

JUL - AGO - SET 2008

Confirma!

EQUIPE NEODENT / ILAPEO PROMOVE CONCEITOS INOVADORES NO EXTERIOR!

NESSA EDIÇÃO

- Uso das placas de Reconstrução no Tratamento das Fraturas mandibulares (Pág. 60)

- Passo - a - Passo para a Confeção de Próteses no Sistema NEOGUIDE (Pág 64)

- Bruxismo – Meios Científicos e Clínicos de Diagnóstico e Avaliação (Pág 72)

- DE OLHO NO MERCADO (Pág 76)
NOVIDADE!

- CURSOS 2008 - tenha esse diferencial em seu currículo - Inscrições Abertas! (Pág. 77)

- 10 Mandamentos do SUCESSO em Motivação (Pág. 84)

- Não deixe de conferir as Novidades em DE ONDE VEM (Pág. 84) e ACONTECE (Pág. 85).



Caros leitores,

Esta edição do JILAPEO inicia agradecendo as respostas positivas do nosso mais precioso bem: vocês leitores, que vem nos trazendo um feedback importantíssimo. Saber que nossos leitores estão solicitando cada vez mais exemplares do deste Jornal nos estimula a melhorar a cada número que fechamos. A equipe JILAPEO agradece! De maneira geral, todo o grupo Neodent® se sente muito lisonjeado e feliz em poder contar com a leitura e envio de artigos de caráter técnico - científico de excelente qualidade, como os que estamos recebendo.

Desde que criado pelos chineses, a arte de produzir manuscritos foi se desenvolvendo por todo o mundo. O primeiro grande “boom” veio com a busca pela fé da sociedade europeia no século XV, quando as mensagens de Jesus Cristo passaram a ser distribuídas para a população devido a uma produção mais barata da Bíblia, graças a invenção da tipografia por Gutenberg. Hoje, o mundo globalizado vive a “era da informação”, em que o conhecimento é cada vez mais valorizado, divulgado e transmitido. Em questão de minutos, sabemos a respeito do assunto que foi mais discutido num congresso fora do país. A mídia eletrônica vem mudando completamente o comportamento da sociedade moderna devido a velocidade dos acontecimentos, fato que pode trazer vantagens ou desvantagens. Um livro, que exige do autor muita dedicação, paciência e trabalho, com certeza traz informação mais confiáveis que e-mails que recebemos e repassamos em questão de segundos. O segredo é encontrarmos o meio termo entre agilidade e excelência, de maneira com que possamos nos manter corretamente informados. Hoje, jornais gratuitos são distribuídos diariamente nas grandes cidades com informações interessantes, que nos mantém “antenados” naquilo que é mais atual e importante. O leitor deve buscar o assunto de maior relevância para sua realidade. Essa é uma das missões do JILAPEO: trazer ao cirurgião dentista informação rápida e precisa, com veracidade nos fatos e competência científica.

Neste número, podemos contar com o último “capítulo” da seqüência de artigos que veio discutindo aspectos importantes relacionados a DTM, placas para reconstrução de fraturas mandibulares, passo - a - para confecção da prótese no sistema Neoguide, mais dicas muito bacanas e atuais da equipe do Curso de Gestão e Marketing, e a polêmica envolvida sobre o marketing utilizado por algumas clínicas odontológicas no Brasil. Boa Leitura!

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
Jonathan Emerson Santana
Lucas Sodré
Mary Stella Dias Vitória
Sérgio Rocha Bernardes

Atendimento ao Leitor, Normas de publicação e envio de artigos:
Departamento de Marketing

Rua Jacarezinho, 656 - Mercês - CEP 80710-150 - Curitiba - PR
www.ilapeo.com.br / asantos@ilapeo.com.br / sbernar@ilapeo.com.br



ILAPEO

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE
PESQUISA E ENSINO ODONTOLÓGICO

EQUIPE NEODENT / ILAPEO PROMOVE CONCEITOS INOVADORES NO EXTERIOR!

DESTAQUE



Na foto acima Dr. Alexandre está o Sr. Carlos Orlando Polo, nosso distribuidor na Colômbia e seus colaboradores. Nas fotos acima o Credenciamento Neoguide em Bogotá na Colômbia "Neoimplante", Estiveram presentes 120 doutores para o lançamento da técnica. O Ministrante do curso foi o Dr. Alexandre Molinari juntamente com o Sr. Flávio da Bioparts. O curso aconteceu no último 21 de Junho de 2008. Foi um sucesso absoluto!!



As fotos mostram Dra. Ivete Sartori em Portugal, nas cidades de Algarve e Lisboa, onde ministrou cursos sobre o Sistema Neodent.



Ao lado o PRIMEIRO Neoguide realizado em Portugal, com 6 implantes Cone Morse EX. Na foto da esquerda para direita ANTÔNIO TEIXEIRA - Protético; JOSÉ CARVALHO - Paciente; SILVIA PIRES - Assistente Clínica e o Dr. LUIS PIRES, Médico Dentista, que efetuou a cirurgia, com grande competência e precisão como a técnica exige. A família Neodent deseja sucesso ao Dr. Luis e sua equipe, e agradece pela confiança depositada em nossa empresa.

Podemos nos orgulhar pois temos uma das melhores odontologias do mundo, graças à habilidade e criatividade de nossos profissionais, é com certeza uma satisfação ter Cirurgiões Dentistas em palestras, cursos e eventos importantes nos vários continentes do globo terrestre. Em especial a nossa equipe de consultores Neodent/ILAPEO que vêm transmitindo conhecimentos científicos e trocando informações importantes pelos sete mares.

Só no último semestre podemos ouvir as histórias e nos orgulhar dos Professores que representaram essa grande família em diferentes países. O Prof. Geninho Thomé (presidente do grupo Neodent) esteve presente em Portugal e na Espanha, aliás, Portugal pode contar com mais visitas, a dos Professores Carlos Araújo (consultor neodent) e Ivete Sartori (vice-diretora do ILAPEO). A Colômbia também contou com duas visitas, a da Dra. Flávia Fontão, (radiologista e Professora dos cursos de pós-graduação do ILAPEO) e do Dr. Alexandre Molinari. A visita do Dr. Molinari(consultor Neodent) e do Sr. Flávio Henrique Barbosa Silva, engenheiro da Bioparts (Brasília) foi documentada e podemos ver o tamanho do evento, fazendo um agradecimento especial ao Dr.Molinari por sua dedicação e desempenho representando singularmente o grupo neodent em Bogotá na Colômbia, com imagens nas fotografias abaixo.

Ainda tivemos a presença do Dr. José Guilherme Thomé (consultor Neodent) em Dubai, nos Emirados Árabes, num dos maiores congressos da odontologia mundial deste ano. A Dra. Ana Cláudia Melo(consultora Neodent) esteve no 108º congresso da Academia Americana de Ortodontia, em Denver, nos Estados Unidos da America, aonde ela "trocou conhecimentos" com respeitados profissionais da área de minimplantes. Representando a pesquisa científica brasileira, a Dra. Fernanda Faot (Professora dos cursos de pós-graduação do ILAPEO) foi para o IADR deste ano, que aconteceu em Toronto, Canadá.

Além disso, podemos nos orgulhar da realização da primeira cirurgia com Neoguide do outro lado do Atlântico. O Dr. Luís Pires empregou com grande sucesso a técnica, trazendo um pós-operatório mais tranqüilo para seu paciente em Portugal, efetivando a real exportação de conhecimento para terras estrangeiras.

USO DAS PLACAS DE RECONSTRUÇÃO NO TRATAMENTO DAS FRATURAS MANDIBULARES

Paulo Domingos Ribeiro Junior*
Luis Eduardo Marques Padovan*
Eduardo Sanches Gonçales**

RESUMO

Várias são as formas de tratamento para as fraturas mandibulares, desde o uso de sistemas de osteossínteses maleáveis, que impõe a cicatrização das fraturas através de uma fixação semi-rígida, até aqueles que submetem a cicatrização da fratura por uma total estabilidade. Atualmente, ambos os métodos encontram-se alicerçados para uso em fraturas mandibulares não complexas. Existindo a presença de perda de substância óssea, devido um quadro infeccioso ou traumático, a forma mais adequada de tratamento será através do uso de placas de reconstrução mandibular. O objetivo deste trabalho, é mostrar através de casos clínicos, o atual uso do sistema de reconstrução mandibular, alicerçado no avanço tecnológico para facilitar a sua utilização e execução. Esta abordagem pode minimizar os efeitos indesejáveis deste tipo de tratamento aos nossos pacientes.

Palavras Chaves: Fraturas mandibulares; Traumatologia; Placas ósseas; Fixação interna de fraturas.

INTRODUÇÃO

Estudos mostram que 23% a 42% das fraturas faciais são mandibulares^{1,2}. As causas mais frequentes são: as agressões físicas, acidentes automobilísticos, quedas e acidentes esportivos^{3,4,5}. Atualmente, o tratamento cruento desta injúria é realizado através de osteossínteses com placas e/ou parafusos, podendo ser tratado utilizando uma única miniplaca de fixação, duas miniplacas ou através de uma única placa rígida. No entanto, devido à biomecânica muscular associada a esta região, os tratamentos destas fraturas ainda estão associados a uma alta incidência de complicações⁶.

Vários estudos^{5, 7,8} foram realizados, na tentativa de estabelecer um protocolo adequado e com o mínimo de morbidade para o tratamento das fraturas mandibulares. Hoje se verifica basicamente duas filosofias de tratamento, ambas através de fixação interna⁸. A primeira é através do uso de placas e parafusos calibrosos, que visam fornecer uma rigidez suficiente aos fragmentos impedindo a movimentação óssea durante a função mandibular, chamada de fixação rígida. A segunda, baseia-se no método Champy, que se utiliza de placa pequena maleável geralmente única e não compressiva, com parafuso monocortical e instalada via acesso intra-bucal^{7,9}, chamada também de fixação estável.

Ambas formas de tratamentos mostram-se efetivas^{5,7,8,10}. Porém, quando existem fraturas com perda de substância, fraturas cominutivas, fraturas com pouca altura do tecido ósseo (mandíbula atrófica), fraturas que requerem grande estabilidade quando na presença de pseudoartrose, ou quando existe a falha de outros métodos de osteossíntese, a fixação interna rígida deve ser utilizada. Este tipo de fixação é composto de placas e parafusos calibrosos, que devem ser instalados através de parafusos bicorticais e usualmente via acesso extra bucal. Estes conhecidos como sistemas de placas reconstrutivas.

A placa de reconstrução óssea mandibular é uma placa espessa, resistente, que pode possuir uma extensão suficiente para permitir todo contorno mandibular. Foi principalmente desenvolvida para tratamento de fraturas cominutivas ou com perda de substância mandibular^{11,12}. Assim como este material pode ser utilizado em situações, onde se faz necessário a ressecção mandibular e a posterior ou imediata reconstrução com enxertos ósseos.

Uma grande dificuldade do uso deste sistema de reconstrução, é a adequada adaptação da placa junto ao osso, devido a rigidez do material. Com a introdução dos sistemas chamados de "locking screw/plate", a necessidade da perfeita adaptação da placa junto à estrutura óssea é menor¹³. Isto devido a este sistema contar com uma apreensão do parafuso junto à placa de titânio (Figura 1), impossibilitando desta forma uma compressão da placa contra o osso, minimizando uma tração óssea desvantajosa e/ou compressiva¹⁴.

Inicialmente, este sistema tinha o objetivo de ser utilizado para o tratamento de traumas mandibulares complexos ou reconstruções mandibulares¹³. Os estudos¹³ apresentaram resultados promissores utilizando o sistema locking de reconstrução e para tratamento de perdas ósseas mandibulares e fraturas complexas. A incidência de complicações foi baixa (6,7%), isto foi atribuído ao uso do sistema locking. Autores verificaram índices de complicações menores quando do uso do sistema locking¹⁵, porém, relataram que o uso deste sistema não leva a não ocorrência de complicações.

O objetivo deste trabalho é mostrar através de casos clínicos o atual uso do sistema de reconstrução mandibular, alicerçado no avanço tecnológico facilitando sua utilização e execução.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico I:

Paciente tratado de fraturas mandibulares bilateral há 33 dias. Apresentado com quadro de infecção e instabilidade da osteossíntese realizada com miniplacas do sistema de 2.0mm (Figura 2). Para tratamento, foi eleito a reintervenção cirúrgica com remoção das osteossínteses de 2.0mm (Figura 3, 4) e instalação de placa de reconstrução mandibular de 2.4mm com o sistema locking screw/plate (Neoortho, Curitiba, Basil). Sobre anestesia geral foi removido o sistema de 2.0mm e realizado o debridamento ósseo. Após o bloqueio inter-maxilar esquelético, uma placa de reconstrução locking do sistema de 2.4mm foi instalada via acesso intra-bucal e trans-cutâneo através do uso de trocart (Figura 5, 6, 7). Nos controles pós-operatório o paciente não apresentou alteração da cicatrização (Figura 8).



FIGURA 1: Figura da placa locking mostrando as roscas na cabeça do parafuso e no buraco da placa.



FIGURA 2: Radiografia panorâmica mostrando região de corpo mandibular lado esquerdo com quadro infeccioso e perda de osteossíntese do sistema 2.0mm.



FIGURA 3: Visão da perda da osteossíntese ocasionando instabilidade óssea e quadro infeccioso.



FIGURA 4: Bloqueio inter-maxilar esquelético após debridamento ósseo, previamente adaptação da placa de reconstrução.



FIGURA 5: Espessura da placa de reconstrução (inferior) e template (guia) maleável para facilitar a pré-moldagem da placa.



FIGURA 6: Placa de reconstrução do sistema de 2.4mm locking instalada junto à base mandibular (Empresa Neoortho).



FIGURA 7: Visão do instrumento trans-cutâneo (trocart) para instalação dos parafusos.



FIGURA 8 A e B:



Tomadas radiográficas após 9 meses mostrando a cicatrização óssea.

