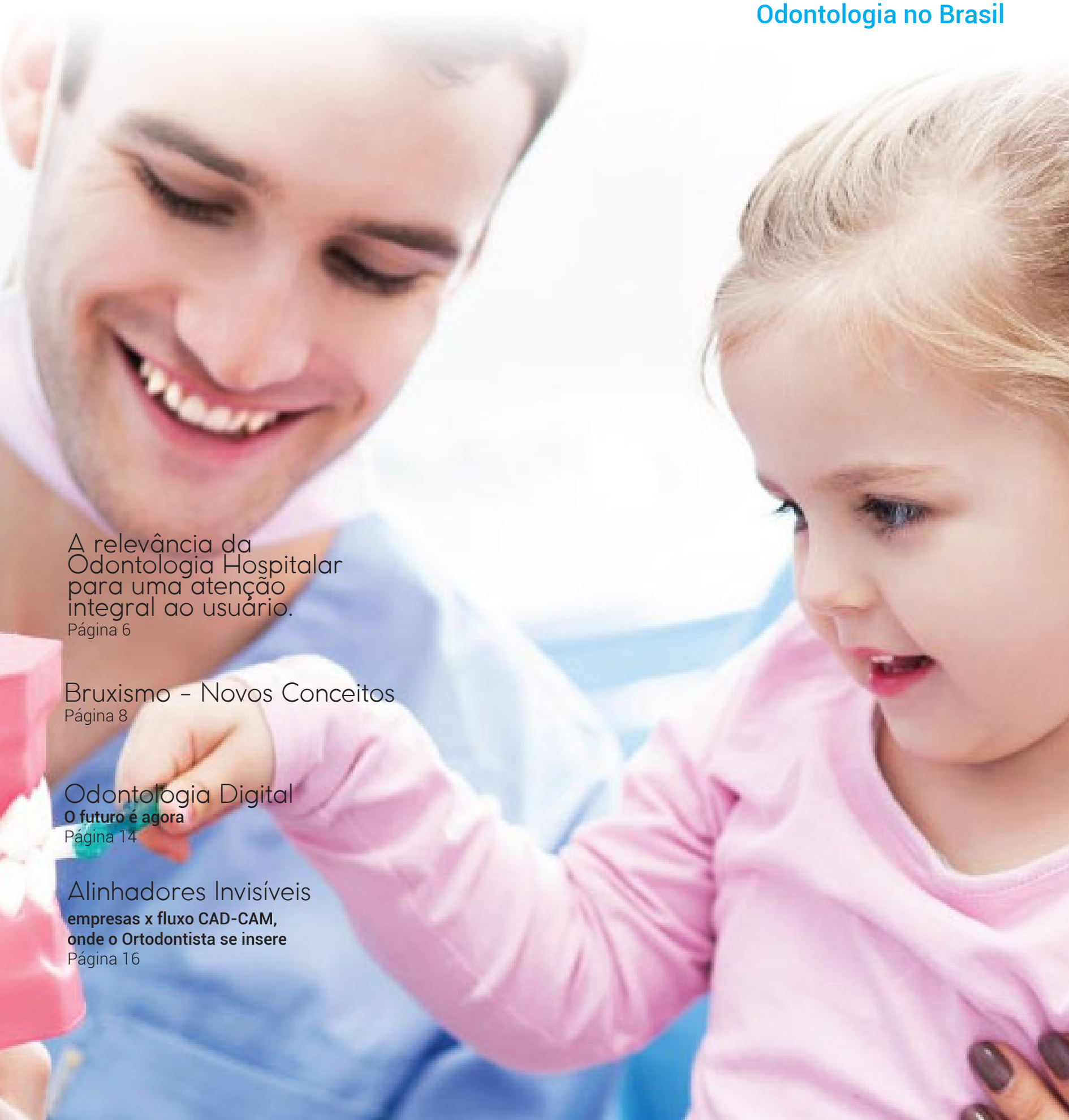
JORNAL DA ABO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA

Publicação da Associação Brasileira de Odontologia
Distribuição gratuita
www.abo.org.br

Edição 168

25 de Outubro Dia do Dentista

135 anos dos cursos de Odontologia no Brasil



A relevância da Odontologia Hospitalar para uma atenção integral ao usuário.
Página 6

Bruxismo - Novos Conceitos
Página 8

Odontologia Digital
O futuro é agora
Página 14

Alinhadores Invisíveis
empresas x fluxo CAD-CAM, onde o Ortodontista se insere
Página 16

Editorial

Mas do que tudo, este editorial tem o prazer de iniciar parabenizando os dentistas pelo seu dia. Dia 25 de outubro é o dia do Cirurgião Dentista Brasileiro. Data escolhida, pois, no dia 25 de outubro de 1884, o Decreto de Lei nº 9.311, criou os primeiros cursos de graduação em Odontologia no Brasil, nos estados da Bahia e Rio de Janeiro.

Foi um marco para a Odontologia, e desde então seu crescimento e desenvolvimento não pararam. A Odontologia Nacional é reconhecida mundialmente com uma das mais atuantes e cientificamente preparadas. Nossos antigos profissionais iniciaram a trajetória e os jovens recém-formados estão a todo vapor aprimorando seus conhecimentos, e em pouco tempo ministrarão cursos do mais alto gabarito, não apenas no Brasil, mas em todos os maiores Congressos Internacionais.

Esta edição traz com orgulho sua homenagem a todos os Dentistas Brasileiros.

Abordamos nesta edição do jornal da ABO, temas como Odontologia Hospitalar, Odontogeriatria, Odontologia Digital e o memorável trabalho que é realizado pelo STB, Um Sorriso do Tamanho do Brasil.
Algumas informações sobre o CIOGO 2019, realizado pela ABO de Goiás, que está de parabéns por tão grande trabalho.

Não podemos esquecer de matérias com conteúdos científicos bem interessantes como a matéria sobre Bruxismo que faz parte do Espaço Científico e a matéria sobre Alinhadores, que esclarece muitas dúvidas aos Ortodontistas.

Enfim, ao final do Jornal , publicamos a matéria sobre os 80 anos da empresa DFL, e a conquista do selo ABO em quatro famílias de produtos.

Aliás, o Selo ABO tem sido amplamente divulgado junto a área científica das empresas e indústrias odontológicas, pois testificam a qualidade dos produtos que são usados pelo dentista e que beneficia o consumidor final.

Em tempos de alta competitividade no mercado, o que cria o diferencial, não é o preço, mas sim a qualidade dos produtos. Importa a quem consome, ter um produto que seja atestado pela entidade da ABO, que possui tradição e confiabilidade.
Desejo que tenham uma ótima leitura!

Dr. Paulo Murilo Fontoura
Presidente da ABO Nacional

Endereços

Acre
Presidente: DRA. WÂNIA PATRÍCIA TOJAL DA SILVA
End.: Rua presbiteriana, 185 - Universitário III - Rio Branco/AC
CEP: 69.917-744
E-mail: wtojal@hotmail.com

Alagoas
Presidente: DR. THIAGO GUSMÃO MURITIBA
End.: Av. Roberto Mascarenhas de Brito, s/n - Maceió/AL
CEP: 57035-851
Site: www.aboal.org.br
E-mail: secretaria.aboal@hotmail.com
Tel.: (82) 3235-1008 / 3235-1409

Amapá
Presidente: DR. ALEXANDRE VILHENA GÓES
End.: Av. Maria Quitéria, 282 - Macapá/AP
CEP: 68900-280
E-mail: aboap@hotmail.com
Tel.: (96) 3242-9300

Amazonas
Presidente: DR. ALBERTO TADEU DO N. BORGES
End.: Rua Maceió, 861 - Manaus/AM
CEP: 69057-010
E-mail: faculdadedoamazonas@gmail.com
Tel.: (92) 3584-6068 / 3584-6066

Bahia
Presidente: DRA. MARIA ANGÉLICA BEHRENS PINTO
End.: Rua Altino Serbeto de Barros, 138 - Salvador/BA
CEP: 41830-492
Site: www.abo-ba.org.br
E-mail da presidente: presidente.ba@abo.org.br
E-mail: secretaria@abo-ba.org.br
Tel.: (71) 2203-4066 / 4047 Fax: (71) 2203-4055

Ceará
Presidente: DR. JOSÉ BONIFÁCIO DE S. NETO
End.: Rua Gonçalves Ledo, 1630 - Fortaleza/CE
CEP: 60110-261
Site: www.abo-ce.org.br
E-mail do presidente: presidencia@abo-ce.org.br
E-mail: abo@abo-ce.org.br
Tel.: (85) 3311-6666

Distrito Federal
Presidente: LUCIANA FREITAS BEZERRA
End.: SGAS Quadra 616 lote 115 - L2 Sul, 85 - Brasília/DF
CEP: 70200-760
Site: www.abo-df.org.br
E-mail: tesouraria@abo-df.org.br
Tel.: (61) 3445-4800 Fax: (61) 3445-4848

Espírito Santo
Presidente: DRA. TEREZA JACY DA S. A. INTRA
End.: Rua Henrique Rato, 40 - Serra/ES
CEP: 29160-812
Site: www.aboes.org.br
E-mail: presidencia@aboes.org.br
Tel.: (27) 3395-1460

Goiás
Presidente: DR. ALESSANDRO MOREIRA FREIRE
End.: Av. Itália, 1184 - Quadra 23 - Lotes 8/9 - Goiânia/GO
CEP: 74325-110
Site: www.abogoias.org.br
E-mail: ca@abogoias.org.br
Tel.: (62) 3236-3100 Fax: (62) 3236-3126

Maranhão
Presidente: DR. ANTUNES FREDERICO FERNANDES
End.: Av. Ana Jansen, 73 - São Luís/MA
CEP: 65076-730
E-mail: aboma4@hotmail.com
Tel.: (98) 3227-1719

Mato Grosso
Presidente: DR. MAURICIO MARCELO HARLOS
End.: Rua Padre Remeter, 170 - Cuiabá/MT
CEP: 78008-150
Site: www.aboal.org.br
E-mail do presidente: presidente.mt@abo.org.br
Tel.: (65) 3623-9897 Cel.: (65) 9225-2580

Mato Grosso do Sul
Presidente: DR. DANIEL BORGES
End.: Rua da Liberdade, 836 - Campo Grande/MS
CEP: 79004-150
Site: www.aboms.org.br
E-mail do presidente: presidencia@aboms.org.br
E-mail: gerencia@aboms.org.br
Tel.: (67) 3383-3842

Minas Gerais
Presidente: DR. CARLOS AUGUSTO JAYME MACHADO
End.: Rua Tenente Renato César, 106 - Belo Horizonte/MG
CEP: 30380-110
Site: www.abomg.org.br
E-mail do presidente: cajayme.m@gmail.com
E-mail: abomg@abomg.org.br
Tel.: (31) 3298-1800

