

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**GREGORY ALVES LEMOS
JOSÉ VINÍCIUS BARBOSA RAMOS**

**FECHAMENTO DE DIASTEMAS TECNICA DIRETA:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**PATOS DE MINAS
2015**

**GREGORY ALVES LEMOS
JOSÉ VINÍCIUS BARBOSA RAMOS**

**FECHAMENTO DE DIASTEMAS TECNICA DIRETA:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

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

Orientador: Prof.^o Ms. Fernando Nascimento

**PATOS DE MINAS
2015**

FECHAMENTO DE DIASTEMA: caso clínico

Gregory Alves Lemos e José Vinícius Barbosa Ramos*

Fernando Nascimento**

RESUMO

Atualmente a procura por um padrão de estética cresce a cada dia. Um dos muitos problemas relatados pelos pacientes, como neste trabalho, são os diastemas, que os levam cada vez mais aos consultórios odontológicos devido o descontentamento com os espaços interdentais. Assim sendo, a odontologia atual juntamente com o avanço tecnológico de seus produtos, oferece boas alternativas para a mudança e melhoria do sorriso, visando estética e conseqüentemente conforto psicológico. Antes de solucionar o caso, o profissional discute sobre os vários tratamentos, levando em conta, custo, tempo de execução e longevidade, além de outros fatores, contribuindo assim, para que o paciente faça a escolha que melhor se adapte a suas necessidades. Nesse trabalho, o caso de fechamento de diastemas foi realizado pela a técnica direta, uma vez que a paciente preferiu não optar pelo tratamento ortodôntico ou por técnicas indiretas como laminados cerâmicos. O resultado final proporcionou um ótimo custo benefício para a paciente, e aumento em sua autoestima.

Palavras-chave: Diastema. Estética. Fechamento de diastema.

ABSTRACT

Today people from all walks of life, are increasingly concerned to follow the standard of beauty exposed by the media day. One of the many problems reported by patients, as in this work, are the diastema, which lead increasingly to offices, due to dissatisfaction with the interdental spaces. Therefore, the current dentistry along with the technological advancement of its products, offers good alternatives for change and improvement of the smile, aiming aesthetics, economy and consequently psychological comfort. Before solving the case, the professional discusses the various treatments, taking into account cost, lead time and longevity, among other factors, thus contributing to the patient make the choice that best suits your needs. In this work, the diastema closure case was resolved with the direct technique with composite resin, since the patient chose not to opt for orthodontic treatment or for indirect techniques such as veneers or contact lens. The end result provided a great cost benefit, and the patient was very pleased with the result, providing you with a good increase in their self-esteem.

Keywords: Diastema. Aesthetics. Diastema closure.

*Alunos do Curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) 2015. e-mail do aluno gregorylemos245@hotmail.com, vinicius_ramos1@hotmail.com .

**Professor de dentística no curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista/Mestre em dentística pela faculdade UFU e-mail do professor fnascimento_fpm@yahoo.com.br .

1 INTRODUÇÃO

A odontologia estética apresenta-se como um importante segmento na odontologia moderna. As mídias impõem padrões de beleza, motivando uma supervalorização da aparência do indivíduo. Não obstante, dentes brancos, alinhados e sem espaços entre eles fazem parte desta padronização. ^(1,4,5,7)

Qualquer alteração estética que foge as tendências atuais pode gerar transtornos psicológicos que variam desde uma simples forma de disfarçar o problema até a introversão total do indivíduo, negativando sua desenvoltura social. Dessa forma, o tratamento estético na odontologia tem se tornado frequente devido ao crescimento do interesse do paciente em melhorar sua autoimagem, e aceitação social. ⁽²⁾

O diastema é uma alteração que pode ser definida como a presença de espaços entre dois ou mais dentes adjacentes. Quando esse espaço surge entre os incisivos centrais superiores, torna-se desagradável sob o ponto de vista estético, e em alguns casos, causa transtornos psicológicos para algumas pessoas. ^{3 (1,3,5,7)}

Uma das formas de resolve-lo é o tratamento ortodôntico, porém não são todos os pacientes que são receptivos a este, por ser um tratamento de longa duração e desconfortável. Muitas vezes, o tratamento ortodôntico isolado não é o suficiente para resolver esses problemas, sendo então, associado a correções restauradoras estéticas. Devido as grandes melhorias nas propriedades dos materiais restauradores, a indicação passou a ser cada vez maior, e os procedimentos clínicos mais conservadores, pois são associados a técnicas adesivas que não requerem desgastes nas superfícies mantendo-as hígidas, além do tempo clínico reduzido e sem encargos laboratoriais. ^(4,5,6)