Caso clínico 2:

O paciente apresentou após remoção do terceiro molar inferior retido do lado esquerdo, fratura mandibular junto à região de ângulo. Após tentativa de tratamento conservador por seu dentista, o paciente desenvolveu após 45 dias infecção mandibular junto à fratura óssea, ocasionando perda severa do tecido ósseo junto a cortical lateral e medial da mandíbula (Figura 9). O plano de tratamento eleito, foi a intervenção cirúrgica para o debridamento ósseo e fixação rígida dos segmentos mandibulares (Figura 10). Para a osteossíntese dos segmentos mandibulares foi eleito o sistema de 2.4mm locking. Após debridamento cirúrgico realizado através de acesso intra-bucal, foi feito o bloqueio inter-maxilar, com odontossínteses e uma placa de reconstrução mandibular locking do sistema de 2.4mm (Neoortho, Curitiba, Basil), que foi instalada via acesso intra-bucal e trans-cutâneo através do uso de trocart (Figura 11, 12, 13). O paciente não apresentou alterações clínicas pós-operatórias, tendo sua cicatrização sem anormalidades (Figura 14).



FIGURAS 9 A e B:

Aspecto radiográfico e tomográfico da fratura mandibular após extração do elemento 48, com quadro infeccioso instalado ocasionando perda do tecido ósseo.



Vestibular



FIGURA 10:
Vista trans-operatória do deslocamento dos segmentos ósseos com perda de substância óssea.



FIGURA 10:
Aspecto do bloqueio inter-maxilar trans-operatório e da placa de reconstrução mandibular do sistema de 2.4mm locking (Empresa Neoortho).



FIGURA 12:
Aspecto do instrumento para acesso trans-cutâneo dos parafusos (trocart).



FIGURAS 13 A e B:



Suturas dos acessos trans-cutâneos e da região intra-bucal, note ausência de grandes incisões.



FIGURA 14:
Tomada radiográfica após 6 meses mostrando adequada cicatrização óssea.

DISCUSSÃO

Apesar dos estudos na literatura, o tratamento de fraturas mandibulares ainda possibilita questionamento sobre o método adequado e menos mórbido de tratamento, principalmente em complicações. O avanço tecnológico, possibilitou o aparecimento de novos métodos de osteossíntese e a alta incidência destas injúrias, contribuindo para estas freqüentes avaliações⁵.

Schierle et al. em 1997 compararam clinicamente o uso de uma ou duas placas na região de ângulo mandibular. Estes autores não verificaram diferenças significantes no pós-operatório entre os dois grupos. Neste mesmo trabalho¹⁰, realizaram um estudo laboratorial para verificar a estabilidade de diferentes osteossínteses, utilizando modelo biomecânico pré-definido¹⁶ e constataram que as mandíbulas tratadas com apenas uma placa mostravam-se menos estáveis, do que aquelas que foram tratadas com duas placas na região vestibular do ângulo mandibular.

Ellis em 1993, verificou o uso das placas de reconstrução mandibular para o tratamento de 54 pacientes portadores de fraturas de ângulo mandibular. Ele constatou um percentual de 7,5% de complicações

infecciosas, sendo este semelhante ou menor a outras formas de tratamento para este tipo de fratura.

As formas de tratamento das fraturas mandibulares nos últimos dez anos foram alvo de extrema discussão¹⁷. Os tratamentos incluem redução fechada ou aberta e fixação não rígida, redução aberta com acesso extra-bucal, osteossíntese através de placas de reconstrução, redução aberta com o uso de parafuso do tipo lag Screw, redução aberta e o uso de duas miniplacas de fixação do sistema de 2.0mm, redução aberta utilizando duas placas de fixação do sistema de 2.4mm, redução aberta com acesso intra-bucal e o uso de miniplacas maleáveis do sistema de 1.5 a 2.0mm não compressivas. Verificam-se entre as formas de tratamento com menor incidência de insucesso ou complicações, é quando uma única placa de reconstrução ou uma única miniplaca não compressiva, é utilizada, principalmente seguindo a filosofia Champy^{8,18,19}. Todavia, o uso de única miniplaca maleável do sistema de 2.0mm, não é habitualmente a forma mais utilizada em situações de complicações das fraturas mandibulares.

Dentre as complicações associadas a este tratamento, a não união, a osteomielite e a pseudoartrose, são aquelas que mais vão acometer as fraturas mandibulares^{20,21,22,23,24}. Estas complicações, geralmente irão acontecer devido à pequena área de contato entre os fragmentos ósseos, por contaminação odontogênica ou não, ou por instabilidade óssea, principalmente devido à perda da osteossíntese. A falha da osteossíntese, irá permitir a movimentação óssea, ocasionando as complicações infecciosas ou não. Além deste fator mecânico, há alguns fatores sistêmicos como por exemplo, a diabetes que facilita a infecção e promove uma dificuldade de cicatrização²³.

Para o tratamento destas complicações a abordagem cirúrgica para o debridamento e uma nova fixação geralmente é a preferida^{6,21,22}. O ideal deste tratamento é que se promova uma fixação extremamente estável, promovendo a rigidez dos fragmentos ósseos, permitindo ao paciente uma adequada nutrição pós-operatória, ou seja, sem uso de bloqueio inter-maxilar e assim há cicatrização da fratura²².

Deste modo, em situações onde complicações infecciosas são verificadas, associadas às fraturas de mandíbula, a melhor forma de tratamento será o uso de placas calibrosas e resistentes, ou seja, placas de reconstrução mandibular.

Contudo, o uso deste método de osteossíntese, está associado à necessidade de uma abordagem cirúrgica mais extensa e uma maior dificuldade de adaptação da placa junto ao tecido ósseo. Comumente, se utiliza para a instalação destas placas um acesso extra-bucal, através de incisões submandibulares. Este acesso, geralmente é necessário para visualizar e facilitar a adaptação da placa de titânio ao osso, e também para que se tenha uma adequada inserção do parafuso à placa, ou seja, de forma perpendicular¹¹.

A abordagem extra-bucal está associada a maiores complicações transitórias e/ou permanentes, como a lesão de vasos e nervos da região; persistindo os danos sensitivos e/ou motores, o edema, a demora da cicatrização e ainda uma cicatriz cutânea, embora na maioria das vezes seja mascarada pelas linhas de expressão facial, não é agradável para o paciente²⁵. Já o acesso intra-bucal para o uso destas placas de reconstrução mandibular, está principalmente associado a uma dificuldade de adaptação do material de osteossíntese, junto a estrutura óssea. Visto que o material é espesso e calibroso, e limita a sua adaptação junto as tortuosidades mandibulares, principalmente quando os segmentos ósseos estão soltos. A sua não adequada adaptação pode ocasionar um torque, ou tracionando segmentos ósseos mandibulares junto à placa de reconstrução e conseqüentemente deslocando a articulação têmporo mandibular e da oclusão, comprometendo a efetividade do tratamento.

Uma possibilidade de inibir estes efeitos dos meios de osteossíntese

de reconstrução mandibular, é utilizar o sistema de placas e parafusos locking. Inicialmente este sistema tinha o objetivo de ser utilizado para o tratamento de traumas mandibulares complexas ou para reconstruções mandibulares¹³. Alguns autores^{13,15} apresentaram resultados promissores utilizando o sistema locking de reconstrução. Muitos cirurgiões iniciaram a utilizar este sistema para tratamento de fraturas mandibulares, relatando vantagens sobre o sistema convencional, diminuindo a dificuldade de adaptação, o tracionamento dos segmentos ósseos, a ocorrência de infecções, alterações oclusais e o torque da articulação têmporo mandibular^{14,26,27}.

O uso do sistema "locking screw/plates" de 2.4mm (Neoortho, Curitiba, Basil), como mostrado nestes casos clínicos, a nosso ver pode ser uma forma viável, para minimizar as desvantagens do uso do sistema de reconstrução em situações de complicações de fraturas mandibulares. Como sabemos, não existirá o tracionamento dos segmentos ósseos pelos parafusos e placas, visto que os parafusos estarão presos à placa óssea. Assim, existe a possibilidade do uso destas placas de reconstrução via acesso intra-bucal com auxílio trans-cutâneo. Esta abordagem minimiza os efeitos indesejáveis dos acessos extra-bucalis, permitindo aos nossos pacientes um tratamento menos mórbido.

REFERÊNCIAS

1. Pape HD, Herzog M, Gerlach K.L. Der Wandel der Unterkieferfrakturversorgung Von 1950-1980 am Beispiel der Kölner Klinik. Dtsch. Zahnärztl. Z 1983; 38: 301-305.
2. Wald RM et al. The transoral treatment of mandibular fractures using noncompression miniplates: a prospective study. Ann Plast Surg 1988; 20: 409-13.
3. Passeri LA, Ellis E, Sinn, D.P. Relationship of substance abuse to complications with mandibular fractures. J Oral Maxillofac Surg 1993; 51: 22-25.
4. Ellis III E, Walker, L.R. Treatment of mandibular angle fractures using two noncompression miniplates. J. Oral Maxillofac. Surg 1994; 52: 10: 1032-36
5. Potter J, Ellis III E. Treatment of mandibular angle fractures with a malleable noncompression miniplates. J Oral Maxillofac. Surg 1999; 57: 288-92.
6. Izuka T et al. Infection after rigid internal fixation of mandibular fractures: a clinical and radiological study. J Oralmaxillofac Surg 1991; 49: 585-89
7. Ellis III E, Walker L.R. Treatment of mandibular angle fractures using one noncompression miniplate. J. Oral Maxillofac. Surg 1996; 54: 7: 864-71.
8. Ellis III E. Treatment methods for fractures of mandibular angle. Int. J. Oral Maxillofac. Surg 1999; 28: 4: 243-52.
9. Michelet FX, Deymes J, Dessus B. Osteosynthesis with miniaturized screwed plates in maxillo-facial surgery. J. Maxillofac. Surg 1973; 1: 79-84.
10. Schierle HP, Schmelzeisen R, Rahn B, Pytlík C. One- or two-plate fixation of mandibular angle fractures? J Cranio Maxillofac Surg 1997; 25: 162-168.
11. Ellis E. Treatment of mandibular angle fractures using the A0 reconstruction plate. J Oral Maxillofac Surg 1993; 51: 250-254.
12. James NW, Dierks EJ, Potter BE. Use of the platysma flap for intraoral coverage of a reconstruction plate in an avulsive shotgun wound. Journal Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 821-823.
13. Herford AS, Ellis E. Use of a locking reconstruction bone plate/screw system for mandibular surgery. J Oral Maxillofac Surg 1998; 56: 1261-1267
14. Ellis III E, Graham J. Use of a 2.0mm locking plate/screw system for mandibular fracture surgery. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60: 642-646.
15. Kirkpatrick D, Gandhi R, Van Sickels J. Infections Associated With Locking reconstruction Plates: A Retrospective Review J Oral Maxillofac Surg 2003; 61: 462-466.
16. Kroon FHM, Mathisson M, Cordey JA, Rahn BA. The use of miniplates in Mandibular Fractures. An In Vitro Study. J Cranio Maxillofac Surg 1991; 19: 199-204.
17. Haug RH, Fattahi TT, Goltz M A Biomechanical Evaluation of Mandibular Angle Fracture Plating Techniques J Oral Maxillofac Surg 2001; 59: 1199-1210.
18. Gear AJL, Apasova E, Schmitz JP, Schuber W. Treatment for Mandibular Angle Fractures. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 655-663.
19. Siddiqui A, Markose G, Moos KF, McMahon J, Ayoub AF One miniplate versus two in the management of mandibular angle fractures: A prospective study Br J Oral Maxillofac Surg 2007; Apr; 45(3): 223-225.
20. Luz JGC, Procópio ASF Pseudoartrose em fratura de mandíbula. Rer Ass Paul Cirurg Dent 1989; 41(1):30-36.
21. Bruce RA, Ellis E. The second Chalmers J. Lions Academy study of fractures of the edentulous mandible. Journal Oral Maxillofac Surg 1993; 51: 904-911.
22. Bruce RA, Strachan DS. Fractures of the edentulous mandible: The Chalmers J. Lions Academy study. Journal Oral Surgery 1976; 34: 973-979.
23. Lühr HG, Reidick T, Merten HA. Results of treatment of fractures of the atrophic edentulous mandible by compression plating. J Oral Maxillofac Surg 1996; 54: 250-254.
24. Moreno J, Ferrández A, Ortiz J; Montalvo J Complication Rates Associated with Different Treatments for Mandibular Fractures. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58: 273-280
25. Schug T, Rodemer H, Neupert W, Dumbach J. Treatment of complex mandibular fractures using titanium mesh. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery 2000; 28: 235-237.
26. Castillo SMV, Gutiérrez S, Cañadas C, Moleon AL, Sánchez D, Laseca EV. Contributions of the 2.0 unilock system to mandibular osteosynthesis. Rev Esp Cirug Oral Maxillofac 2004; 26: 287-296.
27. Chritah A, Lazow SK, Berger JR. Transoral 2.0-mm Locking Miniplate Fixation of Mandibular Fractures Plus 1 Week of Maxillomandibular Fixation: A Prospective Study. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 1737-1741.

*Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela UNESP de Araçatuba, SP, Brasil. Professor das Disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade do Sagrado Coração, Bauru, SP, Brasil.

** Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela PUC-RS e Doutor em Estomatologia pela FOB-Bauru. Professor das Disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade do Sagrado Coração, Bauru, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:
Rua São Gonçalo, 6-73, Apto.24, Vila Universitária - Cep: 17043-170 – Bauru – SP - Brasil
paulodomingos@iocp.com.br; paulodrij@hotmail.com

PASSO - A - PASSO PARA A CONFECÇÃO DE PRÓTESES NO SISTEMA

NEOGUIDE®

Sérgio Rocha Bernardes*
Ana Claudia Melo**
Adercio Buche***
Ivete Aparecida de Mattias Sartori****
Geninho Thomé*****

Uma das inúmeras propostas dos sistemas para cirurgia guiada seria a agilidade para confecção das próteses sobre implantes. O sistema Neoguide (Neodent, Curitiba, Brasil) apresenta algumas soluções interessantes que merecem atenção especial. No caso de próteses parciais ou unitárias, o uso de coroas provisórias em resina acrílica durante o processo de osseointegração seria a solução mais indicada. Isso devido ao período de cicatrização relacionado ao tecido mole, que pode modificar o perfil de emergência da coroa protética depois de finalizado, de uma maneira geral aguarda-se de 3 a 5 meses para começo do trabalho protético. Considerações sobre casos de arcos edentulos totais são particulares e exigem planejamentos diferenciados.

