



JAN - FEV - MAR 2008

Exclusivo

Comece 2008 em GRANDE estilo
INSCREVA-SE

NESSA EDIÇÃO

- ☐ A importância do acompanhamento de casos reabilitados com implantes osseointegrados.
- ☐ Planejamento virtual para instalação de implantes dentários segundo a técnica Neoguide
- ☐ Bruxismo – Aspectos Históricos – Conceitos – Epidemiologia - Fatores de Risco - PARTE I
- ☐ Inscrições Abertas para os CURSOS 2008
- ☐ O Valor do Tempo em MOTIVAÇÃO
- ☐ E fique por dentro das novidades em DE ONDE VEM e ACONTECE

MESTRADO

profissionalizante em odontologia

sub-área
Implantodontia

recomendado pela



C A P E S

EDITORIAL

Caros leitores,

A presente edição do JILAPEO comemora o primeiro ano de existência deste periódico trimestral. No ano de 2007 o ILAPEO acrescentou em sua logomarca a frase "Promovendo conceitos inovadores". Esse objetivo não poderia se materializar melhor sem a presença de um jornal de caráter técnico científico e, mais que isso, uma revista atualizada, gratuita, de abrangência internacional e que atinge mais de 5 mil profissionais ligados a área de odontologia. Acreditamos que já conquistamos algumas vitórias, mas com certeza muito mais ainda está por vir.

Uma grande novidade deste final de ano aconteceu em dezembro de 2007, a CAPES, fundação responsável pelo desenvolvimento da pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado) no Brasil, aprovou o primeiro mestrado profissional do ILAPEO. Em virtude disso que abrimos o edital em janeiro deste ano para seleção de um grupo restrito a 12 alunos. Nosso curso de mestrado em Odontologia é o primeiro no estado do Paraná com sub-área em Implantodontia.

Nesta edição contamos com mais publicações dos nossos professores, alunos e colaboradores. Primeiro, mostramos o valor dos acompanhamentos longitudinais em casos de reabilitações orais para o sucesso contínuo de nossa clínica. Depois, é mostrado mais um caso da técnica cirúrgica que vem apresentando o período pós-operatório para nossos pacientes, a técnica Neoguide. O Bruxismo é tratado de forma esclarecedora a partir da página XX, na primeira publicação de uma série que tratará o assunto, simplificando e esclarecendo tal disfunção. Ao final, mais algumas dicas da equipe do curso de gestão e marketing em odontologia de como aumentar nosso rendimento financeiro ao final do ano. Ainda resumimos nesse número alguns grandes momentos do evento que fechou o ano de 2007 em grande estilo: a 1ª convenção Neodent. E não se esqueçam de ler nossas colunas tradicionais (Motivação, Acontece, De onde vem, etc.), que foram feitas com muito carinho.

A vida passa mais rápido que nos imaginamos e, apesar do pouco tempo, nossas alegrias foram muitas. Desejamos a todos nossos leitores um começo de ano com o pé direito e que neste em 2008 todos os desejos sonhados na noite de ano novo se concretizem da melhor forma o possível e que Deus ilumine o caminho de todos vocês.

Dr. Geninho Thomé
Diretor Científico

EXPEDIENTE

JILAPEO é uma publicação trimestral do ILAPEO, sob o Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas (ISSN) 1980-7961, com uma tiragem de 5000 exemplares e distribuição gratuita.

As opiniões e conceitos descritos nos artigos são de inteira responsabilidade dos autores, não expressando necessariamente a opinião da equipe do JILAPEO.

Diretor Científico:
Dr. Geninho Thomé

Equipe do JILAPEO :
Adriana Cordeiro dos Santos
Claudir Marcelo dos Santos
Mary Stella Dias Vitorio
Sérgio Rocha Bernardes

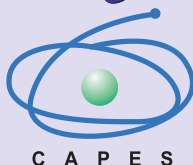
Atendimento ao Leitor:
Departamento de Marketing
Rua Jacarezinho, 656 - Mercês - CEP 80710-150 - Curitiba - PR
www.ilapeo.com.br / asantos@ilapeo.com.br

MESTRADO PROFISSIONAL

em odontologia sub-área

Implantodontia

recomendado pela



C A P E S

CURSO DESTAQUE

Objetivo

O curso de Mestrado em Odontologia foi criado em dezembro de 2007 recomendado pela Capes. Tem por finalidade produzir e difundir o conhecimento teórico e prático, ampliando e aprofundando a formação do ser humano para o exercício profissional, a reflexão crítica, atuando na comunidade com responsabilidade social e influenciando o desenvolvimento regional, valorizando a ética, a cidadania, a liberdade e a participação.

Coordenação

Prof^a. Dr^a. Ivete de Mattias Sartori

O Curso

Os módulos serão mensais com 1 semana de duração.

Serão oferecidas 12 vagas

O curso terá duração de 24 meses

Investimento: 30x 2.500,00

Com início em 10 de março de 2008

Seleção

Análise Curricular

Provas Específicas

Prova de Inglês

Entrevista com Arguição do Currículo

O processo de seleção será realizadas no dia 14 de Fevereiro de 2008

Inscrições, Informações e Resultado

Local: Central de Atendimento ao Aluno

Rua Jacarezinho 656, Bairro Mercês. 80710-150 - Curitiba, PR

Fone: 55+ 41 3595-6044 / 3595-6035 / 3595-6000

E-mail: ilapeo@ilapeo.com.br ou ilapeointernacional@ilapeo.com.br

Horário: de 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 18:00Hs

Período de inscrições: de 14 de janeiro a 12 de fevereiro de 2008

Taxa de inscrição: R\$ 100,00

(O Edital completo está disponível em formato eletrônico e será enviado ao candidato quando solicitado)

Documentos necessários para inscrição:

Requerimento de inscrição (solicitar modelo)

03 fotografias 3x4 recentes

Cópia de documentos: Título de Eleitor, CPF, RG, Certidão de Nascimento

ou Casamento, Certificado de Reservista (quando couber) e Carteira Profissional (CRO)

Cópia do Histórico Escolar e do Diploma da Graduação

Curriculum Vitae documentado no formato Lattes (www.cnpq.br)

Documento comprobatório do exercício da função docente, na área, se houver

Endereço completo para correspondência, telefone e e-mail

No caso de estrangeiros, prova da regularidade no país.

A divulgação do resultado será no dia 27 de fevereiro de 2008 no ILAPEO, também poderá ser consultado pelo telefone.

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DE CASOS REABILITADOS COM IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS

Geninho Thomé*

Ana Flávia Sanches Borges**

Ivete Aparecida de Mattias Sartori***

Ana Claudia Moreira Melo****

Sergio Rocha Bernardes*****

INTRODUÇÃO

O acompanhamento dos implantes osseointegrados após determinados períodos em função é extremamente necessário, uma vez que por meio dele pode ser realizado tanto a comprovação do sucesso dos implantes e das próteses, quanto à preservação de casos em que são necessários reparos para que as reabilitações continuem em função. O Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO) instituiu um programa de acompanhamento dos casos reabilitados com próteses sobre implantes para oferecer aos pacientes a manutenção periódica de seu tratamento e oferecer aos pesquisadores, docentes e alunos do Instituto o respaldo científico necessário sobre o trabalho desenvolvido e, se necessário, mudanças nos procedimentos detectados em virtude do acompanhamento.

Entre inúmeros critérios adotados no acompanhamento dos casos concluídos existem dois componentes determinantes para a classificação final de seus índices de sucesso: o implante e o parafuso protético. O sucesso dos implantes é determinado por sua estabilidade, ou seja, mesmo que o implante esteja cumprindo sua função, se estiver com mobilidade é considerado insucesso. Além disso, os implantes testados individualmente devem apresentar ausência de imagem radiolúcida periimplante (sentido vertical), ausência de imagem radiolúcida horizontal maior que 2 mm e ausência de sensibilidade dolorosa.

Os parafusos protéticos, que unem a prótese ao pilar no caso de próteses parafusadas e os parafusos dos componentes intermediários, que unem o pilar no implante, devem estar apertados no momento da avaliação clínica. Esta característica garante estabilidade da prótese unida ao implante (Cantwell & Hobikirk, 2004; Khrasait, 2004). O insucesso dos parafusos ao longo do tempo é determinado pelo desaperto (afrouxamento) que eles sofrem tanto após o momento do aperto, pois há liberação das tensões de torção exercidas no ato de apertar (pré-carga) (Cantwell & Hobikirk, 2004), quanto na resistência à fadiga ao longo do tempo (Sakaguchi & Borgensen, 1995; Tavaréz et al., 2003). Portanto, mesmo que o parafuso esteja exercendo sua função ele é considerado insucesso se ele estiver desapertado no momento da avaliação clínica

porém, um reparo é realizado para que se aumente a estabilidade da prótese.

A falta de acompanhamento dos casos pode causar consequências que poderiam ser evitadas caso o paciente tivesse sido assistido. De acordo com Mendonça et al. (2001) os problemas que ocorreram com pacientes que receberam próteses sobre implantes são: desaperto e fratura do parafuso de ouro (protético), desaperto do parafuso do intermediário, fratura da porcelana, prótese mal adaptada, adaptação não passiva da prótese, periimplantite e insatisfação do paciente. Outro grande problema é a falta de higiene bucal de pacientes reabilitados com implantes osseointegrados. Gianopoulou et al., (2003), após 9 anos de acompanhamento de unitários implantes osseointegrados demonstraram que em pacientes com higiene bucal adequada, a posição intra-crevicular da margem das restaurações não prejudica a estabilidade e a saúde peri-implante. O fator etiológico da perda óssea alveolar ao redor dos implantes é a associação de placa e inflamação da gengiva marginal (Tang et al., 2000). No entanto, a melhora da higiene bucal e a eliminação da inflamação tecidual são fatores essenciais para a manutenção dos implantes (Tang et al., 2000).

Em muitas situações clínicas o protocolo tipo carga imediata traz benefícios aos pacientes que o protocolo convencional (dois estágios) não propicia como a redução da ansiedade causada pela expectativa da instalação da prótese, bem como a eliminação da inconveniência funcional e estética causada pela ausência dos dentes (Balshi et al., 2005). Além disso, a carga imediata reduz o tempo de duração do tratamento e o número de visitas necessárias para completá-lo, elimina o desconforto causado pelo uso de uma prótese removível sobre o local cirúrgico e proporciona ao paciente a oportunidade de ser cuidado por uma equipe de profissionais que atua em conjunto para oferecer o melhor plano de tratamento ao paciente (Balshi et al., 2002).

Independentemente de o protocolo adotado ser convencional ou carga imediata, a reabilitação de qualquer método depende da suficiente espessura óssea do local a receber o implante, do período de acompanhamento do caso tratado, o qual deve ser longo o suficiente e de um método de tratamento em que a equipe tenha uma

experiência consolidada, o que garante aos profissionais o domínio das características da determinação do prognóstico de cada caso (Adell et al., 1990). Os tratamentos e resultados obtidos por uma equipe de trabalho devem ser reproduzíveis e publicados em periódicos científicos reconhecidos, para que haja a consolidação do trabalho realizado. Além disso, é necessário ser aplicado a esses resultados métodos de análise estatística para a determinação do índice de sucesso dos implantes osseointegrados. (Albrektsson et al., 1986).

Este estudo consiste em uma análise retrospectiva de 893 implantes suportando 216 próteses instaladas em pacientes tratados no ILAPEO, avaliados após 2 anos da data da instalação das próteses. Casos clínicos que não foram acompanhados serão descritos no intuito de se enfatizar a necessidade da assistência do programa de acompanhamento instituído no ILAPEO.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi baseado em dados coletados a partir de um questionário elaborado para que os pacientes atendidos no ILAPEO pudessem ser acompanhados após 2 anos da instalação dos implantes e das próteses. Durante o período de 2001 a 2004, 216 próteses (23 unitárias, 26 parciais e 167 totais) foram instaladas sobre 893 maxilares superiores e inferiores. Metade dos pacientes era do sexo feminino e metade do sexo masculino. A partir desta primeira entrevista estes pacientes estão sendo periodicamente acompanhados.

Esta investigação inicial inclui informações clínicas e radiográficas desde o momento da instalação dos implantes e das próteses, as quais constavam nos prontuários e após 2 anos de acompanhamento. Noventa e quatro pacientes que apresentavam leito ósseo próprio foram tratados com o protocolo tipo carga imediata e 34 pacientes que requereram enxerto ósseo foram tratados com o protocolo

convencional (após osseointegração). Dois pacientes que apresentaram em uma região leito ósseo próprio e em outra região enxerto ósseo de área doadora intrabucal foram tratados diferentemente, ou seja, com o protocolo tipo carga imediata e com o protocolo convencional. Com relação aos pacientes que necessitaram de enxerto ósseo, 14 foram a partir da área doadora intrabucal, 1 necessitou tanto da área doadora intrabucal quanto do enxerto alógeno, 4 enxertos de osso ilíaco e 1 apenas enxerto tipo alógeno. Questões de alguns pacientes não foram preenchidas, por exemplo, 44 questões estavam em branco sobre o leito ósseo e 11 questões estavam em branco sobre o tipo de protocolo empregado (tabela 1).

Em relação às características dos implantes, 844 eram regulares, 45 eram largos, 2 eram estreitos. Informações sobre 2 implantes não foram preenchidas. Os comprimentos variaram de acordo com a necessidade de cada caso, totalizando 4 implantes com 7 mm, 16 com 9 mm, 10 com 10 mm, 69 com 11 mm, 208 com 13 mm, 289 com 15 mm, 18 com 16 mm, 253 com 17 mm e 3 com 19 mm (figura 1). O fabricante dos implantes é a Neodent (Curitiba, PR, Brasil), o que conferiu aos implantes a padronização das características biofísicas e bioquímicas da superfície. Além disso, os implantes foram cirurgicamente instalados por técnicas cirúrgicas preconizadas no ILAPEO, incluindo a extração prévia dos dentes comprometidos.

O índice de sobrevivência (sucesso) dos implantes foi determinado pela presença de indícios da perda da estabilidade dos implantes avaliados após a remoção das próteses para avaliação. Da mesma forma, o apertamento dos parafusos foi definido como a característica determinante do índice de sobrevivência dos parafusos. Os índices de sobrevivência foram apresentados por estatística descritiva para o número total de implantes em função sem mobilidade e parafusos apertados após 2 anos da instalação das próteses. O grau de satisfação dos pacientes frente aos resultados do tratamento foi registrado de acordo com o tipo de prótese e o tipo de problema relatado (tabelas 2 e 3).

Protocolo	Leito ósseo Próprio	Próprio; enxerto de área doadora intrabucal	Área doadora intrabucal	Área doadora intrabucal; enxerto alógeno	Crista ilíaca	enxerto alógeno	Sem resposta	Total
Carga imediata	94						2	96
Carga imediata; convencional		2						2
convencional	34		14	1	4	2	1	56
Sem resposta	11						51	62
Total	139	2	14	1	4	2	54	216

Tabela 1. Tipo de protocolo e leito ósseo no ato de cirurgia de implantação.

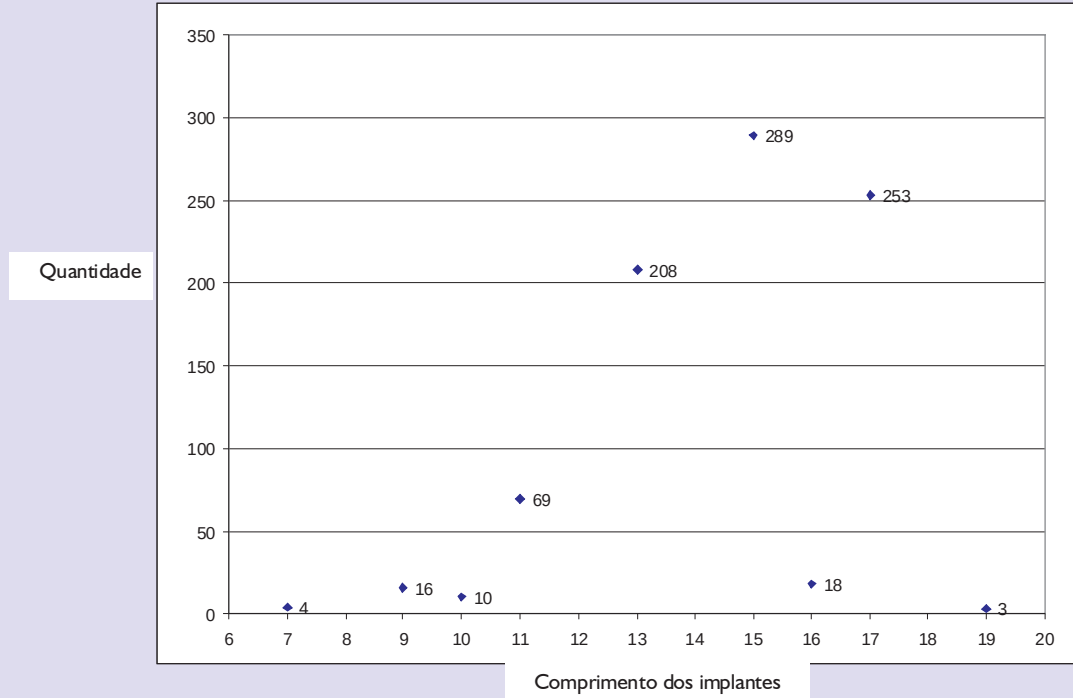


Figura 1. Quantidade de implantes de acordo com o comprimento.

