

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**AMANDA SILVA CAIXETA
TALITA CARLA FERNANDES DE MOURA**

**AMELOBLASTOMA: Aspectos clínicos,
radiográficos e tratamento**

**PATOS DE MINAS
2016**

**AMANDA SILVA CAIXETA
TALITA CARLA FERNANDES DE MOURA**

**AMELOBLASTOMA: Aspectos clínicos,
radiográficos e tratamento**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientador: Prof.^a Ms. Mayra M^a Coury de França

**PATOS DE MINAS
2016**

AMANDA SILVA CAIXETA
TALITA CARLA FERNANDES DE MOURA

AMELOBLASTOMA: Aspectos clínicos, radiográficos e
tratamento

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 16 de novembro de 2016, pela
comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.^a Ms. Mayra M^a Coury de França
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.^o Esp. José Jorge Vianna Junior
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.^o Dr. Willian Morais de Melo
Faculdade Patos de Minas

AMELOBLASTOMA: Aspectos clínicos, radiográficos e tratamento

Amanda Silva Caixeta e Talita Carla Fernandes de Moura*

Prof.^a Ms. Mayra M^a Coury de França**

RESUMO

O tumor ameloblástico ou ameloblastoma é considerado benigno, com crescimento lento, localmente invasivo e altas taxas de recidiva. Pode ser classificado em muticístico ou sólido, unicístico e periférico. Representa cerca de 1% dos tumores faciais, originando-se principalmente em regiões de molares e pré-molares. O tratamento encontra propostas distintas de acordo com seu tamanho e possibilidade de invasão tecidual adjacente, devemos analisar o tamanho e tipo da lesão, sua localização e tipo histológico. As abordagens conservadoras geralmente são indicadas em ameloblastomas menos agressivos, ou para o tratamento deste tumor em crianças. As abordagens mais radicais são preconizadas nas variedades mais agressivas, em que há uma grande possibilidade de haver recidivas. O presente estudo tem por finalidade revisar a literatura, buscando evidenciar os aspectos clínicos, radiográficos, diagnóstico diferencial e tratamento.

Palavras-chave: Ameloblastoma, tumor odontogênico, tumor ameloblástico.

ABSTRACT

The ameloblastoma or ameloblastoma tumor is considered benign, with slow growth, locally invasive and high rates of relapse. Can be classified in muticístico or solid, unicístico and peripheral. It represents about 1% of facial tumors, originating mainly in molar and premolar regions. The treatment finds different proposals according to their size and possibility of adjacent tissue invasion, we must analyze the size and type of the lesion, its location and histological type. Conservative approaches are generally indicated in less aggressive ameloblastomas, or for the treatment of this tumor in children. The more radical approaches are advocated in the more aggressive varieties, in which there is a great possibility of relapses. The present study aims to review the literature, seeking to evidence the clinical, radiographic, differential diagnosis and treatment aspects.

Keywords: ameloblastoma, odontogenic tumor, ameloblastic tumor.

* Alunas do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) formandas no ano de 2016. E-mail: amndaca1@gmail.com – talita1308@hotmail.com

** Professora de radiologia, odontopediatria e triagem no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em radiologia pela ABO e em odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic/ Mestre em estomatologia pela UFU. E-mail: mayrinhaf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor de origem ectodérmica, do epitélio odontogênico ou na camada celular basal do epitélio de revestimento dos maxilares. Ocorre preferencialmente em regiões posteriores dos ossos do complexo maxilo-mandibular, sendo mais prevalente na mandíbula. Geralmente encontra-se na região de ramo e corpo mandibular e é considerado o tumor benigno odontogênico com maior significado clínico. ^(1,2)

Apresenta crescimento lento, progressivo, pode causar deformidades faciais, mobilidade, deslocamento dentário e expansão de corticais ósseas. Alguns fatores de risco são: exodontias, traumas, inflamações, lesões cariogênicas ou erupções dentárias. Embora considerado uma doença localmente invasiva, pode fugir ao controle terapêutico por ser silenciosa e progressiva. O diagnóstico precoce é muito importante para um bom prognóstico e recuperação do paciente. Geralmente assintomático, ocorre principalmente entre a terceira e quinta décadas de vida. ^(3,4)