O arco inferior geralmente apresenta menor contração de tecido mole após o período de cicatrização e esse não apresenta tanto problema de ordem funcional. Em consequência disso, a barra metálica pode entrar exposta ou em leve contato com o rebordo e a mucosa oral, facilitando a higiene por dificultar o processo de acúmulo de placa bacteriana e cálculo periimplantar devido a lisura superficial do metal. Já para os arcos superiores, a fonética é uma função que deve ser levada em consideração. Nesses casos, algumas vezes a prótese instalada no dia da carga imediata precisará de pequenas modificações, de uma maneira geral, por volta de 6 meses depois do dia da cirurgia. Neste caso, deve-se acrescentar resina acrílica, deixando o contato da prótese com a mucosa mais efetivo, impedindo o escape de ar. Por isso muitas próteses maxilares devem ser uma prótese com caráter provisório, pois na melhor das hipóteses será realizado apenas um pequeno ajuste. Assim, o contato da prótese com o rebordo remanescente preferencialmente é feito em resina acrílica, permitindo possíveis ajustes futuros. No caso das próteses fixas totais, com dentes em cerâmica, um período de uso de próteses provisórias é muito importante para estabelecimento de um correto perfil de emergência a partir do condicionamento gengival. Para isso, aconselha-se o uso de próteses provisórias em resina acrílica com uma estrutura metálica como reforço mecânico.

A presente descrição de técnica pretende sugerir a equipe de prótese um passo - a - passo para confecção de uma prótese de arco total antes do dia da cirurgia guiada, que irá necessitar de pequenos ajustes logo após a fase cirúrgica, buscando a correta instalação de uma prótese com adaptação passiva. Em virtude disso, Os autores partiram do momento ao qual a técnica Neoguide exigiu do cirurgião dentista a confecção de

um plano de cera aprovado pelo paciente, com os dentes montados em correta dimensão vertical (DV) e relação cêntrica (RC) sobre modelos de gesso articulados em ASA – Articulador semi-ajustável – (1º modelo de gesso e antagonista), um guia tomográfico feito em função da anterior e o guia cirúrgico prototipado pronto depois de seguidos os passos técnicos requisitados para conclusão deste.

1º PASSO

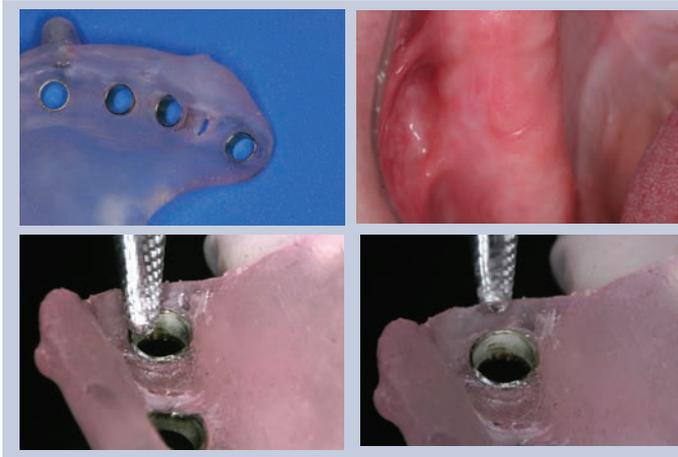
Deve-se construir uma muralha de silicone laboratorial sobre a face vestibular do plano de cera com os dentes montados em Articulador semi-ajustável (ASA), servindo como um registro interoclusal dos modelos de gesso e registro da posição dos dentes aprovada pelo paciente (1ª muralha de silicone).



2º PASSO

É realizada prova intra - oral do guia cirúrgico prototipado com o paciente. Nesta consulta buscam-se pequenos ajustes, o Cirurgião Dentista deve deixar o guia apoiado sobre a mucosa que deverá apresentar isquemia com a coloração homogênea. Devem-se tomar cuidados com as anilhas do guia, algumas vezes é necessário ajuste dessas por entrarem em contato com a mucosa oral, isso normalmente ocorre quando o paciente apresenta uma mucosa oral profunda ou quando os implantes são instalados numa posição mais infra-óssea. Nunca o ajuste pode ser feito na porção oclusal das guias, pois o stop dos montadores

Neoguides são proporcionados sobre essa face ao final da cirurgia. No caso de próteses parciais, o ajuste deve ser realizado primeiramente pelas paredes proximais, depois no fundo de sulcos, é importante que os contatos na ponta de cúspides e incisais se mantenham intactos, pois servem como referência da quantidade de ajuste que o profissional deve proceder, uma vez que essas estruturas entraram em contato com o guia, o ajuste pode ser finalizado.



3º PASSO

O guia cirúrgico prototipado ajustado deve ser adaptado sobre o modelo de gesso utilizado pelo técnico para confecção do plano de cera e guia tomográfico (1º modelo de gesso). Uma vez que o guia cirúrgico está sobre esse modelo, todo o conjunto volta a ser montado em ASA. Agora se deve confeccionar uma segunda muralha de silicone laboratorial, porém essa realiza o registro da posição do ASA em relação ao guia cirúrgico prototipado sobre o 1º modelo de gesso contra o antagonista (2ª muralha de silicone).



4º PASSO

Análogos de intermediários do Minipilar cônico (Neodent) são parafusados nos Posicionadores (Neodent). De acordo com o planejamento protético "virtual", o dentista seleciona a altura de cinta metálica do intermediário. No presente caso, em que se busca confeccionar a prótese antes, a menor cinta protética possível de ser selecionada é a de 2,5 mm. Nesta o profissional não usa nenhuma anilha extra de 1 mm sobre o posicionador, quando forem utilizados componentes de cinta 3,5, deve-se usar uma anilha e se for diagnosticada cinta 4,5, duas anilhas. Tais peças mantêm constante a distância pré-determinada do término do componente com a anilha cirúrgica.



5º PASSO

O conjunto análogo/Posicionador é fixado com resina GC (Patern resin, Japão) sobre a face oclusal do guia prototipado. Depois de tomada presa desta resina, o ápice dos intermediários também são unidos, com a mesma resina.



6º PASSO

Uma vez que os análogos estão unidos em posição, deve-se verter silicone laboratorial simulando a mucosa do paciente (gingiva artificial). É importante que os ápices dos análogos fiquem liberados da gengiva artificial para que, neste momento, seja vazado gesso especial sobre a silicone. Assim, confecciona-se o 2º modelo de gesso, que simula a posição idealmente planejada no software Dentslice (Bioparts, Brasília, Brasil) para instalação dos implantes dentários.



7º PASSO

O 2º modelo deve ser remontado em ASA a partir da 2ª muralha de silicone, que mantém a posição de trabalho estudada inicialmente com o guia prototipado em posição. Este se encontra entre o modelo de gesso e a guia.



8º PASSO

Neste 2º modelo de gesso o técnico irá realizar todo o trabalho de enceramento da futura estrutura metálica sobre os cilindros de latão e calcináveis apropriados que seguem a seqüência de componentes correspondente a técnica da cimentação passiva (Neodent). A 1ª muralha de silicone auxilia o técnico a respeitar a correta espessura para desenho da barra metálica, que deve comportar ainda resina acrílica e os dentes do paciente, os dentes encaixados na muralha servem de guia para esse enceramento.



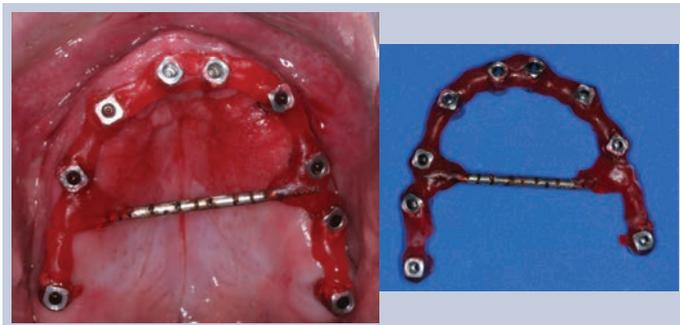
9º PASSO

Realiza-se a fundição e acrilização da barra de acordo com a posição dos dentes planejada anteriormente, sobre o 2º modelo de gesso. Uma vez que a barra é fundida, aconselha-se ao técnico realizar pequenas ranhuras na porção interna do componente que antes era a luva calcinável plástica, com fresas carbide pequenas. Deve-se tomar o cuidado de não atingir o termino da peça. Nessa fase não é indicada a cimentação final dos componentes de titânio.



10º PASSO

Depois que a cirurgia termina, o cirurgião deve parafusar os transferentes quadrados para moldagem aberta (Neodent) sobre os intermediários na boca do paciente, esses devem ser unidos com resina GC. Uma vez polimerizada a resina, remove-se o gabarito da boca.



11º PASSO

A partir da transferência dos componentes o técnico faz uma pequena muralha de gesso com outro jogo de análogos dos intermediários utilizados. Neste gabarito de gesso, deve-se proceder a cimentação da barra protética, se necessário o técnico deve realizar pequenos desgastes internos a estrutura metálica para que esta seja corretamente assentada e adaptada na correta posição. Não é aconselhada a cimentação intra-oral da estrutura metálica, em função da dificuldade para controle da salivagem. Para a cimentação aconselham-se cimentos que polimerizem na ausência de luz, por exemplo: Panavia (Kuraray), Rely X Unicem (3M) e Multilink (Ivoclar).



*Doutorando em Reabilitação Oral pela FORP/USP;
Professor 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).

***Técnico em Prótese;

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

Endereço de correspondência:

Rua Jacarezinho, 656 - Mercês - Curitiba - PR - Cep. 80710-150 - Curitiba - PR
sbernar@ilapeo.com.br

BRUXISMO

MEIOS CIENTÍFICOS E CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO

Fernanda Faot*

Altair Antoninha Del Bel Cury**

Ana Claudia Moreira Melo***

Caio Hermann****

INTRODUÇÃO

O Bruxismo ainda é um tópico polêmico na clínica odontológica e influência na qualidade de vida do indivíduo, especialmente através dos problemas dentários como desgaste dentário, fraturas frequentes de restaurações e queixas de dor na região orofacial.

Vários métodos clínicos têm sido descritos para quantificar clinicamente e cientificamente o bruxismo do sono, variam desde a existência de simples questionários que levam em consideração o auto-relato do paciente, até diagnósticos sofisticados como a Polissonografia.

Segundo Koyano et al. (2008)¹ atualmente não existem métodos definitivos para se avaliar o bruxismo clinicamente, métodos que forneçam diagnósticos razoáveis e validade técnica, desta forma as decisões clínicas terapêuticas e os custos efetivos do tratamento permanecem questionáveis e sem amparo científico.

A seleção da forma de avaliação do bruxismo, irá variar de acordo com o impacto clínico que o mesmo possui sobre o tratamento reabilitador e de acordo com a finalidade de um estudo científico ou epidemiológico. Neste contexto, questionários baseados em respostas, sim e não, tem sido o método mais comumente usado. Exames clínicos e observações de desgaste dentário têm sido rotineiramente utilizados, tanto na clínica como em protocolos de pesquisa. Estes estudos incluem a avaliação de desgastes em aparelhos oclusais², a detecção da força aplicada ao aparelho durante os contatos dentários^{3,4}. Registros da atividade dos músculos mastigatórios através de eletromiógrafos portáteis, são métodos diretos e mais objetivos^{5,6}. Recentemente, aparelhos manuais para mensurar a atividade do bruxismo, por exemplo BiteStrip⁷ e Grindcare foram introduzidos e vem sendo testados com relação a reprodutibilidade de resultados, com a finalidade de se tornarem

meios diagnósticos validados. Por fim a polissonografia realizada em um laboratório do sono, considerada o método mais específico e preciso para avaliar a atividade do Bruxismo⁸.

A parte III desta série de artigos, visa apresentar os métodos descritos pela literatura para avaliar o Bruxismo do sono com a finalidade de proporcionar ao clínico uma visão crítica sobre o tema, permitindo que o mesmo passe a avaliar e acompanhar este perfil de pacientes de forma mais objetiva, praticando uma odontologia baseada em evidências científicas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Os clínicos podem diagnosticar o bruxismo do sono em seus pacientes usando as seguintes características clínicas como um guia⁹:

1. Rangimento de dentes ou sons relatados pelo companheiro de quarto do paciente ou membro da família;
2. Reclamações de desconforto muscular, fadiga, ou rigidez, dores de cabeça ocasionais (ex. músculos temporais);
3. A presença de desgaste dentário (Observar Tabela 1 e Tabela 2);
4. Sensibilidade dentária ao frio ou ao calor (1 ou vários dentes);
5. Hipertrofia muscular;
6. Sons na ATM (estalido) ou travamento articular (ex. redução da amplitude de abertura);
7. Endentação da língua

RELATADOS PELOS PACIENTES DURANTE O SONO:

- Sons de ranger de dentes, usualmente relatado por outra pessoa
 - Possível trauma dentário - (batida) / mioclonia oromandibular
- Ao despertar durante o sono ou pela manhã:
- Desgaste dentário ou bordo incisal lascado
 - Hipertrofia muscular afetando a estética
 - Desconforto muscular (fadiga ou tensão), com ou sem dor
 - Dor de cabeça na região do músculo temporal
 - Rigidez articular, mobilidade reduzida ou dificuldade de mastigar alimentos no café da manhã.
 - Exacerbação pela tensão/estresse diário
 - Dentes hipersensíveis a alimentos frios, líquidos ou ar (algumas vezes ao calor)
 - Falhas freqüentes das restaurações dentárias.

OBSERVADO PELO CLÍNICO:

- Desgaste dental ou fratura, facetas brilhantes nos materiais restauradores
- Hipertrofia muscular do masseter durante o apertamento voluntário (menos importante a nível de temporal)
- Músculo (masseter, temporal, pterigóideo, esternocleidomastoídeo – inserção mastóide – ou rigidez da ATM ou dor a palpação digital
- Edentação da língua
- Personalidade tensa ou paciente hipervigilante (análise subjetiva)
- Observação polisonográfica da atividade muscular dos músculos mastigatórios com sons de rangimento dentário audíveis.