Paraíba
Presidente: DR. GUSTAVO GOMES AGRIPINO
End.: Av. Rui Barbosa, 38 - João Pessoa/PB
CEP: 58040-490
Site: www.abopb.com
E-mail do presidente: presidente.pb@abo.org.br
E-mail: contato@abopb.org.br
Tel.: (83) 3224-7100 / 3243-3487

Paraná
Presidente: DR. DALTON LUIZ BITTENCOURT
End.: Rua Dias Rocha Filho, 625 - Curitiba/PR
CEP: 80045-257
Site: www.abopr.org.br
E-mail: dir_secretaria@abopr.com.br
Tel.: (41) 3028-5800 / 3028-5839

Pará
Presidente: DR. CARLOS MARCELO LUCAS FOLHA
End.: Av. Marquês de Herval, 2298 - Belém/PA
CEP: 66080-350
Site: www.abopa.org.br
E-mail: abo@abopa.org.br
Tel.: (91) 3277-3212 / 3276-3682 / 3276-0500

Pernambuco
Presidente: DR. ROGÉRIO DUBOSSELARD ZIMMERMANN
End.: Rua Dois Irmãos, 165 - Recife/PE
CEP: 52071-440
Site: www.abo-pe.org
E-mail do presidente: secretariascdp@abo-pe.org
Tel.: (81) 3441-0678 / 3266-2862 / 3267-2748 / 3442-8141

Piauí
Presidente: DR. ANTONIO FRANCISCO M. TORRES
End.: Rua Dr. Arêa Leão, 545 - Sul CP 280 - Teresina/PI
CEP: 64001-310
E-mail do presidente: af_torres@uol.com.br
E-mail: abopi@uol.com.br
Tel.: (86) 3221-9374 / 3221-4647

Rio de Janeiro
Presidente: DR. IVAN DO AMARAL PEREIRA
End.: Rua Barão de Sertório, 75 - Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20261-050
Site: www.aborj.org.br
E-mail do presidente: presidência@aborj.org.br
E-mail: aborj@aborj.org.br
Tel.: (21) 2504-0002

Rio Grande do Norte
Presidente: DR. HARRISON DE ALMEIDA DANTAS
End.: Av. Jaguarari, 2791 - Natal/RN
CEP: 59064-500
Site: www.aborn.org.br
E-mail do presidente: harrisondantas@hotmail.com
Tel.: (84) 3222-3812 / 3202-9431

Rio Grande do Sul
Presidente: DRA. LINA EDA MARTINELLI S. DE LIMA
End.: Rua Furriel Luiz Antonio de Vargas, 134 - Porto Alegre/RS
CEP: 90470-130
Site: www.abors.org.br
E-mail da presidente: administrativo@abors.org.br
Tel.: (51) 3330-8866

Rondônia
Presidente: DR. ANTONIO CARLOS POLITANO
End.: Rua Senador Álvaro Maia, 3471 - Porto Velho/RO
CEP: 76820-860
Site: www.abo-ro.com.br
E-mail: financeiroabo@hotmail.com
Tel.: (69) 3221-5655

Roraima
Presidente: DRA. GALBANIA POLICARPO DE SÁ
End.: Rua Barão do Rio Branco, 1309 - Boa Vista/RR
CEP: 69301-130
Site: www.abopb.com
E-mail da presidente: galbania.policarpo@hotmail.com
Tel.: (95) 3224-0897 / 98111-0424

Santa Catarina
Presidente: DR. LESSANDRO KIELING
End.: Rua Professora Sofia Quint de Souza, 586 - Florianópolis/SC
CEP: 88085-040
Site: www.abosc.com.br
E-mail: uniabo@abosc.com.br
Tel.: (48) 3248-7101

São Paulo
Presidente: DR. MÁRIO CAPPELLETTE JUNIOR
End.: Rua Olavo Egídio, 154 - 1 andar - São paulo/SP
CEP: 02037-000
Site: www.abosp.org.br
E-mail: abo@abosp.org.br
Tel.: (11) 2950-3332 / 2959-3689

Sergipe
Presidente: DR. EDVALDO DÓRIA DOS ANJOS
End.: Av. Gonçalo Prado Rolemberg, 404 - Aracaju/SE
CEP: 49015-230
Site: www.abose.org.br
E-mail: abo-se@infonet.com.br
Tel.: (79) 3214-4640

Tocantins
Presidente: DR. FREDERICO GUEDES VALADARES
End.: 602 Sul, Avenida LO 15, Conj. 02, Lote 02 - Palmas/TO
CEP: 77022-008
Site: www.abo-to.org.br
E-mail do presidente: ftvaladares@uol.com.br
Tel.: (63) 3214-2246

Expediente

A Associação Brasileira de Odontologia - ABO é uma entidade de utilidade pública, sem fins lucrativos, dedicada à defesa da classe odontológica e da saúde oral da população brasileira. Está representada nas 27 unidades federativas por meio de seções Estaduais e em 294 municípios, por suas regionais. O Jornal da ABO é uma publicação bimestral de circulação nacional, pertencente à Associação Brasileira de Odontologia, Localizada na Rua Vergueiro, 3.153, salas 51/52 - CEP 04101-300 - Vila Mariana - São Paulo - SP.
Telefone: (11) 5083-4000.
Conteúdo Jornalístico (pesquisa, entrevistas, seleção, produção, redação e revisão, anúncios): Ideia Publicidade e Consultoria. Jornalista Responsável: Valdecir T. de Oliveira DRT – RO 1147. Identidade Visual, Diagramação e Artes: Ideia Publicidade e Consultoria (Marcia Nana, James de Castro) Distribuição gratuita.
PUBLICIDADE:
ideia_consultoria@yahoo.com.br (21) 98545-4607

DIRETORIA NACIONAL - ABO
Conselho Executivo Nacional (CEN)

Presidente: Dr. Paulo Murilo Oliveira da Fontoura
Vice-Presidente: Dr. Gustavo Gomes de Oliveira
Secretária-Geral: Dra. Priscilla Bueno Flores
1º Secretário: Dr. José Emilson Motta Júnior
Tesoureiro-Geral: Dr.Celso Minervino Russo
1º Tesoureiro: Dr. Carlos Marcelo Lucas Folha

Um Sorriso do Tamanho do Brasil

"A promoção da saúde tem sido considerada uma importante prática socialmente construída no combate a Assistência a doença, que evidencia os aspectos epidemiológicos de desenvolvimento e gestão política do país em que estamos inseridos."

A saúde bucal tem ganhado mais atenção dos holofotes em vários âmbitos, inclusive entre projetos sociais, por isso passou a ser disseminada e trabalhada em diversas frentes entre ONGs, pelo próprio SUS, nos consultórios de Odontologia Pediátrica ou por grupos de profissionais da saúde, voluntários, como o nosso caso no Programa Um Sorriso do Tamanho do Brasil (STB) idealizado pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO) em 2015.

O STB tem como objetivo contribuir com a saúde da população por meio da atenção primária à saúde, principalmente preventiva. A promoção da saúde tem sido considerada uma importante prática socialmente construída no combate a Assistência a doença, que evidencia os aspectos epidemiológicos de desenvolvimento e gestão política do país em que estamos inseridos.

Com a atuação em frentes de contexto social de vulnerabilidade extrema, o STB enxergou o engajamento nas políticas públicas assistenciais, uniu parceiros e propósitos e atualmente fazemos o atendimento das crianças com a técnica ART (Tratamento Restaurador Atraumático).

O ART ou TRA é um tratamento ultraconservador das lesões de cárie, realizando mínima remoção de tecido cariado e remoção seletiva, com instrumentos manuais específicos para este tipo de tratamento (usamos os instrumentais da SSWhite/Duflex -Kit ART) e posterior selamento da cavidade com Cimento de Ionômero de Vidro (CIV de alta viscosidade- usamos o RIVA da SDI). O ART - TRA tem uma importância imensurável na Odontologia atual como forma de diagnóstico, cura e prevenção de lesões cariosas. A técnica é simples, não necessita de anestesia nem de turbina, podendo ser feita em qualquer local, inclusive no campo, sentado em cadeiras normais ou deitados em macas, sendo muito eficaz, e amplamente difundida.

Assim, instituímos o "Odontologia na Selva", estabelecendo Vinculo ao STB necessário ao tratamento de uma das doenças mais comum do mundo, a cárie.

O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) insere-se na filosofia de mínima intervenção, sendo constituído de duas fases distintas: a restauradora e a educativa/preventiva. Em sua fase restauradora é preconizada a remoção do tecido cariado com instrumentos manuais, e vedamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro (CIV)de alta viscosidade.

As propriedades anticariogênicas do CIV devido à liberação de fluoretos e outros íons, e o bom vedamento marginal, aliados à educação em saúde bucal, reduzem a probabilidade da progressão da lesão de cárie. O ART é conhecido por ser atraumático em relação ao paciente. Muitos estudos mostraram que a ansiedade durante o tratamento dental está principalmente associada com procedimentos muito invasivos como o uso dos motores de baixa e alta rotação e a aplicação de anestesias. Nenhum desses procedimentos é necessário no ART. Ele é considerado atraumático por não causar injurias nem para o dente que se está intervindo, nem ao paciente, uma vez que é praticamente indolor. O tratamento está embasado na remoção parcial ou seletiva do tecido cariado (dentina infectada), com auxílio de instrumentos manuais (curetas) e posterior restauração do dente com cimento de ionômero de vidro (CIV), quimicamente ativado. Apesar de o ART ter sido desenvolvido para ser utilizado em populações carentes, ele tem hoje várias aplicações: tratamento precoce em bebês, pacientes extremamente ansiosos e medrosos, pacientes especiais (problemas físicos ou mentais), pacientes que vivem em clínicas de repouso e crianças com alto risco de cárie. Durante o ART o potencial de dor e desconforto na limpeza da cavidade é reduzido ao mínimo e a necessidade de anestesia é geralmente eliminada. O procedimento evita o medo em crianças ou até mesmo adultos que nunca se submeteram a um tratamento odontológico. A técnica ART obteve 98% de aceitação por parte das crianças pelo fato de não fazer uso de anestesia e motor, como também, na maioria das vezes, não provocar dor.

Em geral, o comportamento das crianças no atendimento odontológico depende em grande parte da reação que ela observa em seus pais. Ao transmitir ansiedade ao seu filho, esse, passa a agir da mesma forma em relação à situação, caracterizando o que muitas vezes acontece nos primeiros anos de contato da criança com o dentista, um reflexo da opinião dos pais em relação ao tratamento.