Uma característica fundamental é a expansão das corticais ósseas, sendo que a lesão se estabelece dentro do osso, lentamente, havendo reabsorção e ocasionando uma rarefação óssea. As lesões podem causar reabsorções radiculares, e também grandes possibilidades de recorrência. ⁽⁴⁾

O diagnóstico ocorre geralmente em consulta com o cirurgião-dentista e quando este já apresenta grande extensão. Radiograficamente, apresenta-se como lesão radiolúcida uni ou multilocular e é fundamental exames complementares para o diagnóstico final. Ainda que a anamnese, exame clínico e exame radiográfico sejam sugestivos, estes não são suficientes para conclusão do diagnóstico, que deve ser obtido através da coleta e envio do material da lesão para estudo anatomopatológico. ⁽⁵⁾

Os tratamentos vão de curetagem a amplas ressecções ósseas, podendo ou não, ser indicada reconstrução sendo que o acompanhamento pós-operatório é essencial. ⁽²⁾

O presente estudo tem por finalidade revisar a literatura, buscando evidenciar os aspectos clínicos, radiográficos, diagnóstico diferencial e tratamento visando a melhor forma de abordagem.

REVISÃO DA LITERATURA

Descrição do ameloblastoma:

O ameloblastoma é um tumor odontogênico de origem ectodérmica, podendo ter origem no epitélio odontogênico ou na camada celular basal do epitélio de revestimento dos maxilares. ⁽²⁾

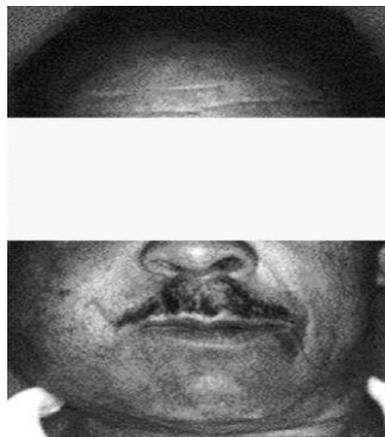
A terminologia ameloblastoma foi usada pela primeira vez em 1930 para descrição de um tumor odontogênico, formado por múltiplos cordões e lâminas celulares interconectadas, de origem epitelial, semelhante à lâmina dentogengival do início da odontogênese. ⁽¹⁾

Considerados lesões complexas de origem epitelial, o ameloblastoma tem origem durante parte da biologia de formação dos dentes e das estruturas peri-orais, podendo a maioria das neoplasmas odontogênicos imitarem estágios do desenvolvimento dentário. ⁽⁶⁾

O crescimento da lesão é lenta e infiltrativa, geralmente assintomático, excluindo-se casos onde se encontram associado a infecções secundárias. As lesões causadas pelo ameloblastoma afetam aos poucos os tecidos ósseos onde se localizam deixando o local com rarefação óssea, fragilizando o local. (figura 1). ⁽⁴⁾

Os comportamentos clínico, radiográficos e histopatológicos, fornecem uma base para classificação dos ameloblastomas, os quais podem ser denominados: multicístico ou sólido, unicístico e periférico. ⁽²⁾

Fig. 1: Paciente portador de ameloblastoma na mandíbula.



Fonte: (7)

Embora benignos, os ameloblastomas possuem comportamento agressivo, e geralmente associado à periolucidez pericoronar de dentes posteriores impactados.⁽⁶⁾

A agressividade do tumor está ligada à fase embriogênica do seu desenvolvimento. Tumores com células semelhantes aquelas de fases iniciais da embriogênese, resultam em tumores de maior agressividade devido à menor diferenciação celular. Por vezes, pode fugir do controle terapêutico.^(8,9)

Estudos realizados notaram a necessidade de que a primeira intervenção para tratamento seja bastante abrangente, para melhor prognóstico, diminuindo as chances de recidivas e contaminação de áreas vizinhas por células tumorais.⁽⁸⁾