Grau de satisfação	Tipo de Prótese			
	Total	Parcial	Unitária	Total
Totalmente satisfeitos	132	22	17	171
Satisfeitos com algum problema	35	3	5	37
Insatisfeitos			1	1
Sem resposta		1		1
Total	167	26	23	216

Tabela 2. Grau de satisfação dos pacientes em relação ao tipo de prótese.

Grau de satisfação	Problema						Total
	Desconforto de mordida	Dor	Dor e fonética	Estética	Fonética	Sem Problema	
Totalmente satisfeitos						171	171
Satisfeitos com algum problema	10	1	2	8	3	21	45
Insatisfeitos				1			1
Sem resposta						1	1
Total	10	1	2	9	3	191	216

Tabela 3. Grau de satisfação dos pacientes em relação ao tipo de problema.

RESULTADOS

Dentre os 893 implantes, o índice de sucesso foi de 98,9% (885 implantes) após dois anos em função. Para as 23 próteses unitárias, o índice de sucesso dos implantes foi 100% (23 implantes) e o índice de sucesso dos parafusos foi 90,5%. Para as 26 próteses parciais, o índice de sucesso dos implantes foi 100% (82 implantes) e o índice de sucesso dos parafusos foi 84,5%. Para as próteses totais, o índice de sucesso dos implantes foi 98,9%, 780 implantes do total de 789 implantes e o índice de sucesso dos parafusos foi 94,4%. Os 9 implantes considerados como insucesso suportavam próteses totais. O grau de satisfação com relação ao tipo de prótese está descrito na tabela 2. Pacientes totalmente satisfeitos foram 132, 22 e 17 para próteses totais, parciais e unitárias, respectivamente. Pacientes satisfeitos, porém com algum problema foram 35, 3 e 5 para próteses totais, parciais e unitárias, respectivamente. Somente um paciente não estava satisfeito com sua prótese unitária e o motivo era a estética insatisfatória. Dez pacientes relataram o desconforto na mordida como a causa da insatisfação, seguido de um paciente que sentia dor, 2 pacientes que relatavam dor e problemas fonéticos, 8 pacientes insatisfeitos com a estética e 3 pacientes somente com problemas fonéticos. Vinte e um pacientes estavam satisfeitos, porém não mencionaram o motivo pelo qual eles não estavam totalmente satisfeitos uma vez que não havia nenhum tipo de problema visível (tabela 3).

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar o índice de sucesso dos implantes e próteses realizados no ILAPEO após dois anos em função. Este relato foi o primeiro passo de um acompanhamento longitudinal instituído que está sendo continuamente conduzido com o objetivo de se avaliar todos os implantes e parafusos instalados quanto possível.

A carga imediata é considerada um procedimento aceitável e seguro (Tarnow et al., 1997; Chiapasco et al., 1997; Gatti et al., 2000; Wolfinger et al., 2003; Balshi et al., 2005). A maioria dos implantes deste estudo foi realizada de acordo com o protocolo tipo carga imediata (tabela 1). No entanto, para ser calculado a análise de sobrevivência (sucesso) dos implantes e dos parafusos foi considerado o total de implantes independente de a técnica adotada ter sido a convencional ou a carga imediata. O índice de sucesso dos implantes e parafusos foi determinado pelo número de implantes em função sem mobilidade e pelo número de parafusos apertados após dois anos da instalação das próteses.

Implantes unitários podem ser considerados uma opção possível e segura de tratamento. Este estudo demonstrou 100% de índice de sucesso para implantes unitários. Outros estudos apresentaram índices de sucesso menores que os nossos resultados. Cornellini et al., (2004) apresentaram 96,7% de índice de sucesso após um ano de acompanhamento e Levin et al. (2006) 98,8% após dois anos. O

tratamento de implante unitário pode ser realizado para muitos pacientes por clínicos gerais que tenham recebido adequada formação, visto que independente se o profissional que o realiza é clínico geral experiente na área ou especialista, o índice de sucesso após dois e cinco anos em função foi de 100% (Andersson et al., 1995; Andersson et al., 1998).

Pacientes parcialmente edentados têm se tornado um grupo de pacientes em potencial para receberem implantes dentários. Este estudo demonstrou 100% de índice de sucesso dos implantes das próteses parciais após 2 anos. Nossos resultados após 2 anos estão de acordo com aqueles relatados por Lekholm et al., (2006), os quais demonstraram 99% de índice de sucesso dos implantes de prótese parciais. Estes autores publicaram dados de implantes de próteses parciais após 20 anos em função e, baseados nestes resultados, pode ser estimado um índice de sucesso de 91% após o período de duas décadas.

Para pacientes totalmente edentados, o sucesso da estabilidade das próteses é baseado no índice de sucesso dos implantes individualmente. Neste estudo 98,9% dos implantes de prótese total obtiveram sucesso. Nossos resultados concordam com os de Adell et al., (1990), os quais apresentaram 98,6% de índice de sucesso dos implantes de próteses totais após dois anos, sendo que 12 implantes apresentaram mobilidade e foram removidos. Brånemark et al., (1995) apresentou 84% de índice de sucesso para a maxila com 4 ou 6 implantes suportando próteses totais após 2 anos; 93 e 96% para mandíbula com 6 ou 4 implantes, respectivamente. Implantes realizados por meio do protocolo carga imediata obtiveram 98,8% de índice de sucesso após 2 anos em função (Balshi et al., 2005). Estes resultados são similares aos de um estudo retrospectivo de implantes realizados pela técnica convencional (dois estágios) com 98% de índice de sucesso no mesmo período (Ko et al., 2006).

Neste estudo, o índice de sucesso dos parafusos apertados foi menor que o índice de sucesso dos implantes. Este fato pode ser explicado por ser o critério utilizado para classificar a perda do parafuso mais severo, visto que se um parafuso não se apresentava completamente apertado ele era considerado perdido. No entanto, um novo aperto era realizada em cada parafuso para ter sua função recuperada. Este procedimento foi realizado para cada parafuso considerado perdido, mas, estatisticamente, a característica a qual eles foram encontrados foi determinante para a classificação dentro deste período de dois anos.

A maioria dos pacientes se declarou totalmente satisfeita com os resultados de seus tratamentos. Os pacientes que relataram algum problema atribuíram o motivo ao desconforto de mordida, dor, problemas fonéticos e insatisfação com a estética da prótese. Todos os problemas relatados foram relacionados às próteses e foram solucionados.

acompanhamento (Wennström et al., 1999) é necessário para proporcionar dados científicos sobre os tipos e comportamentos das reabilitações constituídas de diferentes tipos de implantes e parafusos. Entretanto, é importante registrar o início da coleta de dados de uma instituição de ensino como o ILAPEO, para se definir o caminho a ser seguido objetivando obter da melhor forma possível estes valiosos dados e, até mesmo, programar modificações para melhorar a coleta desses dados. Por exemplo, este estudo detectou algumas questões sem resposta e a partir de então os avaliadores responsáveis pelo preenchimento dos questionários foram corretamente orientados para se evitar perda de informações.

CASOS CLÍNICOS

Buscando ilustrar alguns dos casos que foram acompanhados, os autores selecionaram exemplos que foram documentados no início e durante as consultas clínicas.

CASO UNITÁRIO



FIGURA 1
Caso Clínico Inicial



FIGURA 2
Radiografia periapical antes da extração



FIGURA 3
Instalação imediata com a coroa provisória



FIGURA 4
Acompanhamento radiográfico 11 meses após

CASO PARCIAL



FIGURA 1
Foto Inicial do caso



FIGURA 2
Panorâmica inicial



FIGURA 3
Acompanhamento 16 meses após



FIGURA 4
Acompanhamento radiográfico 16 meses após

CASO DE REABILITAÇÃO TOTAL INFERIOR



FIGURA 1
Panorâmica Inicial



FIGURA 2
Vista Oclusal



FIGURA 3
Vista intra-oral inicial

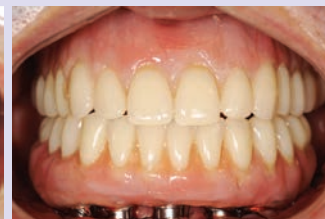


FIGURA 4
Barra distal com prótese nova

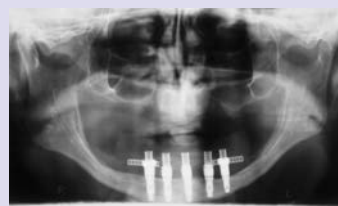


FIGURA 5
Panorâmica imediata



FIGURA 6
Acompanhamento clínico 4 anos após



FIGURA 7
Acompanhamento radiográfico 4 anos após

CASO DE REABILITAÇÃO TOTAL SUPERIOR E INFERIOR



FIGURA 1
Caso inicial



FIGURA 2
Panorâmica inicial



FIGURA 3
Final da Cirurgia de Neopronto inferior



FIGURA 4
Panorâmica final da reabilitação inferior



FIGURA 5
Reabilitação total superior 3 meses após



FIGURA 6
Reabilitação total superior 12 meses após e inferior 15 meses

CONCLUSÃO

Dentre as limitações deste estudo podemos concluir que todos os tipos de prótese avaliadas apresentaram alto índice de sucesso de seus implantes após 2 anos em função. O índice de sucesso dos parafusos protéticos foi menor e sugeriu mais atenção para realização do aperto final. Casos assistidos ajudam a determinar o comportamento das reabilitações auxiliando no sucesso do tratamento ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. Cantwell, A.; Hobkirk, J.A. Preload loss in gold prosthesis-retaining screws as a function of time. *Int J Oral Maxillofac Implants*, v. 19, n. 1, p. 124-32, Jan-Feb 2004.
2. Khraisat, A. et al. Effect of lateral cyclic loading on abutment screw loosening of an external hexagon implant system. *J Prosthet Dent*, v. 91, p. 326-34, 2004.
3. Sakaguchi, R.L.; Borgersen, S.E. Nonlinear contact analysis of preload in dental implant screws. *Int J Oral Maxillofac Implants*, v. 10, p. 295-301, 1995.
4. Tavares, R.R.J. et al. Torque produzido por quatro torquímetros diferentes utilizados em próteses sobre implantes. Estudo comparativo. *Cienc Odontol Bras*, São José dos Campos, v. 6, n. 1, p. 82-8, jan./mar 2003.
5. Mendonça, G.; Neves, F. D.; Fernandes Neto, A. J.; Lira, T. Avaliação longitudinal de próteses sobre implantes enfatizando dificuldades e insucessos: controle de um ano. *BCI*;8(31):228-235, jul.-set. 2001.
6. Giannopoulou C, Bernard JP, Buser D, Carrel A, Belser UC. Effect of intracrevicular restoration margins on peri-implant health: clinical, biochemical, and microbiologic findings around esthetic implants up to 9 years. *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2003 Mar-Apr; 18(2): 173-81.
7. Tang Z, Sha Y, Lin Y, Zhang G, Wang X, Cao C. Peri-implant mucosal inflammation and bone loss: clinical and radiographic evaluation of 108 dental implants after 1-year loading. *Chin J Dent Res*, 2000 Aug;3(2): 15-20.
8. Balshi SF, Wolfinger GJ, Balshi TJ. A prospective study of immediate functional loading, following the Teeth in a Day protocol: a case series of 55 consecutive edentulous maxillas. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2005;7(1):24-31.
9. Balshi TJ, Wolfinger GJ. Immediate placement and implant loading for expedited patient care: a patient report. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2002 Jul-Aug;17(4):587-92.
10. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Branemark P-I, Jemt T. Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1990 Winter;5(4):347-59.
11. Albrektsson T, Zarb G, Worthington P, Eriksson AR. The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1986 Summer;1(1): 11-25.
12. Tarnow DP, Emtiaz S, Classi A. Immediate loading of threaded implants at stage I surgery in edentulous arches: ten consecutive case reports with 1- to 5-year data. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1997 May-Jun;12(3):319-24.
13. Chiapasco M, Gatti C, Rossi E, Haefliger W, Markwalder TH. Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading. A retrospective multicenter study on 226 consecutive cases. *Clin Oral*

Implants Res. 1997 Feb;8(1):48-57.

14. Gatti C, Haefliger W, Chiapasco M. Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading: a prospective study of ITI implants. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2000 May-Jun; 15(3):383-8.
15. Wolfinger GJ, Balshi TJ, Rangert B. Immediate functional loading of Branemark system implants in edentulous mandibles: clinical report of the results of developmental and simplified protocols. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2003 Mar-Apr; 18(2):250-7.
16. Cornellini R, Cangini F, Covani U, Barone A, Buser D. Immediate restoration of single-tooth implants in mandibular molar sites: a 12-month preliminary report. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2004 Nov-Dec; 19(6):855-60.
17. Levin L, Laviv A, Arad DS. Long-term success of implants replacing a single molar. *J Periodontol*. 2006 Sep;77(9):1528-32.
18. Andersson B, Odman P, Lindvall AM, Branemark P-I. Surgical and prosthodontic training of general practitioners for single tooth implants: a study of treatments performed at four general practitioners' offices and at a specialist clinic after 2 years. *J Oral Rehabil*. 1995 Aug;22(8):543-8.
19. Anderson B, Odman P, Lindvall AM, Branemark PI. Cemented single crowns on osseointegrated implants after 5 years: results from a prospective study on CeraOne. *Int J Prosthodont*. 1998 May-Jun; 11(3):212-8.
20. Branemark P-I, Svensson B, van Steenberghe D. Ten-year survival rates of fixed prostheses on four or six implants ad modum Branemark in full edentulism. *Clin Oral Implants Res*. 1995 Dec;6(4):227-31.
21. Ko S-M, Lee J-K, Eckert SE, Choi Y-G. Retrospective multicenter cohort study of the clinical performance of 2-stage implants in South Korean populations. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2006; 21:785-788.
22. Wennström J, Palmer R. Consensus report: clinical trials. In: Lang NP, Karring T, Linde J. *Proceedings of the 3rd European workshop on periodontology*. Berlin, Germany: Quintessence, 1999:255-259.

*Mestre e Doutor em Implantodontia pela São Leopoldo Mandic;
Diretor do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino
Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

**Doutora em Materiais Dentários pela Unesp-Araraquara;
Professora do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino
Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

****Mestre e Doutora em Reabilitação Oral pela Usp-Ribeirão Preto;
Vice-Diretora do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino
Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

****Doutora em Ortodontia pela Unesp-Araraquara;
Coordenadora Científica e Acadêmica do Instituto Latino Americano
de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

*****Mestre e Doutorando em Reabilitação Oral pela Usp-Ribeirão Preto;
Professor do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino
Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

 **PlusPrev**
CORRETORA DE SEGUROS

REG. SUSEP: 050018.1.056577-6

Av. Manoel Ribas, 852 - Cj. 22
80510-020 - Mercês - Curitiba - PR
Fone: (41) 3339.0100 / 3339.0004
plusprevcorretora@terra.com.br

RCP - Seguro de Responsabilidade Civil Profissional

Um produto desenvolvido para dar tranquilidade aos profissionais e empresas da área de saúde: médicos, dentistas, enfermeiros e auxiliares, hospitais e clínicas, operadoras de planos de saúde e laboratórios.

SERIT - Seguro de Renda por Incapacidade Temporária

O SERIT é um seguro que garante a você a reposição da sua renda, caso haja a impossibilidade de exercer suas atividades profissionais temporariamente, seja por motivo de doença ou acidente.

PLANEJAMENTO VIRTUAL PARA INSTALAÇÃO DE IMPLANTES DENTÁRIOS

SEGUNDO A TÉCNICA DO

NEOGUIDE

Geninho Thomé*

Ana Cláudia Moreira Melo**

Ivete Aparecida de Mattias Sartori***

José Renato de Souza****

Rogéria Acedo Vieira*****

INTRODUÇÃO

Embora o protocolo tradicional de implantes osseointegrados preconize o procedimento em duas fases cirúrgicas e tenha sucesso reconhecido na literatura (Holst et al, 2004), cada vez mais tem havido a busca por procedimentos menos invasivos e com resultados mais rápidos, ou seja, a aplicação imediata de carga funcional. Entretanto, para que seja bem sucedida a longo-prazo, a utilização da carga imediata deve atingir vários pré-requisitos, como por exemplo, estabilidade primária adequada e boa qualidade óssea (Romanos, 2004; Misch et al, 2004; Holst et al, 2004).