OUTROS:

- Exacerbação de doença periodontal (ainda controverso)
- Redução do fluxo salivar ou xerostomia
- Mordida dos lábios e bochechas
- Ardência na língua com concomitante hábitos orais.

TABELA 1: Características Clínicas do Bruxismo

Desgastes dentários e ruídos por ranger os dentes têm sido objetivamente distinguidos de ruídos orais durante o sono, como ronco, grunhido na garganta, ruídos da língua ou ruídos da ATM devido a movimentos mandibulares¹⁰. A presença de desconforto ou dor muscular ou de ATM é, geralmente, confirmada por palpação digital. O uso de uma escala analógica visual (p. ex. 0 a 100mm sem dor e dor forte nos dois extremos) ou escala numérica (0 a 10) pode ser indicado para classificar os relatos subjetivos dos pacientes⁹. Aproximadamente 1 entre 5 pacientes com bruxismo noturno vão reclamar de dor ao acordar e, ocasionalmente, durante o sono. Por outro lado, pacientes com apertamento diurno relatam dor no final da tarde e período da noite¹¹.

A presença de desgastes dentários representa um desafio para o reconhecimento clínico de bruxismo durante o sono (Tabela 2). A atrição causada pelo bruxismo difere da atrição causada por tratamentos odontológicos (p. ex. desgastes com brocas de coroas, próteses ou pontes), trauma (p. ex. injúrias na prática de esportes, areia abrasiva de ambientes de trabalho) ou de erosão devido a

causas químicas (p. ex. chupar limão, refluxo gastrointestinal, vômito, bulimia). O desgaste dentário pode ser exacerbado pela morfologia craniodentária¹², que se altera com o envelhecimento. Os clínicos devem estar cientes de que observações durante o exame, podem não estar relacionadas com as atividades musculares do momento, já que a freqüência de apertamento dentário normalmente é flutuante¹³. O desgaste também pode estar localizado em um dente, grupo pequeno de dentes ou todo um segmento (p.ex. incisivos inferiores). O padrão de desgaste também pode ser visto dentro da variação de movimentos normais ou em posição excêntrica da mandíbula. Finalmente, apesar de 100% dos pacientes com bruxismo apresentar desgaste dentário, 40% daqueles são assintomáticos¹⁴⁻¹⁵. Dessa forma, o desgaste dentário por si só não pode ser considerado como um diagnóstico definitivo de bruxismo noturno, e os outros fatores mencionados devem ser levados em consideração. Além disso, a sensibilidade dentária a estímulos de temperatura (p.ex. líquido gelado ou ar), também é relatada após períodos de sono de apertamento dentário ou ranger⁹.

Outra característica clínica usada para reconhecer o bruxismo noturno, é a presença de hipertrofia do músculo masséter, que é facilmente reconhecida quando o paciente está voluntariamente apertando os dentes; uma massa uni ou bilateral se projeta na região lateral da face, abaixo do arco zigomático¹⁶⁻¹⁸. Quando o paciente está relaxado, essa massa desaparece. Essa condição precisa ser diferenciada de um inchaço resultante de abscesso periodontal ou trauma devido à extração dos terceiros molares, tumor de glândula parótida, ou bloqueio de ducto de glândula salivar por cálculo, ou do músculo masséter gerando interrupção do fluxo salivar⁹.

ESCALA ORDINAL DE DESGASTES DENTÁRIO

0	Sem desgaste ou presença de facetas (ponto ou área brilhante no dente).
1	Desgastes visível restrito ao esmalte, borda incisal ou ponta de cúspides lascadas
2	Desgastes visível com exposição da dentina e perda de < ou = 1/3 da coroa clínica
3	Perda > 1/3 mas < 2/3 da coroa clínica
4	Perda > ou = a 2/3 da coroa clínica

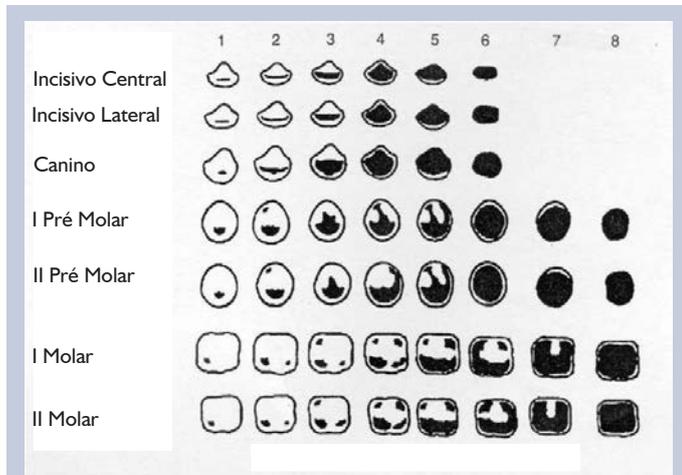
TABELA 2: Escala Ordinal de Desgaste Dentário⁹**AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA**

O diagnóstico clínico do bruxismo é baseado na história do paciente e no exame orofacial. A presença do desgaste dentário pode ser medida de critérios derivados da literatura (Quadro 1).

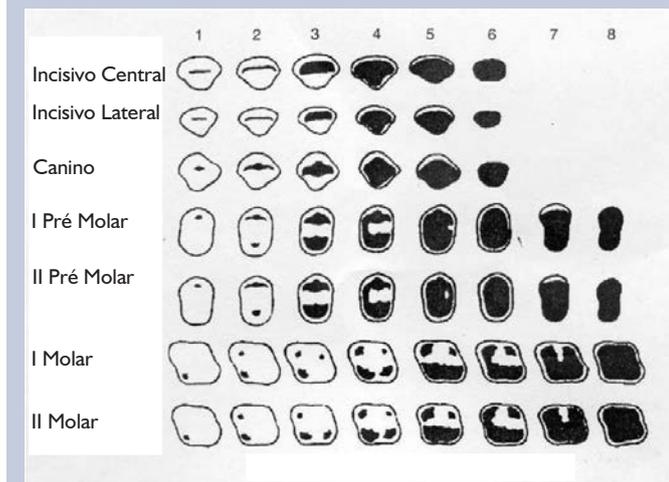
MÉTODOS PARA QUANTIFICAR O BRUXISMO

- Questionários
- Achados Clínicos
 - Exame Clínico
 - Critério diagnóstico do bruxismo do Sono, Academia Americana de Medicina do Sono
 - Uso de critérios de diagnóstico clínico validados
 - Desgaste Dental
- Aparelhos Intra-orais
 - Desgaste do aparelho intra-oral
 - Detecção da força da mordida
- Registro da Atividade Eletromiográfica (AE) do músculos mastigatórios
 - Aparelhos de registro eletromiográfico portáteis
 - Detector e analisador de AE em miniatura - Bite strip
- Polisonografia

Para medir o desgaste dentário devemos secar o dente com jato de ar ou cotonete e usar um espelho com luz reflexiva. O desgaste pode ser monitorado com o passar do tempo, através da impressão dos arcos dentais e analisando visualmente os modelos de desgaste usando modelos de gesso. Estes desgastes podem ser quantificados através de uma escala proposta por Murphy (1959)¹⁹ (Figura 1A-B) ou ainda ranqueados segundo sua severidade e progressão seguindo um sistema de avaliação proposto por Johansson et al. (1993)²⁰ (Quadro 3).



A-Modelo de desgaste dental na maxila.



B - Modelo de desgaste dental na mandíbula

FIGURA 1A e B:

Classificação esquemática do desgaste dental (Murphy, 1959)

SEVERIDADE

- | | |
|---|--|
| 0 | Nenhuma faceta visível de esmalte. Morfologia incisal e oclusal intacta. |
| 1 | Facetas de desgaste marcada no esmalte. Morfologia incisal e oclusal alteradas. |
| 2 | Desgaste na dentina. A dentina exposta na incisal, oclusal ou superfície do dente adjacente. Morfologia incisal e oclusal alterada em forma com redução da altura da coroa. |
| 3 | Desgaste extenso da dentina. Área maior de dentina (>2mm ²) exposta na incisal, oclusal ou superfície do dente adjacente. Morfologia incisal e oclusal totalmente perdida de forma localizada ou generalizada. Perda substancial da altura da coroa. |
| 4 | Desgaste na dentina secundária (verificada por fotografias). |

PROGRESSÃO

- | | |
|---|---|
| 0 | Nenhuma alteração definitiva nas áreas previamente registradas. |
| 1 | Alteração visível, como aumento das áreas de facetas, sem qualquer redução mensurável do comprimento da coroa, morfologia incisal e oclusal alterada em forma comparada com o primeiro exame. |
| 2 | Redução mensurável da coroa em comprimento, < 1mm. |
| 3 | Redução marcada da coroa em comprimento, > 1mm. |

QUADRO 3: Índice de Severidade e Progressão do Bruxismo proposto por Johansson et al. (1993)

Para propostas de pesquisa, microscopia eletrônica de varredura²⁰ (Figura 2) ou análise computadorizada por laser (escaneamento 3D de modelos ou intra-oral) podem ser utilizadas²¹. Outra técnica utilizada é o monitoramento da intensidade do desgaste, usando aparelhos intra-orais como o Bruxcore Plate²⁻²²⁻²³ e o Bruxchecker²⁴⁻²⁵.

O Bruxchecker é um aparelho simples e eficiente para a avaliação do padrão de contatos oclusais no diagnóstico do bruxismo noturno, confeccionado a partir de Lâminas de 0,1 mm de polivinil sob pressão a vácuo (SCEU-DENTAL, Alemanha) pintadas a tinta (Figura 3). A espessura da lâmina é inferior a 0,1 mm após conformada no modelo e através destas, podem ser evidenciados os pontos de contato oclusais e a direção de desgaste durante o bruxismo noturno²⁵ (Figura 3).

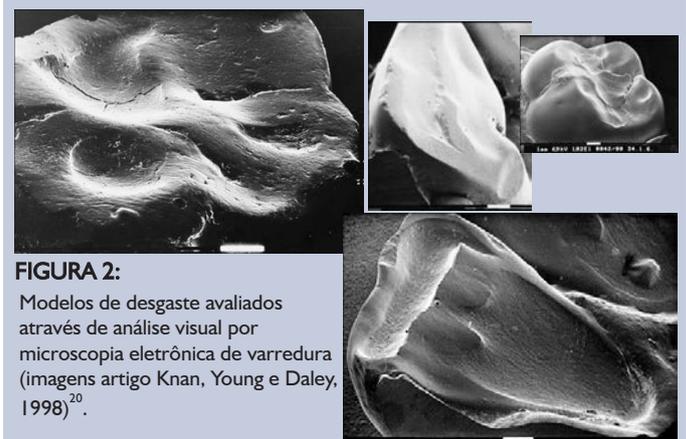


FIGURA 2: Modelos de desgaste avaliados através de análise visual por microscopia eletrônica de varredura (imagens artigo Knan, Young e Daley, 1998)²⁰.

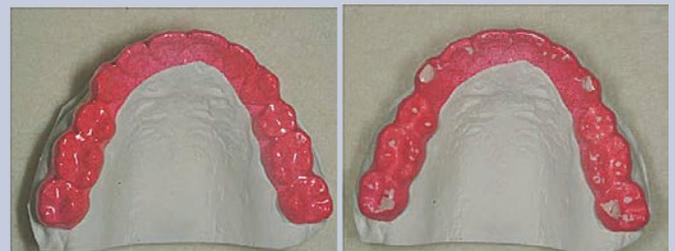


FIGURA 3: Aparelho Bruxchecker.



FIGURA 4: Desgastes demarcados no Bruxchecker após 1 noite de uso.

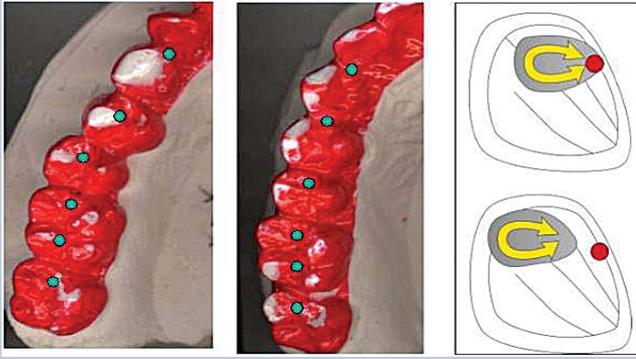


FIGURA 5: Modelo dos movimentos látero-retrusivos durante o bruxismo noturno.

O movimento de desgaste durante o bruxismo é basicamente látero-retrusivo e a mandíbula não se move em direção anterior. Na Figura 5 dois tipos de contatos podem ser observados, um com paradas cêntricas na área de desgaste e outro sem paradas cêntricas na área de desgaste²⁴.

A validade desta medida para a mensuração da frequência do bruxismo do sono, é ainda questionável com relação aos dados do Bruxscore Plate por estes não possuírem uma forte correlação com a atividade muscular, desempenhada durante o bruxismo do sono como monitorado em ambulatórios e consultórios através de eletromiógrafos²⁵. Além disso, segundo Lavigne et al.(2005)⁹ a presença de um aparelho intra-oral pode influenciar o desenvolvimento da atividade eletromiográfica (causando tanto aumento quanto diminuição).

Em complementação Lavigne et al.(2005)⁹ sugere que sejam anotados no arquivo do paciente:

1. Localização do desgaste e severidade
2. A presença ou ausência de hipertrofia do músculo masséter
3. Relato de sensibilidade dental, dor ou rigidez na palpação digital dos músculos e ATM
4. Deslocamento articular máximo (utilize o espaço entre ambos ICS e ICI como ponto de referência)
5. A presença ou ausência de sons articulares usando a palpação pelos dedos (estalidos, crepitação na ATM)

IDENTIFICAÇÃO CLÍNICA DO DESGASTE DENTAL

Para fins de diagnóstico e monitoramento, é preciso determinar para cada paciente o Índice individual de desgaste, Índice referencial de excursões laterais, severidade e progressão. Os índices de desgaste nos casos clínicos expostos seguiram a Tabela I, que descreve um modelo proposto por Lavigne et al. (2005)⁹.



