

Roberto Mario Amaral Lima Filho

O Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial é uma conquista para a especialidade, sendo o primeiro exame do tipo implementado no país. Em março último ocorreu o segundo exame que certificou mais 9 especialistas e consolidou o BBO como uma instituição confiável e que age em prol da ortodontia nacional. Buscando oferecer alguns esclarecimentos sobre o exame, entrevistamos o Dr. Roberto Mario Amaral Lima Filho, Diretor Presidente do BBO. Além do Dr. Roberto, compõem a diretoria do Board, Dr. Carlos Jorge Vogel (Diretor Presidente Eleito), Dr. Estélio Zen (Diretor Secretário), Dr. Ana Maria Bolognese (Diretor Tesoureiro), Dr. José Nelson Mucha (1º Diretor), Dr. Telma Martins de Araújo (2º Diretor), Dr. Ademir Brunetto (3º Diretor) e Dr. Deocleciano da Silva Carvalho (4º Diretor).



- Pós-graduado em Ortodontia pela Universidade de Illinois em Chicago, EUA
- Mestre em Ortodontia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
- Diplomado pelo American Board of Orthodontics (ABO).
- Membro do Midwest Component of Edward H. Angle Society..

1) O que impulsionou a criação do exame para especialistas em Ortodontia e Ortopedia Facial, o exame do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO)?

Graças a uma iniciativa da Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial (ABOR), o Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO) foi criado devido à necessidade de estabelecer padrões de excelência clínica no exercício da especialidade Ortodontia e Ortopedia Facial. Vale destacar, que o Board de Ortodontia foi pioneiro na área da saúde em nosso país.

2) Considerando que foram necessários alguns anos para a implantação do BBO e que já foram realizados dois exames de certificação, quais os principais resultados obtidos pelo Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial?

O Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO) foi oficializado em setembro de 2002. Até o presente, foram feitos dois exames de certificação, realizados em São Paulo (2004) e São José do Rio Preto (2005), sendo diplomados especialistas provenientes de 11 estados brasileiros. Além disso, em abril de 2005 foi oficializada a criação do

Colégio dos Diplomados do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (CDBBO).

3) Quais são as etapas do exame?

Os dois primeiros exames foram divididos em duas partes: a) avaliação de 2 casos apresentados pelo BBO e b) avaliação de 10 casos tratados pelos candidatos. A partir de 2006, o exame será dividido em 3 fases: Inscrição (Fase I), Diagnóstico e Planejamento (Fase II) e Exame Clínico (Fase III).

4) Houve alguma mudança importante no exame de certificação do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO)?

A partir do próximo exame, os especialistas em Ortodontia recém-formados poderão efetuar suas inscrições (Fase I) e o exame de diagnóstico e planejamento (Fase II).

5) Que tipos de casos devem ser apresentados?

O candidato deverá apresentar 10 casos tratados em seu consultório particular, sendo que 6 deles devem se enquadrar nas categorias descritas abaixo.

- Má oclusão Classe II ou III de Angle, tratada sem extração e com controle de crescimento;
- Má oclusão Classe I de Angle, tratada com extrações de dentes permanentes, excluindo os terceiros molares;
- Má oclusão Classe II de Angle, tratada com extração de dentes permanentes, exceto os terceiros molares;
- Má oclusão com discrepância anteroposterior acentuada (Classe III de Angle com ANB igual ou maior que - 2° ou Classe II de Angle com ANB igual ou maior que 5°);
- Má oclusão com problema transversal, apresentando pelo menos um quadrante em cruzamento;
- Má oclusão com sobremordida acentuada;
- Escolha livre (4 casos);

6) Para a fase de apresentação dos casos tratados, quais os quesitos para a documentação (fotográfica, modelos, cefalométrica...)? Ou seja, quais as orientações para quem quer candidatar-se ao BBO?

ção (fotográfica, modelos, cefalométrica...)? Ou seja, quais as orientações para quem quer candidatar-se ao BBO?

A documentação dos casos apresentados deve ser de qualidade e incluir modelos, radiografias (panorâmica ou periapicais e cefalométricas) e fotografias (faciais e intra-orais). A documentação pós-tratamento dos casos pode ser obtida até 1 ano após a remoção do aparelho. Em toda documentação os nomes dos candidatos devem estar rigorosamente encobertos com tarjas em preto ou branco, devendo constar somente o Código de Identificação do candidato (CI). Para possibilitar uma avaliação mais uniforme e equilibrada, é necessário que a documentação siga uma padronização. Os requisitos estabelecidos para o recorte dos modelos, para a avaliação cefalométrica (traçados cefalométricos, medidas angulares e lineares e superposições cefalométricas), e fotografias, devem ser seguidas de acordo com os padrões estabelecidos pelo BBO. Exames e dados complementares (tais como radiografias adicionais, medidas cefalométricas) podem ser apresentados, se o candidato entender que são necessários para melhor compreensão dos casos.

Os modelos apresentados devem copiar fielmente as arcadas dentárias e a região do vestíbulo, reproduzindo com precisão a má oclusão. Os modelos devem ser recortados em MIH. O ajuste ou escultura na porção anatômica (dentes e vestíbulo) dos modelos deve se limitar à eliminação de bolhas ou defeitos. A alteração da anatomia dos dentes é considerada falsificação da documentação, o que ocasionará automaticamente a reprovação desse caso. Aparelhos de contenção fixa podem estar presentes em modelos finais e pós-tratamento. Os modelos devem ser polidos de modo que os detalhes dos tecidos sejam preservados. As etiquetas para identificação devem ser padronizadas. As radiografias panorâmicas, periapicais e complementares devem ser de boa qualidade. Os filmes devem estar orientados corretamente, com os lados direito e esquerdo identificados claramente.