O posicionamento ideal dos implantes é essencial ao sucesso deste tipo de reabilitação (Lal et al, 2006). Contudo, durante a cirurgia é difícil para o cirurgião visualizar a localização da prótese conforme planejada pelo protesista (Lal et al, 2006). Com o objetivo de facilitar o diagnóstico e planejamento do posicionamento dos implantes, vários tipos de guias cirúrgicos e radiográficos foram propostos (Minoretti et al, 2000; Naitoh et al, 2000). Os guias cirúrgicos fabricados de forma tradicional apresentam certas limitações, dessa forma surgiram métodos mais avançados considerando o uso de tomografias computadorizadas em 3D para simulação da instalação dos implantes em computador (Lal et al, 2006; Jabero e Sarment, 2006).

A partir do planejamento tridimensional de implantes dentários com o uso de tomografias computadorizadas podem ser confeccionados guias cirúrgicos prototipados que permitem grande precisão na instalação dos implantes (Verstreken et al, 1998; Minoretti et al, 2000; Steenbergh et al, 2005; Lal et al, 2006; Jabero e Sarment, 2006). Outra vantagem deste tipo de abordagem é a possibilidade de planejamento reverso, ou seja, o posicionamento dos implantes em função da prótese, o que é um parâmetro essencial para o sucesso do tratamento (Minoretti et al, 2000).

Em função dos bons resultados obtidos com o uso de guias cirúrgicos prototipados adaptados sobre o tecido ósseo após levantar um

retalho, a técnica evoluiu para um procedimento ainda menos invasivo, a utilização de guias apoiados diretamente sobre a mucosa (Steenbergh et al, 2005), como por exemplo, na técnica Neoguide® (Thomé et al, 2007).

Considerando-se as vantagens relatadas, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico no qual a técnica da cirurgia guiada foi utilizada para reabilitação de mandíbula edêntula.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente S.G.R., compareceu à Clínica do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO) a fim de substituir a prótese total removível inferior por uma reabilitação com implantes dentários (Figura 1a e b). Foi decidido instalar os implantes segundo a técnica da cirurgia guiada sem abertura de retalho.

Após moldagem os modelos foram montados em articulador semi-ajustável e encaminhados ao laboratório para que fosse realizado o encerramento diagnóstico. Após a montagem de dentes em cera, esta foi encaminhada ao laboratório para duplicação em resina acrílica e obtenção de um guia tomográfico (GT), no qual foram feitas marcas radiopacas em cinco pontos distribuídos na região da flange vestibular: um na linha média e dois de cada lado, sendo um na região do primeiro pré-molar e outro na região do segundo molar (Figura 2).

O guia foi posicionado no paciente para confecção do registro interoclusal com silicona pesada (Figura 3). O paciente com o guia e com a silicona em oclusão foi submetido à tomada tomográfica assim como foi feita a tomada tomográfica apenas do guia. As imagens obtidas foram armazenadas em CD e exportadas para o software DentalSlice (Bioparts, Brasília), no qual é feita a instalação virtual dos implantes e seleção dos intermediários protéticos no modelo 3D. Em seguida, o planejamento foi enviado pela internet para a Bioparts que confecciona um guia cirúrgico prototipado pela tecnologia SLA. Este guia prototipado contém extrusões cilíndricas onde anilhas metálicas são inseridas que permitem transferir

com precisão o posicionamento e inclinação dos implantes, de acordo com o planejamento conforme pré-estabelecido (Figura 4A e B).

De acordo com a técnica, a prótese pode ser confeccionada antes ou após o procedimento cirúrgico. Neste caso foi decidido pela confecção prévia da prótese.

Antes do procedimento cirúrgico o guia foi esterilizado por meio químico. Inicialmente o guia foi estabilizado por meio de registro com silicona pesada para não permitir instabilidade durante as perfurações feitas para instalação dos pinos estabilizadores.

O paciente foi anestesiado, e foram feitas perfurações transversais para estabilização do guia. Em seguida a mucosa correspondente à área da anilha foi removida (Figura 5). A instrumentação cirúrgica foi realizada seguindo sequência progressiva de diâmetros das brocas. Os implantes utilizados foram o Titamax CM cortical (Neodent, Curitiba, Brasil) que possui desenho para promover compactação óssea e, em função de ter corpo cilíndrico, evita desvio da trajetória durante a inserção. O montador do implante foi substituído pelo montador do Kit com stop que acompanha o Neoguide (Neodent, Curitiba).

Os implantes foram instalados (Figura 6) e, em seguida, o guia removido (Figura 7). Iniciou-se, então, a instalação dos minipilares previamente selecionados. Como a prótese havia sido confeccionada previamente a partir do primeiro modelo de gesso montado em articulador, foi obtido outro modelo de gesso a partir da união dos transferentes dos minipilares na boca do paciente (index), que haviam sido unidos e posteriormente seccionados no modelo de trabalho original. Em seguida, os componentes para transferência foram instalados no paciente e unidos com um pincel (Figura 8). Os parafusos e os transferentes unidos foram removidos após a presa do acrílico, e posteriormente um index preciso foi obtido para a adaptação da prótese nos cilindros de titânio e cimentação passiva sobre os mesmos (Figura 9). A presa do gesso foi acelerada com catalizador enquanto o paciente aguardava na clínica. A prótese foi, então, instalada no paciente (Figura 10). Seis meses mais tarde o paciente foi reavaliado, ocasião na qual observou-se excelente situação clínica da prótese e satisfação do paciente (Figura 11 A e B).



FIGURA 1A
Vista oclusal inicial

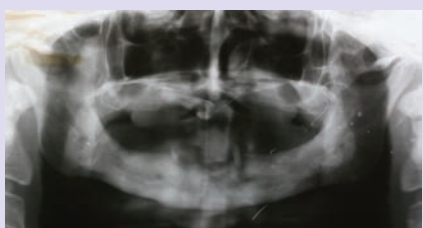


FIGURA 1B
Panorâmica inicial



FIGURA 2
Guia tomográfico



FIGURA 3
Paciente em oclusão.....



FIGURA 4A
Guia cirúrgico prototipado



FIGURA 4B
Guia cirúrgico com as anilhas



FIGURA 5
Remoção da mucosa.



FIGURA 6
implantes instalados

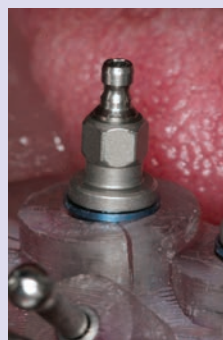


FIGURA 7
Detalhe do montador em posição



FIGURA 8
Vista oclusal sem o guia



FIGURA 9
Implantes transferidos para o modelo de gesso



FIGURA 10
Prótese Instalada



FIGURA 11A
Vista Intra-Oral



FIGURA 11B
Acompanhamento 6 meses após.

CONCLUSÃO

A instalação de implantes segundo a técnica da cirurgia guiada apresenta vantagens se comparada à cirurgia convencional como, por exemplo, maior conforto para o paciente, menor tempo cirúrgico e possibilidade de planejamento reverso. No caso relatado neste artigo consideraram-se as vantagens do uso do Neoguide® ao se decidir pela técnica descrita.

REFERÊNCIAS

- Holst S, Blatz MB, Wickmann M, Eitner S. Clinical application of surgical fixation screws in implants prosthodontics – Part II. Indexing implant position. J Prosthet Dent 2004; 92 (5): 496-499.
- Jabero M, Sarment DP. Advanced surgical guidance technology: A review. Implant Dent 2006; 15 (2): 135-142.
- Lal K, White GS, Morea DN, Wright RF. Use of stereolithographic templates for surgical and prosthodontic implant planning and placement. Part I. The concept. J Prosthodont 2006; 15 (1): 51-58.
- Minoretti R, Merz BR, Triaca A. Predetermined implant positioning by means of a novel guide template technique. Clin Oral Impl Res 2000; 11: 266-272.
- Misch CE, Hahn J, Judy KW, Lemons JE, Linkow LI, Lozada JL et al. Workshop guidelines on immediate loading in Implant Dentistry. J Oral Implantol 2004; 30 (5): 283-288.
- Naitoh M, Aiji E, Okumura S, Ohsaki C, Kurita K, Ishigami T. Can implants be correctly angled based on surgical templates used for osseointegrated dental implants? Clin Oral Impl Res 2000; 11: 409-414.
- Romanos GE. Present status of immediate loading of oral implants. J Oral Implantol 2004; 30(3): 189-197.
- Thomé G, Melo ACM, Thomé JGP, Sartori IAM, Hermann C. O uso da cirurgia guiada na reabilitação de maxila edêntula. Rev ABO Nacional 2007; 15 (2): 122-126.
- Van Steenberghe D, Glauser R, Bomblack U, Andersson M, Schutyser F, Pettersson A, Wendelhag I. A computed tomographic scan – derived customized surgical template and fixed prosthesis for flapless surgery and immediate loading of immediate implants in fully edentulous maxillae: A prospective multicenter study. Clin Implant Dent Rel Res 2005; 7 (1): 111-120.
- Verstreken K, Cleynenbreugel JV, Martens K, Marchal G, Steenberghe DV, Suetens P. An image-guided planning system for endosseous oral implants. IEEE Trans Med Imag 1998; 17 (5): 842-852.

*Mestre e Doutor em Implantodontia pela São Leopoldo Mandic;
Diretor do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

**Mestre e Doutora em Ortodontia pela Unesp-Araraquara;
Coordenadora Científica e Acadêmica do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

***Mestre e Doutora em Reabilitação Oral pela Usp-Ribeirão Preto;
Vice-Diretora do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

****Mestre em Implantodontia pela Universidade Camilo Castelo Branco;
Coordenador do Curso de Especialização em Implantodontia da Universidade Tuiuti do Paraná/ILAPEO.

*****Especialista em Implantodontia pela Universidade Tuiuti do Paraná/ILAPEO; Professora do Curso de Especialização em Implantodontia da Universidade Tuiuti do Paraná/ILAPEO.

i-CAT - Tomografia Computadorizada Volumétrica de Feixe Cônico "Cone Beam"

A DocCenter coloca à disposição da Classe Odontológica o i-CAT.
O melhor da tecnologia mundial em recursos de imagens em três dimensões.

Benefícios do i-CAT

- Redução efetiva na dose de radiação
- Rapidez no diagnóstico (30 segundos para obtenção da imagem total)
- Tomografias realizadas com o paciente sentado
- Imagens tomográficas sem distorção ou ampliação
- Melhor nitidez e maior contraste.



Fone: 41 3254-6040

Av. João Gualberto, 420
Curitiba - PR

ARTIGO III

BRUXISMO

ASPECTOS HISTÓRICOS – CONCEITOS – EPIDEMIOLOGIA - FATORES DE RISCO

PARTE I

Fernanda Faot*

Lilian Gonçalves Custódio**

Ana Claudia Moreira Melo***

Caio Hermann****

Por se tratar de um tema com ampla revisão da literatura afim de facilitar a leitura os autores decidiram pela apresentação do trabalho na forma de um Curso Seriado publicado 4 capítulos no Jornal do ILAPEO.

No primeiro capítulo os autores introduzem o tema, tratam de aspectos históricos, conceitos, epidemiologia e fatores de risco.

No segundo capítulo os autores discutirão teorias e evidências científicas atuais para a Etiologia e Patofisiologia do Bruxismo.

No terceiro capítulo serão discutidos os meios científicos e clínicos de diagnóstico e avaliação do Bruxismo.

Pro fim, no quarto capítulo, as formas de tratamento e manejo dos pacientes portadores de bruxismo.

INTRODUÇÃO

Muito se têm avançado no entendimento da gênese e manifestação do bruxismo em todas as idades com a introdução de estudos e diagnósticos baseados em achados polissonográficos. Estes vêm comprovando que a visão mecanicista e oclusionista acerca da compreensão dos fatores etiológicos do bruxismo já estão superadas uma vez que o bruxismo é considerado uma resposta regulada pelo sistema nervoso central que se manifesta através de alterações do padrão dos movimentos rítmicos dos músculos mastigatórios durante o sono ou durante o estado de vigília.

Esta resposta pode ser desencadeada por alterações fisiológicas ou patológicas de origem central ou de origem periférica; ou ainda pode ser induzida pela ação medicamentosa ativando antes mesmo que o bruxismo ocorra, o sistema cardio-respiratório e músculo-esquelético. Também tem sido aceito atualmente que o bruxismo pode ser considerado uma resposta fisiológica a pressões sofridas pelo indivíduo no seu dia-a-dia ou ainda exacerbado por elas, resultando em danos de

variadas complexidades afetando a diretamente a qualidade de vida do indivíduo.

As consequências a nível dentário e muscular do bruxismo são responsáveis por determiná-lo como um fator de risco para o desgaste dentário e não mais como o principal responsável pelo mesmo, uma vez que esse pode ter origem diversa (abrasão, atrição, erosão, lesões cervicais não-cariosas). Além disso, tanto o bruxismo quanto o apertamento têm sido descritos e observados em estudos de prevalência como uma reação orofacial adversa no tratamento da depressão e ansiedade quando da administração inibidores seletivos de recaptura de serotonina e antidepressivos atípicos.

Assim, o estilo de vida contemporâneo, onde observamos a mudança de hábitos alimentares e presença de condições clínicas como estresse psicológico, ansiedade e depressão cada vez mais frequentes, é um indicativo de que devemos adotar um exame clínico diferenciado e criterioso em nossos pacientes a fim de diagnosticar corretamente esta desordem, bem como suas implicações clínicas presentes e futuras, determinando qual o potencial de interferência do mesmo tanto em procedimentos restauradores simples quanto no planejamento de reabilitações orais de qualquer nível.

Um estudo que demonstra esta preocupação e mostra que o indivíduo independente do grau de escolaridade vem se preocupando de forma indireta (sem saber a origem do mesmo) com os efeitos do desgaste dental em sua qualidade de vida foi realizado por Al-Omiri et al., (2006). Estes autores determinaram o impacto do desgaste dental na rotina de vida de indivíduos com idade entre 18-50 anos através da aplicação de um questionário que avaliou a qualidade de vida e satisfação com a dentição através dos itens conforto, aparência, dor, performance e restrição alimentar. Neste estudo observou-se um alto percentual de indivíduos com desgaste provenientes de parafunções e rangimento (69.7%); e que 35,5% dos pacientes com desgaste dental estavam insatisfeitos com sua dentição.

ASPECTOS HISTÓRICOS DO BRUXISMO

A origem do nome bruxismo se deve primeiramente ao fato de que na idade média se acreditava que a pessoa que rangia os dentes durante o sono estava tomada por um feitiço ou uma bruxaria. É derivado do francês “la broxomanie” por Marie Pietkewicz. Muitos termos foram adotados para descrever este fenômeno como: hábitos oclusais de neurose, nevralgia traumática

O termo bruxismo deriva da palavra grega brychein que significa “ranger ou apertar os dentes”. Bruxismo é definido como ranger os dentes que ocorre usualmente durante o sono, enquanto que bruxomania é o termo usado para o hábito neurótico realizado durante o dia. O bruxismo é classificado como uma parassomia ou desordem do sono relacionada aos movimentos, uma parafunção orofacial, um tic ou um automatismo. Em 1992, o termo brycose foi posteriormente sugerido para a forma destrutiva de bruxismo, pois o radical bryche quer dizer movimento com contato dentário; enquanto o radical ose quer dizer atividade anormal exagerada.

Por todo século 20, diferentes teorias foram sugeridas para a etiologia do bruxismo que apontavam desde o papel periférico da oclusão dental até explicações globalizadas que incluíam: estilos de personalidade; capacidade de adaptação dos indivíduos as pressões diárias do ambiente psicosocial; manutenção neuroquímica e homeostática do sono X mecanismos de despertar associados à atividade do Sistema nervoso autônomo e motor.

Parassomias

São definidas como desordens clínicas que não são anormalidades dos processos responsáveis pelos estados de sono e vigília per se mas são fenômenos físicos indesejados que ocorrem predominantemente durante o sono, usualmente de forma intermitente ou episódica. Elas incluem em torno de 12 desordens de despertar, despertar parcial e transição dos estágios do sono. Muitas parasomias são manifestações da ativação do sistema nervoso central, com alterações de características predominantes do sistema nervoso autônomo e da atividade músculo-esquelética.

CONCEITOS

O bruxismo e o briqueísmo, são movimentos parafuncionais da mandíbula que levam o paciente a ranger os dentes de forma rítmica. O bruxismo consiste no ato contínuo de ranger ou apertar os dentes com força maior que a força normal de mastigação durante o sono, enquanto que o briqueísmo, consiste em ranger ou apertar os dentes durante o dia. Podem também ocorrer simultaneamente, e são observadas em pacientes de todas as idades e, geralmente, estão relacionadas ao alto nível de estresse.