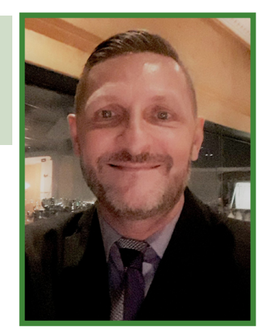
As pesquisas correlacionando saúde com determinantes sociais têm crescido nas últimas décadas mostrando maior interesse em relacionar estresse do ambiente social aos aspectos biológicos e psicológicos do indivíduo, sendo importante ressaltar a relação entre o nível socioeconômico dos pais e sua percepção sobre higiene oral e importância da saúde bucal, resultando em uma maior ou menor ansiedade diante do tratamento. O nível socioeconômico pode ser relacionado ao conhecimento que os pais têm sobre cuidados com a saúde, sendo que quanto menor o nível socioeconômico maior o medo e insegurança sobre o assunto.

Sendo a família a base primária da criança, da qual ela extrai os aprendizados e reproduz os pensamentos e as ações que está acostumada a presenciar, a aceitação dos pais em relação ao tratamento é muito importante, contribuindo para a eficiência e a produtividade do trabalho, bem como transmitindo maior segurança à criança. Este foi um dos maiores indicadores para o uso da técnica no Programa "Um Sorriso do Tamanho do Brasil".

Quando se vai realizar uma ação de ART todos os profissionais devem ter o mesmo olhar e estarem capacitados para a execução da técnica, por isso a importância da calibração. O que foi feito com todos os voluntários do Programa para efetuar as ações do projeto Odontologia da Selva, dentro do "Um Sorriso do Tamanho do Brasil"

Dra. Fernanda Mamede Oliveira Pinto
Dr. Júlio Bassi

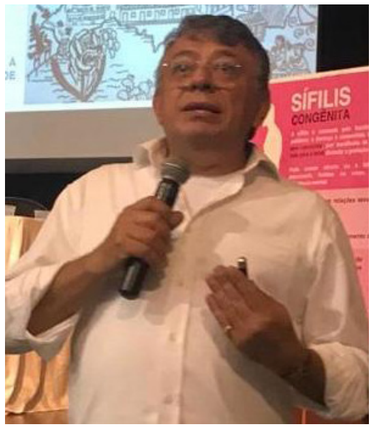
Dra. Fernanda Mamede
- *Odontologia Pediátrica*
- *Cirurgia Oral Menor*
- *Coordenadora Acadêmica ABO-BA*



Prof. Dr. Julio Cesar Bassi
- *Doutor, Mestre e Especialista em Odontopediatria*
- *Titular da disciplina de odontopediatria (UNISANTA)*

Membro diretor da Associação Paulista de Odontopediatria

A relevância da Odontologia Hospitalar para uma atenção integral ao usuário.



Dr. Paulo César
- *Coordenação de Saúde Bucal*
- *Secretaria Estadual de Saúde - SES*

As primeiras citações que relacionam a possibilidade da relação entre alterações bucais e doenças sistêmicas remonta a 2.100 a. C. Muito se discutiu desde então consolidando esta relação entre condição de saúde bucal e evolução e resposta da condição sistêmica, assim como o impacto das condições sistêmicas sobre a cavidade oral (ROCHA & FERREIRA, 2014)

Com empenho dos Drs. Simon Hullihen e James Garrestson a partir da metade do século XIX, encontramos os relatos do desenvolvimento da Odontologia Hospitalar. Contudo no Brasil, a Odontologia Hospitalar foi legitimada somente em 2004 com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH). Em 2008, foi decretada a Lei nº 2776/2008 e apresentada à Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro, que obriga a presença do dentista nas equipes multiprofissionais hospitalares e nas UTIs (ARANEGA, 2012, MEIRA et al., 2010).

O reconhecimento por parte do Conselho Federal de Odontologia do exercício da Odontologia Hospitalar pelo Cirurgião-dentista veio em 2015 por meio da Resolução CFO-162/2015, que também define as regras para a formação e habilitação dos Cirurgiões-dentistas nesta especialidade (BRASIL, 2015).

Ainda de acordo com Código de Ética Odontológico, o artigo 18 (capítulo IX) trata da Odontologia hospitalar, tendo como atribuições o cirurgião-dentista internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições. No artigo 19, dispõe-se que as atividades odontológicas exercidas em hospitais obedecerão às normas do Conselho Federal e o artigo 20 estabelece constituir infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

Desenvolvida por cirurgião-dentista clínico geral, com habilitação em odontologia hospitalar, especialista em pacientes especiais e/ou experiência na atuação clínica em ambiente hospitalar, conhecendo em profundidade fluxo de pacientes, gestão do trabalho, interpretação de exames complementares nas diversas especialidades médicas, com registro de informações em prontuário médico, contribuindo decisivamente na melhoria na qualidade de vida dos pacientes e diminuição de custos e da média de permanência hospitalar. . (QUELUZ e PALUMBRO, 2000) (ALMEIDA et al., 2006; GODOI et al., 2009).

A Odontologia hospitalar pode ser definida como conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas, executadas em ambiente hospitalar, em consonância com a missão do hospital, ou quando em internação domiciliar, e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar, dentro de uma abordagem do paciente como um todo e não somente nos aspectos relacionados aos cuidados com a cavidade bucal (CAMARGO,2005).

A importância da Odontologia Hospitalar se revela quando o paciente internado, apresenta manifestações orais a partir das condições sistêmicas de base, complicações respiratórias, imunodepressão, ou decorrentes do tratamento instituído; quimioterápicos, radioterapia, ventilação mecânica, etc., podendo por outro lado, complicações e enfermidades sistêmicas as enfermidades sistêmicas também podem surgir a partir das condições orais prévias apresentadas pelos pacientes, como por exemplo na doença periodontal, cárie dentária, abscessos, associados à grande variedade de espécies bacterianas presentes no biofilme (ARANEGA, 2012; BEIKLER, 2000; PIZZO ET AL., 2010).

Quando consideramos os usuários que são atendidos em hospitais do Sistema Único de Saúde, em muitas situações de baixa renda e de baixa escolaridade, esta condição clínica prévia pode estar acumulada e agravada, por sua auto percepção quanto a condições de saúde, ou em razão de modelos de Redes de Atenção, com resultados sanitários e econômicos insatisfatórios dos sistemas fragmentados vigentes, incapaz de superação da atenção episódica, reativa e fragmentada por uma atenção contínua, proativa e integrada, compatível com o manejo adequado das condições agudas e crônicas, com insuficiente acesso as ações do cuidado integral em saúde bucal na Atenção Primária articulada com a Atenção especializada ambulatorial (MENDES,2015).

A implantação da Odontologia Hospitalar pode propiciar a resposta necessária, imediata em tempo oportuno, com o manejo adequado destas condições agudas e crônicas no âmbito da atenção terciária integrada ao processo de trabalho multidisciplinar, seja nos diversos espaços do ambiente hospitalar, ou nos Serviços de Atenção Domiciliar, garantindo a integralidade do cuidado, o qual demanda a continuidade das ações de maneira articulada e coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura, e com equidade.

VOLUNTÁRIOS DO SORRISO

A 6ª edição dos Voluntários dos Sorriso realizou **4510** procedimentos odontológicos gratuitos para as comunidades do complexo do São Carlos, zona norte do Rio de Janeiro.

Os Voluntários do Sorriso, realizaram a sua 6ª Edição para o território do São Carlos, zona norte do Rio de Janeiro, levando serviços odontológicos como restaurações de resina, extrações simples e confecção de próteses removíveis provisórias a grampo, além de palestras educativas, escovódromo dentre outros serviços.

O evento aconteceu em dois finais de semana distintos, no primeiro (24 e 25 de agosto) foi realizada a triagem de 637 pessoas, feita por dentistas através de exame clinico, buscando identificar as maiores necessidades, após a triagem os atendimentos propriamente ditos, foram agendados para o final de semana seguinte (31 de agosto e 01 de setembro), tendo sido realizados 4.510 procedimentos odontológicos durante a ação. essa Edição contou também com a participação dos Dentistas da Diretoria Geral de Odontologia – DGO da PMERJ, disponibilizando um odontomóvel e o escovódromo além de atuar junto com os Voluntários do Sorriso nas palestras de saúde bucal, triagem de clínica, triagem de prótese e atendimentos de clínica.

A Caravana contou ainda com uma farmácia que doou todos os remédios prescritos durante a Caravana, totalizando 1.061 medicamentos doados. Segundo a Dra. Cristiane Tavares, Coordenadora de Saúde da Caravana, 98 pacientes receberam uma prótese removível provisória, que é um dos destaques dentre os serviços ofertados pela Caravana. A ação reuniu 235 voluntários, dentre eles, 38 Técnicos em Prótese Dentária, 16 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), 13 Técnicos de Saúde Bucal (TSB), 96 Cirurgiões Dentistas dentre os profissionais voluntários da área de saúde e da área de apoio. Os Voluntários do Sorriso, originaram-se no propósito de um grupo de profissionais de diversas áreas, que juntaram esforços para "Fazer o bem sem olhar a quem!", não possuindo vínculo com partidos políticos ou entidades religiosas e levando a efeito as suas ações de forma absolutamente gratuita.

> *"Fazer o bem sem olhar a quem!", não possuindo vínculo com partidos políticos ou entidades religiosas e levando a efeito as suas ações de forma absolutamente gratuita.*

Outras informações estarão disponíveis no site:
www.voluntariosdosorriso.org.br

Bruxismo - Novos Conceitos

Dra. Cláudia Aparecida de Oliveira Machado

• Especialista em Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular

• Especialista em Odontopediatria

• Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares.

• Capacitação em Clínica de Dor pelo Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Usp

• Certificação em Odontologia na Medicina do Sono pela Associação Brasileira do Sono (ABS).

• Membro da Sociedade Brasileira de Dor Orofacial (SBDOF); da International Associacion of Study of Pain (IASP);da Associação Brasileira de Medicina e Odontologia do Sono (ABROS);da Academia Brasileira de Ortopedia Funcional dos Maxilares (ABOFM); da Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED).

Bruxismo é reconhecido como um problema clínico há décadas e tem sido amplamente estudado. A palavra bruxismo é de origem grega (brychein) e significa triturar. Em 1907, o termo “la bruxomanie” foi introduzido pela primeira vez, por Marie Pietkewicz. Posteriormente este termo foi adaptado para descrever e definir o apertar ou ranger de dentes que decorre sem um propósito funcional. Daí em diante surgiram várias definições advindas de diversas especialidades da odontologia.

No ano de 2013 um grupo de especialistas (composto por investigadores de referência mundial na área), em uma reunião de consenso internacional, elaborou uma proposta de definição e um sistema de classificação mais abrangente de acordo com os conhecimentos atuais sobre o tema. E mais recentemente, em 2018, este consenso foi atualizado. Foram revistas a definição e classificação diagnóstica, incluindo o desenvolvimento de definições separadas para Bruxismo do Sono (BS) e Bruxismo da Vigília (BV) pois cada entidade possui características fisiopatológicas e tratamentos distintos.