Por se tratar de técnicas simples, o fechamento de diastema com resina composta torna-se um procedimento seguro, previsível e totalmente reversível caso o paciente demonstre descontentamento com o resultado clínico final. ^{6 (2,3,5,13)}

Contudo, para se obter bons resultados o cirurgião dentista deve ter conhecimentos dos princípios e parâmetros necessários para planejar, discutir e executar as transformações necessárias para tornar o sorriso agradável e harmônico. Nesse sentido, a proporção áurea tem sido uma ferramenta simples de fácil aplicação na orientação de tratamentos estéticos. ^(15,16,17)

A aplicação da proporção áurea na odontologia foi inicialmente mencionada e defendida por Lombardi em 1973, e desenvolvida por Levin em 1978. A grade de Levin foi criada através da proporção áurea avaliando a medida da amplitude do sorriso, e da porção visível dos dentes. Esta proporção é de 1,0 para 1,618, para atingir o número de ouro 0,618.^(15,16)

Paralelamente a alteração na forma e tamanho, o clareamento dos dentes tem sido um complemento importante na transformação do sorriso. Assim, ter dentes mais claros transmite jovialidade e enquadra o indivíduo no padrão de beleza atual. O clareamento é realizado a fim de melhorar a aparência do sorriso tornando-o mais agradável. É um tratamento simples, porém não há garantia de sucesso. Então, controlar as expectativas do paciente, esclarecendo que o tratamento pode não responder de forma efetiva é fundamental para a aceitação de resultados que não respondam bem a técnica.^(8,9)

O procedimento consiste em aplicar o gel clareador sobre a estrutura dental. Esse gel pode ser à base de peróxido de hidrogênio ou peróxido de carbamida. Além disso, o profissional e o paciente devem escolher a técnica mais adequada. Atualmente o profissional dispõe de duas técnicas: caseira que consiste no uso de gel clareador aplicado a uma moldeira de silicone, e a de consultório cuja aplicação é realizada pelo cirurgião dentista no consultório. Contudo alguns relatos têm demonstrado que a associação de ambas as técnicas promove melhores resultados.^(7,8,9,14)

Ao pensar em clareamento dental, deve-se considerar que a estrutura do dente é permeável aos agentes clareadores, capazes de se difundir livremente pelo dente e promover o clareamento. Os agentes clareadores agem principalmente através da oxidação de compostos orgânicos. Esses agentes são altamente instáveis e, quando em contato com o tecido, liberam radicais livres (principalmente o oxigênio nascente) que oxidam os pigmentos. O oxigênio liberado penetra nos túbulos dentinários e age nos compostos com anéis de carbono que são altamente pigmentados, convertendo-os em compostos mais claros. Além disso, converte compostos de carbono pigmentados e com ligação dupla em grupos hidroxila que se apresentam sem cor. Quando o clareamento ultrapassa o “ponto de saturação” — a quantidade ótima do clareamento na qual o branqueamento obtido é máximo — o branqueamento diminui muito e o agente clareador começa a atuar em

outros compostos que apresentam cadeias de carbono, como as proteínas da matriz do esmalte. Neste ponto, a perda de material da matriz do esmalte torna-se muito rápida e é convertido em dióxido de carbono e água, o que leva a um aumento da porosidade e da fragilidade do dente. ⁽¹⁴⁾

Para melhor compreensão do tema, foi incluído na pesquisa um estudo de caso clínico realizado na Policlínica da Faculdade Patos de Minas.

2 CASO CLÍNICO

Paciente sexo feminino L.L.A 20 anos, compareceu à Policlínica Faculdade Patos de Minas (FPM) queixando-se da aparência estética de seu sorriso. Durante o exame clínico constatou-se a presença de diastemas na região anterosuperior.

Após os exames clínico e radiográfico, constatou-se que os elementos 11,12 e 22 apresentavam-se vitais, e o 21 já tinha sido tratado endodonticamente, porém, sem comprometimento periodontal.

A paciente foi orientada sobre a necessidade de tratamento ortodôntico, previamente a realização de tratamento reabilitador estético. Entretanto, esta reportou não querer fazer o uso do aparelho para o tratamento ideal. Assim, optou-se pelo tratamento restaurador com resina composta, por se tratar de uma técnica conservadora e de custo reduzido.