Radiografias panorâmicas sem definição satisfatória na região dos incisivos (superiores e inferiores) devem ser complementadas com radiografias periapicais dessas áreas.

As radiografias de perfil devem ser devidamente padronizadas e as estruturas ósseas e o perfil tegumentar bem nítidos. Em casos de assimetria facial evidente, além de radiografias de perfil, deverão ser apresentadas radiografias cefalométricas pósterio-anteriores, devidamente analisadas. O nome do candidato deve estar encoberto com tarjas em preto ou branco para preservar o sigilo durante o exame. O nome do paciente e a data devem permanecer visíveis.

Os traçados cefalométricos devem ser realizados pelo candidato, manualmente e com precisão, sobre um papel de acetato, com caneta ou lápis com até 0,5 mm de diâmetro, contendo apenas os detalhes anatômicos de interesse para as análises clínicas e sobreposições cefalométricas. Traçados gerados por computador não serão aceitos. Gabaritos para traçar o contorno dos dentes como, por exemplo "Tooth Tracing Template" 701-603 Unitek podem ser usados. Os pontos cefalométricos devem ser cuidadosamente identificados para garantir a confiabilidade nas linhas de referência obtidas. Para avaliação do padrão esquelético, dentário e do perfil facial, devem ser utilizadas as medidas da tabela 1, disposta no site www.bbo.org.br. O candidato poderá acrescentar outras medidas se julgar necessário.

A identificação dos traçados cefalométricos deverá seguir a orientação de identificação mencionada nas radiografias cefalométricas. As linhas e medidas registradas nos traçados das diferentes fases deverão ser na cor preta. O candidato deve estar familiarizado com todos os aspectos das radiografias cefalométricas, traçados e medidas, incluindo seus respectivos significados. Os traçados devem ser separados das telerradiografias.

Serão necessárias, no mínimo, três sobreposições de traçados: craniofacial, maxilar e mandibular:

a) Craniofacial (ou total)- registro entre as grandes asas do esfenóide com a melhor adaptação das estruturas ósseas do plano do esfenóide e lâmina crivosa do etmóide ou com registro no ponto Sela, utilizando a linha Sela-Násio para avaliar o crescimento geral e alterações do tratamento;

b) Maxilar - registro na curvatura palatina e maior aproximação das estruturas ósseas maxilares para avaliar a movimentação dos dentes superiores;

c) Mandibular - registro no contorno da cortical interna da sínfise com melhor sobreposição no limite inferior do corpo mandibular para avaliar movimento dentário na arcada inferior e crescimento da mandíbula.

As sobreposições devem ser colocadas em envelopes separados, sobre papel branco, sem serem afixadas.

Na documentação fotográfica, os pacientes devem ter, em cada fase, os seguintes registros:

a) uma fotografia frontal (obrigatória);

b) uma fotografia de perfil do lado direito (obrigatória);

c) sempre que possível, uma fotografia frontal em sorriso (opcional).

As fotografias faciais de frente e perfil devem estar orientadas com o plano horizontal de Frankfort paralelo ao solo e tiradas com os lábios em repouso, retratando a real situação do relacionamento labial do paciente. As fotografias devem estar o mais próximo possível de 1/4 do tamanho real. Essas fotografias devem ser impressas em papel de qualidade fotográfica em orientação paisagem. Elas devem estar o mais próximo possível de 1/4 do tamanho real, do topo da cabeça à parte inferior do queixo. Pode-se determinar se uma fotografia está a 1/4 do tamanho original, medindo-se a distância vertical do paciente da linha do cabelo até a borda inferior do queixo. Se, por exemplo, a distância for 20cm, a dimensão na fotografia deve ser 5cm ou 1/4 do tamanho real.

É importante ressaltar, ainda, alguns aspectos na obtenção das fotografias faciais, tais como: o fundo deve ser neutro; a iluminação de boa qualidade para revelar contornos faciais sem sombras; as orelhas devem estar expostas, visando orientação facial; os olhos abertos e direcionados para frente; óculos e outros acessórios devem ser retirados.

Cada caso deve ser documentado com três registros: uma vista frontal, uma vista lateral direita e uma vista lateral esquerda, com os dentes em máxima intercuspidação. Essas fotografias devem ser orientadas pelo plano oclusal. Fotografias opcionais podem ser incluídas, como vistas oclusais das arcadas dentárias superior e inferior, devendo ser o mais próximo possível da proporção 1:1 com os dentes do paciente. Se imagens de espelho forem utilizadas, a impressão deve ser invertida e as imagens montadas como se estivéssemos olhando para o paciente.

É importante observar, ainda, alguns aspectos na obtenção das fotografias intra-orais como: den-

tes limpos, livre de placa bacteriana, sangramento ou saliva; utilizar retratores de lábios; a iluminação deve mostrar os contornos anatômicos com mínima quantidade de sombra; padronização das cores; evitar interferências visuais (retratores de lábios, rótulos e dedos).

Se as imagens das fotografias faciais e intra-buciais forem geradas no computador, devem ter alta resolução de cor e nitidez, e revelar com precisão os tecidos moles e duros. Os candidatos devem ter em mente que toda a documentação apresenta valor legal inerente, não podendo ser alterada.

Para as má oclusões com desarmonias esqueléticas acentuadas, com indicação de tratamento ortodôntico associado à cirurgia ortognática, a documentação pré-operatória imediata será necessária.

Informações adicionais sobre documentos, inclusive com exemplos fotográficos encontram-se no manual do candidato que está disponível no site www.bbo.org.br.