Segundo este novo consenso, em termos de consequências clínicas, o bruxismo pode ser considerado um fator de proteção (neste caso seria sinal de distúrbios subjacentes); pode representar um fator de risco associado a um ou mais desfechos negativos na saúde (para consequências clínicas indesejáveis) ou pode ser apenas um comportamento sem qualquer relevância patológica (inofensivo). A medição do risco é em algumas situações difícil pela multiplicidade de fatores que interagem em um modelo biológico e que podem moderar os efeitos do bruxismo positiva ou negativamente.

Os sinais e sintomas clássicos do Bruxismo são desgastes dentários, dor nos músculos mastigatórios e / ou hipertrofia, dores de cabeça ou face (matinais se BS e ao final do dia no caso de BV), endentações na língua e bochecha. Vale ressaltar que o desgaste dentário não é um marcador específico para bruxismo ativo, uma vez que o mesmo pode ter ocorrido meses ou anos antes da consulta do paciente.

De acordo com a etiologia, o Bruxismo pode ainda ser classificado como Primário - controlado pelo Sistema Nervoso Central e de origem idiopática e o Bruxismo Secundário que pode estar associado a vários fatores como Distúrbios Respiratórios do Sono (DRS), Refluxo Gastroesofágico (RGEF), polimorfismos genéticos, fatores exógenos (ex. o consumo de álcool, o uso de medicação, tabagismo, abuso de substâncias). A oclusão já foi historicamente citada como um dos fatores etiológicos, entretanto, atualmente seu papel como gerador de eventos de bruxismo foi desmistificado. Muitos fatores interagem individualmente e os efeitos dependem do tipo e da quantidade de trabalho muscular e da resposta do hospedeiro.

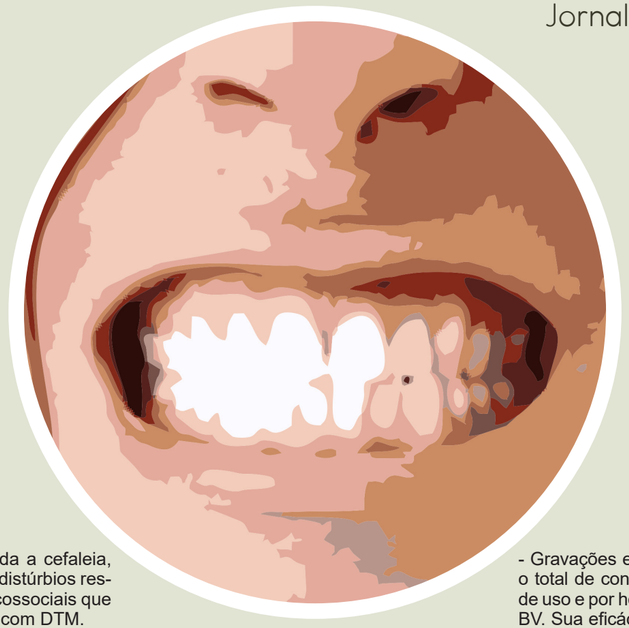
BRUXISMO DO SONO (BS) –

O bruxismo do sono (SB) é definido como uma “atividade dos músculos da mastigação durante o sono caracterizada por ser rítmica (fásica) ou não rítmica (tônica). Em indivíduos saudáveis não é um distúrbio do movimento ou do sono”.
A Academia Americana do Sono classifica o Bruxismo do Sono como um distúrbio de movimento relacionado ao sono.

A prevalência do BS varia entre 8 a 16%, sendo mais prevalente na infância - 20% decrescendo com o avançar da idade – 3 a 8% na população idosa.

Estudos que analisam os eventos fisiológicos do BS revelam uma cascata de eventos que envolvem a ativação cardíaca simpática autônoma levando a micro despertares antes dos episódios de bruxismo do sono. Essa cascata de eventos inclui aumentos temporários no tônus simpático, na frequência cardíaca, na atividade eletroencefalograma α e δ (EEG), na atividade dos músculos infra-hióides e na atividade respiratória. Entendendo a cascata de eventos que se inicia com a ativação no sistema nervoso simpático e, cujo desdobramento final é o contato dentário, fica claro que os dentes representam o final do evento do bruxismo e não sua causa.

O Bruxismo do Sono Primário tem sua etiopatologia atribuída a alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) ligadas a Dopamina, neurotransmissor participante do mecanismo de micro despertar no Sistema Nervoso Central. Níveis mais baixos de GABA + foram encontrados no tronco cerebral, em possíveis pacientes com BS. O papel dos fatores psicológicos permanece um tópico de debate, e o mecanismo exato pelo qual eles contribuem para o desenvolvimento da SB permanece incerto.
Apesar de diversos estudos existentes sobre a associação entre o BS e a Disfunção Temporomandibular (DTM), os resultados ainda são inconclusivos. No entanto BS não parece estar associado a presença de sinais e sintomas de DTM, e foi sugerido ser um fator de risco de DTM dolorosas, por meio de sensibilização periférica. A relação entre BS e cefaleia primária também foi sugerida, apesar de existir preocupações sobre a confusa sobreposição da DTM associada a cefaleia, como o diagnostico de insônia, distúrbios respiratórios do sono e fatores psicossociais que comumente afligem o paciente com DTM.



BRUXISMO DA VIGÍLIA – BV

É a atividade dos músculos da mastigação durante a vigília caracterizada pelo contato dentário sustentado e/ ou contração muscular estática e dinâmica (sem contato dentário). Em indivíduos saudáveis não é um distúrbio do movimento. Incluem no BV o apertamento, o encostar do dente fásico, o encostar do dente tônico, a manutenção da atividade muscular mesmo sem contatos dos dentes, e o “empurrar” a mandíbula. A prevalência do BV na população em geral gira em torno de 20%.
Parece estar associado a eventos de estresse ou tensão emocional e sintomas de ansiedade e depressão.

BRUXISMO EM CRIANÇAS

A prevalência do Bruxismo do Sono em crianças descrita na literatura é muito discrepante, podendo variar de 3% a 40.6%, pois durante a infância, essa avaliação é difícil. O diagnóstico da maioria das investigações são baseados em questionários autoaplicados aos pais/responsáveis. Apesar do exame de Polissonografia (PSG) ser padrão ouro para o diagnóstico, o custo elevado do exame, a dificuldade de colaboração da criança (pode acarretar um viés de análise) , além dos critérios de análise da PSG serem desenvolvidos para o paciente adulto dificulta a sua utilização.

No caso do BS primário, a tendência é a redução do hábito com o passar do tempo, embora algumas crianças possam perpetuar o hábito até idade adulta.

É importante avaliar os fatores associados ao Bruxismo do Sono Secundário. O mais comum é a correlação com a Obstrução das Vias Aéreas Superiores, nestes casos o sono da criança se torna superficial pela dificuldade respiratória. Outro fator é a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) que é a o obstrução parcial ou total da passagem de ar durante o sono. Ainda, crianças que fazem uso de algumas medicações como as que apresentam Transtornos de Deficit de Atenção(TDAH) e que usam Metilfenidato, crianças com problemas neurológicos como Paralisia Cerebral, Síndrome de Down, Altismo e outras condições neurológicas, ou portadores de Refluxo Gastroesofágico podem apresentar o BS Secundário. O BS ocorre mais frequentemente na fase de sono superficial, então todos os fatores que superficializam o sono podem ser facilitadores.
O Bruxismo em Vigília parece ser mais comum em adolescentes e a prevalência é de 8,7 a 12,4% observados em crianças e jovens entre 7 e 18 anos. Na rotina clínica é comum encontrar crianças que apresentam bruxismo em vigília como reações a situações de estresse e concentração, como estudar, usar o computador ou até mesmo jogar videogame. Um perfil de personalidade da criança bruxista foi desenvolvido com altos níveis de responsabilidade e de neuroticismo em particular, bem como a presença de outros fatores psicológicos e sociais, principalmente em relação aos relacionamentos e comportamentos dos colegas.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO:

Abordagens não instrumentais
- Auto relato - Relato recente do individuo ou de terceiros sobre ruídos de ranger os dentes durante o sono por pelo menos 3 a 5 noites por semana nos últimos 3 a 6 meses. Uso de questionários.
- Inspeção clínica - hipertrofia do músculo mastigatório, endentações na língua e / ou uma linha alba na parte interna da bochecha, desgaste mecânico dos dentes, falhas repetitivas de trabalho restaurativo.

Abordagens instrumentais

- Polissonografia (PSG) associado à gravação de áudio e vídeo - padrão ouro BS;
- Gravações eletromiográficas (EMG) - Avalia o total de contrações musculares pelo tempo de uso e por hora de uso. Utilizado para o BS e BV. Sua eficácia no diagnóstico do BS, quando comparado a PSG, ainda está em fase de testes. Ex. Grindcare, Bitestrip, Bruxoff.
- Avaliação Ecológica Momentânea (EMA) - em tempo real, por meio de alarme se verifica a posição da mandíbula e a contração muscular. Realizado por aplicativos em smartphones. Ex. Desencoste seus dentes e Bruxapp.
Conforme o método de diagnóstico o Bruxismo pode ser classificado como:
- Possível BS ou BV: baseado apenas em um auto relato positivo pelo uso de questionários; - - Provável BS ou BV: baseado em uma inspeção clínica positiva, com ou sem um auto relato positivo.
- BS ou BV definitivo: baseado em uma avaliação instrumental positiva, com ou sem um auto relato positivo e / ou uma inspeção clínica positiva.

CONTROLE DO BRUXISMO

Atualmente, não existem métodos de tratamento conhecidos que eliminem permanentemente o Bruxismo Primário. Neste sentido o profissional deve sempre optar pela terapia reversível conservadora de controle dos fatores associados e proteção das estruturas.
Orientações sobre a melhora da qualidade do sono (higiene do sono) e alerta sobre os fatores que podem exacerbar o problema (ex. nicotina, bebidas alcoólicas, cafeína e uso de drogas) são muito importantes.

Recomenda-se a utilização dos dispositivos intraorais (placas estabilizadoras em acrílico liso) para proteção das estruturas (dentes, periodonto, ATM e músculos mastigatórios). Estas podem ser instaladas na arcada superior ou inferior. Importante ressaltar que estes pacientes deverão ser acompanhados periodicamente para ajustes da placa e avaliação da atividade do BS. O tempo de uso da placa deve ser monitorado pelo profissional e vai depender da presença ou não da atividade. Importante ressaltar que o uso de placas na arcada superior em pacientes portadores de SAOS pode piorar o problema. Nestes caso

a opção será a placa oclusal inferior (na mandíbula) ou a aparelho de avanço mandibular (quando indicado) .