A primeira Classificação Internacional de Desordens do Sono classificou o bruxismo como uma parassomia, enquanto que a recente, o considera uma desordem de movimento relacionada ao sono definida como “uma desordem de movimento estereotipado caracterizada por ranger ou apertar durante o sono”.

Segundo o Glossário de termos protéticos o bruxismo é considerado o ranger de dentes parafuncional; ou um hábito parafuncional que consiste no cerramento, rangimento ou apertamento dos dentes de forma rítmica involuntária ou não-funcional espasmódica, atividade outra que não relacionada aos movimentos mastigatórios da mandíbula que podem levar ao trauma oclusal.

Segundo Atanasio (1997) o bruxismo é uma parafunção que pode ocorrer de forma consciente ou inconsciente caracterizado por movimentos repetitivos não coordenados e pelo contato dentário não funcional. Ainda, segundo este autor, pode ser classificado como:

- Cêntrico, aquele que se refere somente ao ato de apertar os dentes em relação cêntrica ou máxima intercuspidação sem que ocorra

deslizamento. Neste caso ocorre uma contração isométrica, o tecido muscular tem dificuldade para eliminar resíduos metabólicos.

-Excêntrico: aquele relacionado ao ato de apertar e ranger dos dentes nos movimentos mandibulares protrusivos e latero-protrusivos. Estes pacientes desenvolvem um padrão isotônico de contração muscular e apresentam em função do deslizamento facetas de desgaste tanto nos dentes anteriores como nos posteriores.

Parafunção

Os movimentos parafuncionais da mandíbula podem ser descritos como atividades mantidas que ocorrem além das funções normais da mastigação, deglutição e fonética. Atividades parafuncionais incluem não só o bruxismo e o apertamento mas também hábitos com roer unhas, morder lápis, sucção do polegar, entre outros. Tipicamente a parafunção é manifestada por longos períodos de maior contração e hiperatividade muscular. Simultaneamente, ocorrem pressão oclusal excessiva e contato dental prolongado, o que é inconsciente com o ciclo normal da mastigação. Um período prolongado pode resultar em excessivo desgaste, alargamento do ligamento periodontal e mobilidade, migração ou fratura dos dentes. (Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto. Prótese Fixa Contemporânea. São Paulo: Livraria editora Santos; 3ª edição, 2006, pág 92-93)

Bruxismo também é compreendido como a atividade involuntária da musculatura mandibular que é caracterizada, nos despertares individuais por apertamento mandibular – também chamado bruxismo ao despertar - e em raras ocasiões pelo cerramento e rangimento dos dentes. (Lavigne et al., 2003).

Bruxismo do Sono é aquele caracterizado por movimentos estereotipados e periódicos com ranger e/ou cerrar de dentes, decorrentes de contração rítmica dos músculos masséteres durante o sono.

Bruxismo Diurno é um movimento semi-involuntário, que ocorre em vigília com contrações episódicas da musculatura da mastigação em reação a certo estímulo, mais comumente pelo cerrar da mandíbula do que ao ranger de dentes. Esta forma está mais relacionada a um tic ou hábito e também pode ser causada por condições médicas (nerolépticos, distonia, etc.)

O Bruxismo é considerado Primário e/ou Idiopático quando não há causa médica, sistêmica ou psiquiátrica evidente. Ex: atuação periférica de fatores oclusais, atuação de ordem central como desequilíbrio da neurotransmissão aminérgica no Sistema Nervoso Central (SNC). O Bruxismo é considerado Secundário e/ou Iatrogênico quando está associado a um transtorno clínico, neurológico ou psiquiátrico (Parkinson, Discinesia tardia, Depressão, Ansiedade Crônica), relacionado a fatores iatrogênicos (uso, abuso ou retirada de substâncias como cocaína e ecstasy ou medicamentos como nerolépticos, anfetaminas, inibidores seletivos de recaptura de serotonina) ou ainda a outros transtornos do sono.

A atividade parafuncional (apertar e ranger) que ocorre no Bruxismo do sono deve ser distinguida daquela que ocorre durante o dia uma vez que provavelmente possuam diferenças quanto à etiologia. A frequência do Bruxismo do sono é variável com o transcorrer do tempo, alguns pacientes passam algumas noites ou até semanas sem episódios de rangimento. Nos pacientes com Bruxismo do Sono moderado a severo o ranger de dentes está presente toda semana. Pacientes com Bruxismo do Sono tipicamente experimentam tanto atividade motora dos músculos mastigatórios (masseter e temporal) tanto fásica (rítmica) quanto tônica. A presença de sons de ranger de dentes é variável, embora este seja o principal motivo pela procura de tratamento, pois o barulho de ranger dentes interrompe o sono do companheiro de quarto. Outras razões para a busca de tratamento incluem o desgaste dentário, dor orofacial, dores de cabeça na região temporal, hipersensibilidade dentária ao frio, ar, bebidas e alguns alimentos.

Atualmente para o diagnóstico clínico inicial do Bruxismo do Sono, a Academia Americana de Medicina do sono elenca os seguintes critérios:

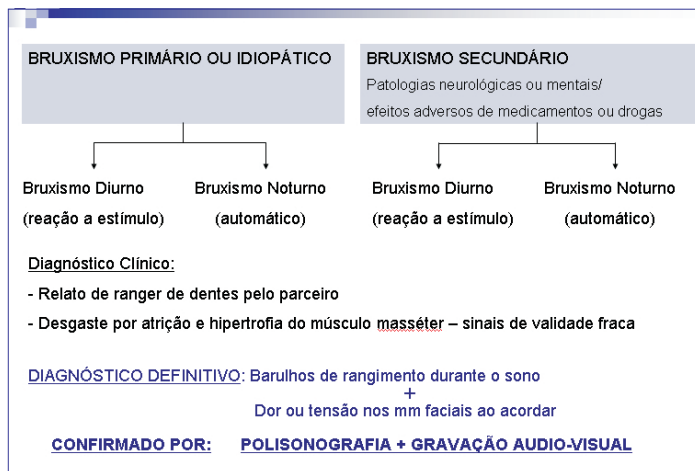
- Relato de barulho de ranger de dentes pelo parceiro de quarto durante a noite a pelo menos 6 meses;

- Adicionalmente devem apresentar ao menos 1 dos seguintes sintomas: auto-relato de dor, fadiga ou rigidez muscular ao acordar; presença de desgaste dental e hipertrofia voluntária do masseter quando do apertamento forçado;

Entretanto estas características clínicas devem ser avaliadas com critérios, pois apesar da abrasão dentária e a hipertrofia dos músculos masseteres auxiliarem na confirmação da presença de ranger de dentes, são sinais considerados de validade fraca, pois o ranger de dentes pode levar meses para gerar sinais evidentes até a consulta ao dentista, e a hipertrofia pode ser resultante de hábitos de apertamento.²

Assim sendo, um diagnóstico definitivo deve ser baseado deve ser baseado principalmente no relato de barulhos durante o sono e dor e tensão nos músculos faciais ao acordar. O bruxismo pode ser confirmado pela pelo registro polisonográfico das atividades dos músculos mastigatórios combinado se possível com uma gravação audio visual simultaneamente para excluir eventos orofaciais não específicos (exemplos: mioclonia, tic, deglutição, soniloquia, suspiros) que representam 30% dos eventos orofaciais durante o sono.

MODELO ESQUEMÁTICO DE CLASSIFICAÇÃO



BRUXISMO DO SONO

O bruxismo noturno pode ocorrer em praticamente todos os estágios do sono, sendo observado predominantemente durante o estágio 2 de sono não-REM e é virtualmente ausente nos estágios 3 e 4, mais profundos. São raros os episódios de bruxismo na fase REM do sono, e quando observados em um exame polissonográfico geralmente estão relacionados dor orofacial ou de origem dental ou a comportamentos involuntários localizados que têm sido confundidos com movimentos rítmicos dos músculos mastigatórios e mioclonia oromandibular.

São danos provocados pelo Bruxismo

- Desgaste prematuro do esmalte das superfícies mastigatórias dos dentes
- Fraturas de dentes e restaurações
- Presença de lesões cervicais não cáries devido à sobrecarga oclusal: dentes mais afetados são os 1ºPré-molares e 1ºMolares
- Desenvolvimento de hipersensibilidade dental¹²
- Perda prematura de dentes devido ao excesso de atrito e mobilidade
- Sobrecarga das ATMs - DTM
- Dano ao periodonto e outras estruturas orais: alteração da sensação periodontal exigindo cuidados adicionais por parte do profissional quando do ajuste e correção dos contatos oclusais para próteses fixas
- Desconforto e/ou fadiga dos músculos faciais, cefaléias e quadros de enxaqueca

A presença do bruxismo pode ser considerada comum na população em geral e representa a terceira parassomia mais freqüente. Entretanto, a maioria dos estudos e levantamentos relatando a prevalência de bruxismo do sono é baseada somente na avaliação do auto-relato de apertamento durante o dia, apertamento durante a noite ou de ambos apertamento ou rangimento durante o sono. Além disso, uma grande variação de dados e interpretações pode ser observada devido a diferenças metodológicas que incluem critérios para a avaliação do bruxismo, tamanho das amostras populacionais, e outros fatores. A prevalência de alguns estudos epidemiológicos pode ser observada na Tabela I.

Nenhum estudo longitudinal usando registros biológicos foi ainda conduzido para estimar a flutuação ou persistência do bruxismo do sono em um indivíduo com relação à idade. Além disso, alguns pacientes não estão certos se rangem uma vez que podem ser acordados pelo seu próprio bruxismo, dormem sozinhos ou com um parceiro que possua sono profundo.

A prevalência do apertamento diurno na população adulta é em média 20%- enquanto que durante a noite é de 9,6%¹², sendo que as mulheres relatam mais o conhecimento e/ou percepção do apertamento do que os homens.¹³ Segundo relatos de pais a incidência de ranger de dentes durante o sono varia de 14-20% em crianças com idade inferior a 11 anos. Atividades orais concomitantes como roer unhas, sucção do polegar e ronco também são observadas em 9-28%, 21% e 14%, respectivamente, das crianças que relatam bruxismo do sono.

Um estudo longitudinal realizado por Magnusson et al. pelo período de 10 anos com a finalidade de avaliar alterações em sintomas subjetivos de distúrbios temporomandibulares desde a infância até a fase adulta de 293 indivíduos, mostrou que o relato dos sintomas do ranger noturno de dentes aumentava com a idade e ocorria freqüentemente em aproximadamente 10% da amostra. Entretanto, os indivíduos afetados raramente procuravam tratamento.

Nos adultos a prevalência de ranger de dentes, segundo um estudo canadense que avaliou uma amostra de em 2019 indivíduos é em média de 8%, caindo com a idade, de 13% em indivíduos com idade entre 19-29 anos; para 03% nos indivíduos com 60 anos e mais velhos. Entretanto, estes números devem ser interpretados com cuidado pois a reduzida incidência com a idade pode ser resultado de estimativas imprecisas devido à alta prevalência de usuários de prótese total na população idosa (maior que 40% em algumas áreas geográficas).²

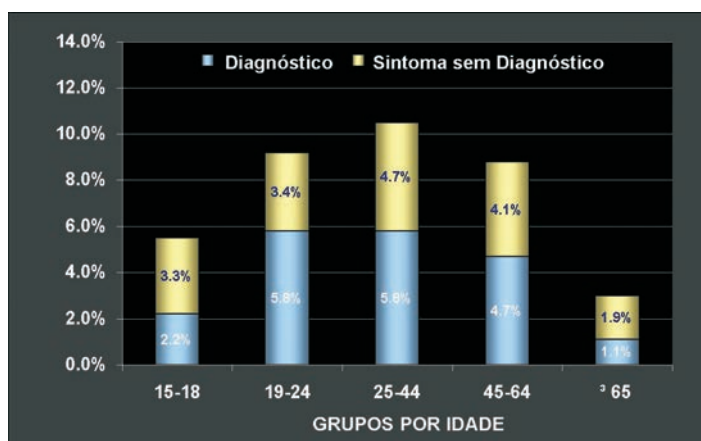
O estudo realizado com um grupo de gêmeos finlandeses, composto de 1298 pares de gêmeos univitelinos e 2419 bivitelinos com idades entre 33 e 60 anos, evidenciou a presença do ranger de dentes pelo menos uma vez por semana em 3,7% das mulheres e 3,8% dos homens.

Ohayon et al. (2001) realizaram um levantamento transversal via telefone aplicando um questionário clínico sobre bruxismo (seguindo os critérios mínimos estabelecidos pela Classificação Internacional de Distúrbios do Sono) em 13057 indivíduos (52% mulheres, 48% homens; faixa etária de 15 a 100 anos), englobando três amostras representativas apresentando idade 15 anos obtidas a partir da população em geral do Reino Unido, Alemanha e Itália. A análise dos resultados mostrou que o ranger de dentes durante o sono ocorrendo no mínimo semanalmente foi relatado por 8,2% da amostra. Um total de 4,4% da amostra satisfizeram os critérios diagnósticos para o bruxismo noturno (n = 568) estabelecidos pela Academia Americana de Distúrbios do Sono (1990; esta é a versão anterior, a atual acrescentou como mais um item no diagnóstico clínico que consiste no fato de que o som de ranger de deve ser relatado pelo parceiro de quarto além de ouvido por pelo menos 06 meses). A prevalência do diagnóstico de bruxismo noturno foi mais alta para indivíduos entre 19 e 44 anos, e mais baixa (1,1%) em indivíduos idosos (65 anos). Através da interpretação dos dados epidemiológicos deste estudo se torna simples entender a freqüência do bruxismo (Quadro 1) na população em geral. Entretanto, quando a prevalência foi comparada entre homens (4,1%) e mulheres (4,6%) não se encontrou diferenças confirmando que não têm sido notadas diferenças quanto ao sexo.

A única diferença descrita na literatura quanto a diferenças do

comportamento do bruxismo do sono entre os sexos foi detectada pelo estudo de 03 semanas conduzido por Watanabe et al. (2003) que encontrou escores médios de bruxismo significativamente maiores em homens ($12,4 \pm 4,47$ eventos por hora do sono) do que mulheres ($5,61 \pm 3,35$).

Carlsson et al. (2003), analisaram os prognosticadores do bruxismo e outras funções orais e desgaste dental em um grupo de indivíduos por um período de acompanhamento de 20 anos e concluíram que relatos de parafunções orais na infância como bruxismo, travamento dental, ranger noturno de dentes, roer de unhas e outras podem ser um traço persistente em muitos indivíduos. Além disso, pacientes portadores de Maloclusão Classe III de Angle e de desgaste dental na infância obtiveram um desgaste dental anterior maior na fase adulta, enquanto que a presença de interferências no lado de balanceio reduziu o risco de desgaste de dentes anteriores em 100 indivíduos de 35 anos de idade.



Quadro I. Frequência do bruxismo segundo o estudo de Ohayon et al. (2001)

	Apertamento		Bruxismo	
	Dia	Noite	Dia	Noite
Glaros (1981)	13,4		3,3	
	4,5			
Rieder (1983) ¹		34,2		16,1
Gross (1988)	19,2	9,6	5,3	12,1
Goulet et al.(1993)	20		6	
Lavigne et al.(1994)				8
Ohayon et al. (2001)		8,2 relatados; 4,4 diagnosticados		
Carlsson et al. (2003)	Ocasional:16 Frequente:5			Ocasional:15 Frequente:3
	Ocasional:33; Frequente:7			

Tabela I. Prevalência do bruxismo de extraída de estudos epidemiológicos (%)

FATORES DE RISCO

Inúmeros fatores de risco concomitantes têm sido ligados ao bruxismo. Fatores psicológicos como ansiedade, competitividade e estresse tem sido associados com a exacerbação do bruxismo do sono, mas alguns achados permanecem controversos.

A Síndrome das pernas inquietas é associada com o bruxismo em somente 10% da população². Embora os resultados de levantamentos mostrem que a apnéia do sono seja um fator de risco, os registros laboratoriais têm demonstrado pouco suporte científico.¹⁸

O consumo de fumo, álcool e cafeína são fatores de risco entretanto parecem ser determinados se a variância puder ser explicada pelas influências fisiológicas da nicotina ou pela percepção de fumar como um hábito oral.²⁰ Outra variável é o achado concomitante de dor orofacial e ruído articular ou travamento a nível temporomandibular; pacientes com bruxismo possuem 4 a 5 vezes mais risco de dor e limitação de abertura. Lavigne et al. (1997) encontraram 1/3 dos pacientes com bruxismo do sono severo com relato de dor moderada pela manhã associado à menor frequência de episódios de bruxismo por hora de sono do que nos grupos controle com bruxismo e ausência de dor.

A prevalência de ranger de dentes notada em uma população institucionalizada com retardo mental é similar aquela encontrada na população em geral. Consequentemente, o retardo mental não poderia ser considerado como um forte fator de risco ou como um fator de maior relevância na etiopatofisiologia do bruxismo do sono.² O uso de alguns medicamentos ou drogas são fatores de risco para o bruxismo do sono (Quadro 2)².

