Ortodontia?** Ildeu Andrade Jr.

Essa é uma pergunta bastante difícil. Eu acredito que se uma tese de mestrado atende aos parâmetros de uma universidade devidamente credenciada, ela deveria ser qualificada para publicação em revistas científicas da área. Sobre pesquisas clínicas realizadas nessas instituições, a maior dificuldade que vejo é conseguir manter o controle sobre a qualidade e a preservação da documentação dos pacientes. Entretanto, se os departamentos de Ortodontia forem cuidadosos o suficiente para obterem registros que sigam os padrões de qualidade estabelecidos pela ADA (*American Dental Association* - Associação Americana de Odontologia) ou pelos Boards de Ortodontia, eu penso que a maioria das pesquisas clínicas realizadas nas instituições de ensino seria confiável sim.

**O senhor é um instrutor clínico de Ortodontia desde 1960. Em sua opinião, qual é o tempo necessário para se formar um bom ortodontista?** Dauro Oliveira

Atualmente, temos na Marquette University um curso de dedicação exclusiva de dois anos e, talvez, ele seja um pouco curto. Provavelmente, a duração ideal seria de 30 meses. Em dois anos e meio o aluno poderia terminar um percentual maior dos pacientes que ele mesmo iniciou e isso seria muito importante para sua formação. Costumo dizer aos meus alunos que a parte mais

fácil do tratamento ortodôntico são os primeiros 6 meses e a mais difícil é o último semestre – a finalização. Portanto, o cenário ideal seria ter o aluno diagnosticando a má oclusão, iniciando e finalizando o tratamento e, em alguns casos, até mesmo observando os primeiros meses de contenção. Precisamos ter tempo para ensinar não só a parte tecnicista de nossa especialidade, mas também discutir a fundo os fundamentos do diagnóstico, da mecânica e da biologia envolvidos no tratamento ortodôntico.

**Conte-nos um pouco a respeito da Ortodontia americana. Quantos cursos vocês têm? Como a educação oferecida pelas escolas é avaliada e regulamentada? Eustáquio Araújo**

Nós temos, aproximadamente, 55 cursos de Ortodontia nos EUA e todos são regulamentados pela ADA. Toda disciplina deve ter um número mínimo de horas e, a cada sete anos, as escolas sofrem uma auditoria conduzida por avaliadores externos – que revêem todos os registros acadêmicos e clínicos dessas instituições. As fichas dos pacientes são avaliadas, para se conferir a qualidade dos serviços prestados e para saber se os alunos estão tratando um determinado número de casos de cada má oclusão. Além disso, o conteúdo das disciplinas é questionado e o desenvolvimento das pesquisas avaliado. É um processo bem detalhado, sistematizado e imparcial. Os auditores da ADA entrevistam professores, alunos e funcionários, em conjunto e separadamente, para discutir os pontos fortes e as deficiências, bem como o que poderia ser feito para melhorar os cursos. Em resumo, as escolas são constantemente avaliadas para se garantir que os pré-requisitos estabelecidos pela ADA estejam sendo cumpridos. Caso sejam encontrados problemas, os auditores estabelecem metas para que a universidade melhore e solucione suas deficiências. Caso tais recomendações não sejam cumpridas, a instituição pode perder sua licença e o curso ser fechado.

**Última pergunta. O senhor é um ortodontista muito bem sucedido. Profissionalmente, atin-**

**giu objetivos admiráveis, tendo tratado mais de 20 mil pacientes, juntamente com seu irmão e filho. Qual seria seu conselho para o jovem ortodontista que esteja terminando sua formação e entrando no mercado de trabalho? Dauró Oliveira**

Eu sempre acreditei que para crescer na Ortodontia, desenvolvendo um consultório sólido e bem sucedido, a melhor receita é ser honesto e justo com seus pacientes. O que quero dizer com isso é que não devemos exagerar sobre o que podemos fazer com nossos aparelhos, tentando vender seu plano de tratamento só porque queremos iniciar mais um caso. Algumas vezes, é melhor perder um paciente e ser conhecido como o ortodontista que estava certo sobre o plano de tratamento mais adequado, do que falhar e ter sua reputação questionada. Outro ponto importante é cobrar um preço justo por seus serviços. Nunca fui o ortodontista com os maiores preços em Milwaukee. Seja educado com as pessoas e, finalmente, o mais importante: seja um bom ortodontista! Não há forma melhor para se receber uma indicação do que ter a mãe de seu paciente dizendo: “Vejam como o sorriso da minha filha ficou lindo!”. Ou, ainda, ter o dentista clínico afirmando para seu paciente: “É, realmente seu tratamento ortodôntico foi muito bem feito!”.