Para as crianças bruxistas que necessitem de proteção das estruturas dentárias, a utilização dos aparelhos ortopédicos funcionais constitui um recurso ímpar uma vez que, além de não interferir negativamente no crescimento e desenvolvimento, possibilitará atuar positivamente nas discrepâncias esqueléticas das arcadas dentárias simultaneamente. Não há evidencias para apoiar a terapia farmacológica para o Bruxismo. Algumas drogas como Clonazepan, Clonidina foram testadas em estudos e notou-se redução parcial. Porém os efeitos colaterais inviabilizam o uso contínuo.

O manejo do BV é bem diferente do BS pois o objetivo inicial será a conscientização do paciente sobre a atividade. Uma vez estabelecida essa consciência cognitiva, o paciente deve ser instruído a afastar os dentes sempre que percebê-los em contato fora da mastigação ou deglutição, permitindo o relaxamento muscular. A terapia de Biofeedback é muito interessante. O método ecológico de avaliação (EMA) atualmente está sendo muito utilizado para avaliar o BV - por meio de um alarme se verifica a posição da mandíbula e a contração muscular. Estão disponíveis aplicativos para dispositivos móveis (Desenconste seus dentes e Bruxapp) disponíveis na plataforma Android e IOS. Ainda a utilização de lembretes em locais de estratégicos como computador, carro, bolsas... Outro recurso para controle do Bruxismo é a EMG de superfície (ex. NeuroUp) que por meio de jogos eletrônicos faz o treinamento do paciente. E mais recentemente estudos propõem a utilização de dispositivos inter oclusais em vigília para alertar o paciente, mas ainda não há evidências sobre sua eficácia.

O controle da ansiedade e stress também deverá ser feito através de técnicas de relaxamento, terapia cognitiva comportamental. Caso haja necessidade o paciente poderá ser encaminhado para o psiquiatra e/ou psicólogo.

O emprego da Toxina Butolínica (TB) com o objetivo de diminuir a atividade muscular relacionada ao Bruxismo ainda requer mais respaldo na literatura. A injeção reduz apenas a intensidade das contrações e por tempo limitado e na maioria das vezes o uso da placa se faz necessário. Além disso, alguns estudos comprovam efeitos adversos em decorrência do seu uso. Neste sentido até o presente momento o uso da TB para o tratamento do Bruxismo está indicado para casos específicos refratários aos tratamentos conservadores.

A abordagem do Bruxismo Secundário visa principalmente controle dos fatores associados. Caso haja suspeita de comorbidade associada (ex. Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, Distúrbio Gastroesofágico) será necessário encaminhar o paciente para o profissional de saúde competente.

REFERÊNCIAS BLIBLIOGRAFICAS

1. Pietkiewicz M. La bruxomanie: memoires originaux. Rev Stomatol, 1907;14:107-16.
2.Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. J Oral Rehabil. 2013;40:2-4.
3.Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, et al. International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. J Oral Rehabil. (2018) 45:837–44.
4.American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd edn. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine (2014).
5.Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. Crit Rev Oral Biol Med. (2003) 14:30–46.
6.Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. Sleep Med Rev. (2000) 4:27–43
7.Rompré PH, Daigle-Landry D, Guitard F, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Identification of a sleep bruxism subgroup with a higher risk of pain. J Dent Res. (2007) 86:837–42.
8.Schmitter M, Kares-Vrincianu A, Kares H, Bermejo JL, Schindler HJ. Sleep-associated aspects of myofascial pain in the orofacial area among Temporomandibular Disorder patients and controls. Sleep Med. (2015) 16:1056–61. doi: 10.1016/j.sleep.2015.03.022
9.Muzalev K, van Selms MK, Lobbezoo F. No dose-response association between self-reported bruxism and pain-related temporomandibular disorders: a retrospective study. J Oral Facial Pain Headache. (2018) 32:375–80.
10.Nagamatsu-Sakaguchi C, Minakuchi H, Clark GT, Kuboki T. Relationship between the frequency of sleep bruxism and the prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in an adolescent population. Int J Prosthodont. (2008) 21:292–8.
11.Fernandes G, Franco AL, Gonçalves DA, Speciali JG, Bigal ME, Camparis CM. Temporomandibular disorders, sleep bruxism, and primary headaches are mutually associated. J Orofac Pain. (2013) 27:14–20.
12.Castrillon EE, Exposto FG. Sleep bruxism and pain. Dent Clin North Am. (2018) 62:657–63. doi: 10.1016/j.cden.2018.06.003
13.De Luca Canto G, Singh V, Bigal ME, Major PW, Flores-Mir C. Association between tension-type headache and migraine with sleep bruxism: a systematic review. Headache. (2014) 54:1460–9.
14.Fernandes G, Arruda MA, Bigal ME, Camparis CM, Gonçalves DAG. Painful temporomandibular disorder is associated with migraine in adolescents: a case-control study. J Pain. (2019). doi: 10.1016/j.jpain.2019.03.01.[Epub ahead of print].
15.Serra-Negra JM, Lobbezoo F, Martins CC et al. Prevalence of sleep bruxism and awake bruxism in different chronotype profiles: Hypothesis of an association.Med Hypotheses. 2017;101:55-8.
16.Manfredini D, Restrepo C, Diaz-Serrano K et al. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature. J Oral Rehabil. 2013;40:631-42.
17.Restrepo C, Manfredini D, Castrillon E et al. Diagnostic accuracy of the use of parental-reported sleep bruxism in a polysomnographic study in children.. Int J Paediatr Dent. 2017;27:318-25.
18.Huynh NT, Desplats E, Bellerive A. Sleep bruxism in children: sleep studies correlate poorly with parental reports. Sleep Med. 2016;19:63-8.
19.Clementino MA, Siqueira MB, Serra-Negra JM, Paiva SM, Granville- Garcia AF. The prevalence of sleep bruxism and associated factors in children: a report by parents..Eur Arch Paediatr Dent. 2017;18:399- 404.
20.Manfredini D, Serra-Negra J, Carboncini F, Lobbezoo F. Current Concepts of Bruxism.. Int J Prosthodont. 2017;30:437–38. .
21.Manfredini D, Visscher CM, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F.Occlusal factors are not related to self-reported bruxism. J Orofac Pain. 2012;26:163-7.
22.de Luca Canto G, Singh V, Conti P et al. Association between sleep bruxism and psychosocial factors in children and adolescents: a systematic review. Clin Pediatr. 2015;54:469-78.
23.Cruz TMM, Falci SGM, Galvão EL. Association between bruxism and salivary cortisol levels: a systematic review. Int J Odontostomatol. 2016; 10: 469-474.
24.Serra-Negra JM, Paiva SM, Flores-Mendoza CE, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA. Association among stress, personality traits, and sleep bruxism in children. Pediatr Dent. 2012;34:e30-4
25.Restrepo CC, Medina I, Patiño I. Effect of occlusal splints on the temporomandibular disorders, dental wear and anxiety of bruxist children. Eur J Dent. 2011;5:441-50.
26.Raphael K, Santiago V, Lobbezoo F (2016) Is bruxism a disorder or a behaviour? Rethinking the international consensus on defining and grading of bruxism. J Oral Rehabil 43(10):791–798
27.Manfredini D, De Laat A, Winocur E, Ahlberg J. Why not stop looking at bruxism as a black/white condition? A etiology could be unre- lated to clinical consequences. J Oral Rehabil. 2016;43:799-801.
28.Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. J Oral Rehabil. 2013;40:2-4
29.Svensson P, Arima T, Lavigne G, Castrillon E. Sleep bruxism: Definition, prevalence, classification, etiology and consequences. In Kryger, MH, Roth, T, Dement, WC eds. Principles and Practice of Sleep Medicine, 6th edn. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:1423-1426.
30.Raphael KG, Sirois DA, Janal MN, et al. Sleep bruxism and myofascial temporomandibular disorders: a laboratory based polysomno-graphic investigation. J Am Dent Assoc. 2012;143:1223-1231.
31.Casett E, Conti Réus J, Stuginski Barbosa J, et al. Validity of different tools to assess sleep bruxism: a meta-analysis. J Oral Rehabi. 2017;44:722-734.
32.Manfredini D, Ahlberg J, Winocur E, Lobbezoo F. Management of sleep bruxism in adults: a qualitative systematic literature review. J Oral Rehabil. 2015;42:862-874.
33.Maluly M, Andersen ML, Dal-Fabbro C, et al. Polysomnographic study of the prevalence of sleep bruxism in a population sample. J Dent Res. 2013;92:97S-103S.
34.Castrillon EE, Ou K L, Wang K, Zhang J, Zhou X, Svensson P. Sleep bruxism: an updated review of an old problem. Acta OdontolScand. 2016;74:328-334.
35. Guo H, Wang T, Li X, Ma Q, Niu X, Qiu J. What sleep behaviors are associated with bruxism in children? A systematic review and meta-analysis. Sleep Breath. 2017; 21: 1013-1023.

Odontogeriatria

Dra. Ivigna Ferraz Neves Oliveira
- *Cirurgiã-dentista*
- *Atendimento domiciliar e hospitalar a pacientes especiais e geriátricos*
- *Mestranda em Odontologia – Estomatologia*
- *Docente da UniFTC/VIC*

Segundo dados fornecidos pelo IBGE a população brasileira de idosos tem aumentado exponencialmente, levando a novas configurações no perfil da terceira idade. Atualmente os profissionais que atendem à esta nova demanda visam proporcionar qualidade de vida e a Odontologia sentiu então a necessidade de dedicar uma especialidade a este público seleto, a Odontogeriatria.

A saúde bucal de idosos durante anos foi negligenciada, a normalidade estava no desdentado total fazendo uso de próteses totais. Com esta alteração do perfil, os novos idosos ultrapassam a média de 80 anos em atividade funcional e econômica, o que impactou na mudança da condição de saúde bucal deles. Estamos vivendo tempos em que a população idosa procura o profissional cirurgião-dentista a fim de melhorar a tríade estética, fonética e função.

O autocuidado é outro fator de impacto na alteração da condição oral destes indivíduos, pois levam a manutenção dos dentes na boca apresentando um antagonismo ao passado quando o tratamento primordial em idosos era a exodontia. Para chegar a este novo patamar foi importante o trabalho de prevenção e promoção de saúde junto à esta parcela da sociedade.

No entanto este trabalho do odontogeriatra funciona quando existe uma atuação em conjunto com outras áreas da saúde, isto porque muitos dos problemas orais identificados em idosos estão associados a alterações sistêmicas como diabetes, Alzheimer, dentre outros. Das afecções orais, as mais comumente encontradas nos idosos são as doenças gengivais/periodontais, xerostomia ou boca seca e cáries

> *"Estamos vivendo tempos em que a população idosa procura o profissional cirurgião-dentista a fim de melhorar a tríade estética, fonética e função."*

que estão associadas também a dificuldades motoras de higienização em casos de pacientes acamados ou debilitados por decorrência de alguma alteração na saúde geral.