BRUXISMO SECUNDÁRIO* OU IATROGÊNICO²

Desordens de Movimento

- Discinesia oral tardia (movimentos anormais ou perturbados)
- Distonia oromandibular (Síndrome de Meige)
- Doença de Parkinson
- Tics: simples (grunhido, resmungo) e complexos (Doença de Tourette)
- Doença de Huntington
- Espasmo Hemifacial

Desordens relacionadas ao sono

- Síndrome das pernas inquietas e Movimentos Periódicos de Membros durante o sono (mioclonia dos membros)
- Apnéia ou Ronco
- Desordens do comportamento do sono REM
- Epilepsia (não observada ainda em amostras de bruxismo do sono)
- Terrores do sono ou acordar confusional

Desordens neurológicas ou Psiquiátricas

- Hemorragia cerebelar ou infarto
- Atrofia olivopontocerebelar e Síndrome de Shy-Drager
- Coma
- Complicações neurológicas relacionadas à Doença de Whipple
- Problemas de saúde mental como demência, depressão e retardo mental

Substâncias químicas e Medicamentos relacionados ao Bruxismo Secundário

- Bruxismo iatrogênico (risco para iniciação ou exacerbação)

Substâncias químicas de abuso potencial

- Álcool
- Nicotina (Fumo)
- Cafeína
- Cocaína
- MDMA – Ecstasy (efeitos orais incluem alterações da mucosa, xerostomia and risco aumentado de desenvolver erosão dental)

Medicamentos

- Anfetaminas: metilfenidato (Ritalina, para o déficit de atenção/desordens de hiperatividade)
- Drogas antidopaminérgicas: haloperidol (Haldol)
- Drogas antipsicóticas: haloperidol, lítio (tratamento da depressão nos quadros de Transtorno Bipolar), clorpromazina (Ampticil)
- Drogas antidepressivas (inibidores seletivos de recaptura de serotonina) fluoxetine (Prozac), sertralina (Zoloft), citalopram (Celexa)
- Cardioativas: bloqueadores de cálcio (flunarizina, Vertix – também usado na profilaxia da enxaqueca, na doença vascular periférica oclusiva, na vertigem de origem central e periférica, e como adjuvante na terapia da epilepsia); drogas antiarrítmicas (flecainida,)

* Incluem ranger de dentes e/ou bruxismo (não necessariamente relacionada ao sono) como atividades motoras orofaciais associadas com condições médicas e algumas drogas ou químicos, como relatado pela literatura.²

1. Al-Omiri Al-Omiri MK, Lamey PJ, Clifford T. Impact of tooth wear on daily living. *Int J Prosthodont*. 2006 Nov-Dec;19(6):601-5.
2. Lavigne GJ, Manzini C, Kato T. Sleep bruxism. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and practice of sleep medicine*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 946-59.
3. The Glossary of Prosthodontic terms, The Academy of Prosthodontics, JPD 2005, Vol 94, n1.
4. Attanasio R. An overview of bruxism and its management. *Dent Clin North Am*. 1997 Apr;41(2):229-41.
5. Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2003;14(1):30-46.
6. Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono ICSD – 1997
7. American Academy of Sleep Medicine. The International classification of sleep disorders, revised: diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005. p. 189-92.
8. Huynh N, Manzini C, Rompré PH, Lavigne GJ. Weighing the potential effectiveness of various treatments for sleep bruxism. *JCDA* 2007; 73(8):727-730.
9. Ommerborn MA, Schneider C, Giraki M, Schafer R, Singh P, Franz M, Raab WH. In vivo evaluation of noncarious cervical lesions in sleep bruxism subjects. *J Prosthet Dent*. 2007 Aug;98(2):150-8.
10. Suganuma T, Ono Y, Shinya A, Furuya R. The effect of bruxism on periodontal sensation in the molar region: A pilot study. *J Prosthet Dent*. 2007 Jul;98(1):30-5.
11. Gross AJ, Riviera-Morales WC, Gale EN. A prevalence study of symptoms associated with TMJ disorders. *J Craniomandib Disord* 1988; 2:191-195.
12. Goulet JP, Lund JP, Montplaisir J. et al: Daily clenching, nocturnal bruxismo and stress and their association with TMD symptoms. *J Orofacial Pain* 1993; 7:89-
13. Laberge L, Tremblay RE, Vitaro F, et al. Development of parasomnias from childhood to early adolescence. *Pediatrics* 2000; 106:67-74.
14. Magnusson T, Carlsson GE, Egermark I. Changes in subjective symptoms of craniomandibular disorders in children and adolescents during a 10-year period. *J Orofac Pain*. 1993 Winter;7(1):76-82.
15. Lavigne GJ, Montplaisir JY. Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. *Sleep*. 1994 Dec;17(8):739-43.
16. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvuo M. Sleep bruxism based on self-report in a nationwide twin cohort. *J Sleep Res*. 1998 Mar;7(1):61-7.
17. Ohayon MM, Li KK, Guilleminault C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. *Chest*. 2001 Jan;119(1):53-61.
18. Links Watanabe T, Ichikawa K, Clark GT. Bruxism levels and daily behaviors: 3 weeks of measurement and correlation. *J Orofac Pain*. 2003 Winter;17(1):65-73.
19. Carlsson GE, Egermark I, Magnusson T. Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. *J Orofac Pain*. 2003 Winter;17(1):50-7.
20. Rieder CE, Martinoff JT. The prevalence of mandibular dysfunction. Part II. A multiphasic dysfunction profile. *J Prosthet Dent* 1983; 50:237-244.
21. Pierce CJ, Chrisman K, Bennett ME, Close JM. Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to sleep bruxism. *J Orofac Pain*. 1995 Winter;9(1):51-6.
22. Major M, Rompré PH, Guitard F, Tenbokum L, O'Connor K, Nielsen T, Lavigne GJ. A controlled daytime challenge of motor performance and vigilance in sleep bruxers. *J Dent Res*. 1999 Nov;78(11):1754-62.
23. Sjöholm TT, Lowe AA, Miyamoto K, Fleetham JA, Ryan CF. Sleep bruxism in patients with sleep-disordered breathing. *Arch Oral Biol*. 2000 Oct;45(10):889-96.
24. Lavigne GL, Lobbezoo F, Rompré PH, Nielsen TA, Montplaisir J. Cigarette smoking as a risk factor or an exacerbating factor for restless legs syndrome and sleep bruxism. *Sleep*. 1997 Apr;20(4):290-3.
25. Dao TT, Lund JP, Lavigne GJ. Comparison of pain and quality of life in bruxers and patients with myofascial pain of the masticatory muscles. *J Orofac Pain*. 1994 Fall;8(4):350-6.
26. Lavigne GJ, Rompré PH, Montplaisir JY, Lobbezoo F. Motor activity in sleep bruxism with concomitant jaw muscle pain. A retrospective pilot study. *Eur J Oral Sci*. 1997 Feb;105(1):92-5

*Mestre e Doutora em Clínica Odontológica - Área Prótese Dental pela FOP-UNICAMP;

Professora do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

**Especialista em Oclusão e Disfunção Temporomandibular; Professora da Universidade Federal do Paraná (UFPR - Curitiba)

***Mestre e Doutora em Ortodontia pela Unesp-Araraquara; Coordenadora Científica e Acadêmica do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

****Mestre e Doutora em Reabilitação Oral pela Usp-Ribeirão Preto; Vice-Diretora do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

*****Mestre e Doutor em Clínica Odontológica - Área Prótese Dental pela FOP-UNICAMP;

Professor do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

Excelência em serviços de prótese odontológica

Serviços

Implantes

- Protocolo sobre implantes convencionais de maxila e mandíbula
- Protocolo de maxilas com prototipagem
- Guias cirúrgicos com tubos guias
- Estrutura sobre implante em metal Tiltite

Prótese para
Cirurgia Guiada

Metal Free

- Cerâmica
- Resina Fotopolimerizável

Metal

- Metal-Cerâmica

Prótese Total Caracterizada

- Sistema Tomaz Gomez

participe

CURSO LABORATORIAL EM PRÓTESES SOBRE IMPLANTES

4 módulos mensais (sextas e sábados)

Temas abordados:

1. Seleção de Componentes.
2. Hands'on componentes: sistema de apresentação de componentes Neodent.
3. Fundição, usinagem e adaptação de componentes calcinável, titânio e titile.
4. Próteses protocolos sobre implantes com Carga Imediata e assentamento passivo.
5. Técnica de cimentação com Panavia.

Maiores informações ligue: 41 3335-8974



Adercio Buche
prótese odontológica



PLANEJAMENTO TRIBUTÁRIO

Gestão Financeira: Registros fiscais e gerenciais em consultórios odontológicos

ARTIGO IV

Flavio Alves Ribeiro*

O Dentista com uma visão mais atual e que pretende continuar inserido num mercado cada vez mais competitivo deve encarar sua atividade profissional de forma mais ampla e gerencial. A “Odontologia Extra Bucal” requer cada vez mais conhecimentos e padronizações nesta área. Fazer o livro caixa como mecanismo de controle gerencial e estratégico é fundamental para que a atividade profissional possa ser realizada e direcionada para a maximização de resultados.

O livro caixa é o controle financeiro onde são registradas todas as receitas (entradas) e despesas (saídas) necessárias para a manutenção de sua atividade profissional liberal. É a sua vida financeira. Saber quanto está custando ser Dentista, ou seja, saber quanto entra quanto sai de onde vem e para onde vai o dinheiro é um conceito básico, mas que se torna indispensável para definição de metas visando crescimento profissional e autodesenvolvimento.

Costumo falar em meus cursos que o acerto anual do Imposto de Renda deve ser momento em que o profissional pode fazer uma reflexão de seu tempo da vida no trabalho no ano anterior. Não percam a oportunidade de fazer suas declarações de IRPF. Este procedimento permite em muitos casos tomadas de decisões importantes e reposicionamentos de carreira. Não devemos planejar nossas carreiras pensando somente no próximo ano e sim de forma estratégica dentro de suas necessidades e as do mercado de trabalho.

Dentro de uma visão tributária a escrituração das despesas serve como importante redutor dos valores a serem acertados com a Receita Federal no momento da entrega da Declaração do IRPF - Imposto de Renda de Pessoa Física (modelo completo). O livro caixa fiscal utilizado no momento da elaboração do imposto de renda, encontrado em qualquer papelaria, pode ser organizado pelo próprio profissional, ou sua secretária, e basicamente deve relacionar mensalmente o dinheiro gasto para a manutenção da “empresa” e o dinheiro recebido pelo profissional. A Receita Federal não exige que este livro seja registrado oficialmente e somente exige que ele seja guardado com toda documentação comprobatória (recibos e/ou notas fiscais com nome do consumidor, endereço e dados da empresa que forneceu o produto/serviço, etc) por um período de cinco anos.

No livro caixa deve conter despesas como: pessoal (salário e encargos de funcionários/colaboradores como secretárias e auxiliares), prediais (aluguel, contas de energia, telefone, aluguel e condomínio) e outras como serviços de laboratório, materiais de escritório e limpeza, materiais odontológicos, seguros, manutenção preventiva e corretiva, marketing, etc.

Quando analisamos sobre o ponto de vista de deduções na declaração de imposto de renda podemos perceber a importância do livro-caixa. Sua importância é a mesma que a de despesas como educação, saúde e dependentes. Usando a terminologia aplicada na declaração de rendimentos, a base de cálculo do imposto é o valor do rendimento bruto (o que você ganhou) subtraído das deduções (o que você gastou) descritas acima e previstas em lei. Estas despesas podem ser consultadas no site da Receita Federal (www.receita.fazenda.gov.br).

O IRPF não permite deduzir todas as despesas que formam os custos totais para a manutenção de uma empresa prestadora de serviços de saúde bucal (consultório/clínica). Que pena! Nestes casos incluem-se despesas como transporte (combustível, táxi, manutenção de veículo), despesas sem comprovante fiscal, despesas com funcionários sem vínculo empregatício entre outras. Esta é basicamente a diferença que existe entre livro caixa fiscal e livro caixa gerencial.

O livro caixa gerencial (controle interno) serve para o profissional ter uma idéia e capacidade de avaliação mais próxima da realidade do fluxo de caixa da sua empresa/consultório. Neste caso como foi explicado anteriormente, todas as despesas que a empresa tem, mensalmente são

relacionadas neste outro livro (ou relatório), que nada mais é do que uma complementação do livro caixa fiscal. Saber relacionar estas despesas e separá-las das despesas pessoais são pontos fracos na formação dos profissionais do Setor de Saúde.

Segundo pesquisa realizada em 2003 pelo Inbrape sobre o perfil do Cirurgião Dentista (www.cfo.org.br), 89,6% é composta de profissionais liberais/autônomos. Este profissional deverá, como muitos brasileiros, realizar a declaração de IRPF – Imposto de Renda Pessoas Física. Estamos começando 2008 e como todos os anos no próximo dia 30 de abril será o prazo de entrega da declaração de IRPF. Período do juntar despesas que são dedutíveis do IR, como gastos com saúde, educação, contribuições previdenciárias, com dependentes, doações a determinadas entidades, pagamento de pensão alimentícia, livro-caixa, etc. É necessário também a declaração do ano anterior, demonstrativos de bancos que você tenha conta e outras fontes de renda. A partir destes indicadores citados você deverá definir que tipo de declaração entregar: Simplificado ou Completo. A Receita costuma liberar com antecedência uma versão teste da declaração do IR para um determinado ano. Aproveite esta fase e simule o preenchimento da sua declaração, escolhendo a melhor forma de envio, se pelo modelo simplificado ou completo. Como a entrega só é liberada em março, você tem liberdade total para fazer os testes sem o medo de declarar algum dado de forma errada. Com as simulações no programa você perceberá que o fator de decisão na escolha do modelo de declaração será o total de deduções que o contribuinte poderá incluir em sua declaração. Para o Dentista que tem despesas para manter seu negócio o livro-caixa é de grande importância neste momento. Pegando uma carona no artigo da edição anterior deste jornal, o Dentista Dono, que administra seu consultório e é responsável pelas contas de sua Empresa e possui deduções correspondentes a estes custos faz, na maioria dos casos, o modelo completo. Por outro lado, os Dentistas Parceiros e Free Lancers, por não terem estas despesas, ou seja, tem poucas deduções, optam pelo modelo simplificado.

Quem faz sua declaração de IR? Você sabe interpretar sua declaração? Você sabe onde está sua última declaração? Faço estas perguntas por que sei que a grande maioria dos Dentistas delega para outra pessoa esta responsabilidade tributária, porém posso afirmar a vocês que o preenchimento da declaração é de fácil realização e que uma vez dominando este conhecimento, várias ações corretivas poderão ser tomadas em suas carreiras.

Gestão de custos, relação custo benefício, melhora da performance financeira, cálculo de custos profissionais e formação de preço são algumas das vantagens adquiridas quando este protocolo de modelo de gestão é realizado. O cenário mundial sofreu mudanças e transformações. Estamos atualmente na Era da Informação. Nesta era temos mudanças rápidas e a competitividade tornou-se intensa e necessária. O conhecimento passa a ser tão importante quanto o capital financeiro. Absorver estas informações e repensar sua carreira pode ser uma ótima forma de começar 2008.

Então mãos a obra!***

*Especialista em Prótese

MBA Executivo em Saúde FGV

Coordenador do Curso Gestão e Marketing em Odontologia no ILAPEO

Professor Universidade Tuiuti do Paraná

E-mail: flavio@dentenumeros.com

**Esse conteúdo faz parte do Curso de Gestão de Marketing em Odontologia.

CURSOS

Novidade!

O ILAPEO agora tem curso de
MESTRADO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA SUB-ÁREA IMPLANTODONTIA
recomendado pela CAPES!
Confira todos os detalhes em **CURSO DESTAQUE** página 3.

ESPECIALIZAÇÃO

Reconhecido pelo MEC

ESPECIALIZAÇÃO EM

Implantodontia

Coordenadores:

Prof. José Renato de Souza – Quinzenal - Mestre
Prof. Geninho Thomé - Mensal - Doutor

Corpo docente:

Profª. Rogéria Acedo Vieira - Especialista / Prof. Geninho Thomé - Doutor/
Prof. Edivaldo R. Coro - Especialista/ Profª. Ivete Sartori - Doutora/
Profª. Daniela Ponzoni - Doutora / Profª. Ana Paula Bassi - Doutora/
Prof. Caio Hermann - Doutor / Prof. Sérgio Bernardes - Doutorando
e professores convidados

Natureza do curso: Teórico / Prático / Demonstrativo

Nº de vagas: 12 (por curso)

Periodicidade: Quinzenal - segunda à quarta-feira
Mensal - Segunda à sexta-feira

Carga Horária: 1112 horas

Data prevista: 1º semestre de 2008

Critério de Seleção: Prova escrita, o conteúdo será divulgado em edital específico; Entrevista e Análise do Curriculum vitae com Documentos comprobatórios.