A retirada do tumor é agressiva, necessitando na maioria das vezes de reconstrução, pois, gera sequelas físicas e mentais ao paciente.⁽¹⁰⁾

De acordo com seus aspectos clínicos e radiográficos é classificado em: a) ameloblastoma periférico: não podendo ser diagnosticadas radiograficamente, b) ameloblastoma multicístico: imagem radiolúcida semelhante a “bolhas de sabão” ou “favo de mel” e com comportamento agressivo, c) ameloblastoma unicístico com área radiolúcida arredondada e bem delimitada e comportamento menos agressivo comparado ao multicístico.⁽²⁾

Ameloblastoma multicístico:

O ameloblastoma multicístico ou sólido é considerado a forma mais agressiva e invasiva, sendo a mais comum, correspondendo a 85% dos casos possui crescimento mais rápido dentre os ameloblastomas, apresenta maior taxa de recidiva.^(3,9)

O diagnóstico ocorre geralmente em adultos a partir da terceira década de vida. Apresenta-se geralmente infiltrativa, nas trabéculas ósseas elevando as possibilidades de reincidência quando removidos inadequadamente. É caracterizada como lesão de crescimento lento, porém, progressivo.⁽¹¹⁾

Radiograficamente, possui características de “bolha de sabão” ou “favo de mel” por apresentar inúmeras cavidades císticas, de tamanhos variados limitados por septos ósseos demonstrados na (figura: 2).⁽³⁾

Fig. 2: Radiografia panorâmica. Na região mentoniana, corpo e ramo horizontal direito da mandíbula, nota-se lesão lítica, insuflativa, de aspecto multiloculado, com zonas de transição parcialmente definidas, causando afinamento e áreas de rompimento da cortical óssea adjacente.



Fonte: (12)

Ameloblastoma unicístico:

É uma variante distinta com uma agressividade e comportamento clínico menor quando comparado ao multicístico, correspondendo 14% dos casos, estando associados a dentes não irrompidos, principalmente terceiros molares inferiores. Este é um tumor assintomático, com aspecto clínico e radiográfico semelhantes a uma lesão cística possuindo uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso. O diagnóstico ocorre geralmente por exame histopatológico após biópsia incisional. ^(3,5)

Não existindo predileção por raça ou etnia, ocorre geralmente em pacientes mais jovens (segunda e terceira décadas de vida), porém, pode ocorrer no intervalo de idade de oito aos 68 anos principalmente na mandíbula, com 77,4% em região de ramo de mandíbula, 12,9% em sínfise, 9,7% em corpo e 51% envolvendo a coroa do dente. ⁽¹³⁾

Os aspectos radiográficos são variáveis, não ocorrendo um sinal patognomônico da lesão. Em radiografia possui forma unilocular com imagem radiolúcida única, determinado por um halo radiopaco, e é comum reabsorção radicular dos dentes que estão associados ao tumor. (figura 3). ⁽¹³⁾

Fig. 3: Apresenta extensa lesão radiolúcida com deslocamento do segundo molar em desenvolvimento para a margem inferior da mandíbula.



Fonte: (14)

Ameloblastoma periférico:

É considerada a forma mais rara, ocorre em apenas 1% dos casos. Encontrado geralmente em tecidos moles da região dentária como mucosa gengival (figura 4). É considerado um tumor de comportamento pouco agressivo e o prognóstico favorável por não comprometer estruturas ósseas adjacentes. Dificilmente apresenta recidiva, o que leva a possibilidade de tratamentos mais conservadores, com altas taxas de cura. ^(3,11)

Acomete principalmente, adultos jovens na faixa etária de aproximadamente 35 anos. ⁽¹⁰⁾

Fig. 4: Aumento de volume de base séssil na gengiva.