Outra causa frequente de alterações bucais em pacientes geriátricos são as deficiências nutricionais, devendo o profissional ter conhecimento para identificá-las e estar apto a realizar o atendimento, mantendo um trabalho realizado junto com a equipe de saúde que assiste a esse indivíduo.

As especificidades do atendimento ao idoso exige conhecimento por parte do cirurgião-dentista além do técnico, sendo necessário que o profissional conheça sobre alterações sistêmicas, físicas, fármacos e outros fatores que venham a interferir diretamente ou indiretamente na cavidade bucal e estruturas anexas.

25 de Outubro – Dia do Dentista
135 anos dos cursos de Odontologia no Brasil

A instituição do ensino odontológico no Brasil data de 1884. O Decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884, que "dá novos Estatutos às Faculdades de Medicina", é ordenado por Sua Majestade, o Imperador D. Pedro II, extinguindo as licenças conferidas aos barbeiros e sangradores, as "cartas da profissão de tirar dentes" e, por último, os rudimentares exames realizados perante a comissão julgadora integrada por médicos, cuja prova prática consistia numa extração dentária em cadáver.

Os Estatutos, integrados por 565 artigos, dispõem, no seu artigo 1º:
"Cada uma das Faculdades de Medicina do Império se designará pelo nome da cidade em que tiver assento; será regida por um Diretor e pela Congregação dos Lentes, e se comporá de um curso de ciências médicas e cirúrgicas e de três cursos anexos: o de farmácia, o de obstetrícia e ginecologia e o de odontologia."

A Odontologia praticada no século XVI, a partir da descoberta do Brasil por Pedro Álvares Cabral em 22 de abril de 1500, restringia-se quase que só as extrações dentárias. As técnicas eram rudimentares, o instrumental inadequado e não havia nenhuma forma de higiene ou anestesia. O barbeiro ou sangrador devia ser forte, impiedoso, impassível e rápido. Os médicos (físicos) e cirurgiões, diante tanta crueldade, evitavam esta tarefa, alegando os riscos para o paciente (possibilidade de morte) de hemorragias e inevitáveis infecções (inevitável, já que não havia um mínimo de higiene).

Para exercer a atividade os profissionais dependiam de uma licença especial dada pelo "cirurgião-mor mestre Gil", sendo os infratores autuados, presos e multados em três marcos de ouro (segundo a norma da Carta Régia de 25 de outubro de 1448, de El-rei D. Afonso, de Portugal, dando "carta de oficio de cirurgião-mór destes reinos").

A carta de ofício não se referia aos barbeiros e sangradores, havendo a possibilidade destes profissionais terem obtido licença do cirurgião-mór de Portugal.
Somente em 09 de novembro de 1629 houve, através da Carta Régia, os exames aos cirurgiões e barbeiros. A reforma do regimento em 12 de dezembro de 1631 determinava a multa de dois mil réis às pessoas que "tirassem dentes" sem licença.

Em 1728, na França, Piérre Fauchard (1678-1761) com seu livro: Le Chirugien Dentiste au Traité des Dents, revoluciona a odontologia, inovando conhecimentos, criando técnicas e aparelhos, sendo juntamente cognominado "o pai de Odontologia Moderna".
Joaquim José da Silva Xavier (1746- 1792) praticou a Odontologia que aprendera com seu padrinho, Sebastião Ferreira Leitão. Seu confessor, Frei Raymundo de Pennaforte disse sobre ele: "Tirava com efeito dentes com a mais sutil ligeireza e ornava a boca de novos dentes, feitos por ele mesmo, que pareciam naturais".

De acordo com dados do Conselho Federal de Odontologia – CFO, existem hoje no Brasil 328.251 cirurgiões dentistas e 412 Faculdades de Odontologia (CFO) entre federais, estaduais, municipais e particulares, e um número superior de cursos de especialização e atualização que capacitam e qualificam o odontólogo.

Um perfil completamente diferente da odontologia da época do Império.

Várias conquistas foram solidificadas neste período, entre elas a criação das entidades odontológicas, que trabalham pelo desempenho ético da profissão, valorização do dentista e promoção da saúde bucal da população.

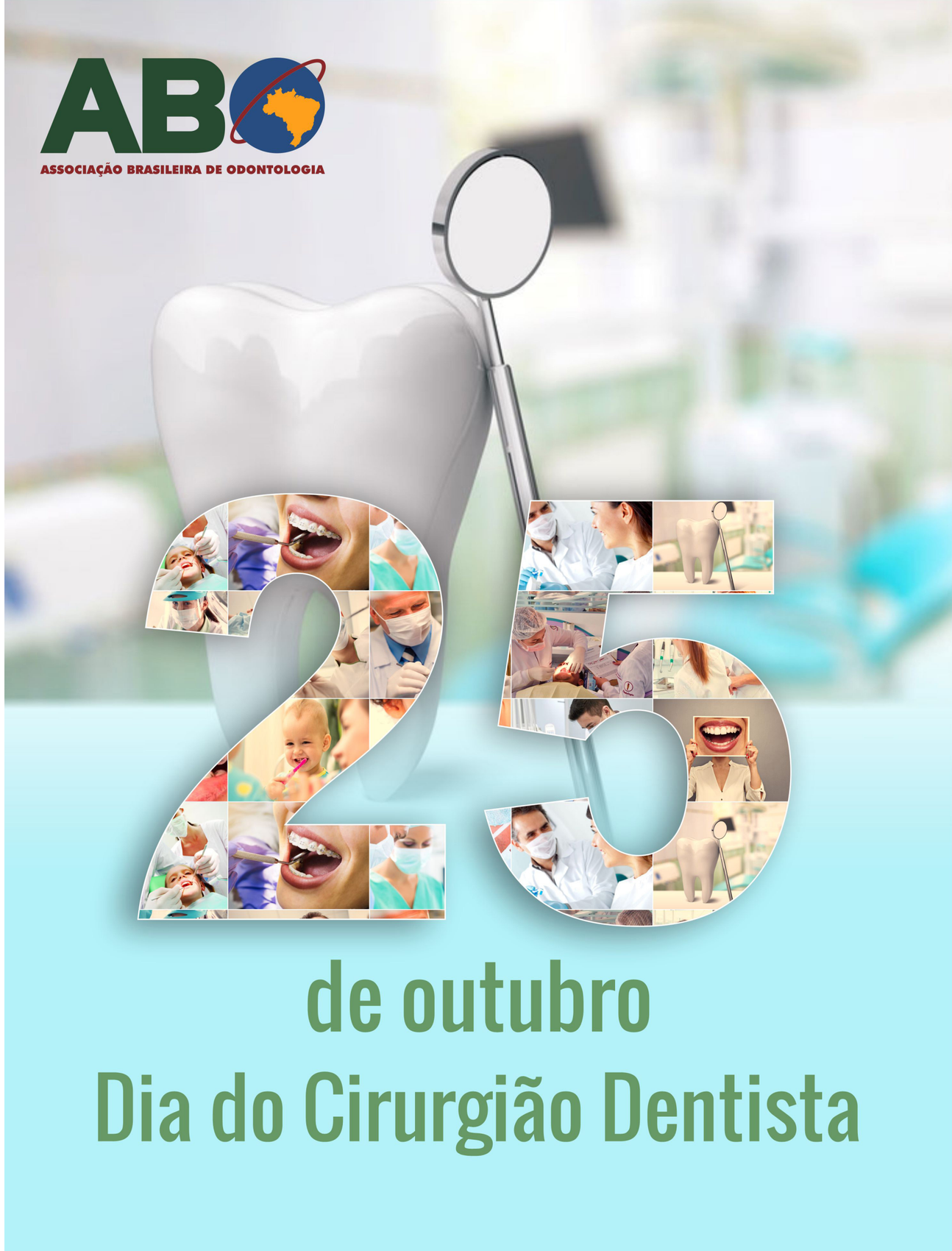
As inovações e os avanços tecnológicos vieram contribuir com o trabalho deste profissional, permitindo rapidez e exatidão nos diagnósticos e precisão das técnicas e procedimentos.

Cabe ainda ressaltar, que a pesquisa odontológica brasileira é tida como uma das mais respeitadas no meio científico internacional, e que a excelência destes trabalhos é mérito dos nossos Cirurgiões Dentistas, que há 135 anos não medem esforços para a o perfeito exercício da profissão.
Importa divulgar aqui, o resultado das cinco melhores universidades de Odontologia no mundo, e ver que três são brasileiras. A USP (Universidade de São Paulo), Unesp (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho) e Unicamp (Universidade de Campinas), estão entre as referências de ensino e pesquisa mundiais, de acordo com os dados mais recentes do ranking realizado pela CWUR (Center for World University Ranking/ Dental Press (junho / 2019).

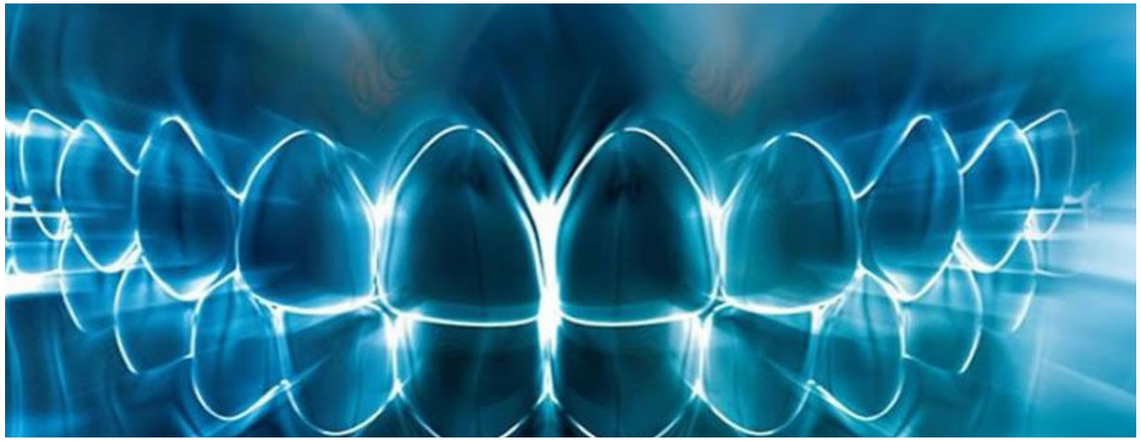
Agradecemos o empenho de Vicente C. F. Sabóia e Thomas Gomes dos Santos Filho, criadores do texto denominado "Reforma Sabóia", que deu origem ao Decreto nº. 9311/1884.
E aos nossos Dentistas agradecemos pelo seu empenho e dedicação no exercício da profissão e desejamos:

Feliz Dia do Cirurgião Dentista!