CASO 1: Nível de desgaste tipo I – desgaste restrito ao esmalte e borda incisal. Notar alinhamento das facetas de desgaste durante os movimentos excursivos da mandíbula.



CASO 2: Nível de desgaste 2 – D=desgaste visível com exposição da dentina e perda de < ou = 1/3 da coroa clínica.



CASO 3:

Nível de desgaste 0 nos dentes 13,23,33; Nível de desgaste 1 nos dentes 11,12,21 e 22 acompanhados de pequenas fraturas nos bordos incisais; Nível de desgaste 2 nos dentes 31,32,41,42,43.



CASO 4: Nível de desgaste 3- Perda > 1/3 mas < a 2/3 da coroa clínica; e Níveis de desgaste 4- Perda > ou = a 2/3 da coroa clínica e 4

O diagnóstico da hipertrofia muscular é realizado considerando a idade do paciente e a morfologia dentofacial, tendo excluindo-se qualquer condição não usual ou edema causado por infecção da glândula salivar. Posteriormente solicita-se ao paciente, que realize apertamento dentário o qual induz a massa propulsora em nível de músculo masseter (raramente o temporal). Usando os dedos um escore positivo é dado se o volume de músculo contraído aumenta ao menos em dobro. Para fins de pesquisa científica, régulas calibradas ou medidas obtidas por ultrasonografia, podem também ser usadas embora não tenham sido ainda validadas para o diagnóstico do bruxismo do sono²⁷.

MONITORAMENTO AMBULATORIAL E LABORATÓRIO DE REGISTROS DO SONO

O monitoramento da atividade motora no bruxismo durante o sono é também possível por meio da utilização de outras técnicas, mas seu uso é recomendado apenas naqueles pacientes com desgastes dentários severos ou com outros distúrbios do sono (p.ex. apnéia, epilepsia), ou em ensaios clínicos. Primeiramente registros caseiros de áudio e vídeo (Câmera caseira com luz negra no quarto) podem ajudar a estimar a frequência dos ruídos e deslocamento mandibular. Contudo, na ausência de polissonografia, pode ser muito difícil distinguir os ruídos de ronco, grunhido da garganta, estalido da ATM, movimentos mandibulares como deglutição, ruminação, movimentos típicos de mastigação e mioclonia orofacial⁹.

Em segundo lugar, registros ambulatoriais de eletromiografia podem ser utilizados para monitorar o bruxismo noturno em casa. Entretanto, alguns sistemas permitem apenas um canal para ser usado no monitoramento da atividade eletromiográfica do masseter durante o sono²⁶ (por exemplo Bite Strip) (Figura 6 e 7). Registros multicanais completos (EEG, EMG, ECG, respiração, movimento) com sinais de boa qualidade também estão disponíveis (p.ex. Biosaca, Suécia; Embla, Finlândia).

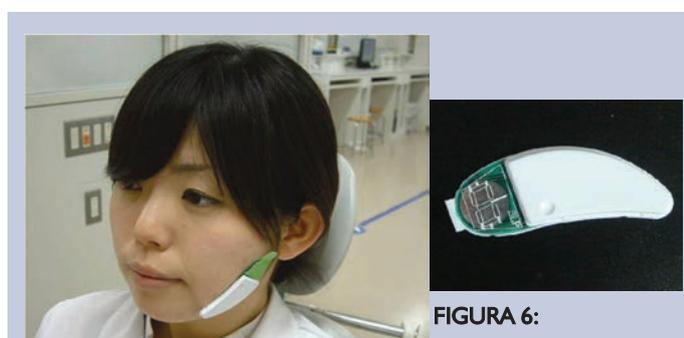


FIGURA 6: Monitoramento da atividade do músculo masséter – BiteStrip.



FIGURA 7: Demonstração da leitura diagnóstica do display do BiteStrip que quantifica o número de episódios de bruxismo durante 4,5 horas de uso noturno.

Apesar do uso de registros ambulatoriais permitirem aos pacientes serem monitorados no ambiente doméstico, eles tem algumas limitações⁹. Na ausência de registros em áudio e vídeo, é difícil avaliar precisamente a especificidade da atividade EMG em relação ao grande espectro de atividades orofaciais que ocorrem durante o sono, tais como, deglutição, tosse, suspiros, bocejos, fala e risos durante a noite. Além disso, aproximadamente 40% das atividades orofaciais classificadas durante o sono (registros poligráficos e audiovisuais), podem não ser específicas do bruxismo no sono¹⁰.

Independente destas limitações, registros ambulatoriais são um complemento valioso para os registros laboratoriais porque permitem o monitoramento, com baixo custo, durante várias noites no ambiente do próprio paciente^{26,28}. O escore algoritmo sugerido para registros ambulatoriais necessita de maior validação por meio de polissonografia laboratorial⁹.

Num laboratório do sono (Um ambiente mais controlado mas decididamente menos natural), registros dos seguintes sinais biológicos frequentemente completam o diagnóstico de bruxismo noturno⁹:

1. Duas leituras EEG
2. Eletro-oculogramas direito e esquerdo
3. EMGs de superfície de ambos os músculos masseter (direito e esquerdo, em canais simples ou alternados) e temporal (opcional, para melhorar a avaliação) para bruxismo noturno, avaliação dos músculos do mento e supra-hiódeos para hipotonia padrão em fase REM do sono, e dos TIBIAIS para determinar PLMS
4. Fluxo nasal aéreo, esforço respiratório (por meio de cinto no peito), e registros em microfone para avaliação de apnéia do sono e ronco
5. Registros em áudio e vídeo para identificar e quantificar as atividades mandibulares e orofaciais (zoom na face)

Esses registros devem ser realizados em ambiente com temperatura controlada, com luz e ruídos mínimos. Antes de dormir, os pacientes devem engolir, tossir, movimentar a mandíbula em abertura e lateralidade, assim como apertar e ranger os dentes para ajudar na classificação e avaliação dos sinais de EMG. Episódios de bruxismo noturno de pelo menos 10 a 20% de contração voluntária máxima enquanto acordado, são classificados em paralelo aos sinais áudio-visuais. Três tipos de eventos de bruxismo noturno são identificados: fásico (rítmico - 03 ou mais rompimentos das contrações musculares na frequência de 01 Hz que variam de 0,25seg a 2 seg), tônico (sustentado - contração posterior maior que 02 seg) ou misto, de acordo com os critérios derivados da literatura²⁹. Se eventos de menos que 0,25 segundos são identificados nos músculos masséter e temporal, estes são classificados como mioclônicos e são separados do bruxismo¹⁰.

A frequência do bruxismo noturno (eventos simples de EMG) é quantificada em episódios por noite e por hora de sono, com ou sem a presença de ruídos ou movimento de pernas. Outro índice de avaliação de bruxismo noturno com duração de horas por sono foi recentemente proposto: duração total de episódio de bruxismo noturno dividido pelo tempo total de sono³⁰. Se forem treinados é possível que indivíduos atinjam alto grau de confiabilidade na classificação da frequência dos eventos, e capacidade moderada de discriminar os tipos de episódios (fásico, tônico ou misto)⁹. Na Figura8 pode-se observar o registro de um episódio de bruxismo durante o exame polissonográfico.

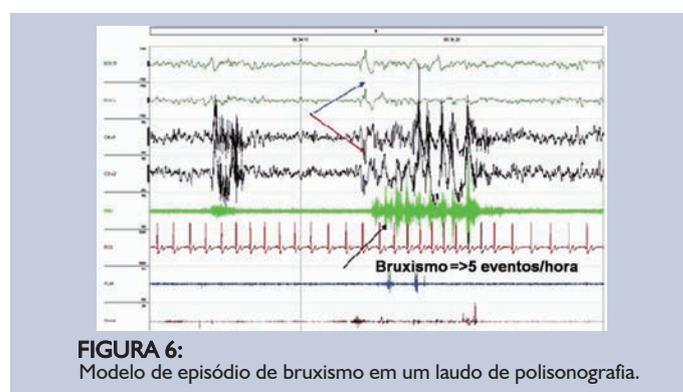


FIGURA 6: Modelo de episódio de bruxismo em um laudo de polissonografia.

Por fim, segundo Koyano et al.¹; uma direção futura para que o bruxismo do sono seja avaliado com segurança e com parâmetros clínicos efetivos, é refinar os itens de questionários e exames clínicos porque eles são mais fáceis de serem aplicados na prática diária. Outra possibilidade seria estabelecer um método que possa mensurar a atividade de bruxismo atual diretamente usando um aparelho que seja aplicado aos pacientes rotineiramente.

REFERÊNCIAS

1. Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R, Kuwata T. Assessment of bruxism in the clinic. *J Oral Rehabil.* 2008 Jul;35(7):495-508.
2. Pierce CJ, Gale EN. Methodological considerations concerning the use of Bruxcore Plates to evaluate nocturnal bruxism. *J Dent Res.* 1989 Jun;68(6):1110-4.
3. Nishigawa K, Bando E, Nakano M. Quantitative study of bite force during sleep associated bruxism. *J Oral Rehabil.* 2001 May;28(5):485-91.
4. Baba K, Clark GT, Watanabe T, Ohyama T. Bruxism force detection by a piezoelectric film-based recording device in sleeping humans. *J Orofac Pain.* 2003 Winter;17(1):58-64.
5. Harada T, Ichiki R, Tsukiyama Y, Koyano K. The effect of oral splint devices on sleep bruxism: a 6-week observation with an ambulatory electromyographic recording device. *J Oral Rehabil.* 2006 Jul;33(7):482-8.
6. Links
7. Haketa T, Baba K, Akishige S, Fueki K, Kino K, Ohyama T. Utility and validity of a new EMG-based bruxism detection system. *Int J Prosthodont.* 2003 Jul-Aug;16(4):422-8.
8. Shochat T, Gavish A, Arons E, Hadas N, Molotsky A, Lavie P, Oksenberg A. Validation of the BiteStrip screener for sleep bruxism. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007 Sep;104(3):e32-9.
9. Lavigne GJ, Rompré PH, Montplaisir JY. Sleep bruxism: validity of clinical research diagnostic criteria in a controlled polysomnographic study. *J Dent Res.* 1996 Jan;75(1):546-52.
10. 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.
11. Lavigne G, Kato T. Usual and unusual orofacial motor activities associated with tooth wear. *Int J Prosthodont.* 2005 Jul-Aug;18(4):291-2.
12. 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.
13. Young DV, Rinchuse DJ, Pierce CJ, Zullo T. The craniofacial morphology of bruxers versus nonbruxers. *Angle Orthod.* 1999 Feb;69(1):14-8.
14. Seligman DA, Pullinger AG. The degree to which dental attrition in modern society is a function of age and of canine contact. *J Orofac Pain.* 1995 Summer;9(3):266-75.
15. Hirsch C, John MT, Lobbezoo F, Setz JM, Schaller HG. Incisal tooth wear and self-reported TMD pain in children and adolescents. *Int J Prosthodont.* 2004 Mar-Apr;17(2):205-10.
16. Pergamalian A, Rudy TE, Zaki HS, Greco CM. The association between wear facets, bruxism, and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent.* 2003 Aug;90(2):194-200.
17. Schindler HJ, Türp JC, Blaser R, Lenz J. Differential activity patterns in the masseter muscle under simulated clenching and grinding forces. *J Oral Rehabil.* 2005 Aug;32(8):552-63.
18. Lavigne GJ, Rompré PH, Poirier G, Huard H, Kato T, Montplaisir JY. Rhythmic masticatory muscle activity during sleep in humans. *J Dent Res.* 2001 Feb;80(2):443-8.
19. Piquero K, Sakurai K. A clinical diagnosis of diurnal (non-sleep) bruxism in denture wearers. *J Oral Rehabil.* 2000 Jun;27(6):473-82.
20. Murphy T. The changing pattern of dentine exposure in human tooth attrition. *Am J Phys Anthropol.* 1959 Sep;17:167-78.
21. Johansson A, Haraldson T, Omar R, Kiliaridis S, Carlsson GE. A system for assessing the severity and progression of occlusal tooth wear. *J Oral Rehabil.* 1993 Mar;20(2):125-31.
22. Khan F, Young WG, Daley TJ. Dental erosion and bruxism. A tooth wear analysis from south east Queensland. *Aust Dent J.* 1998 Apr;43(2):117-27.
23. Haketa T, Baba K, Akishige S, Fueki K, Kino K, Ohyama T. Accuracy and precision of a system for assessing severity of tooth wear. *Int J Prosthodont.* 2004 Sep-Oct;17(5):581-4.
24. Isacsson G, Bodin L, Seldén A, Barregård L. Variability in the quantification of abrasion on the Bruxcore device. *J Orofac Pain.* 1996 Winter;10(4):362-8.
25. Ommerborn MA, Giraki M, Schneider C, Schaefer R, Gotter A, Franz M, Raab WH. A new analyzing method for quantification of abrasion on the Bruxcore device for sleep bruxism diagnosis. *J Orofac Pain.* 2005 Summer;19(3):232-8.
26. Park BK, Tokiwa O, Takezawa Y, Takahashi Y, Sasaguri K, Sato S. Relationship of tooth grinding pattern during sleep bruxism and temporomandibular joint status. *Cranio.* 2008 Jan;26(1):8-15.
27. Onodera K, Kawagoe T, Sasaguri K, Protacio-Quismundo C, Sato S. The use of a bruxchecker in the evaluation of different grinding patterns during sleep bruxism. *Cranio.* 2006 Oct;24(4):292-9.
28. Gallo LM, Lavigne G, Rompré P, Palla S. Reliability of scoring EMG orofacial events: polysomnography compared with ambulatory recordings. *J Sleep Res.* 1997 Dec;6(4):259-63.
29. Bakke M, Thomsen CE, Vilmann A, Soneda K, Farella M, Møller E. Ultrasonographic assessment of the swelling of the human masseter muscle after static and dynamic activity. *Arch Oral Biol.* 1996 Feb;41(2):133-40.
30. Ikeda T, Nishigawa K, Kondo K, Takeuchi H, Clark GT. Criteria for the detection of sleep-associated bruxism in humans. *J Orofac Pain.* 1996 Summer;10(3):270-82.
31. Lavigne GJ, Rompré PH, Montplaisir JY. Sleep bruxism: validity of clinical research diagnostic criteria in a controlled polysomnographic study. *J Dent Res.* 1996 Jan;75(1):546-52.
32. Lobbezoo F, Huddleston Slater JJ. Variation in masticatory muscle activity during subsequent, submaximal clenching efforts. *J Oral Rehabil.* 2002 Jun;29(6):504-9.