2.1 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Inicialmente foi realizado o registro de cor referente ao dente da paciente, correspondente a cor A2, e feito um registro fotográfico associado à escala de cor. Após o registro da cor foi realizada uma moldagem da arcada superior com alginato (Jeltrate, Dentsply), para posterior obtenção do modelo de gesso no qual foi confeccionado as moldeiras de silicone para o clareamento, e o enceramento diagnóstico dos dentes (12,11,21,22) com a finalidade de definir o comprimento, largura e forma da futura restauração. Esse modelo encerado foi moldado com silicone de condensação (PERFIL Coltene, Rio de Janeiro) obtendo uma guia, com intuito de facilitar o procedimento.

A paciente foi submetida a um clareamento dental de técnica mista, que consiste na união da técnica caseira e a de consultório, correspondente as seguintes fórmulas: Peroxido de carbamida a 10% (opalescence[®], ultradente), aplicado sobre a face vestibular das moldeiras de clareamento, confeccionadas anteriormente. Foi passado à paciente as orientações de aplicações e tempo de uso diário. Esse tratamento teve uma durabilidade de 2 semanas sendo intercalada com a técnica de consultório, na qual foi utilizado peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP, FGM). Esse procedimento foi realizado no consultório sendo realizado em 3 seções de 45 mim com intervalo de 7 dias entre as seções. Durante esse intervalo de dias realizou-se a técnica caseira com o peroxido de carbamida 15%.

Durante o clareamento, o dente 21, tratado endodonticamente, e que se apresentava mais escurecido teve uma resposta clareadora, acompanhando a cor dos demais dentes no tratamento.

Após a conclusão do clareamento dental, foi realizado registro fotográfico (fig.1 e 2).

Após 15 dias referentes à estabilização da coloração dentária e saída do oxigênio remanescente resultante do clareamento dental, foi realizado outro registro fotográfico de cor com referência na escala de cor (VITA Classical[®]) (mais claro que B1).

Fig. 1 – Aspecto clínico após o clareamento.



Fig. 2 – Aspecto clínico após o clareamento, com os lábios afastados.



Para o procedimento de fechamento de diastemas foi realizada a profilaxia com escova de Robinson e pedra pomes e água, para criar micro abrasão e melhorar a retenção. Com a utilização de um lençol de borracha (Madeitex, São José dos Campos), arco de Young (Golgran) e perfurador (Golgran), foi confeccionado o isolamento absoluto modificado, dos elementos 13 ao 23, com a união dos furos confeccionados no lençol de borracha, e com estabilização na distal do 13 e 23 (fig.3). Foi colocado o fio retrator gengival (Pro-retract 000, FGM), inserido no sulco gengival dos dentes que seriam restaurados com o auxílio da espátula F-01 (millennium) (fig.4)

Fig. 3 – Isolamento absoluto técnica mista.



Fig. 4 – Inserção do fio retrator, com espátula F-01.



Logo após o isolamento do campo operatório foi realizado o condicionamento ácido da superfície do esmalte, com ácido fosfórico a 37% (condac, FGM), por 30 segundos, protegendo os dentes adjacentes com tiras de poliéster (PREVEN, Guapirama) (fig.5), seguido da lavagem com jato de água e ar, secagem da

superfície com jato de ar, e aplicação do sistema adesivo (AMBAR, FGM), seguindo as orientações do fabricante (fig.6).

Fig. 5 – Condicionamento da superfície com o sistema ácido.