1. MOYSÉS, S. J. A humanização da educação em odontologia. Pro- Posições/UNICAMP, v.14, n.1, p.40-74. 2003
2. APCD Ipiranga. História da Odontologia . Disponível em: http://www.apcdpiracicaba.org.br/se/?author=1&paged=2. Acesso: 25/09/19
3. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA – CFO – Dados Estatísticos. Disponível em: http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dadose statisticos/?elemento=faculdades&estado=A C. Acesso: 25/09/19
4. CORMARCK, E.; SILVA FILHO, C. F. A pesquisa científica odontológica no Brasil. Rev Assoc Paul Cirur Dent, São Paulo. SP



Odontologia Digital, o futuro é agora



Dr. Felipe Araujo
- *Especialista, em Implante*
- *Mestre em Ciências Odontológicas*
- *Coordenador da Especialização em Implantes ABO São Paulo*
- *Coordenador da Especializacao em implante ETEG Belo Horizonte*

Nos dias atuais estamos vivenciando uma grande revolução e apontar um acontecimento como um marco histórico, se tornou uma tarefa quase impossível de se classificar, isso em decorrência da grande velocidade tecnológica que vivemos. Smartphones, televisões, carros , a cada ano chegam novidades que impiedosamente desbancam seus antecessores de um modo avassalador. Obviamente com a Odontologia não foi diferente, vivemos a ''Era Digital'', sua expansão é exponencial, cada dia mais presente nos consultórios e clinicas.
Engana se quem acredita que nesse oceano só é possível navegar fazendo aquisições e grandes investimentos, hoje ja há uma nova formatação que ganha muito mercado, na qual ocorre a locação dos equipamentos ou tercericao desses serviços, fazendo com que o investimento em equipamentos seja desnecessário, onde o profissional apenas locará quando necessário ou indicará um local para realização do processo.

Dessa maneira ele incorpora todas as vias digitais e diminui o risco de se investir erroneamente em equipamentos, em que normalmente possui valores mais altos, podendo assim comprometer seus rendimentos e transformado seu sonho em um grande pesadelo. Pontuamos esse momento como um universo o encantador, promissor e perigoso, essas três características são as mais marcantes desse momento e justificarei o que enxergo em cada uma delas.

Entregar grandes reabilitações em poucos dias, coroas unitárias em poucas horas, apresentar ao seu paciente através de videos toda movimentação ortodôntica com a previbilidade da posição final do dente , realização de procedimentos desde endodontia, preparos dentais a implantes através de guias com chances de erros próximo ao zero, elucidar e tornar mais acertivo o tratamento com o auxilio de equipamentos e softwares integrando especialidades melhorando a comunicação tanto para sua equipe quanto ao paciente, são uns dos grandes pontos encantadores que enxergamos desse momento.

A velocidade da tecnologia mais especificamente a Inteligência Artificial, em que o computador é capaz de aprender e auto evoluir, faz desse universo algo tao promissor que chegamos a acreditar em que a maquina será capaz de realizar toda intervenção ao paciente sendo apenas diagnosticado e assistidos pelos profissionais.

Por fim, chegamos ao ponto de grande atenção : o Perigo, temos um consenso quanto a alta velocidade da tecnologia, o grande risco que temos é que a literatura cientifica não acompanha esse processo, claro por se tratar de algo extremamente moroso, trabalhoso justamente por sua seriedade e metodologia para que se tenha credibilidade e segurança de seus relutados.

Nos deparamos com lançamentos de livros abordando tais temas, em que ja iniciam com seus conteúdos retrógrados, obviamente seguindo o mesmo raciocínio do fenômeno anterior. Isso faz com que seja necessário muita atenção para não submetermos os nossos pacientes a riscos de forma que ele se torne o objeto de pesquisa para o sucesso ou fracasso de uma inovação, não podemos esquecer que nossa conduta dever ser sempre pautada por ciência, testes laboratoriais , clínicos e longitudinais.

Sabemos que muitas novidades irão surgir. Devemos ficar empolgados e também atentos para não perder a visão crítica.

Alinhadores Invisíveis: empresas x fluxo CAD-CAM, onde o Ortodontista se insere?

Dr. Andrade Neto

- *Autor de 4 livros sobre alinhadores*
- *Associado a European Aligner Society*
- *Professor do curso modular em alinhadores invisíveis em portugal IPAS.*
- *Professor do curso de experto en alineadores invisibles - 2 módulos (ceodont - Madrid)*
- *Coordenador da especialização em ortodontia (bi-técnica - orto fixa e alinhadores)Eleva (Fortaleza).*
- *Professor Membro Da Nemo University (Nemocast)*
- *Consultor técnico de inúmeros laboratórios e empresas de alinhadores invisíveis no Brasil, América Latina e Europa*

Contatos profissionais:
email - andradenetto@hotmail.com
Site - alinhadoresinvisiveis.com

Desde o início do século XX, muitas foram as técnicas e aparatos ortodônticos desenvolvidos com o objetivo de levar ao paciente um sorriso mais harmônico, dentro de padrões de beleza que agradem aos olhos dos personagens mais críticos da humanidade. Assim foram sendo criados os padrões que mais se aproximassem do "belo", ideal a cada época.

Com a evolução da técnica ortodôntica e o ganho na qualidade desses tratamentos, se começou a exigir uma ortodontia mais qualificada do ponto de vista estético, com o objetivo de se eliminar os aparatos que eram colocados nos dentes. Assim surgiram, do meio para o final do citado século, os Alinhadores Invisíveis, que são aparelhos ortodônticos que têm como objetivo promover para os pacientes uma ortodontia mais estética, em razão da sua clareza de material, confortável, pelo fato de o seu material ser muito bem moldado à arcada dentária, e higiênica, que, por ser removível, oferece ao paciente uma possibilidade de realizar sua higiene de maneira convencional, sem a necessidade de aparatos diversos, comumente utilizados com outros aparelhos ortodônticos.

Primeiro o set-up laboratorial foi a lógica de trabalho, pouco difundida, que tinha o objetivo de ser mais um aparato de ajuste final de tratamento, ou de controle de recidiva. A implementação de sistemas "bolhas", que utilizariam alicates de pressão também deram a possibilidade de deixar o processo laboratorial mais leve para o profissional, contudo nada revolucionou o tratamento clínico profissional que a inserção da tecnologia no processo laboratorial de produção do aparelho.

Afirmamos com total certeza que a inserção do sistema de CAD-CAM aos alinhadores foi o grande salto de qualidade inicial aos tratamentos, e a possibilidade enfim do profissional poder usar de maneira efetiva, e dentro de uma dinâmica contemporânea de consultório ortodôntico, deixando o tempo clínico de trabalho mais eficiente.

A possibilidade de escaneamento, do trabalho em software CAD, e da posterior impressão 3D de biomodelos que serviriam de base para a confecção de Alinhadores foi o grande advento para essa evolução, que levou o profissional, agora sim, a não necessitar mais de inúmeros passos clínico-laboratoriais para conseguir processar os seus alinhamentos.

Outro grande advento, tão fundamental quanto o crescimento tecnológico, foi o da rápida evolução biomecânica do aparelho. O grande momento dizemos que foram a criação dos Attachments, seguido do uso de elásticos e cortes/ botões acoplados aos aparelhos, que revolucionaram a maneira de se tratar com alinhadores, abrindo espaço para inúmeras possibilidades biomecânicas.

O material do Alinhador também teve uma grande evolução, com a mudança do PETG para o Poliuretano. A inserção desse novo material, basicamente fez com que a previsibilidade dos set-ups melhorassem sensivelmente ao ponto de diminuir substancialmente o tempo de tratamento, e necessidades de refinamentos.

O fato se deve de o Poliuretano ter deixado a movimentação ortodôntica mais leve, e com força mais constante durante o tempo de uso do aparelho, tornando um tratamento mais dentro do limiar de forças ideal para a Ortodontia.

Atualmente, qual o momento, e como o Ortodontista deve se portar perante as inúmeras marcas comerciais que surgem no mercado?

Primeiro, o profissional deve entender qual marca tem o know-how, e se a mesma encaixa nesse perfil de qualidade que ele necessita.

Contudo, o ponto mais importante é a sua formação profissional, que será a influência primordial entre ele conseguir tratar casos de maior complexidade, e investir em cursos de formação onde é ensinado o manejo de softwares CAD, tanto através de empresas como de forma independente. Somente isso fará com que ele evolua mais rapidamente na técnica, e compreenda as inúmeras diferenças biomecânicas do alinhador para a ortodontia fixa.

> *Hoje com o avanço tecnológico que temos de impressão 3D, e de Softwares, eu seria inocente em dizer, que esse é sim o investimento mais rápido que um profissional da Ortodontia poderá tirar, desde que bem treinado para desenvolver a técnica.*

Outro ponto determinante que percebemos é que o avanço tecnológico começou a ficar cada vez mais próximo da realidade de trabalho "in-office". Hoje com um investimento baixo, o profissional da Ortodontia consegue ter em seu consultório uma boa impressora 3D, um excelente Software CAD, e uma plastificadora de boa qualidade para fazer toda a produção em sua clínica, diminuindo para cerca de 10% o custo laboratorial de produção comparado às empresas produtoras de Alinhadores, sendo talvez, o grande indício de uma virada de mais uma curva histórica do aparelho.

Fica então a pergunta: vale a pena investir em maquinário, e realizar o fluxo CAD-CAM?

A resposta é simples: hoje com o avanço tecnológico que temos de impressão 3D, e de Softwares, eu seria inocente em dizer, que esse é sim o investimento mais rápido que um profissional da Ortodontia poderá tirar, desde que bem treinado para desenvolver a técnica. Contudo, a curva de aprendizado não é tão rápida, porém quando atingida, é como se o profissional "quebrasse o código fonte" do processo, e tivesse à sua disposição agora sim: o melhor sistema de alinhadores, com o melhor custo-benefício do mercado, uma vez que ele detém todas as ferramentas possíveis, e inimagináveis.

Então o que devo fazer? Ir para a empresa, ou investir no fluxo CAD-CAM?

Essa é a pergunta mais difícil de responder, porém tenho a plena certeza de dizer que esse é um processo evolutivo profissional. Dificilmente um ortodontista começará com o Fluxo CAD-CAM, e esse termina sendo um erro de muitos que fazem o investimento em maquinário antes de respeitar a curva de aprendizado com o aparelho.

O Fluxo CAD-CAM é simples, contudo manejar os Softwares CAD exige muito conhecimento de biomecânica ortodôntica com o aparelho, uma vez que todo o processo deverá ser desenhado pelo profissional. Com efeito afirmamos que o primeiro passo continua sendo a entrada no mercado através das empresas, e dos cursos que ensinam as técnicas de trabalho laboratorial com alinhadores mais simplificadas, para só depois de o profissional evoluir, e conhecer o processo, ele migrar para o trabalho "in-office", sob pena de se frustar com a primeira experiência devido à falta de conhecimento técnico do aparelho.