Conteúdo Programático:

Bases Biológicas da Implantodontia, Implantodontia Fase Cirúrgica, Implantodontia Fase Protética, Laboratório Pré Clínico Protético, Laboratório Pré-Clínico Cirúrgico, Implantodontia Fase Cirúrgica Avançada, Anatomia Relacionada, Bases Biológicas da Periodontia, Biomateriais, Biossegurança em Odontologia, Emergências Médicas em Odontologia, Estomatologia aplicada a implantodontia, Histofisiologia Óssea, Microbiologia e Imunologia, Oclusão, Radiologia Relacionada, Terapêutica, Ética e Legislação Odontológica, Metodologia do Trabalho Científico, Bioética.

ESPECIALIZAÇÃO EM

2 Periodontia

Coordenador do Curso:

Prof. Geninho Thomé - Doutor

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Demonstrativo

Vagas: 12 alunos

Periodicidade: Módulos quinzenais, às segundas e terças-feiras

Carga Horária: 771 horas

Data prevista: sob consulta

Crítérios de seleção: Prova escrita, o conteúdo será divulgado em edital específico; Entrevista e Análise do Curriculum vitae com Documentos comprobatórios.

Conteúdo Programático:

Anatomia aplicada à periodontia; imaginologia e radiologia; histologia; patologia; semiologia; farmacologia; imunologia; microbiologia periodontal; metodologia científica; informática em odontologia; odontologia legal; bioética; ética e legislação odontológica; epidemiologia da doença periodontal; trauma oclusal; inter-relação endo-perio; inter-relação orto-perio; farmacologia periodontal (antimicrobianos: antibióticos, antisépticos); tratamento periodontal não-cirúrgico; cirurgias periodontais; cirurgias mucogengivais; cirurgias regenerativas; tratamento de lesão de furca; manejo os defeitos verticais; implantodontia; cirurgias pré-protéticas; terapia periodontal de suporte; doença periodontal versus envolvimento sistêmico; periodontia, laboratório e clínica.

ESPECIALIZAÇÃO EM

3 Prótese

Coordenação:

Profª. Ivete Sartori - Doutora

Corpo Docente:

Prof. Caio Hermann - Doutor
Prof. Sérgio Rocha Bernardes - Doutorando
Prof. Alexandre Molinari - Mestrando
Profª. Fernanda Faot - Doutora
Profª. Ana Flávia Sanches Borges - Doutora

Carga Horária: 888 horas

Periodicidade: Quinzenal (segundas e terças-feiras)

Vagas: 12 alunos

Data prevista: sob consulta

Critério de Seleção: Prova escrita, o conteúdo será divulgado em edital específico; Entrevista e Análise do Curriculum vitae com Documentos comprobatórios.

Conteúdo Programático:

Prótese Parcial Fixa; Prótese Parcial Removível; Prótese Total; Oclusão; Laboratório Pré-clínico Protético; Materiais dentários; Prótese sobre Implantes; Emergências Médicas em Odontologia; Introdução à Implantodontia; Radiologia Relacionada; Periodontia; Biossegurança em Odontologia; Componentes Protéticos e suas aplicações; Hands'on; Ética e Legislação Odontológica; Metodologia de Ensino e Pesquisa; Bioética.

ESPECIALIZAÇÃO EM

4 Ortodontia

Coordenação:

Prof. Roberto Hideo Shimizu - Doutor
Prof. Marcos André Duarte da Silva - Mestre

Corpo Docente

Prof. Augusto Ricardo Andrighetto - Doutor
Profª. Isabela Almeida Shimizu - Mestre
Profª. Ana Claudia Moreira Melo - Doutora
Prof. Marcos André Duarte da Silva - Mestre
Profª. Ricarda Duarte da Silva - Mestre
Prof. Roberto Hideo Shimizu - Doutor
Prof. Siddhartha Uhrigshardt Silva - Mestre

Natureza do curso: Teórico - Prático - Demonstrativo

Vagas: 12

Periodicidade: Mensal (de Terça à sexta-feira)

Carga Horária: 1087 horas

Data prevista: sob consulta

Crítério de Seleção: Análise do currículo, entrevista, prova prática, prova de conhecimento específico e de língua estrangeira (inglês).

Conteúdo Programático/ Disciplinas

Teoria Ortodôntica; Documentação Ortodôntica; Cafalometria; Técnica Ortodôntica; Ortodontia Corretiva I e II; Diagnóstico e Planejamento Ortodôntico; Princípios Mecânica e Biomecânicos em Ortodontia; Ortopedia Funcional dos Maxilares; Conceitos Anatômicos em Ortodontia; Crescimento e Desenvolvimento Crânio-facial; Fisiologia o Sistema Estomatognático; Periodontia Aplicada à Ortodontia; Princípios de Oclusão; Radiologia Aplicada à Ortodontia; Fonoaudiologia; Cirurgia Ortognática; Bioética; Metodologia do Trabalho Científico; Ética e Legislação Odontológica.

APERFEIÇOAMENTO

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM

Implantodontia

Coordenador do Curso:
Dr. José Renato de Souza - Mestre

Corpo Docente:
Dr. Geninho Thomé - Doutor
Dr. José Renato de Souza - Mestre
Dra. Rogéria Acedo Vieira - Especialista
Equipe ILAPEO

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Demonstrativo
Carga Horária: 240 horas
Periodicidade: Módulos quinzenais, às terças-feiras
Vagas: 24 alunos
Data prevista: agosto de 2008

Conteúdo Programático:

Histórico da Implantodontia; Fatores que interferem na Osseointegração; Posição Ideal dos Implantes; Princípios Cirúrgicos Básicos; Seleção e Preparo do Paciente; Anatomia Relacionada; Radiologia Relacionada; Biossegurança em Odontologia; Farmacologia; Planejamento Cirúrgico; Normas Assépticas; Documentação Legal; Mesa Cirúrgica; Hand's On de Perfuração, Incisão e Sutura; Guia Cirúrgico; Fisiologia Óssea; Carga Imediata; Neopronto; Prototipagem; Emergências Médicas na Odontologia; Patologia; Noções de Cirurgia Avançada; Aspectos Radiográficos da Osseointegração; Fases da Implantodontia; Tipos de Incisões; Planejamento Protético; Seleção e Adaptação de Componentes Protéticos; Hand's On de Componentes; Manutenção e Prevenção; Noções de Oclusão; Estética; Tipos de Próteses: Cimentada, Parafusada, Protocolo, Overdenture.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM

2 Cirurgia Avançada

Coordenadores:
Dr. Marlon Leda Lima - Mestre
Dra. Daniela Ponzone - Doutora

Corpo Docente:
Dr. Elvo Pizzato - Mestre
Equipe ILAPEO

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Demonstrativo
Carga Horária: 200 horas
Periodicidade: Módulos mensais - quartas e quintas-feiras
Vagas: 12 alunos
Data prevista: 27 de março de 2008

Conteúdo Programático:

Princípios de Técnica Cirúrgica; Assepsia, Anti-sepsia; Esterilização e Desinfecção; Diérese; Hemostasia e Síntese; Fios de Sutura e reparo; Anamnese; Terapêutica; Biossegurança. Enxertos: Bases Biológicas; Classificação e tipos de enxerto; Indicação de enxertos autógenos; Áreas doadoras intra-orais; Tratamentos dos enxertos; Tratamento da área receptora; Importância da estabilização do enxerto; Obtenção e uso de Plasma Rico em Plaquetas (PRP); Implantes: Posição ideal; Espaço biológico; Desenho do implante - cônico, com tratamento de superfície; implante liso; Biomecânica dos Implantes Hexágono Externo x Hexágono Interno; Clínicas: Seleção, indicação e planejamento; Execução da técnica; Tratamento pós-operatório; Planejamento de colocação de implante em pacientes já enxertados. E mais: Considerações Radiográficas, Cuidados iniciais, Indicação e localização dos implantes segundo a disposição dos enxertos, Cuidados com enxertos nas perfurações para fixações.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM

3 Oclusão, DTM e Dor Orofacial

Coordenador:
Prof. Dr. Filipe Augusto Marini Lopes - Mestre

Corpo Docente:
Dr. Elcy Arruda - Especialista

Carga Horária: 128 horas
Periodicidade: Módulos mensais - sextas (18:00 às 22:00); sábados das 8:00h às 18:00h
Vagas: 20 alunos
Data Prevista: 07 de março de 2008

Conteúdo Programático:

Etiologia e epidemiologia das dores orofaciais; Fisiopatologia das ATMs e musculatura estomatognática; Neurobiologia da dor orofacial; Dor relacionado a implantodontia; Diagnóstico e exames por imagens; Tratamento das dores neuropáticas, musculares e das ATMs; Farmacologia aplicada; Uso dos articuladores e placas oclusais; Fundamentos da oclusão sobre dentes e sobre implantes; Relação da DTM com ortodontia, prótese e odontogeriatría.

EXTENSÃO

CURSO DE EXTENSÃO EM

Prótese Sobre Implante

Coordenação:
Dr. Caio Hermann - Doutor
Dr. Sergio Bernardes - Doutorando

Corpo Docente:
Dr. Marco Aurélio P Jaszczerski - Mestre
Dr. Filipe Augusto M. Lopes - Mestre

Periodicidade: Módulos quinzenais (segundas-feiras)
Duração: 10 módulos
Carga horária: 120 horas
Vagas: 16 alunos
Data Prevista: 17 de março de 2008

Conteúdo Programático:

Histórico dos implantes; Tipos e indicações; Apresentação dos componentes protéticos e suas aplicações; Articuladores e oclusão; Assentamento passivo e biomecânica; Elementos unitários; Próteses fixas; Prótese tipo protocolo; Overdentures; Carga imediata.

CURSO DE EXTENSÃO EM

2 Oral Menor

Coordenação do Curso:
Dra. Daniela Ponzone - Doutora em CTB
Dra. Ana Paula F. Bassi - Doutora em CTB

Objetivo do Curso:

Apresentar aos acadêmicos do 5º ano e Graduados as novas propostas de atendimento em Cirurgia Oral Menor, com abordagem dos princípios de técnica cirúrgica, suas complicações e a reabilitação da condição de saúde bucal.

Carga Horária: 120 horas
Periodicidade: Módulos quinzenais aos sábados
Vagas: 24 alunos
Data Prevista: sob consulta

Conteúdo Programático:

Pré-operatório em cirurgia bucal; Biossegurança em Odontologia; Terapêutica medicamentosa; Princípios de técnica cirúrgica; Cirurgia dos dentes inclusos; Cirurgia pré-protética; Cirurgia parodontológica; Cirurgia com finalidade ortodôntica; Acidentes e complicações em cirurgia bucal; Hands'on de sutura; Clínica Cirúrgica.

CURSO DE EXTENSÃO EM

3 Manipulação de Tecidos Moles

Coordenadores:
Dr. Dalton Suzuki - Especialista
Dr. Hélio Monteiro - Especialista

Corpo Docente:
Dr. Décio Canestraro - Especialista
Dra. Halina Massignan Berejuk - Especialista

Carga Horária: 60 horas
Periodicidade: Módulos quinzenais às segundas-feiras
Vagas: 15 alunos
Data Prevista: 10 de março de 2008

Conteúdo Programático:

Anatomia relacionada à implantodontia; Histologia periodontal e periimplantar; Análise facial e avaliação estética do sorriso; Seleção e preparo do paciente; Terapêutica medicamentosa; Princípios cirúrgicos básicos; A importância da mucosa queratinizada na região periimplantar; Manutenção e obtenção de papilas; Técnicas de manipulação do tecido mole: Enxerto gengival livre e conjunto subepitelial do palato, retalho pediculado deslocado do palato, deslize coronal ou lateral do retalho; tracionamento ortodôntico; sepultamento radicular e membrana dérmica acelular; Momento adequado ao procedimento; Desenho do implante, com enfoque a porção cervical; Tipos de cicatrizadores e Manipulação protética dos tecidos moles; Hand's on; Mesa Clínica; Atendimento Clínico a pacientes.

4 CURSO DE EXTENSÃO EM *Estética Avançada*

Ministrantes

SIDNEY KINA - Mestre em Clínica Odontológica UNICAMP.
OSWALDO SCOPIN DE ANDRADE - Mestre e Doutor em Prótese pela UNICAMP.
RONALDO HIRATA - Mestre em Materiais Dentários PUC-RS.
Doutorando em Dentística Restauradora UERJ.

Natureza do Curso: Teórico /clínico - Laboratorial

Carga Horária: 144 horas

Periodicidade: Módulos mensais quintas-feiras e sextas-feiras

Número de Vagas: 12 vagas

Data Prevista: 27 de março de 2008

Site: www.kinascopinhirata.com.br / www.ronaldohirata.com.br

Conteúdo Programático:

Estratégias de tratamento para restaurações estéticas; Conceitos atuais de proteção do complexo dentino-pulpar; Clareamento dental – interno e externo; Adesivos dentinários – como e quando utilizar cada tipo específico; Conceitos de estratificação de resinas compostas para dentes anteriores; Resinas compostas e tendências: marcas comerciais e suas propriedades; Conceitos de estratificação de resinas compostas para dentes posteriores; Técnicas de polimerização e aplicação de resinas compostas; Escultura aplicada a resinas compostas; Uso de corantes modificadores e opacificadores em resinas compostas; Técnicas de preparo para restaurações livres de metal; Restaurações provisórias; Técnicas de moldagem para restaurações estéticas; Resinas compostas semi-diretas e indiretas; Inlays, Onlays, Overlays, Facetas e Coroas em Cerâmica; Cirurgia periodontal com finalidade estética; Novos conceitos em reconstrução intra-canal e selamento endodôntico com finalidade restauradora; Tratamento de superfície para cimentação de cerâmicas, resinas compostas e cerômeros; Técnicas de cimentação. Cimentos resinosos – como utilizar corretamente; Controle clínico e manutenção de restaurações estéticas; Prótese Fixa x Implantes; Novas tendências em implantes osseointegrados: Simplicidade e Previsibilidade.

5 CURSO DE EXTENSÃO EM

Gestão e Marketing em Odontologia

Coordenador:

Prof. Flavio Alves Ribeiro – Especialista

Equipe:

Prof. Rafael Cattani Sartori

Prof. Paulo Henrique Tomazinho

Periodicidade: quinzenal aos sábados

Carga Horária: 64 horas (08 módulos)

Vagas: 24 alunos

Data Prevista: 15 de março de 2008

Público–Alvo: Profissionais e Acadêmicos de Odontologia e demais Colaboradores ligados à Odontologia. Administradores e Consultores com interesse em Gestão e Marketing no setor.

Conteúdo Programático:

Empreendedorismo e importância do plano de negócio – O Dentista como Empresário; Quais as atividades profissionais do Cirurgião Dentista; Aspectos éticos e legais da profissão; Planejamento e Administração Estratégica em Serviços de Saúde; Gestão Financeira – formação de preço, cálculo de hora clínica, fluxo de caixa, decisões estratégicas, noções sobre imposto de renda, parcerias com convênios, finanças pessoais; Marketing – fundamentos e tipos de marketing para público interno e externo; Mercado; Segmentação e posicionamento; Marketing estratégico e plano de marketing aplicado; Montagem do consultório (negócio odontológico); Mesa-redonda e consultoria.

6 CURSO DE EXTENSÃO EM

Preparo Inicial em Implantodontia

Coordenadora:

Profª. Rogéria Acedo Vieira – Especialista

Equipe:

Profª. Eloana Thomé - Especialista

Prof. Wagner Moreira - Especialista

Periodicidade: semanal - a definir

Carga Horária: 80 horas

Vagas: 24 alunos

Data Prevista: sob consulta

Público–Alvo: Graduandos do último ano de odontologia.

Conteúdo Programático:

Histórico da Implantodontia; Fatores que interferem na Osseointegração; Noções da posição Ideal dos Implantes; Princípios Cirúrgicos Básicos; Seleção e Preparo do Paciente; Anatomia Relacionada; Radiologia Relacionada; Biossegurança em Odontologia; Farmacologia; Planejamento Cirúrgico; Normas Assépticas; Documentação Legal; Como montar a Mesa Cirúrgica; Hand 's On de Perfuração, Incisão e Sutura; Guia Cirúrgico; Fisiologia Óssea; Carga Imediata; Neopronto; Prototipagem; Emergências Médicas na Odontologia; Aspectos Radiográficos da Osseointegração; Fases da Implantodontia; Tipos de Incisões; Planejamento Protético; Seleção e Adaptação de Componentes Protéticos; Hand 's On de Componentes; Manutenção e Prevenção; Noções de Oclusão; Estética; Tipos de Próteses: Cimentada, Parafusada, Protocolo, Overdenture; Triagem de Pacientes; Atendimento a pacientes.