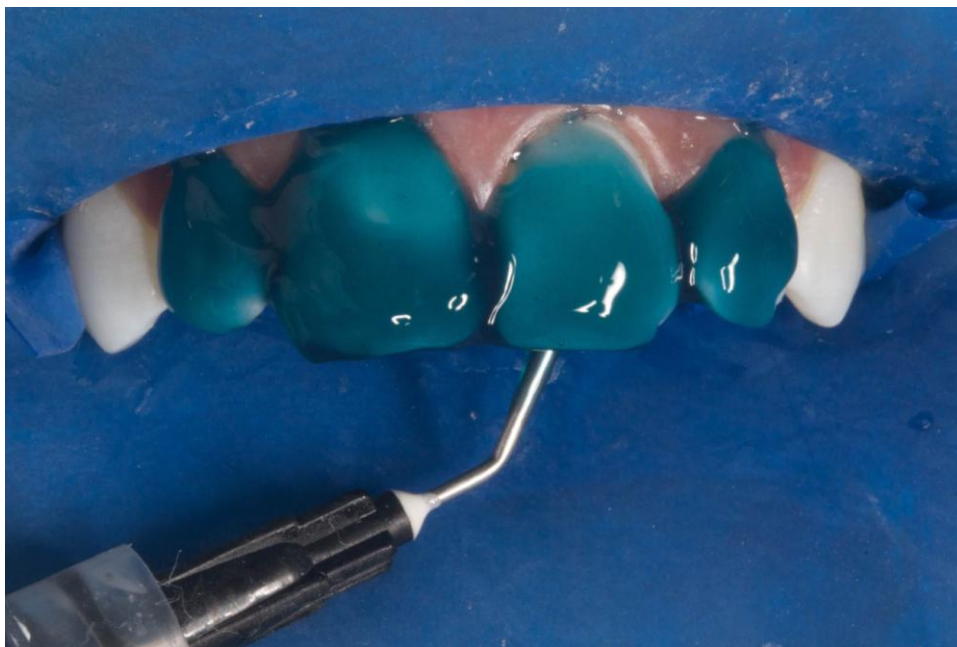


Fig. 6 – Aplicação do sistema adesivo com auxílio do microbrush.



Inicialmente com o auxílio da espátula suprafil e pincel, foi inserido o incremento de resina A1E (Filtek Z350, 3M) na região correspondente a face palatina da guia de silicone, referente ao esmalte da face palatina com

aproximadamente 0,5 mm, em seguida o conjunto guia e resina foi posicionado na face palatina dos dentes, removendo excessos e melhorando a adaptação da resina na face palatina (fig.7). Em seguida foi realizada a polimerização de acordo com as recomendações do fabricante (fig 8). Após a remoção do guia observou-se o incremento correspondente ao esmalte palatino (fig 8).

Fig. 7 – Inserção da resina composta, e utilização do pincel de pelo de marta e da espátula para melhor acomodação do material.

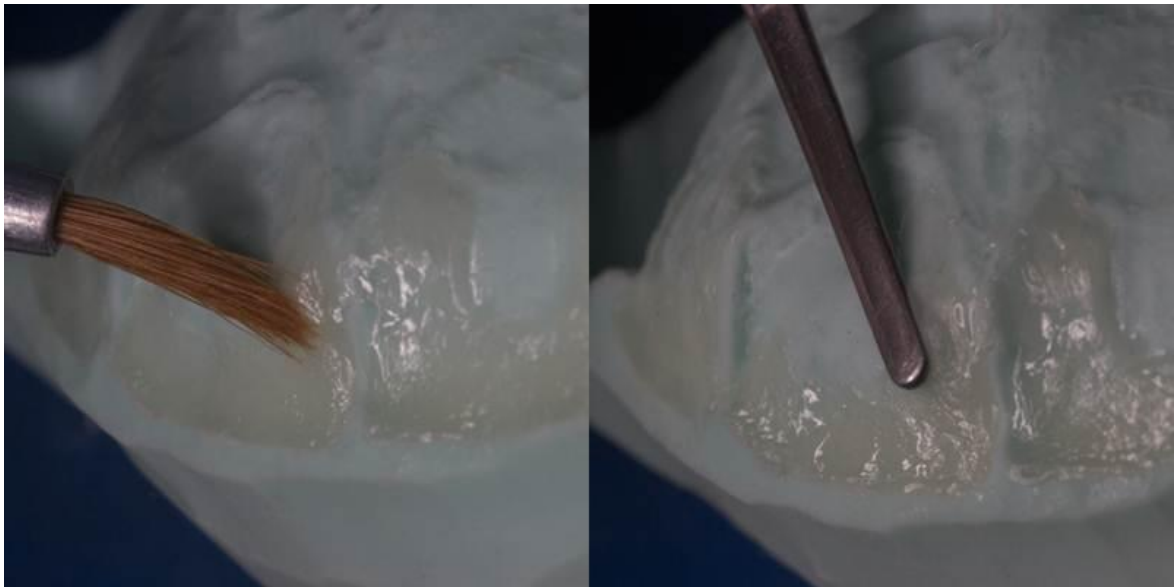


Fig. 8 – posicionamento da silicona, e aspecto após a fotopolimerização.