Busque sempre o melhor resultado e seja crítico de seu trabalho. Nunca ache que você não precisa aprender mais nada na Ortodontia, pois sempre haverá espaço para seu crescimento como ortodontista clínico. Pudera eu iniciar minha carreira hoje, com o conhecimento adquirido nesses 50 anos de prática diária da Ortodontia. Eu acho que sou um ortodontista melhor a cada dia que clínico, mas isso só acontece porque reavalio meus casos e olho criticamente o que aconteceu ou está acontecendo como resultado da mecânica empregada. Se você só clínica e não olha para trás, reavaliando os resultados alcançados, você pode até ter retorno financeiro, mas certamente será um ortodontista ruim e não terá satisfação pessoal. Enfim, seja honesto, justo com as pessoas e saiba Ortodontia de verdade.

## REFERÊNCIAS

1. CANUT, J. A. Mandibular incisor extraction: indications and long-term evaluation. **Eur. J. Orthod.**, Oxford, v. 18, no. 5, p. 485-489, Oct. 1996.
2. CHA, J. Y.; MAH, J.; SINCLAIR, P. Incidental findings in the maxillofacial area with 3-dimensional cone-beam imaging. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 132, no. 1, p. 7-14, July 2007.
3. FAEROVIG, E.; ZACHRISSON, B. U. Effects of mandibular incisor extraction on anterior occlusion in adults with Class III malocclusion and reduced overbite. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 115, no. 2, p. 113-124, Feb. 1999.
4. KAU, C. H.; RICHMOND, S.; PALOMO, J. M.; HANS, M. G. Three-dimensional cone beam computerized tomography in Orthodontics. **J. Orthod.**, London, v. 32, no. 4, p. 282-293, Dec. 2005.
5. KLEIN, D. J. The mandibular central incisor, an extraction option. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 111, no. 3, p. 253-259, Mar. 1997.
6. KOKICH, V. G.; SHAPIRO, P. A. Lower incisor extraction in orthodontic treatment: four clinical reports. **Angle Orthod.**, Appleton, v. 54, no. 2, p. 139-153, Apr. 1984.
7. LITTLE, R. M. Stability and relapse of mandibular anterior alignment: University of Washington studies. **Semin. Orthod.**, Philadelphia, v. 5, no. 3, p. 191-204, Sept. 1999.
8. RHEUDE, B.; SADOWSKY, P. L.; FERREIRA, A.; JACOBSON, A. An evaluation of the use of digital study models in orthodontic diagnosis and treatment planning. **Angle Orthod.**, Appleton, v. 75, no. 3, p. 300-304, May 2005.
9. STEVENS, D. R.; FLORES-MIR, C.; NEBBE, B.; RABOUD, D. W.; HEO, G.; MAJOR, P. W. Validity, reliability, and reproducibility of plaster vs digital study models: comparison of peer assessment rating and Bolton analysis and their constituent measurements. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 129, no. 6, p. 794-803, June 2006.
10. ZILBERMAN, O.; HUGGARE, J. A.; PARIKAKIS, K. A. Evaluation of the validity of tooth size and arch width measurements using conventional and three-dimensional virtual orthodontic models. **Angle Orthod.**, Appleton, v. 73, no. 3, p. 301-306, June 2003.

---

### Carlos Alberto E. Tavares

- Mestre e doutor em Ortodontia – UFRJ / Rio de Janeiro.
  - Diplomado pelo Board Brasileiro de Ortodontia.
- 

### Carlos Jorge Vogel

- Doutor pela Universidade de São Paulo.
  - Master of Science pela University of Illinois, Chicago, USA.
  - Membro da Edward H. Angle Society of orthodontists.
  - Ex-diretor do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial.
- 

### Dauro Douglas Oliveira

- Doutor em Ortodontia – UFRJ / Rio de Janeiro.
  - Mestre em Ortodontia – Marquette University, Milwaukee, WI, EUA.
  - Coordenador do mestrado em Ortodontia – PUC Minas, Belo Horizonte.
- 

---

### Eustáquio Afonso Araújo

- Diretor clínico do mestrado em Ortodontia – Saint Louis University / Saint Louis, MO, EUA.
  - Fundador e professor visitante do mestrado em Ortodontia – PUC Minas / Belo Horizonte.
  - Diplomado pelo Board Brasileiro de Ortodontia.
  - Mestre em Ortodontia – University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, EUA.
- 

### Ildeu Andrade Júnior

- Doutor em Biologia Celular – UFMG / Belo Horizonte.
  - Mestre em Ortodontia – Marquette University, Milwaukee, WI, EUA.
  - Coordenador do Centrare – Centro de Reabilitação de Anomalias Congênitas Labiopalatais e Craniofaciais da PUC Minas / Belo Horizonte.
  - Professor adjunto em Ortodontia – PUC Minas / Belo Horizonte.
-