ATUALIZAÇÃO

CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM

Ancoragem Ortodôntica

Coordenação:

Profª. Ana Cláudia Moreira Melo - Doutora em Ortodontia

Corpo Docente:

Profª. Lucila Zimmerman Largura - Mestre

Prof. Maurício Correia de Freitas - Especialista

Profª. Érika Romanini - Especializando

Convidados:

Prof. José Renato de Souza - Mestre

Profª. Rogéria Acedo Vieira - Especialista

Periodicidade: 05 módulos Mensais

Carga Horária: 45 horas

Vagas: 10 alunos

Data Prevista: 24 de março

Conteúdo Programático:

Princípios de movimentação dentária e ancoragem; Implantes dentários como auxiliares na ortodontia; Bioengenharia dos mini-implantes; Mini-implantes autoperfurantes; Planejamento ortodôntico para mini-implantes; Planejamento cirúrgico para mini-implantes; Técnica cirúrgica de instalação de mini-implantes; Mecânica ortodôntica na utilização dos mini-implantes; Ensaios mecânicos com mini-implantes; Levantamento epidemiológico sobre perda de mini-implantes; Estudo de elementos finitos; Complicações; Hands on Instalação de mini-implantes em osso artificial; Planejamento de casos clínicos; Cirurgia Demonstrativa e instalação da mecânica ortodôntica; Clínica – Instalação de mini-implantes e Mecânica Ortodôntica; Considerações finais.

2 CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM

Escultura Dental Com Resinas Compostas

Ministrantes:

Prof. Ronaldo Hirata

Prof. Cristian Higashi,

Prof. Jimmy Liu

Duração: 2 Módulos de dois dias sexta feira e sábado

Natureza do Curso: Teórico /prático (laboratorial)

Vagas: 15 alunos

Data Prevista: 01 de abril de 2008

Site: www.ronaldohirata.com.br

Conteúdo Programático

Cor relacionada à estratificação de resinas compostas; Sistemas de resinas compostas e marcas comerciais adequadas; Estratificação de camadas em dentes posteriores e anteriores; Sequência de acabamento e polimento eficientes; Uso de corantes modificadores e opacificadores; Caracterização de restaurações estéticas; Técnica otimizada de escultura dente a dente em todos os dentes posteriores; Restaurações classe IV passo a passo; Faceta direta em dentes escurecidos; Transformação dental e fechamento de espaços; Noções de áreas de espelho e fuga de luz.

CREDENCIAMENTO

CURSO DE CREDENCIAMENTO EM

Maxilas Atróficas

Professores:

Prof. Luis Eduardo Marques Padovan - Doutor
Prof. Ivete de Mattias Sartori - Doutora

Carga Horária: 20 horas

Vagas: 24 alunos

Datas Previstas para o primeiro semestre: 06, 07 e 08 de março de 2008
12, 13 e 14 de junho de 2008

Conteúdo Programático:

Histórico do emprego das Ancoragens Zigomáticas; Técnica cirúrgica para instalação de fixações Zigomáticas; Cirurgia demonstrativa em ambiente hospitalar; Técnica alternativa em severas atrofia de rebordo empregando 4 fixações zigomáticas e tendências; Futuras Complicações em técnicas de ancoragem; Workshop (parte cirúrgica); Conduta em ambiente hospitalar; Terapêutico e Pré-operatório; Abordagens para tratamento de maxilas atróficas; Alternativas para procedimentos de Sinus Lift Implantes inclinados em parede medial do seio; Ancoragem no túber e pterigóide; Abordagem protética em reabilitações com Implantes Zigomático.

2 CURSO DE CREDENCIAMENTO EM

Emergências Médicas em Odontologia



RCP (Ressuscitação Cárdio-Pulmonar) e DEA (Desfibrilador Externo Automático)

Coordenadores:

Prof. Frauzemir Santos Lopes - Mestre em CTB - Instrutor Credenciado ECSI.
Prof. Carlos Laudevir Ferreira Jr. - Especialista em CTB - Instrutor ECSI

Professores Convidados:

Prof. Luiz César Ribas - Mestre
Profª. Dagmar Campos De Araújo - Enfermeira do HGeC -
Prof. da Escola de Enfermagem São Gabriel

Periodicidade: Módulos Quinzenais - 16 horas cada módulo

Carga Horária: 80 horas

Vagas: 16 alunos

Data Prevista: 28 de março de 2008

Conteúdo Programático:

Histórico das emergências; Aspectos legais das emergências; Fisiologia do Sistema Nervoso; Fisiologia Cardio-respiratória; Controle da Pressão Arterial; Monitorização do Paciente; Administração de Medicamentos; Procedimentos Invasivos de Enfermagem; Equilíbrio Ácido-básico; Uso dos Anestésicos Odontológicos; Manejo de Vias Aéreas; Exames Complementares em Odontologia; Hemorragia, Hipovolemia e Bandagens; Emergências Médicas: Lipotímia, Hiperventilação, Hipoglicemia, Hipotensão Arterial, Hipertensão Arterial, Choque e suas Modalidades, Crise Convulsiva, Crise aguda de Asma, Arritmias Cardíacas, Edema Agudo de Pulmão, Acidente Vascular Cerebral, Angina Pectoris Suporte Básico de Vida em adultos, Criança e Bebê RCP (ressuscitação Cárdio-pulmonar) DEA (desfibrilador Externo Automático).

3 CURSO DE CREDENCIAMENTO EM

Capacitação para uso de Sedação Consciente com Óxido Nitroso e Oxigênio

Coordenador:

Prof. Frauzemir Santos Lopes - Mestre em CTB - Instrutor Credenciado ECSI.

Natureza do curso: teórico - prático

Periodicidade: Módulos Quinzenais - Quinta (13:30 - 17:30 e 18:30 - 22:30) Quarta (08:00 e 12:00; 13:30 - 17:30 e 18:30 - 22:30) Sábado (08:00 e 12:00)

Carga Horária: 96 horas

Vagas: 16 alunos

Data Prevista: 10 de abril de 2008

Conteúdo Programático:

Fisiologia do sistema respiratório e cardiovascular; Avaliação física e psicológica do paciente; Monitoramento de sinais vitais; Farmacologia do Óxido Nitroso; Equipamento para dispensação da mistura; Técnica de ministração, Complicações de técnica, Prontuário e termo de consentimento; Vantagens e desvantagens; Indicação e contra-indicação; Exposição crônica e abuso recreacional; Controle da dor; Anestésicos locais e antiinflamatórios; Controle da ansiedade em Odontologia; Sedação via oral; Emergências médicas em odontologia; Suporte básico de vida; Administração de injetáveis.

4 CURSO DE CREDENCIAMENTO EM

Cirurgia Guiada

NEO GUIDE

Vantagens da técnica:

Tecnologia brasileira; Baixo custo; Cirurgia sem retalho; Maior conforto para o paciente; Implantes com corpo cilíndrico; Implantes guiados desde o início; Possibilidade de variar o número de implantes; Implantes cone morse; Facilidade na instalação do pilar; Sistema de componentes que permitem um assentamento passivo da prótese; Prótese pré-fabricada ou não.

Professores:

Equipe do ILAPEO

Periodicidade: sob consulta

Carga Horária: 08 horas (1 dia)

Vagas: 20

Datas Previstas: sob consulta

Cronograma:

4 horas - teoria - Cirurgia

(Preparo do paciente, Guia Cirúrgico, Apresentação do kit Neoguide, Técnica Cirúrgica)

4 horas - treinamento

Dental Slice (Cirurgia virtual, Software, Planejamento)

INTENSIVO

CURSO INTENSIVO EM

Aperfeiçoamento em Implantologia Básico

O curso objetiva fornecer o conteúdo teórico e prático para profissionais que ainda não militam na área da implantodontia ou que apesar de já terem feito cirurgias para instalação de implantes, não as fizeram dentro de um protocolo de planejamento ou ainda não utilizaram o Sistema Neodent. Assim fornecerá uma formação global de atendimento com o correto planejamento para que ao final do tratamento o caso possa ser reabilitado com características de estética e função adequada.

Professores:

Equipe ILAPEO

Natureza do Curso: Teórico - Prático -Laboratorial

Duração: 3 módulos de uma semana

Carga Horária: 180 horas

Vagas: 12 alunos

Data Prevista: 25 de fevereiro de 2008

Conteúdo Programático

Seleção e preparo do paciente; Posição ideal dos implantes; Radiologia aplicada; Princípios cirúrgicos básicos; Ficha de anamnese e protocolo farmacológico; Anatomia aplicada; Biosegurança; Anestesiologia; Técnica cirúrgica; Sequência de brocas; Hands'on cirúrgico; Preparo protético visando o planejamento cirúrgico em implantodontia; Técnicas para confecção dos guias cirúrgicos; Normas assépticas; Mesa cirúrgica; Clínica para moldagem, planejamento e confecção dos guias cirúrgicos; Planejamento cirúrgico; Tipos de implantes Neodent e bioengenharia; Carga imediata em implantologia; Fundamentação científica e possibilidades de aplicação clínicas; Componentes protéticos e hands'on; Carga imediata em implantodontia - fundamentação teórica e aplicação clínica; Como preparar proteticamente os casos imediata - arcos totais e unitários; Sequência clínica para confecção das próteses; Sequência clínica para próteses parciais e unitárias; Técnicas para reabertura; Relações intermaxilares e articuladores; Reabilitação orais aplicando a filosofia de planejamento reverso; Manobras cirúrgicas visando a instalação de implantes (caráter informativo); Manutenção dos casos tratados e prevenção em implantologia.

2 CURSO INTENSIVO EM *Atualização em Implantologia Avançada*

Esse curso tem como objetivo apresentar resoluções para casos mais complexos. Inclui o ensino das técnicas de manobras reconstrutivas; utilização de implantes com geometrias especiais para ossos de qualidade ruim em casos em que o paciente não pode, ou não deseja, ser submetido a enxertos ou técnicas de cirurgia guiada. Em todos os casos serão feitas as reabilitações em função imediata, quando indicadas e quando os implantes apresentarem boa estabilidade.

Professores:
Equipe ILAPEO

Duração: 2 módulos de uma semana
Carga Horária: 120 horas
Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial
Vagas: 12 alunos
Data Prevista: 03 de março de 2008
Conteúdo Programático

Histórico dos implantes Neodent; Tipos de implantes; Bioengenharia; Indicação e contra-indicações; Técnica cirúrgica; Hands'on cirúrgico; Componentes protéticos; Preparo protético pré-cirúrgico para implantodontia; Guias cirúrgicos; Planejamento reverso; Biologia dos enxertos ósseos autógenos; Técnicas para remoção de blocos intra-buciais; Complicação dos enxertos autógenos; Hand'on de enxertos; Enxerto ósseos, áreas doadoras extra-orais, Carga imediata em Implantologia - Fundamentação teórica e sequência indicada para reabilitação dos casos; Técnicas disponíveis para reabilitação de maxilas atroficas; Clínica cirúrgica (maxilas) e casos parciais com implantes WS (técnicas alternativas aos enxertos); Técnicas de reaberturas - Manejo de tecidos moles com finalidade estética; Cirurgias guiadas em implantologia; Atendimento clínico a pacientes.

3 CURSO INTENSIVO DE *Atualização em Prótese sobre Implante*

É um curso de caráter prático informativo destinado a profissionais que querem iniciar na prática de confecção de próteses sobre implantes ou ainda a profissionais que já militam na área e necessitam reciclar seus conhecimentos ou ampliar seu conhecimento prático.

Professores:
Equipe ILAPEO

Duração: 1 módulo de uma semana
Carga Horária: 60 horas
Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial
Vagas: 12 alunos
Data Prevista: 18 de fevereiro de 2008
Conteúdo Programático

Implantes osseointegrados: Histórico e realidade atual; Apresentação dos componentes protéticos e suas aplicações em casos clínicos; Tipos de próteses e de intermediários e detalhes envolvidos na escolha; Sequência clínica para a confecção das próteses; Escolha e Instalação dos intermediários; Técnicas de moldagem; Registros e moldagens ASA, Provas das próteses; Aplicação dos materiais estéticos; Instalação cuidados e controles; Acompanhamentos dos casos; Preparo protético pré-cirúrgico; Técnica de confecção das guias cirúrgicas; Aspectos biológicos e mecânicos dos fatores envolvidos no planejamento, na confecção e no acompanhamento dos casos; Técnicas cirúrgicas para a instalação das fixações e procedimentos cirúrgicos que viabilizam a instalação das fixações; Overdentures; Técnicas para otimizar a estética das próteses unitárias; Procedimentos cirúrgicos; Condicionamento protético dos tecidos; Planejamento reverso; Atendimento clínico a pacientes.

4 CURSO INTENSIVO DE *Atualização em Carga Imediata filosofia CM*

É um curso de caráter prático destinado a profissionais que já militam na área da implantodontia mas que não utilizam o conceito de Carga Imediata, ou profissionais que querem iniciar ou reciclar seus conhecimentos. Esse curso também foi idealizado para os profissionais que buscam aprofundar seus conhecimentos no Sistema Cone Morse, uma vez que todos os casos serão reabilitados com essa filosofia.

Professores:
Equipe ILAPEO

Duração: 1 módulo de uma semana
Carga Horária: 40 horas
Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial
Data Prevista: 15 de abril de 2008

Conteúdo Programático

- Carga imediata em Implantologia; Fundamentação teórica e sequência indicada para reabilitação dos casos; Técnicas disponíveis para reabilitação de maxilas atroficas; Preparo de pacientes; Princípios do Sistema Cone Morse; Componentes protéticos CM; Hands'on cirúrgico e protético; Possibilidades de reabilitação protética com o Sistema Cone Morse; Elementos unitários; Próteses fixas; Prótese tipo protocolo com carga imediata; Clínica cirúrgica.

5 CURSO INTENSIVO EM *Atualização em Ancoragem Ortodôntica*

Esse curso tem como objetivo fornecer informações técnico-científicas aos ortodontistas, implantodontistas e demais cirurgiões dentistas que atuam na área da reabilitação oral, sobre o uso de miniimplantes e possibilidades de ancoragem para movimentações dentárias por meio de atividades teóricas, laboratoriais e atividades demonstrativas.

Professores:
Equipe ILAPEO

Duração: 1 módulo de um dia
Carga Horária: 10 horas
Natureza do Curso: Teórico - Laboratorial
Vagas: 24 alunos
Data Prevista: 04 e 05 de abril de 2008
Conteúdo Programático

Princípios de movimentação dentária e ancoragem; Implantes dentários como auxiliares na ortodontia; Bioengenharia dos miniimplantes; Mini-implantes autoperfurantes; Planejamento ortodôntico para miniimplantes; Planejamento cirúrgico para miniimplantes; Técnica cirúrgica de instalação de miniimplantes; Mecânica ortodôntica na utilização dos miniimplantes; Ensaios mecânicos com miniimplantes; Levantamento epidemiológico sobre perda de miniimplantes; Estudo de elementos finitos; Complicações; Hands'on Instalação de miniimplantes em osso artificial; Cirurgia Demonstrativa e instalação da mecânica ortodôntica; Considerações finais.

6 CURSO INTENSIVO EM *Atualização em Oral Menor*

É um curso de caráter prático informativo destinado a profissionais que querem iniciar na prática cirúrgica e a profissionais que buscam reciclar seus conhecimentos em cirurgias em nível ambulatorial tais como: dentes inclusos, cirurgias pré-protéticas, cirurgias parendodônticas e tracionamentos cirúrgicos.

Professores:
Prof^ª. Daniela Ponzone - Doutora
Prof^ª. Ana Paula Bassi - Doutora

Duração: 1 módulo de uma semana
Carga Horária: 40 horas
Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial
Vagas: 12 alunos
Datas: 05 de maio de 2008
Conteúdo Programático

Exodontia simples, por alveolectomia total e parcial, seccionamento, osteotomia e apicectomia; Fios de sutura em odontologia; Hands'on de sutura; Dentes inclusos; Complicações das exodontias; Terapêutica em odontologia; Cirurgia pré-protética; Atendimento a pacientes.

7 CURSO INTENSIVO DE INTRODUÇÃO AO SISTEMA

Destinado a profissionais que ainda não militam na área da implantodontia, profissionais que querem atualizar seus conhecimentos sobre o sistema, ou ainda para aqueles profissionais que não conhecem o sistema.

Professores:
Equipe ILAPEO

Duração: Módulo de uma semana - (opcional 3 dias curso prático)
Carga Horária: 40 horas
Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial
Datas: Sob consulta

Conteúdo Programático

Tipos de implantes; Bioengenharia dos implantes; Carga Imediata em Implantodontia; Técnica cirúrgica; Posição ideal dos implantes; Hands'on cirúrgico e protético; Radiologia aplicada; Ancoragem com mini-implantes ortodôntico; Planejamento Reverso; Cirurgia demonstrativa;

Para cursos práticos:

Planejamentos dos casos cirúrgicos; preparação da mesa cirúrgica; Atendimento de pacientes; entregas das próteses.