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

**Professora Titular da área de Prótese Dental, FOP-Unicamp;

***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 Doutor em Clínica Odontológica - Área Prótese Dental pela FOP-Unicamp;

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

Aproximar você da PERFEIÇÃO.



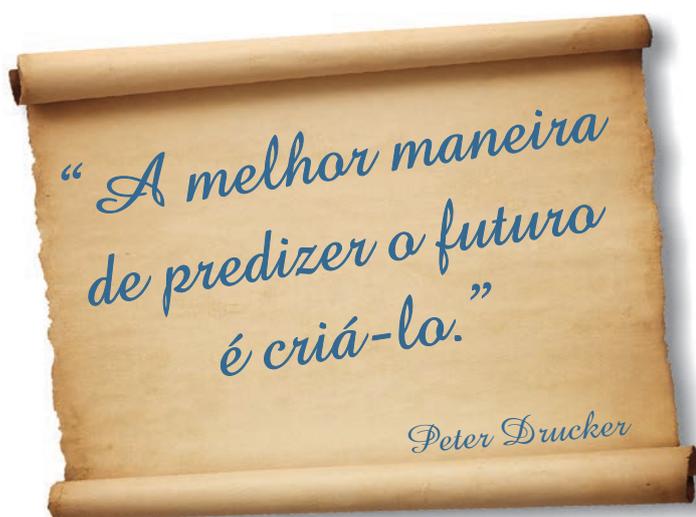
É para isso que existe nossa TECNOLOGIA.

NEOORTHO

MUDANÇAS

PENSAMENTO ESTRATÉGICO E PLANO DE NEGÓCIOS

Flávio Alves Ribeiro*
Rafael Catani Sartori**



CONCEITO DE MUDANÇA

“Mudança significa a passagem de um estado para outro diferente. A mudança implica, perturbação, interrupção, ruptura, dependendo de sua intensidade. A mudança está em toda parte: nas organizações, nas cidades, nos países, nos hábitos das pessoas, nos produtos, nos serviços, no tempo e no clima”.

Este artigo, começa com uma definição gerada de uma consequência do momento em que o mundo de trabalho está passando. Diversos autores têm abordado o tema mudança, e dentre eles Kurt Lewin tem dividido o processo de mudança em três etapas distintas:

01 - Descongelamento do padrão atual de comportamento

02 - Mudança

03 - Recongelamento

Estas três etapas devem ocorrer de forma contínua e basicamente se

caracterizam por de início romper com velhas idéias e padrões “artesanal” de pensamento gerencial, deixando-os de lado. Essa mudança ocorre devido as necessidades da organização e fica claro a influência na sobrevivência da empresa. Na seqüência, ocorre à mudança propriamente dita, ou seja, o momento em que novas idéias e práticas são implantadas, experimentadas e exercitadas. Deve-se trazer para sua vida esta responsabilidade, assumindo o papel de agente de mudança. Aquele que irá conduzir sua equipe para que todos participem, internalizem novos valores e comportamentos definidos pelo processo de mudança. Finalmente o recongelamento fase final de todo o processo, caracterizada pela incorporação definitiva do novo padrão de comportamento da empresa. Passa a ser então, a nova maneira pela qual as pessoas passam a conhecer e realizar seu trabalho.

Parece fácil falar em mudanças e principalmente em suas necessidades, mas de que maneira nós Dentistas e Empresários (não se esqueçam, somos empresários independentemente da amplitude de nosso negócio!) poderemos entender e planejar um processo de mudança? (Para isso é fundamental desenvolver a competência do PENSAMENTO ESTRATÉGICO). Uma forma organizada de buscar soluções para os diversos problemas que surgem tanto em nossas vidas profissionais, como principalmente em nossas vidas pessoais. Caro leitor, se você é do tipo de pessoa que fica sentado e reclama em dos eventuais problemas que ocorrem em sua vida, sugiro uma reflexão sobre dois aspectos: o primeiro é sua incapacidade de antecipar e evitar o aparecimento de um problema. O segundo sua incompetência para enfrentá-los e resolvê-los.

Trazendo este cenário para o setor odontológico, lembro-me de alguns diálogos ociosos criativos com o Mentor e Professor Léo Kriger, na clínica integrada da Universidade Tuiuti do Paraná. Discutimos sobre a atual formação profissional em Saúde e de qual forma podemos agregar algum diferencial competitivo, na formação de nossos alunos. Dentre as inúmeras competências necessárias para a formação mais completa dos dentistas, três delas mereceram um destaque mais diferenciado, por parte dos participantes das Oficinas de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais: LIDERANÇA, ADMINISTRAÇÃO e GESTÃO. Segundo a maioria dos docentes e discentes participantes desta Oficina,

estas competências não tem sido atingidas e principalmente sofrem resistência quanto a suas incorporações na estrutura curricular dos cursos de odontologia. Vários, são os pontos que justificam estas dificuldades, mas podemos de uma forma mais simples resumi-las com o seguinte diagnóstico: RESISTÊNCIA AS MUDANÇAS/ ZONA DE CONFORTO. Isso me deixa de certa forma preocupado, porém, comprometido com a Universidade porque gosto de desafios e sinto que algumas ações corretivas e estratégicas estão sendo implantadas, visando romper com alguns paradigmas da formação tecnicista e convencional aplicada atualmente. Passamos por um momento terrível no começo de 2008, um incêndio que destruiu nossas instalações, mas que, por força da necessidade de mudarmos para um novo local e montamos tudo novamente (no lugar de nos abater emocionalmente), nos possibilitou a oportunidade de nos reposicionar estrategicamente e termos forças para revermos alguns conceitos da cultura organizacional existente anteriormente. Foi um período difícil, onde todos nós, Universidade, Professores, acadêmicos e demais colaboradores, podemos juntos, focados num pensamento positivo e estratégico superar e certamente alavancar alguns conceitos escritos neste artigo.

Segundo Peter Drucker, instituições tradicionais são concebidas para ter continuidade. Com isso, as diversas instituições existentes, sejam elas empresas, universidades, hospitais, quartéis ou igrejas, precisam fazer esforços especiais, sendo receptivas às mudanças. Para Drucker, as instituições existentes consideram a mudança uma contradição, como ponto fundamental num processo de mudança de INFORMAÇÃO, uma ferramenta indispensável quando a mudança não é um mero aperfeiçoamento, mas algo realmente novo.

Neste mercado de novas formas de ação e criação de negócios, surgem os chamados entrantes, aqueles que através de inovações e parcerias estratégicas, oferecem ferramentas de apoio para empreendedores. Como exemplo, posso citar sistemas de franchising como o Grupo Sorrident's (www.sorridents.com.br), uma empresa comandada por um casal de Dentistas, a procura de profissionais na área de odontologia e investidores. Eles fornecem um negócio fruto de um planejamento estratégico bem executado, possibilitando ao flaqueado a redução dos riscos ao entrar no setor de serviços de odontologia.

Para quem já está no mercado, existe um instrumento de avaliação para se colocar no papel, uma idéia a ser explorada gerando uma oportunidade futura, O PLANO DE NEGÓCIOS (PN). No Brasil, o plano de negócios ainda é algo incipiente, mas em países como Canadá, Estados Unidos e no continente europeu esta ferramenta é mais usual, utilizada por empreendedores que pretendem desenvolver um negócio, ou por aqueles que desejam reposicionar suas empresas. Fernando Dolabela, define em seu livro "O Segredo de Luisa" o PN como uma linguagem para se descrever de forma completa (o que é? e o que pretende ser?) uma empresa nos seus primeiros anos de vida, é utilizar o pensamento estratégico visando realizar o empreendimento, com o objetivo de traçar o melhor caminho e conseqüentemente diminuir riscos e incertezas. O plano de negócios é um projeto indispensável para ser apresentado nas instituições financeiras, nos bancos por exemplo, quando solicitamos liberação de recursos, ou seja, empréstimos para viabilizar nosso negócio.

Nossa formação profissional em odontologia, ainda é basicamente focada em qualificações tecnicistas, somos treinados para a execução de atividades intrabucais. Lembro-me do início de minha carreira: peguei meu diploma, me inscrevi no CRO, comprei e montei meu consultório e através do boca a boca formei minha carteira de clientes, isso em 1984 onde o cenário era totalmente diferente do atual. Hoje não se pode mais esperar desta forma, sua empresa poderá morrer antes!. Naquele tempo, nossos pacientes eram na maioria particulares, o que compensava muito a falta de informação extrabucais. Não sabíamos nada de mercado, gestão financeira ou administrativa, leis, ambiente socioeconômico, gestão de pessoas, liderança, formação de equipe, etc. Não sabia que a luva é um custo variável, não sabia o que era depreciação nem retorno de investimento, não entendíamos que para formação do preço de meus serviços, deveria saber calcular dois números importantes: Primeiro, saber de forma precisa os custos operacionais (custo fixo) de meu consultório e de minhas "finanças pessoais", para depois, basicamente dividindo este total pela quantidade de horas oferecidas aos meus clientes, saber meu custo fixo por hora.

Segundo, quanto eu gastava com materiais de consumo por procedimento (custo variável). A formação do preço seria numa forma simples de pensar, somar o custo fixo do tempo para realização da consulta, com o valor referente aos gastos de material para realização do procedimento, mais uma certa porcentagem referente aos impostos (valor sugerido – 15%) no início não será tão simples, mas com a prática vem o hábito. Uma conclusão certamente será tirada: ao contrário do que se fala e infelizmente se pensa, ainda se ensina que os materiais odontológicos não são a maior fatia no preço. O principal componente do preço, está no conhecimento e demais custos fixos para de realizar o serviço. Dando um exemplo prático dentro da implantodontia, não é comprando um implante mais barato, com maior risco de retrabalho, que estrategicamente estaremos tratando a saúde de nossa empresa. Simplificando:

$$\begin{aligned} & \text{PREÇO FINAL} \\ & = \\ & (\text{CUSTO FIXO HORA} \times \text{TEMPO DEDICADO} \\ & \text{AO PROCEDIMENTO}) (A) \\ & + \\ & \text{CUSTO VARIÁVEL DO PROCEDIMENTO} (B) \\ & + \\ & \text{IMPOSTOS (15\% DE A + B)} \end{aligned}$$

Não é objetivo deste artigo mudar a vida profissional de ninguém, mas, apenas "acender um fósforo". Com isso, seguindo uma metodologia bastante simplificada de como se elabora um Plano de Negócios o SEBRAE divide um PN em quatro passos:

01 – ANÁLISE DE MERCADO

Estude seus clientes, seus concorrentes, seus fornecedores e o perfil socioeconômico do local. O número de usuários de planos de saúde tem crescido de forma geométrica, uma nova visão de negócio deve ser avaliada por aqueles que pretendem criar um novo empreendimento.

02 – PLANO DE MARKETING

Defina seu produto, o que você venderá (seu "cardápio" de serviços), estabeleça o preço de seus serviços e onde será sua empresa. Uma das tendências no setor de odontologia e saúde, é oferecer aos clientes várias especialidades dentro de uma mesma clínica. Profissionais e Donos de seu próprio negócio estão formando equipes multidisciplinares, visando aumentar seu portfólio de serviços, compartilhar processos e reduzir os custos operacionais (fixos) de suas empresas.

03 – PLANO OPERACIONAL

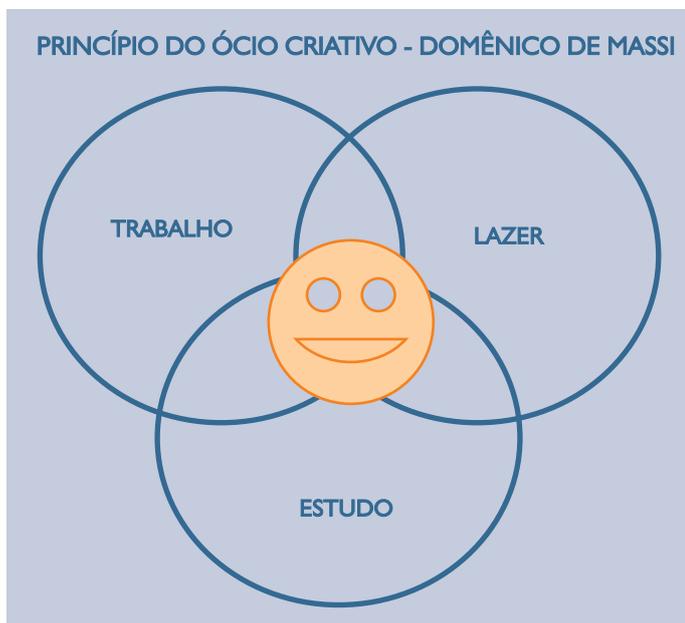
Planeje como será sua empresa (número de salas de atendimento, layout, espaço físico necessário, previsão para ampliação), capacidade instalada (quantas horas você poderá vender seus serviços) e necessidade de recurso humano/pessoal.

04 – PLANO FINANCEIRO

Quanto será necessário investir (investimento em equipamentos, para montar tudo isso e para manter o negócio até sua estabilização e equilíbrio financeiro) e qual sua previsão de faturamento em função de uma projeção inicial de fluxo de clientes. Muitas Dentistas entendem que para se montar seus consultórios e clínicas é necessário apenas o capital para realizar o empreendimento e se esquecem de capital (de giro) fundamental para bancar as despesas durante um determinado período. Um dos maiores problemas para quem monta qualquer empreendimento é a diferença entre uma situação projetada (otimista) e uma situação real de fluxo de clientes.