Fonte: (14)

Diagnóstico diferencial:

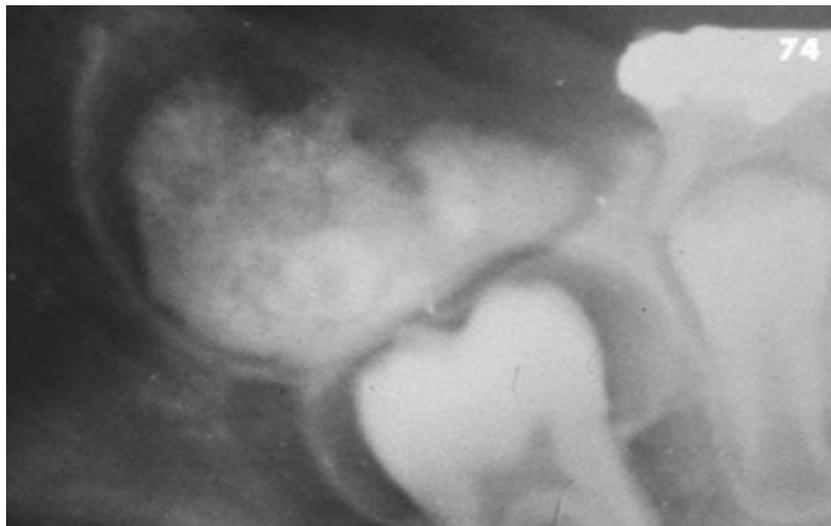
Podemos citar como diagnóstico diferencial do ameloblastomas: mixoma (figura 5), odontoma (figura 6), cisto dentífero (figura 7), queratocisto (figura 8), dentre outros. ⁽⁷⁾

Fig. 5: As linhas radiopacas no interior da tumoração oferecem aspecto de malha da raquete de tênis principalmente na periferia. Na região mais central o trabeculado é escasso. Possível diagnóstico mixoma.



Fonte: Clínica de diagnóstico da Universidade Federal de Uberlândia (cedida pela orientadora).

Fig. 6: Massa radiopaca, delimitada por halo radiolúcido. Possível diagnóstico odontoma complexo.



Fonte: Clínica de diagnóstico da Universidade Federal de Uberlândia (cedida pela orientadora).

Fig. 7: Imagem radiolúcida delimitada por linha radiopaca envolvendo um dente impactado. Possível diagnóstico cisto dentífero.



Fonte: Clínica de diagnóstico da Universidade Federal de Uberlândia (cedida pela orientadora).

Fig. 8: Imagem radiolúcida delimitada por linha radiopaca envolvendo terceiro molar inferior impactado. Possível diagnóstico de Queratocisto.



Fonte: Clínica de diagnóstico da Universidade Federal de Uberlândia (cedida pela orientadora).

O ameloblastoma desmoplásico é considerado uma variante dos ameloblastomas formado por estroma colagenizado e permeado por pequenas ilhas e cordões de epitélio tumoral odontogênico, localizado geralmente em regiões anteriores da mandíbula, o ameloblastoma desmoplásico provoca aumento do volume local indolor. (Figura: 9) ⁽¹⁵⁾

Fig. 9: A e B Aspecto inicial de um caso de ameloblastoma desmoplásico na região anterior de mandíbula. C Tomografia computadorizada mostrando reabsorção radicular do dente 43 e lesão multilocular em região anterior de mandíbula.



Fonte: (15)

Prevalência do ameloblastoma:

O ameloblastoma de distribuição praticamente igual entre os gêneros, os números correspondem a 52,5% homens e mulheres 47,5%. Diferentes resultados foram relatados maior incidência no sexo feminino. ^(4,16)

Afeta quatro vezes mais a região da mandíbula que a maxila, sendo as regiões dos molares e ramo ascendente as mais afetadas. É raro em crianças, sendo mais comum o diagnóstico em adultos jovens por faixa etária por volta de 30 anos de idade, representa cerca de 1% de todos os tumores e cistos odontogênicos que acometem o complexo maxilo-mandibular. ⁽¹⁾

A frequência varia de acordo com a região geográfica avaliada, e que o pico de incidência ocorre na quinta década de vida. ⁽⁴⁾