MAIORES INFORMAÇÕES

CENTRAL DE ATENDIMENTO AO ALUNO

Local: Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico
Rua Jacarezinho, 656 - Mercês - Curitiba PR

Fone: 55+ 41 3595-6000

55+ 41 3595-6013

55+ 41 3595-6035

55+ 41 3595-6044

Email: ilapeo@ilapeo.com.br

ilapeointernacional@ilapeo.com.br

Site: www.ilapeo.com.br

Para quem vem de fora:

O ILAPEO, está situado em um bairro que possui toda a infra-estrutura necessária para seu conforto.

Também possui convênio com uma empresa de turismo, para melhor atender a todos que vêm estudar ou participar de eventos em nossa escola. Para saber mais consulte a Central de Atendimento ao Aluno.

A melhor estrutura
para os melhores
profissionais

O ILAPEO foi projetado dentro de padrões internacionais, é um centro de excelência em ensino odontológico. Venha conhecer o nosso espaço.



Mobiliário e instalações novos
Iluminação dimerizável
Ar-condicionado central
Isolamento acústico
Equipamentos audio-visuais de última geração
Ampla estacionamento
Segurança
Auditório com capacidade para 280 pessoas
Salas de aula climatizadas
Clínicas com som ambiente
Sala de procedimentos com equipamentos de áudio e vídeo
Biblioteca
Laboratório de prótese
Equipe especializada

Promovendo conceitos inovadores.


ILAPEO



CURSOS

Programa suas
viagens de lazer
ou de negócios
conosco!

Confira nossos pacotes para os principais eventos de Odontologia.

(41) **3039.4759**

Av. Visconde de Guarapuava, 3832
cj. 504 . Curitiba . Paraná


gestão de viagens

MOTIVAÇÃO

O Valor do Tempo



Imagine que você tenha uma conta corrente e a cada manhã você acorde com um saldo de **R\$ 86.400,00**. Só que não é permitido transferir o saldo final do dia para o dia seguinte. Todas as noites o seu saldo é zerado, mesmo que você não tenha conseguido

Gastá-lo durante o dia. O que você faz? Você irá gastar cada centavo, é claro!

Todos nós somos clientes deste banco de que estamos falando. E, chama-se **TEMPO**. Toda manhã são creditados para cada um 86.400 segundos.

Todas as noites o saldo é debitado, como perda. Não é permitido acumular este saldo para o dia seguinte. Todas as manhãs, a sua conta é reiniciada, e todas as noites as sobras do dia se evaporam. Não há volta. Você precisa gastar, vivendo no presente o seu depósito diário.

Invista, então, no que for melhor: **na saúde, na felicidade e no sucesso**. O relógio está correndo. **Faça o melhor para o seu dia-a-dia**.

Para você perceber o valor de **UM ANO**, pergunte a um estudante que foi reprovado.

Para você perceber o valor de **UM MÊS**, pergunte para uma mãe que teve seu bebê prematuramente.

Para você perceber o valor de **UMA SEMANA**, pergunte a um editor de um jornal semanal.

Para você perceber o valor de **UMA HORA**, pergunte aos amantes que estão esperando para se encontrar.

Para você perceber o valor de **UM MINUTO**, pergunte a uma pessoa que perdeu o trem.

Para você perceber o valor de **UM SEGUNDO**, pergunte a uma pessoa que conseguiu evitar um acidente.

Para você perceber o valor de **UM MILÉSIMO DE SEGUNDO**, pergunte a alguém que ganhou uma medalha de prata na olimpíada.

A vida, em sua rotina diária, como as ondas do mar são dinâmicas. Não admire somente o sol, a lua e as estrelas. Aprecie, também, a chuva, o frio e a neblina. Aproveite tanto a mansidão como a tempestade. Pois isto enriquece a sua existência e o seu **TEMPO**. Lembre-se: o tempo não espera por ninguém.

O **ONTEM** é história. O **AMANHÃ** é um mistério. O **HOJE** é um dádiva. Por isso é chamado de **PRESENTE!** E, as mudanças nunca ocorrem amanhã, mas sempre hoje, no presente. Valorize cada momento que você tem! E, valorize mais porque você o deve dividir com alguém especial, especial o suficiente para gastar o seu **TEMPO** junto com você.

Amigos são jóias raras... Nos fazem sorrir e nos encorajam para o nosso sucesso.

Eles emprestam o seu ouvido, dividem palavras de conforto, e sempre estão disposto a abrir o coração para nós...

Em todos os **TEMPOS!**

DEBATE

Natal Solidário!

Foram muitos alunos, professores, alunos, colaboradores e pacientes, que atenderam nosso pedido!

Nossa árvore ficou linda, repleta de lindos pacotes que trouxeram com eles mais que um simples presente, trouxeram solidariedade e realizações de sonhos

Em 2007 a entrega dos presentes foi ainda mais especial com a presença do nosso Papai Noel - o Dr. Marcos Razera.

Todo nosso carinho a todos que colaboram, e até a próxima.



De volta ao LAR

DE ONDE VEM

Trazendo muito conhecimento e experiência de vida, retornou ao Brasil no dia 29/12/07 o nosso querido amigo Dr. Sérgio Rocha Bernardes.

Ele viajou para lá no dia 29/04/07 para concluir seu curso de Doutorado no Eastman Dental Hospital da University College London, onde passou 8 meses sob a supervisão do Prof. Dr. John Hobkirk e tendo a ajuda do Técnico de Laboratório Sr. John Kelleway.

Além de assistir aulas, ele revisou 197 artigos para montar o seu projeto, que tem o título de "Análise Mecânica de diferentes sistemas de retenção Pilar / Implante".

Quando não estava na Universidade, ministrou algumas aulas e conferências em algumas cidades da Europa como: Londres, Valência, Sevilha, Málaga, Tarragona, Zaragoga, Tenerife, Barcelona, Madrid, Porto e Lisboa. Visitando também vários congressos e eventos. Tudo isso é claro representando a o ILAPEO e a Neodent.

Quando Chegou ao Brasil a primeira tarefa a ser cumprida foi sua Qualificação que foi apresentada no dia 10/01/08 na USP de Ribeirão Preto. E a defesa de sua Tese terá que ser feita até metade deste ano. Desejamos desde já Sucesso!

Queremos dar as Boas Vindas a você Dr. Sérgio e a sua esposa Natália e dizer que apesar de ter perdido o gol 1000 vai ter o prazer de ver o seu time do coração sobre o comando do Baixinho.



University College London e
Eastman Dental Hospital



Com o Prof. Dr. John Hobkirk e o Sr. John Kelleway



Aqui
quem fica
de boca aberta
é você !

NEOO

1ª agência Brasileira
Especializada em Marketing Odontológico



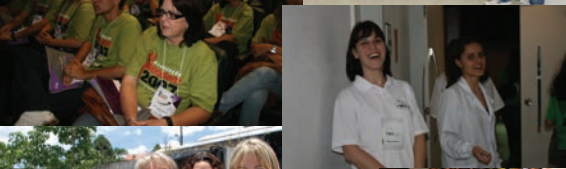
Av. Visc. de Guarapuava, 3832 - Cj. 501
80250-220 - Curitiba, Paraná, Brasil
++ 55 41 3024.0055
www.neoo.com.br

ACONTECE

por Adriana Santos

1ª Convenção NEODENT

Conhecimento - Emoção - Motivação - Paixão - Pessoas



Às 17:30 do dia 07/12/2007 iniciou-se a 1ª Convenção da Neodent. Era gente chegando de todo Brasil com sorriso nos lábios e brilho nos olhos. Todos dispostos a aprender um pouco mais sobre a empresa em que trabalha, a se emocionar, conhecer pessoas e é claro, voltar para casa com a bagagem repleta de conhecimento!

O start do evento foi dado pelo nosso Gerente Comercial o Sr. Newton D'Ávila, que logo após passou a palavra a Dra. Clemilda Thomé, a Diretora Administrativa da empresa, que após o seu bem vindo inicial, convidou a todos a fazerem a oração do Pai Nosso. Uma forma de engrandecer a presença Divina em nossas vidas e em nosso evento. A Dra. ainda apresentou o novo institucional da empresa e foi protagonista de um dos pontos altos do evento quando apresentou o Dr. Geninho Thomé - nosso Diretor Científico - muita emoção e aplausos para esse que foi o grande pensador de tudo que é a Neodent. Logo após, assumiu o palco para sua palestra intitulada "Tendências Atuais da Implantodontia", que iniciou respondendo aonde - quando e porquê fundou a Neodent. Também falou sobre os lançamentos do ano de 2007, sobre as inovações para 2008, apresentou o projeto da nova fábrica, mostrou algumas pessoas que o ajudaram a construir a história da empresa, alguns já estão por aqui a mais de 20 anos. E como não poderia deixar de ser, deu o pontapé inicial para momentos de rivalidades e descontração com os times de futebol - Coritiba (Coxa) x Atlético PR x Paraná Clube - (times da capital do Paraná), mas como disse o Dr. Padovan em sua apresentação final, esses são "defeitos" indiscutíveis, porém, totalmente perdováveis!

A noite de sexta-feira foi encerrada pelos engenheiros Alexsander Golin e Almir Zvetz explicando o processo de fabricação dos produtos, superfícies de implantes entre outros assuntos.

O sábado iniciou com a palestra do Prof. Dr. Carlos Araújo que foi um sucesso! O Cone Morse dessa vez ficou em segundo plano, dando vez para história de vida e motivação que com certeza foi de grande valia para todos. Uma hora depois assumiu o palco a Profª. Dra. Ivete Sartori, brilhante como sempre, esclareceu dúvidas peculiares a sua área (Prótese e Componentes Protéticos). A apresentação do institucional da fábrica em seus mínimos detalhes, ficou a cargo de seu Gerente Geral - Holger Heusinger. A manhã foi encerrada com chave de ouro em Santa Felicidade, bairro tradicional da gastronomia italiana, com um delicioso e descontraído almoço.

A tarde ficou a cargo dos supervisores para apresentações técnicas de seus respectivos departamentos. Adailton Becker - Assessor da Diretoria, Gislene Moraes - Talentos Humanos, André Pasquali - Marketing, Iron Lemes - Gerente de Comércio Exterior, Cíntia Soares - Departamento de Apoio aos Cursos, Marcelo Masao - Administração, Tânia Able - Departamento Técnico e Comercial e pra finalizar, Newton D'Ávila Gerente Comercial. Esses trouxeram uma visão mais ampla do que é a empresa e seus princípios, também protagonizaram momentos de motivação, de grandes emoções e ainda de reflexões - desafios para um 2008 repleto de realizações.

A manhã de Domingo foi iniciada pelo último componente do conhecido "Quarteto Fantástico", o Prof. Dr. Luiz Eduardo Padovan, que nos contou sua história de vida e seu trabalho com os implantes zigomáticos. Para finalizar nos presenteou com uma linda apresentação que resumiu o ano de 2007, com aulas, credenciamentos, eventos e como não poderia deixar de ser, levantou a bola de seu time, o São Paulo - Pentacampeão!

O evento foi encerrado com uma palestra motivacional com uma das maiores autoridades sobre o assunto - Luiz Marins.

Na despedida - Tema da Vitória!

Saímos dali felizes, afinal conhecemos um pouco mais da empresa em que trabalhamos, onde, quando e porque ela começou.

Aprendemos que ética, qualidade e saúde são nossas palavras de ordem!

Conhecemos pessoas apaixonadas pelo que fazem.

Conhecemos também aquelas pessoas que fazem parte do nosso dia a dia, e que só nos falávamos pelo telefone ou spark.

Pessoas...Coxas - Atleticanas - Paranistas - São-paulinas - Vascaínas - Flamengistas - Gremistas e tantos mais, todos orgulhosos de seus times e mais ainda por fazerem parte do GRANDE TIME NEODENT!

Ufa, Obrigado DEUS! vencemos.

2007 já é história...e que bela história construímos juntos.

Então VIVA!

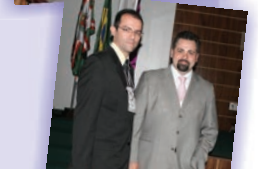
VIVA a Neodent! VIVA nossos times do coração!

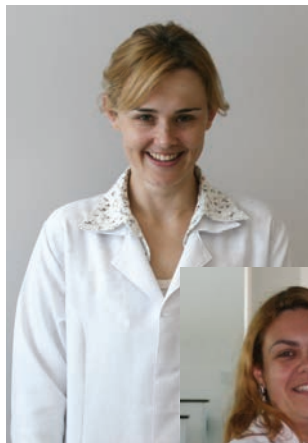
VIVA você! VIVA nossos clientes! Nossas famílias...

VIVA 2008!

VIVA o ano em que nossa empresa completa 15 anos de muito TRABALHO e SUCESSO.

E até a próxima Convenção...





BEM VINDOS!

A família ILAPEO está cada vez maior.
Nosso carinho a Laiz Valgas (Técnica em Microscopia),
a Márcia Manfredim (auxiliar de Clínica) e ao
Gabriel Souren Klocker (Auxiliar de estoque).



PARABÉNS!

Parabéns a todos os nossos alunos,
professores, fornecedores e colaboradores que
completaram mais um ano de vida no último
trimestre (out. - nov. - dez).

Nosso agradecimento especial a todos
que colaboraram com nosso jornal no
ano de 2007, e contamos com vocês nesse
novo ano que se inicia.

Feliz 2008 a todos!
muito trabalho e sucesso.

MURAL DOS CAMPEÕES

No ano do PAN do Brasil
O ILAPEO apresenta seus CAMPEÕES

Os alunos que se formam no ILAPEO, recebem uma medalha e ficam eternizados em nosso painel.
E os mais novos Campeões do CONHECIMENTO são:



Formandos do Curso de Manipulação de Tecidos Moles
- formatura em 22 de outubro de 2007.



Formandos Grupo Internacional (Chile - Venezuela - Equador -
Portugal) - formatura em xx outubro de 2007.



Formandos do Curso de Escultura Dental
- formatura em 10 de novembro de 2007.



Formandos do Curso de Preparo Inicial em Implantodontia
- formatura em 10 de novembro de 2007.



Formandos do VII Credenciamento em Maxilas
Atróficas - formatura em 14 de novembro de 2007.



Formandos do Curso de Estética Avançada
- formatura em 23 de novembro de 2007.



Formandos do Curso de Gestão e Marketing em Odontologia
- formatura em 24 de novembro de 2007.



Formandos do Curso de Prótese Sobre Implante
- formatura em 10 de dezembro de 2007.



Formando do Curso de Cirurgia Avançada
- formatura em 12 de dezembro de 2007.



Formandos do Curso de Ancoragem Ortodôntica
VIII - formatura em 14 de dezembro de 2007.



Formandos do Curso de Prótese Dentária
- formatura em 14 de dezembro de 2007.



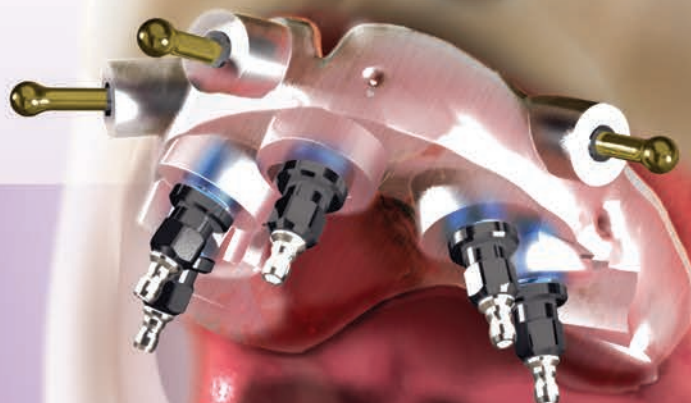
Formandos do Curso Oral Menor
- formatura em 15 de dezembro de 2007.

NEO GUIDE[®]

CIRURGIA GUIADA

Soluções
virtuais para
problemas reais.

- :: Tecnologia Brasileira;
- :: Baixo custo;
- :: Cirurgia sem retalho;
- :: Maior conforto para o paciente;
- :: Implantes com corpo cilíndrico;
- :: Implantes guiados desde o início;
- :: Possibilidade de variar o número de implantes;
- :: Implantes Cone Morse;
- :: Facilidade na instalação do pilar;
- :: Sistema de componentes que permitem um assentamento passivo da prótese;
- :: Prótese pré-fabricada ou não.



0800 707 2526
WWW.NEODENT.COM.BR

Neodent Curitiba: 41 2169.1000
Neodent São Paulo: 11 3088.9495
Neodent Bauru: 14 3227.4518
Neodent Rio de Janeiro: 21 2225.6125
Neodent Belo Horizonte: 31 3227.7762
Neodent Porto Alegre: 51 3395.4143
Neodent Goiânia: 62 3278.4774
Neodent Portugal: ++ (351) 213 574 252

 **NEODENT[®]**