Voltando para os diálogos com o Professor Léo Kriger, falava sobre ociosidade criativa. Ócio criativo é um conceito criado em 1995, pelo professor italiano Domênico de Masi, titular de Sociologia do Trabalho da Universidade de Sapienza, em Roma. Este conceito aborda a questão da relação homem com seu trabalho. Ao contrário do que parece, não

se trata de uma atitude passiva e contemplativa. Refere-se a uma postura do ser humano diante de três necessidades sociais: TRABALHO, ESTUDO e DIVERSÃO. Sua afirmação baseia-se, em que no mundo pós-industrial prefere-se empresas e pessoas criadoras de condições para ocorrer o encontro destas três necessidades. Quando estamos em nosso trabalho, ao mesmo tempo estamos aprendendo e também nos divertindo, liberamos nossa mente para criar, produzir novas idéias, promover progresso, inventar um mundo novo todos os dias. De forma esquemática:



Portanto, caros leitores, surgem novos desafios gerenciais para quem pretende criar sua empresa prestadora de serviços de odontologia (consultórios e clínicas). É fato que muitos dentistas, hoje bem sucedidos, montaram suas empresas sem saber do que se trata um Plano de Negócios. Porém, também é fato a dificuldade em fazer o negócio dar certo, em função de erros elementares que poderiam ser evitados. Enfim, fica o convite e a provocação para que os diversos temas relacionados à Gestão em Odontologia de forma mais ampla em Saúde, passem a ser mais discutidos por nós professores, profissionais e acadêmicos que escolheram dedicar-se ao bem estar das pessoas e a Saúde em nosso País.

Para uma reflexão até nosso próximo encontro neste jornal pense sobre as seguintes perguntas:

- Como definir seu negócio? O que você vende?
- Como pretende estar profissionalmente daqui a 05 anos?
- Que ações tomar para alcançar este planejamento?
- Quais são os pontos fortes de seu negócio?
- Quais não os pontos fracos de seu negócio?

- Qual é o diferencial competitivo em relação ao concorrente?
- Quais ações tem realizado para manter e ampliar sua carteira de clientes?
- Quantos clientes novos entram em sua empresa por dia?
- Quanto custa sua hora profissional?
- Quantos clientes atender por mês para bancar sua empresa?
- Que produtos ou serviços posso oferecer para meus clientes?
- Você gosta do que faz? Você está feliz?
- Quem é o principal agente de mudança em sua vida?

REFERÊNCIAS

1. Chiavenato, I. Inventando e reinventando as Organizações. In: I. Chiavenato (Ed.). *Administração nos Novos Tempos*. Rio de Janeiro: Campos, 1999. Inventando e reinventando as Organizações, p.134-69
2. Dolabela, F. *O Segredo de Luiza*. Rio de Janeiro: Editora Sextante. 2008. 299 p.
3. Drucker, P. O Líder de Mudanças. In: P. Drucker (Ed.). *Desafios Gerenciais para o Século XXI*. São Paulo: Editora Guazzelli Limitada, 1999. O Líder de Mudanças, p.64-80
4. Lewin, K. *Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science, human relations*, v. I. 1947. 541 p.
5. Masi, D. D. *Ócio Criativo*. Rio de Janeiro: Editora Sextante. 2000. 352 p.
6. Morita, M. C., L. Kriger, et al. Análise dos nós críticos das competências gerais. In: M. C. Morita, L. Kriger, et al (Ed.). *Implantação das diretrizes curriculares nacionais em Odontologia*. Maringá: Dental Press Editora, 2007. Análise dos nós críticos das competências gerais, p.83-146

*Cirurgião-Dentista
MBA Executivo de Gerência em Saúde pela FGV
Professor da Universidade Tuiuti do Paraná
Coordenador do Curso de Gestão e marketing em Odontologia no ILAPEO
Diretor de Negócios na Dentes e Números Consultoria
flavio@dentesenumeros.com
www.dentesenumeros.com

**Administrador de empresas
Professor do Curso de Gestão e marketing em Odontologia no ILAPEO
Diretor de Negócios na Dentes e Números Consultoria
rafael@dentesenumeros.com
www.dentesenumeros.com

Este Conteúdo faz parte do Curso de Extensão e Marketing em Odontologia

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

DE OLHO NO MERCADO

por Eduardo Johnscher

O NOVO MOMENTO da IMPLANTODONTIA EM CURITIBA



Nos próximos meses chegará a Curitiba uma grande rede de clínicas especializada em implantodontia. Essa empresa atua expressivamente na região Sudeste, onde detém grande participação no mercado, causando medo em grande parte dos profissionais “comuns” por praticar preços muito baixos nos seus procedimentos. Sem dúvida, isso seduz os pacientes, e os implantodontistas curitibanos que precisam estar preparados para um novo momento de mercado que iniciará em breve.

Se mantida a estratégia de comunicação utilizada pela empresa em SP e RJ, haverá uma enxurrada de anúncios na televisão, rádio e mídias impressas em geral (contando inclusive com a participação de atores globais nas campanhas), uma política comercial recheada de descontos e condições de pagamento especiais (garantida graças a contratos mais que vantajosos com fornecedores), principalmente no primeiro estágio das operações da rede aqui na cidade. Isso somado ao crescente número de cursos que oferecem subsídios aos pacientes, tende a deixar o mercado de implantodontia em Curitiba mais concorrido e menos lucrativo, já que o preço dos procedimentos em média deve cair.

Num momento de mudanças como o que ocorrerá, é preciso analisar bem o ambiente de marketing que se apresenta, é importante identificar corretamente o que é um problema e o que pode ser uma oportunidade. Por exemplo, a vinda da empresa paulista atrairá mais atenção do público para a colocação

de implantes, o que deve aquecer o mercado local como um todo. Contudo, as classes B e C (público que mais consome bens e serviços no Brasil atualmente) são atendidas por ela, ou seja, grande parte desse novo mercado já tem dono antes mesmo de realmente existir. Concorrer nesse nicho trará sérios problemas para quem não tem um volume significativo de procedimentos, uma vez que para esse público será necessário praticar um preço muito mais baixo. Como a classe A é relativamente pouco expressiva para a quantidade de clínicas que temos e a classe D não tem poderio econômico para colocar implantes, percebe-se que o mercado vai ficar ainda mais competitivo.

A atitude que deve ser tomada pelos proprietários de clínica e profissionais liberais é divulgar a marca, trabalhar a percepção de valor na mente do cliente e sempre garantir a qualidade do serviço que está vendendo. Dessa forma, é possível posicionar a sua empresa e diferenciá-la das demais no mercado, fazendo com que um determinado grupo identifique-se e passe a consumir dela. Tal identidade com o público, porém, não é criada de um dia para o outro, exige meses ou anos de investimento em comunicação e publicidade, ou seja, quem já vinha adotando essa prática está mais tranquilo neste momento, já quem nunca teve essa preocupação terá de criá-la ou ficará para trás.

A implantodontia vive um momento de crescimento no mercado, seja em quantidade de profissionais, seja em quantidade de pacientes e é agora que a diferenciação ficará mais evidente. Poucas clínicas locais têm o mesmo poder de fogo que os novos concorrentes apresentam e não se recomenda brigar com alguém maior que você. Do ponto de vista de marketing, o que pode ser feito é aproveitar o melhor conhecimento do mercado local, e agir com maior exatidão, anunciando em veículos que comuniquem diretamente com o público e cuja estratégia de segmentação seja mais condizente. Somente assim será possível otimizar o investimento dos recursos e aumentar o retorno, fazendo com que sua empresa não fique de fora de um momento importante pelo qual a odontologia de Curitiba irá passar.

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 Titile

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



MESTRADO

Recomendado pela



MESTRADO EM ODONTOLOGIA - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

Implantodontia

Coordenadores:

Prof^ª. Ivete Aparecida de Mattias Sartori

Corpo docente:

Prof. Geninho Thomé - Doutor / Prof^ª. Ivete Sartori - Doutora /
Prof^ª. Daniela Ponzoni - Doutora / Prof^ª. Ana Paula Bassi - Doutora /
Prof. Caio Hermann - Doutor / Prof. Sérgio Bernardes - Doutorando /
Prof^ª. Ana Flávia Sanches Borges - Doutora / Prof^ª. Fernanda Faot -
Doutora.

Natureza do curso: Teórico / Prático / Demonstrativo

Nº de vagas: 12 alunos

Periodicidade: Mensal - Segunda à sexta-feira

Duração do curso: 24 meses

Data prevista para próxima turma: 1º semestre de 2008

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

Linhas de Pesquisa:

I- Pesquisa clínica em Odontologia;
II- Propriedades físicas e biológicas dos materiais aplicados à Odontologia.

ESPECIALIZAÇÃO

Reconhecido pelo MEC

ESPECIALIZAÇÃO EM

Implantodontia

Coordenadores:

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

Corpo docente:

Prof^ª. Rogéria Acedo Vieira - Especialista / Prof. Geninho Thomé - Doutor /
Prof. Edivaldo R. Coro - Especialista / Prof^ª. Ivete Sartori - Doutora /
Prof^ª. Daniela Ponzoni - Doutora / Prof^ª. 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 da Seleção: 12 maio de 2008

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

Data de início do curso: 12 de maio de 2008.

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, Biosegurança 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.

CURSOS

ESPECIALIZAÇÃO EM

2 Periodontia

FIQUE ATENTO!!
as inscrições em breve

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 na Central de atendimento ao Aluno

Crêterios 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 Ortodontia

INÍCIO
24 DE JUNHO

Coordenação:

Prof. Roberto Hideo Shimizu - Doutor

Prof. Marcos André Duarte da Silva – Mestre

Corpo Docente

Prof. Augusto Ricardo Andrighetto - Doutor

Prof^ª. Isabela Almeida Schimizu - Mestre

Prof^ª. Ana Claudia Moreira Melo - Doutora

Prof. Marcos André Duarte da Silva - Mestre

Prof^ª. 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 da Seleção: 30 de maio de 2008

Horário: 07:50

Materiais necessários para realizar a prova: sob consulta

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

Data de início do Curso: 24 de junho de 2008

Conteúdo Programático/ Disciplinas

Teoria Ortodôntica; Documentação Ortodôntica; Cafalometria; Técnica Ortodôntica; Ortodontia Corretiva I e II; Diagnóstico e Planejamento Ortodôntico; Princípios Mecânica e Biomecânica 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.

4 ESPECIALIZAÇÃO EM

Prótese

início

04 DE AGOSTO

Coordenação:

Prof. Ivete Sartori - Doutora

Corpo Docente:

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

Carga Horária: 888 horas

Periodicidade: Quinzenal (segundas e terças-feiras)

Vagas: 12 alunos

Data de Seleção: 19 de maio de 2008

Horário: 9:00

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

Data de Início do curso: 07 julho de 2008

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.

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Demonstrativo

Carga Horária: 200 horas

Periodicidade: Módulos mensais - quartas e quintas-feiras

Vagas: 12 alunos

Data prevista: sob consulta

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.

3 CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM

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 as 22:00); sábados das 8:00h às 18:00h

Vagas: 20 alunos

Data Prevista: sob consulta

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.

APERFEIÇOAMENTO

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM

Implantodontia

início

12 DE AGOSTO

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 Ponzoni - Doutora

Corpo Docente:

Dr. Elvo Pizzato - Mestre
 Equipe ILAPEO

EXTENSÃO

CURSO DE EXTENSÃO EM

Prótese Sobre Implante

início

11 DE AGOSTO

Coordenação:

Dr. Caio Hermann - Doutor
 Dr. Sérgio 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: sob consulta

Conteúdo Programático:

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

CURSO DE EXTENSÃO EM

2 Oral Menor

início

28 DE AGOSTO

Coordenação do Curso:

Dra Daniela Ponzoni - 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 parendodôntica; Cirurgia com finalidade ortodôntica; Acidentes e complicações em cirurgia bucal; Hands'on de sutura; Clínica Cirúrgica.

3 CURSO DE EXTENSÃO EM

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: sob consulta

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.

início
20 DE OUTUBRO

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: sob consulta

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 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

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.

6 CURSO DE EXTENSÃO EM

Gestão e Marketing em Odontologia

Coordenador:

Prof. Flavio Alves Ribeiro – Especialista

Equipe:

Prof. Rafael Cattani Sartori
Prof. Fábio Beraldo,
Prof. Álvaro Mullatti e outros

Periodicidade: quinzenal aos sábados

Carga Horária: 64 horas (8 módulos) + assessoria via EAD

Vagas: 24 alunos

Data Prevista: agosto 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:

O curso é composto por 08 módulos quinzenais entre os meses de agosto e novembro e abordará os seguintes temas: Cenário atual na Odontologia, Gestão Estratégica em Saúde, Finanças Pessoais, IRPF e Planejamento tributário. Gestão de custos para tomada de decisões em Odontologia. Plano de Marketing em Saúde e Sistema de Informação e Marketing. Gestão de Carreira e Ferramentas de Apoio a Carreira. Gestão de Pessoas. Montagem de consultório e linhas de crédito. Negócio Odontológico – Jogo de Negócios (Criação de uma Empresa e simulação de uma ambiente empresarial). Serão apresentados casos por profissionais ligados aos diversos temas abordados pelo curso.

início
16 DE AGOSTO

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: sob consulta

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

início
18 DE AGOSTO

CURSOS

mini-implantes; Técnica cirúrgica de instalação de mini-implantes; Mecânica ortodôntica na utilização dos mini-implantes; Ensaio 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: sob consulta

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.

CRENCIAMENTO

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: 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. Frazzemir 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: sob consulta

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. Frazzemir 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: sob consulta

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

NEOGUIDE

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 Implantodontia 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: sob consulta

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.

1º MÓD. - 04 à 08 de agosto
2º MÓD. - 01 à 05 de setembro
3º MÓD. - 03 à 07 de novembro

CURSO INTENSIVO EM

2 Atualização em Implantodontia Avançado

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: sob consulta

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.

1º MÓD. - 17 à 21 de novembro
2º MÓD. - 30 de março à 03 de abril de 2009

CURSO INTENSIVO DE

3 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

MÓDULO - 13 à 18 de outubro

Duração: 1 módulo de uma semana

Carga Horária: 60 horas

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial

Vagas: 12 alunos

Data Prevista: sob consulta

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.

CURSO INTENSIVO DE

4 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: sob consulta

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.