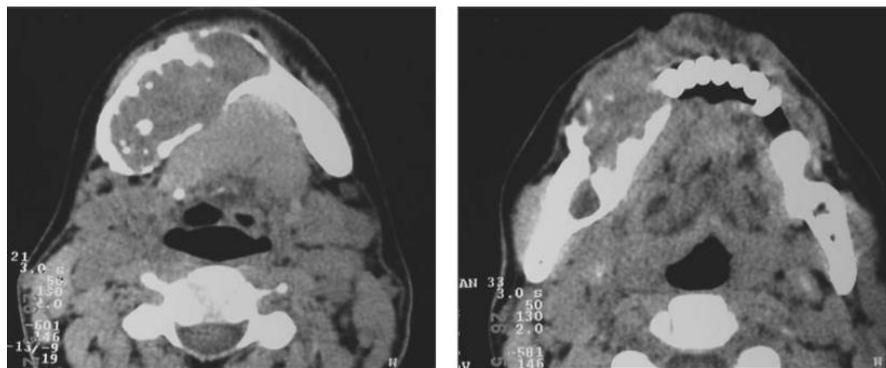
Diagnóstico:

Geralmente em fase inicial é difícil o diagnóstico por não apresentar sintomatologia dolorosa, sendo assim, o cirurgião-dentista não pode levar apenas em consideração anamnese e exame radiográfico. Para um correto diagnóstico final é necessário biópsia incisional e posteriormente exame histopatológico. ⁽⁶⁾

Quanto aos aspectos clínicos, apresenta crescimento lento e aumento de volume local indolor, podendo ocorrer deformidade facial, no entanto, o quadro clínico é pobre e, as queixas mais comuns são edema gengival, abaulamento ósseo e queda dos dentes. ⁽²⁾

Na suspeita da doença, são indicados os exames de radiografia panorâmica de mandíbula e tomografia computadorizada de face (Figura: 10). O histórico do paciente deve ser levantado em consideração na busca de doenças odontológicas passadas, intervenções orais e remoção de dentes. O exame clínico segue a anamnese, com a avaliação física do paciente, examinando cabeça e pescoço com ênfase na boca, inspeção da oclusão, abertura e fechamento da boca, palpação dos dentes, soalho, gengiva, palato duro e mole, e, em especial, tumorações de maxila. ⁽⁹⁾

Fig. 10: Tomografia computadorizada do tumor ameloblastoma.



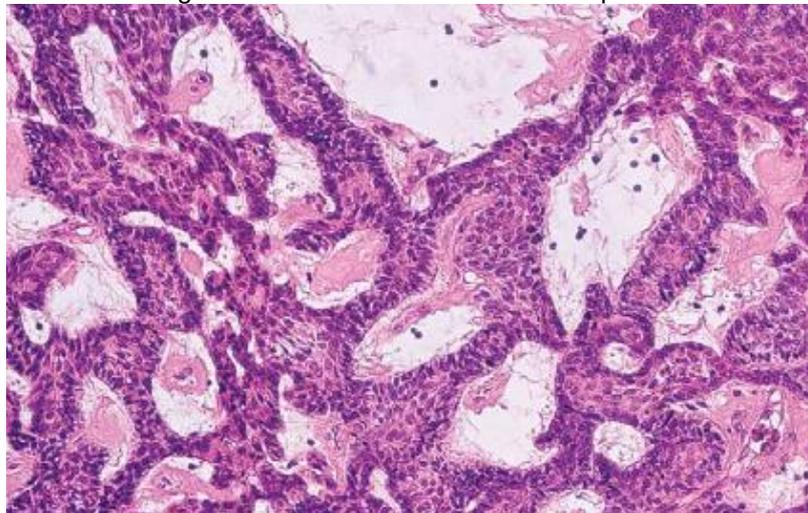
Fonte: (12)

A tomografia computadorizada, acrescida com programas de reconstruções odontológicas e tridimensionais é indispensável na avaliação da localização, extensão, limites e correlação do tumor com estruturas circunvizinhas, as quais só podem ser observadas por meio de reconstrução computadorizada. ⁽³⁾