Assim afirmamos que hoje, com toda essa revolução que a Ortodontia vive, não temos a dúvida que os Alinhadores já são, e em pouco tempo serão não uma opção, mas uma realidade cada vez mais presente nos consultórios dos Ortodontistas.

Trabalhar com laboratórios que confeccionam o aparelho, ou mesmo, ir para o Fluxo CAD-CAM em consultório, serão uma obrigatoriedade para o profissional da Ortodontia Contemporânea.

Ainda não começou? É bom começar.

BIBLIOGRAFIA:

ANDRADE NETO (2013). Manual de Ortodontia Estética - Ortodontia Lingual e Alinhadores Invisíveis. Rio de Janeiro: Rubio.
ANDRADE NETO (2015). Alinhadores Invisíveis - Aplicações Clínicas e Laboratoriais. Fortaleza: Expressão.
ANDRADE NETO (2017). Alinhadores Invisíveis - Os segredos da estética transparente. California: Amazon Self Publishing.
BOYD, R. L., & VLASKALIC, V. (2001). Three-dimensional diagnosis and orthodontic treatment of complex malocclusions with the Invisalign appliance. Sem. Orthod. , 274-293.
BOYD R. L., MILER R. J., VLASKALIC V. (2000). The Invisalign system in adult orthodontics: mild crowding and space closure cases. J Clin Orthod. 34(4):203–12.
CASTRO NETO, F. A. A. (2017). Análise dos fatores associados as indicações para uso de Alinhadores Invisíveis [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic.
CASTRO NETO, F. A. A., VEDOVELLO FILHO, M., VEDOVELLO, S. A. S., VALDRIGHI, H. (2016) Percepção do ortodontista quanto ao tratamento com Alinhadores Invisíveis. In: Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 32, 2016, Campinas. Anais da Reunião, Campinas: SBPQO, 2016:
DRAKE, C. T., MCGORRAY, A. P., DOLCE, C., NAIR, M., WHEELER, T. (2012). Orthodontic tooth movement with Clear Aligners. ISRN Dentistry. v 2012, Article ID 657973.
GOMEZ, J. P., PEÑA, F. M., MARTINEZ, V., GIRALDO, D. C., CARDONA, I. C. (2015). Initial force systems during bodily tooth movement with plastic aligners and composite attachments: a three-dimensional finite element analysis. Angle Orthodontist. 85(3):454-460.
HILLIARD, K., & SHERIDAN, J. (2000). Adjusting Essix appliances at chairside. Journal of Clinical Orthodontics , 236-238.
Houle JP, Piedade L, Todescan R, Jr, Pinheiro FH. The predictability of transverse changes with Invisalign. Angle Orthod. 2017;87(1):19–24.
Kravitz ND, Kusnoto B, Agran B, Viana G. Influence of attachments and interproximal reduction on the accuracy of canine rotation with Invisalign®. A prospective clinical study. Angle Orthod. 2008;78(4):682–687.
LIU D. S., CHEN Y. T. (2015). Effect of thermoplastic appliance thickness on initial stress distribution in periodontal ligament. Advances in Mechanical Engineering. 7:1-7.
MCNAMARA, J. A., KRAMER, K. L., & JUENKER, J. P. (1985). Invisible retainers. J Clin Orthod , 570-578.
NAHOUM H. (1964). The vacuum formed dental contour appliance. The New York State Dental Journal. Nov;30(9):385-390.
SHERIDAN, J.J., ARMBRUSTER, P., NGUYEN, P., PULITZER, S. (2004). Tooth movement with Essix mounding. J Clin Orthod. 38(8):435-441.
SHERIDAN JJ, LEDOUX W, MCMINN R. (1993). Essix retainers: fabrication and supervision for permanent retention. J Clin Orthod. Jan;27(1):37-45.

DFL comemora 80 anos e conquista do Selo ABO em quatro famílias de produtos

Certificação ratifica a legitimidade e desempenho dos produtos testados em laboratórios credenciados e certificados

No ano que comemora 80 anos de atuação no Brasil, a DFL celebra também a conquista do Selo ABO em quatro famílias de produtos. O Selo ABO, chancelado pela Associação Brasileira de Odontologia, é uma certificação que ratifica a legitimidade e desempenho dos produtos testados em laboratórios credenciados. O Selo garante a segurança do produto para o cirurgião dentista, a tranquilidade para o paciente e o diferencial competitivo para a empresa no mercado.

Ainda em 2019, a DFL reformulará a sua identidade visual que traduzirá a solidez da empresa no mercado, o fator humano de seus colaboradores e a qualidade dos produtos. A nova marca será apresentada com exclusividade em janeiro, no CIOSP.

Além de mudanças internas, a empresa se prepara também para a finalização da linha 2, nova linha de produção de anestésicos, prevista para início de 2020. Com este aporte, a DFL poderá produzir seus produtos com uma fabricação mais moderna, automatizada e com alto padrão de qualidade, com potencial imediato para exportação e ampliação do mercado interno, após processo de regulação. Além disso, poderá aumentar a sua capacidade de produção. "A previsão é que a DFL aumente o market share em mercados atuais e conquiste registros em novos países.", destaca Joel Kos, diretor executivo da DFL. Além do território nacional, a DFL exporta para mais de 45 países atualmente.

Estes novos investimentos resultam em produtos com melhor qualidade em novos e maiores mercados. Com isso, a empresa mantém o seu objetivo de crescimento no mercado de medicamentos e produtos para saúde no ramo odontológico e investimento em conhecimento tecnológico. "Acreditamos que a inovação é a melhor maneira de oferecer aos nossos clientes, internos e externos, benefícios e satisfação mútua", ressalta Joel.

A Política de Qualidade adotada pela DFL reforça o comprometimento em fabricar produtos com qualidade, eficácia e segurança, baseados nos seguintes princípios: busca pelo aprimoramento tecnológico e de Gestão da Qualidade contínua, visando a prevenção de defeitos ao invés da detecção e correção de não-conformidades.

Produtos

Atualmente, a empresa é líder em Market Share no setor de anestésicos. Integram o portfólio da empresa Anestésicos, Agulha Gengival, Resinas, Silicones, Ionômeros e diversos produtos de referência no mercado, como: Benzotop, Futura, Sugclean, Clareadores dentais caseiros H7,5 e C16, entre outros.

Estrutura

As instalações da DFL são compostas por uma fábrica, Centro de Distribuição construído com a mais alta tecnologia, incluindo controle de temperatura e umidade e o prédio administrativo com 1.514m². Mas, o ativo principal da DFL são os mais de 280 funcionários.

História

A DFL foi fundada em 1939 como uma empresa importadora. Nos anos seguintes, conseguiu estabelecer-se como a maior representante da indústria americana e europeia de odontologia no Brasil. Em 1959, a DFL iniciou sua produção local de produtos odontológicos, dando um impulso na evolução dos negócios da empresa. Em 1978, construiu sua sede no Pólo Farmacêutico de Jacarepaguá, Rio de Janeiro, ao lado de grandes empresas.

O início da fabricação de anestésicos injetáveis ocorreu em 1998 e marcou uma nova era para a DFL. O reconhecimento da qualidade destes produtos desencadeou uma nova fase de crescimento da empresa. O ano de 2005 foi um marco na mudança da Companhia. Para atender à necessidade de investimentos, 40% de suas ações foram adquiridas por um grupo de investidores.

Quatro anos depois, em 2009, o grupo investidor comprou a totalidade do capital social da Companhia. Desde então, a empresa passou por uma grande mudança interna sendo feitos investimentos financeiros para garantir a modernização dos instrumentos de gestão, aumento da automação da produção da empresa e a criação de um laboratório de P&D equipado com as últimas tecnologias.

Presença Global

Depois de consagrada como uma das principais indústrias farmacêuticas e de produtos odontológicos do mercado brasileiro, a DFL, em 1999, iniciou o seu processo de internacionalização. A exportação começou primeiramente no mercado latino-americano e expandiu para outros países. A DFL conta com importantes certificados de qualidade como a CE (Certificação na Comunidade Europeia) e ISO 13485, além das Boas Práticas de Fabricação (BPF), que habilitam a empresa a registrar e comercializar seus produtos nos mercados mais competitivos do mundo.

Assessoria de Imprensa

Agência A+
Atendimento:
Mariana Pupo – (mariana@agenciaamais.com.br)
Coordenação: Ana Carolina Hildebrandt (anacarolina@agenciaamais.com.br)
Direção geral: Tatiana Marzullo (tataiana@agenciaamais.com.br)
Contato: (21) 3150-3053 / (21) 3066-1505 / (21) 98143-1113

CIOGO 19 CONGRESSO INTERNACIONAL DE **ODONTOLOGIA** DE GOIÁS

A edição 2019 do CIOGO, promovido pela ABO Goiás, confirmou as expectativas de crescimento e reuniu cerca de 11.000 participantes no Centro de Convenções de Goiânia, de 11 a 14 de setembro. O público teve acesso às últimas inovações em tecnologias, produtos e serviços da odontologia internacional em uma grande feira comercial que reuniu as principais marcas do setor, além de uma extensa programação científica, com palestras, conferências e módulos de especialidades trazendo os mais renomados palestrantes do Brasil e do mundo.

ABO ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA RECOMENDA

ABO Nacional sinônimo de Credibilidade, aposta na Qualidade !

Selo ABO Recomenda - chancela da Associação Brasileira de Odontologia – ABO que ratifica, confere e atesta - por meio de critérios rigorosos realizados por uma comissão técnica e administrativa: A razão, a eficiência do produto, serviço ou equipamento. Auferindo através de normas e regulações, maior segurança para o paciente, assegurado pela chancela ABO Recomenda a melhor compra à favor do cirurgião dentista.

Quais os benefícios?

A Empresa receberá através de certificado a chancela da *Maior Rede de Educação continuada do Mundo* no seu produto. Destacando; Reconhecendo e Recomendado seu produto/serviço aos melhores especialistas do setor médico odontológico do país.

Por que ?

Atualmente mais de 100 empresas com alto grau de credibilidade e inovação tecnológica conferem a conquista do mérito de qualidade chancelada pela Associação Brasileira deOdontologia.

Tenho intenção, como devo proceder

Entre em contato conosco através dos números (16) 99750-2097 / (11) 5083-4000 ou e-mail executivonacional@abo.org.br para que possamos detalhar, sanar possíveisdúvidas sobre o processo de submissão.

Algumas empresas que possuem o Selo ABO Recomenda

Bone Heal · RCrio células-tronco · Colgate · Fórmula & Ação · Oraljet Irrigadores Orais · Morelli Ortodontia · Voco The Dentalists · Fini Abriu, sorriu · Woson

abo.org.br

PRODUTO
DE QUALIDADE DEVE SER
RECOMENDADO!

ABO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA
RECOMENDA

A ABO NACIONAL
REPRESENTA CREDIBILIDADE!