CURSO INTENSIVO EM

5 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

**19 de setembro de 2008
28 de novembro de 2008**

Duração: 1 módulo de um dia

Carga Horária: 10 horas

Natureza do Curso: Teórico - Laboratorial

Vagas: 24 alunos

Data Prevista: sob consulta

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; Ensaio 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:

Profª. Daniela Ponzoni - Doutora
Profª. Ana Paula Bassi - Doutora

10 à 15 de novembro

Duração: 1 módulo de uma semana

Carga Horária: 40 horas

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial

Vagas: 12 alunos

Datas: sob consulta

Conteúdo Programático

Exodontia simples, por alveolectomia total e parcial, seccionamento, osteoectomia 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 3595-6013
55 + 41 3595-6000

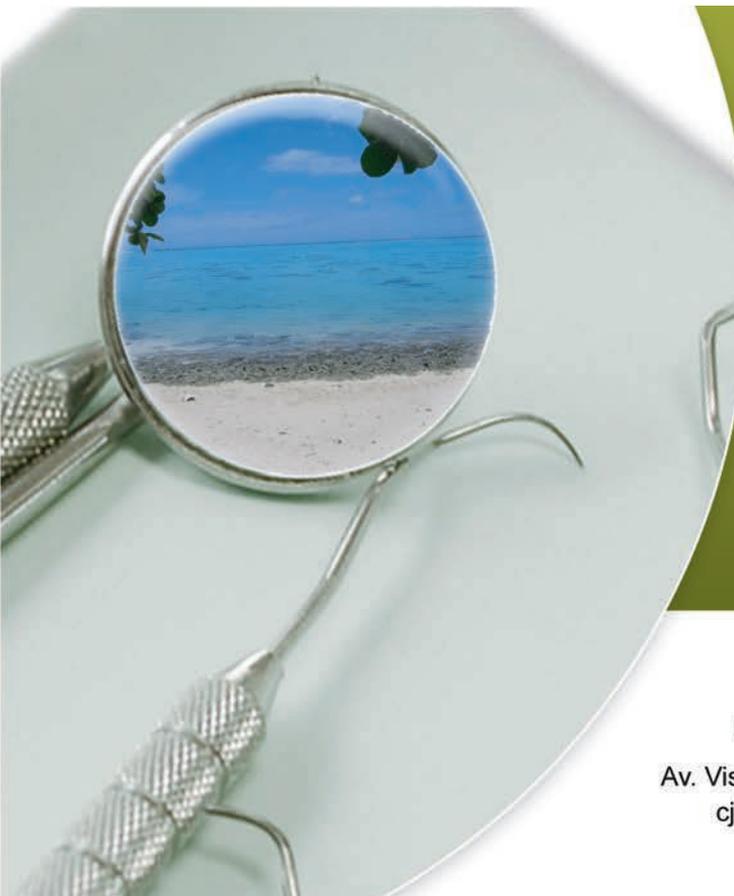
Email: ilapeo@ilapeo.com.br

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.



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



neotur
gestão de viagens

OS 10 MANDAMENTOS DO SUCESSO

MOTIVAÇÃO

I

Sempre diga que hoje é o melhor dia de sua vida; portanto, não o sobrecarregue com lembranças dolorosas do ontem, nem com temores covardes do amanhã. Viva cada dia com entusiasmo e intensidade.

II

Construa você mesmo a sua vida: não permita que opiniões e erros alheios te conduzam ao fracasso.

III

Sempre irradie amor, cordialidade e simpatia... Distribua teus tesouros espirituais, pois, quanto mais você der, mais enriquecerá.

IV

Não ajude esperando receber algo em troca. A maior fonte de energia está em você mesmo; quando aprender a utilizá-la, descobrirá o quanto já é rico e forte.

V

Seja honesto, pontual e exigente com você mesmo. Quem não se disciplina, desperdiça tesouros de energia física e mental, acabando por destruir-se.

VI

Jamais se esqueça de cuidar do corpo e da mente, conservando ambos sadios. Como os males de um se refletirão infalivelmente no outro, os dois merecem, por igual, atenção constante.

VII

Tenha paciência. Jamais duvide da continuidade da vida e de que a vitória pertence aos que sabem esperar o momento certo de agir.

VIII

Fuja da extravagância e do desperdício, pois, afinal, o equilíbrio na vida é um bem inestimável.

IX

Diariamente, faça uma avaliação da sua vida. Veja o que merece, na verdade, sua real atenção e, o que for supérfluo, "elimine de sua vida".

X

Após tomar uma decisão de forma consciente e livre, jamais se afaste dela. Não mude seus objetivos.

SABER QUERER É A BASE PARA VENCER.

Sobre o autor: Gabriel Vitola Zanatta é Investidor da Bolsa de Valores (Bovespa) desde o ano de 2001, cursa Gestão Financeira na Universidade Luterana do Brasil, cursou Jornalismo até o 8º semestre, Diretor Vice-Presidente da Zanatta Participações e Empreendimentos, Sócio Fundador da GWV8 Empreendimentos, Sócio da Corleone Informática, Consultor TOP da Rede Cap Brasil, Presidente do Movimento Grêmio Vencedor, Palestrante e Conferencista de Investimentos, Positivismo e Negócios, você pode ler mais artigos do Gabriel no www.suamente.com.br

BOOKS

"Um mundo de conhecimento e economia a um clique."

www.livrosodonto.com.br
livrosodonto@livrosodonto.com.br

Rua Tenente Francisco Ferreira de Souza, 3636 | Boqueirão - Curitiba - PR - 81670-010
Fones: (41) 3029-8367 - (41) 8412-1897 - (41) 9229-4959



LivrosO.donto.com.br



LivrosO.donto.com.br



LivrosO.donto.com.br

DE ONDE VEM

por Mary Dias

MULHERES

QUE FAZEM A DIFERENÇA!

DRAS. DANIELA PONZONI E ANA PAULA BASSI



O ILAPEO conta com a dedicação de duas docentes, que regularmente viajam de outro estado para compartilhar conosco um pouco de seus conhecimentos, as Dr^{as.} Ana Paula Bassi e Daniela Ponzoni. São duas importantes profissionais que fazem parte do quadro de professores da escola, com participação efetiva nos cursos: Imersão em Maxilas Atróficas; Credenciamento Zigomático; Especialização em Implantodontia e Mestrado. Pelo fato de terem construído suas vidas em outras cidades, elas sacrificam um pouco do convívio diário com seus familiares, para nos trazer suas agradáveis presenças. Tornaram-se peças-chaves em nossos cursos, além de trazer tranquilidade para as clínicas cirúrgicas, exímio conhecimento científico nas aulas teóricas, nos presenteiam com alegria, simpatia e muita disposição, que servem de exemplo para todos os alunos e funcionários da Escola.



MELHORE SUA IMAGEM.

Conheça a Neo Comunicação.

A primeira agência de publicidade especializada em marketing odontológico.

www.neo.com.br

neo
COMUNICAÇÃO



NEOEVENTO

GOIÂNIA - SÃO PAULO - CURITIBA

ACONTECE

por Adriana Santos

São Paulo



Com a preocupação em manter os implantodontistas atualizados com o que existe de mais avançado nesta área, a Neodent realizou nos dias 6, 19 e 20 de julho, nas cidades de Goiânia, São Paulo e Curitiba, respectivamente, o NEOEVENTO, onde os participantes tiveram a oportunidade de conhecer melhor o Neoguide - a técnica cirúrgica guiada mais moderna e precisa da atualidade.

Além da preocupação científica a Neodent também se preocupa com a sociedade brasileira, justamente para obter uma melhora na saúde todos.

No evento de Goiânia, participaram em média 150 pessoas o ingresso para o evento foi 1 KG de alimento não perecível, para serem doados a instituições de caridade;

Em São Paulo as 600 pessoas participantes doaram uma lata de leite em pó;

Já em Curitiba foi realizada uma parceria com a Prefeitura, no projeto "DOE CALOR" da (FAS) Fundação de Ação Social, cada participante doou um cobertor, 250 cobertores foram arrecadados.

O Neoevento é um evento focado na Técnica Neoguide, onde é apresentada uma cirurgia ao vivo e todos participam, simultaneamente fazendo perguntas e esclarecendo dúvidas referentes a técnica ao Dr. Geninho Thomé e Equipe.

Eventos como esse estão sendo agendados no Brasil e no exterior, informe-se pelo site www.neodent.com.br e participe conosco dos próximos Neoeventos.

Goiânia



Curitiba





Confraternização de Primeiro de Maio

Festa do Trabalhador

Para a família Neodent o dia 1º de Maio não é dia de ficar em casa, é dia de muita diversão! A MOTIVAÇÃO iniciou o dia, e ficou por conta do palestrante Augusto Gomes, ele deu um chega pra lá no baixo altral, ninguém ficou um minuto sequer sem soltar uma gargalhada. Logo após, hora de esticar os músculos com a nova empresa de ginástica laboral. Em seguida foi servido um delicioso almoço, também teve massagem, palestras, truco, xadrez... a Banda Anauê que fez a festa com galera! E no final do dia o momento tão esperado - OS SORTEIOS, teve gente até usando a lei da atração pra conseguir um dos prêmios oferecidos!

E olha que deu certo...
O dia foi de fato incrível!



NOVA FÁBRICA NEODENT

Inovação, Tecnologia e Modernidade, juntos em um mega espaço. A nova Fábrica Neodent já está em funcionamento parcial, a inauguração está prevista para este ano ainda, e será a maior e mais tecnológica fábrica do mundo, confeccionando aos profissionais dentistas as melhores ferramentas de trabalho com a competência e excelência que só a NEODENT tem a oferecer.

SEMANA ACADÊMICA - PUC - PR

Agradecemos, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná pelo convite para participarmos de mais uma semana Acadêmica.

Os alunos que participaram puderam assistir uma cirurgia guiada, uma técnica sem retalho - Neoguide.

O ILAPEO e a NEODENT acreditam e investem na formação de novos profissionais na odontologia.

Na foto acima Dra. Ivete Sartori e o Dr. José Renato de Souza recebem seus certificados do evento.



BEM VINDOS!

A família ILAPEO está cada vez maior, nosso carinho aos que chegaram neste último trimestre. Egon - TH, Lucas - Marketing e Meire - Clínica. Sejam bem vindos!

PARABÉNS!

Parabéns a todas as Mães e também aos namorados pelo seus dias!

Também parabenizamos a todos os nossos alunos, professores, fornecedores e colaboradores que completaram mais um ano de vida no último trimestre (abr - mai - jun).





VISITA TÉCNICA

O DEACI - Departamento de Apoio aos Cursos da NEODENT está muito feliz por atingir a marca de 50 Visitas Técnicas, tendo trazido à Curitiba mais 3500 profissionais da odontologia nacional. São cursos parceiros de todo país, que vêem a nossa cidade para um dia muito especial, que contém em seu cronograma cirurgias demonstrativas, visita à Fábrica Neodent, aulas com os professores da EQUIPE ILAPEO e um delicioso almoço em Santa Felicidade. Nosso muito obrigada a todos os coordenadores, professores e alunos que já passaram por aqui.



Nas fotos os grupos de número 48º, 49º e 50º, com participantes dos seguintes estados: São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco, Santa Catarina e Paraná. Nosso carinho a todos vocês! e deixamos o nosso convite para que voltem sempre, afinal vocês fazem parte dessa família.

MURAL DO CONHECIMENTO

Nosso agradecimento especial a todos os alunos que passam pelo ILAPEO e colocam em seus currículos esse diferencial.



Formandos do Curso Intensivo de Carga Imediata. 15 a 19 de Abril de 2008.



Formandos do Curso do Intensivo de Implantodontia Avançada. Abril de 2008.



Formandos do Curso em Escultura dental com resinas compostas. 03 de Maio de 2008



Formandos do Curso do Intensivo de Implantodontia Básico. 16 de Maio de 2008.



Formandos do Curso em Escultura dental com resinas compostas. 03 de Maio de 2008



Formandos do Curso de Manipulação de Tecidos Moles. 19 de Maio de 2008.



Formandos do IX Credenciamento em Maxilas Atróficas - 14 de junho de 2008.



Formandos do Aperfeiçoamento em Implantodontia. 16 de Junho de 2008



Formandos do Credenciamento de Maxilas Atróficas de Goiânia. 4 e 5 de julho de 2008.



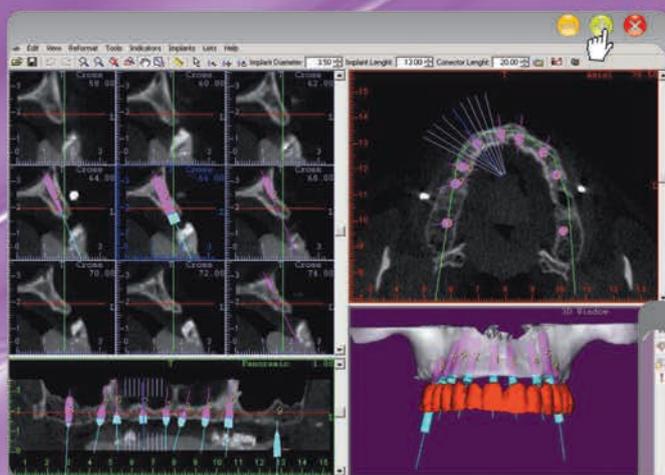
Formandos do Curso Intensivo Ancoragem Ortodôntica. 27 de Junho de 2008.



Formandos do Curso Gestão e Marketing em Odontologia. 28 de Junho de 2008.

VÁ ALÉM DA IMAGINAÇÃO.

Com o Neoguide você antecipa os resultados.



O Neoguide é uma técnica de cirurgia guiada que possibilita procedimentos com maior precisão e sem retalhos. A técnica garante um pós operatório sem edema e sem dor ao paciente, otimização do tempo de instalação do implante e utiliza um software gratuito fornecido pela Bioparts.

- ▶ Entre em contato conosco através do 0800 707 2526 e informe-se sobre o credenciamento mais próximo de você.

NEOGUIDE[®]
CIRURGIA GUIADA

www.neodent.com.br

NEODENT[®]
A melhor forma de unir.