O diagnóstico para diferenciação dos tipos de ameloblastoma ocorre combinando avaliação clínica e estudo imagineológico, no entanto, só pode ser concluído com avaliação histológica da lesão. ⁽¹⁰⁾

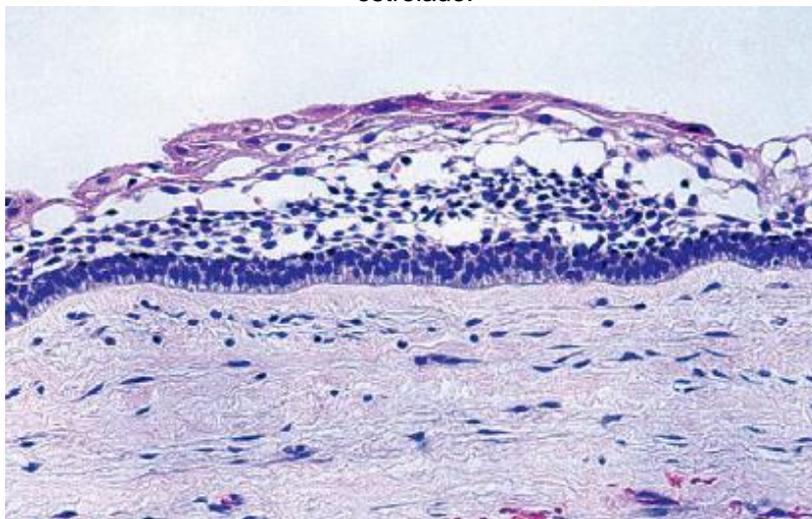
Histologicamente são descritos cinco tipos de ameloblastomas multicístico: folicular, plexiforme, acantomatoso, de células basais e granulosas sendo assim as variantes foliculares e plexiformes são as mais observadas (figura 11). A variante unicístico apresenta três tipos descritos: luminal sendo a forma mais comum (figura 12), mural, intraluminal plexiforme. ^(7, 14)

Fig. 11: Cordões de epitélio odontogênico anastomosando-se. Padrão plexiforme.



Fonte: (14)

Fig. 12: Cisto revestido de epitélio ameloblástico apresentado camada basal hiper cromática e polarizada. Células epiteliais sobrejacentes estão frouxamente conectadas e remetem ao retículo estrelado.



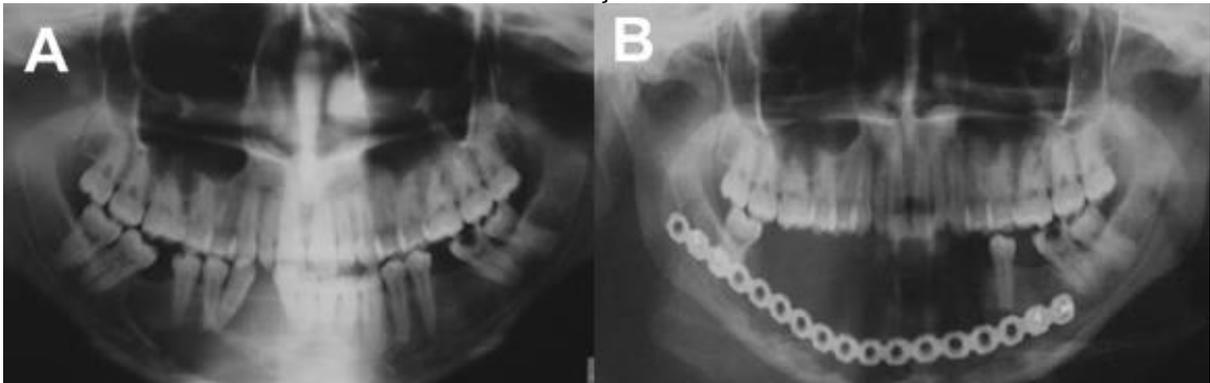
Fonte: (14)

Tratamento

O tratamento segue duas linhas principais: a primeira, mais conservadora, visa à remoção do tumor com menor mutilação possível, às vezes sem margens de segurança livres e a segunda, mais agressiva, tem como meta a remoção completa, com margens de retirada óssea livres, desconsiderando possíveis mutilações. ⁽¹⁶⁾

Na escolha por um tratamento conservador, os procedimentos cirúrgicos visam remover o tumor, não havendo intenção de praticar ressecção com margens cirúrgicas de segurança, livres de doença. Tal conceito se apoia na afirmação de que o ameloblastoma é considerado tumor benigno, e como tal, deve ser tratado, sem que haja mutilações desnecessárias, conceito não aceito na escolha de tratamento radical, que tem como objetivo eliminar o tumor mesmo havendo grandes mutilações visando menor probabilidade de recidivas (figura 13). ⁽¹⁷⁾

Fig. 13: A- Radiografia do tumor antes da ressecção; B- Pós-ressecção com placa metálica de reconstrução óssea.



Fonte: (12)

Apesar de radiograficamente as bordas do ameloblastoma unicístico se apresentarem bem definidas, histologicamente é infiltrativa, podendo apresentar invasões de distâncias variadas, sendo encontradas células tumorais a uma distância de até 1,4 centímetros dos limites radiográficos, sugerindo uma margem de segurança de dois centímetros. ⁽¹⁸⁾

A radioterapia pode ser indicada em pacientes operados por mais de uma vez, e em casos inoperáveis como idosos que não suportariam a cirurgia convencional. No entanto, a radioterapia só é indicada em lesões com grande comprometimento dos tecidos. ⁽¹¹⁾

A crioterapia aparece hoje como um coadjuvante no tratamento, promovendo basicamente a morte celular na área tratada e tem sido utilizada basicamente em lesões de baixo grau de malignidade. Principais diferenças entre a escolha conservadora e escolha radical de tratamento para o ameloblastoma são descritas abaixo no (Quadro: 1) ^(3, 7)

Quadro 1: Comparação entre os métodos de tratamentos para ameloblastoma (conservador e radical).

ESCOLHA CONSERVADORA	ESCOLHA RADICAL
<ul style="list-style-type: none"> • Ressecção cirúrgica apenas do tumor sem margens de segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressecção cirúrgica radical com margem de segurança indicada de dois centímetros.
<ul style="list-style-type: none"> • Conservação dos tecidos adjacentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressecção de tecidos adjacentes.
<ul style="list-style-type: none"> • Preservação das características estéticas e funcionais do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mutilação estética e possivelmente funcional do paciente.

Fonte: (3)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ameloblastoma é considerado um tumor odontogênico de difícil tratamento com altas taxas de recidiva. O diagnóstico não ocorre em fase inicial devido à dificuldade na visualização do tumor e de suas exatas dimensão e delimitação de bordas por exames de imagem. Tais características elevam significativamente as possibilidades de falhas durante a ressecção total.

A escolha do tratamento para os ameloblastomas, na maioria dos casos, é cirúrgico radical, o que se deve às dificuldades no exame radiográfico em mensurar a extensão exata da lesão. No entanto, a opção por tratamento conservador deve ser realizada desde que possibilite a resolução adequada da doença, diminuindo as sequelas fisiológicas e estéticas do paciente.

REFERÊNCIAS

1. França L JL, Curioni OA, Diógenes LP, Vianna DM, Dedivites RA, Rapoport A. Estudo demográfico, clínico e terapêutico do ameloblastoma – análise de 40 casos. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. [periódico na internet] 2012 [acesso em 20 março 2016] 78(3): Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942012000300008>
2. Raldi FV, Guimarães-Filho R, Moraes MB, Neves ACC. Tratamento de ameloblastoma. *RGO. Porto Alegre*. 2010; 58(1): 123-6.
3. Resende ABM, Faber PA, Pino DS, Dias FJN. Tratamento cirúrgico de ameloblastoma multicístico de mandibular. *Rev. Científica da FHO/UNIRAS*. 2014; 2(1): 33-38.
4. Cabral VFC, Correia AVL, Silva RJ, Castro JFL, Carvalho EJA. Ameloblastoma: estudo retrospectivo dos casos diagnosticados no laboratório de histopatologia oral da UFPE. *Int J Dent, Recife*. 2009; 8(4): 189-190.
5. Moreira TG, Gonçalves SLM, Salim MAA, Prado R. Ameloblastoma unicístico mural com componente intraluminal revisão e relato de caso. *Rev.cir.traumatol. Buco-maxiloac*. 2010; 10(1).
6. Jaber KY, Sassi LM, Franzi SA. Tratamento do Ameloblastoma. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2009; 38(2): 124-8.
7. Martins MD, Rosa Junior OA, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Ameloblastoma: revisão de literatura. *Consciente Saúde, São Paulo*, 2007; 6(2): 269-78.
8. Paiva LCA, Santos MESM, Silva DN, Heitz C, Filho MS. Potencial de recidiva do ameloblastoma: relato de caso. *Rev. cir. tralmatol. Buco-maxilo-fac*. 2010; 2(1): 27-33.
9. Kruschewsky LS, Cincura C, Teixeira FA, Filho FVM. Ameloblastoma: aspectos clínicos e terapêuticos. *Rev. Bras. Cir. Craniomaxilofac*. 2010; 13(4): 245-5.

10. Montoro JRMC, Tavares MG, Melo DH, Franco RL, Melo-Filho FV, Xavier SP, Trivellato AE, Lucas AS. Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. Rev. Bras. de otorrinolaringologia. 2008; 74(1).
11. Gomes ACA et al. Ameloblastoma: tratamento cirúrgico conservador ou radical? Rev. cir. tralmatol. Buco-maxilo-fac. 2002; 2(2):17-24.
12. Sá ACD, Zardo M, Paes Júnior AJO, Souza RP, Neme MP, Sabedotti I, et al. Ameloblastoma da mandíbula: relato de dois casos. Radiol. Bras. 2004; 37(6): 465-8.
13. Haug RH, Hauer CA, Smith B, Indresano AT. Reviewing the unicystic Ameloblastoma: Report of two Cases. J. Am. Dent Assoc. 1990.121: 703-5.
14. Neville BW, Damm DD, Alen CM. Patologia oral maxilo facial. 2009; 3(3): 1-989.
15. Bastos Junior JCC et al. Ameloblastoma desmoplásico: revisão de literatura. SALUSVITA, Bauru. 2015; 34(3): 555-67.
16. Ledesma-M, Paez-Valencia SC et al. Ameloblastoma: a regional Latin-Americans multicentric study. Oral Dis. 2007; 13(3):303-7.
17. Takahashi K, Miyauchi K, Sato K. Treatment of ameloblastoma in children. The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery. 1998; 36 (6): 453-456.
18. Silveira HED, Barbachan JJD. Estudo comparativo entre limites radiográficos e histológicos em ameloblastoma. Revista da Faculdade de Odontologia Porto Alegre. 2000; 41(1): 49-54.

AGRADECIMENTOS

Grande momento e mais esperado em nossas vidas chegou, sabemos que vencemos essa etapa, porém há muitas outras a serem conquistada.

Durante este cinco anos buscamos forças apoio em muitas pessoas, no qual devemos agradecer e sermos gratas por ter contribuíram para a realização desse sonho.

Deus que diante das dificuldades nos deram forças guiando nossos corações e iluminando nossos caminhos.

Nossos pais, pois sem o apoio incondicional deles esse nosso sonho de se torna cirurgiãs-dentistas não se realizariam. Obrigada por acreditarem em nosso potencial. Essa vitória é nossa!

À instituição de ensino e o corpo docente que souberam ensinar e transmitir mais que teoria, compartilhando experiências profissionais e de vida.

Nossa orientadora juntamente com a banca examinadora com todos seus conhecimentos ter instruído e orientada com toda paciência e dedicação para concretização deste trabalho. Muito obrigada!

E a todos os familiares, amigos que foram essenciais durante toda nossa trajetória, dando apoio e força em cada momento de dificuldades.

Turma, por todos esses anos juntos em busca de um mesmo objetivo. Juntos vencemos!