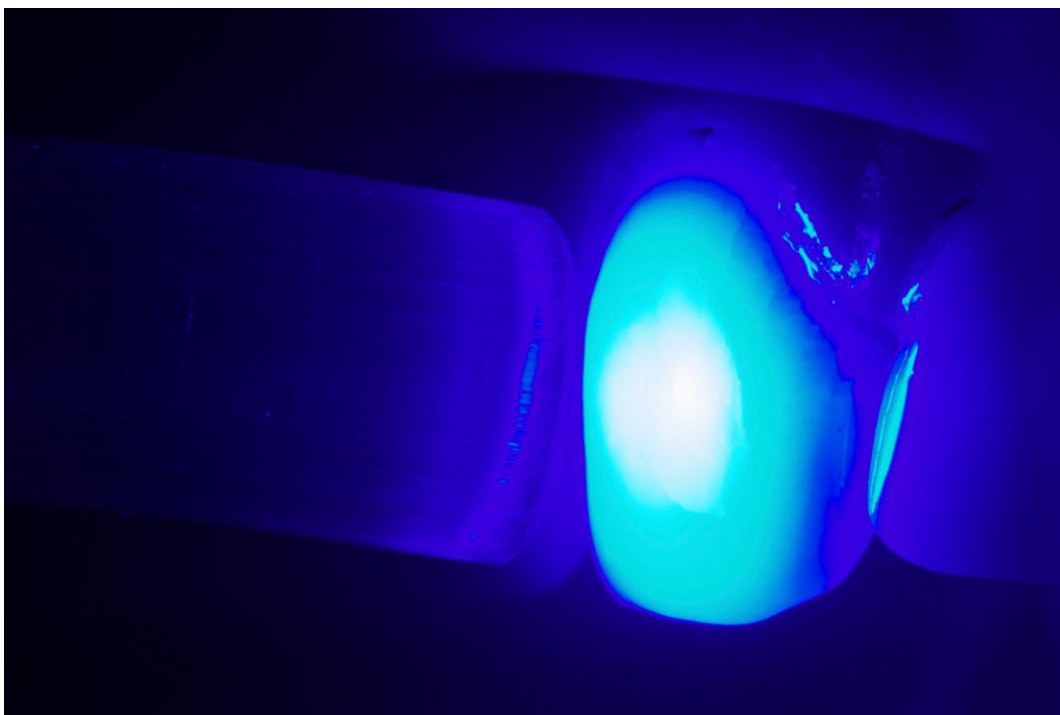
Na sequência, para confecção do corpo da dentina foi utilizada a resina de cor opaca WD (Filtek Z350, 3M), com o objetivo de mascarar o fundo escuro da boca.

Para o corpo interno de dentina foi utilizada a resina de cor A1B (Filtek Z350, 3M), a fim de representar a real fluorescência dental. E finalmente, para confecção do esmalte vestibular, foi inserida uma única camada de resina WE (Filtek Z350, 3M), com a finalidade de proporcionar translucidez, e fluorescência à restauração. Na porção do esmalte vestibular a resina foi inserida com o auxílio de espátula (Millenium) e pincel (Tigre), para assim minimizar os excessos e facilitar o trabalho de acabamento (fig.9). Cada incremento foi fotoativado conforme o fabricante recomenda com fotopolimerizador (kavo). Concluída a restauração foi complementada com uma polimerização por 60 segundos na face vestibular de todos os dentes estando os mesmo cobertos com gel hidrossolúvel (fig.10). Com broca 3118F (KG-sorensen) e carbono, foi realizado ajuste da oclusal.

Fig. 9 – Inserção e adaptação da resina.



Fig. 10- Fotopolimerização final com gel hidrossolúvel.



Após os procedimentos restauradores, foi retirado o isolamento absoluto modificado e foram iniciadas as etapas de acabamento e polimento. Foram removidos os fios retratores, e com auxílio da lâmina de bisturi 15 e 12 removeu-se os excessos cervicais por vestibular e palatina, (fig.11).

Fig. 11. Remoção dos excessos e marcação das linhas de reflexão de luz e crescimento



A reprodução da macro e microtextura dentaria foi obtida com pontas diamantadas finas para acabamento e tiras abrasivas para resina. Pontas diamantadas extrafinas e discos abrasivos Sof-Lex Pop On (3M, ESPE) permitiram o acabamento das superfícies vestibulares e interproximais respectivamente (fig.12), na face vestibular foi realizado a texturização da superfície (periquimácias), com pontas diamantadas ultrafinas para acabamento 2135FF (KG-sorensen) com o objetivo de obter aspecto mais natural, definindo a anatomia, e proporcionando uma boa reflexão de luz.

Fig. 12- utilização dos discos abrasivos Sof-Lex Pop On (3M, ESPE).

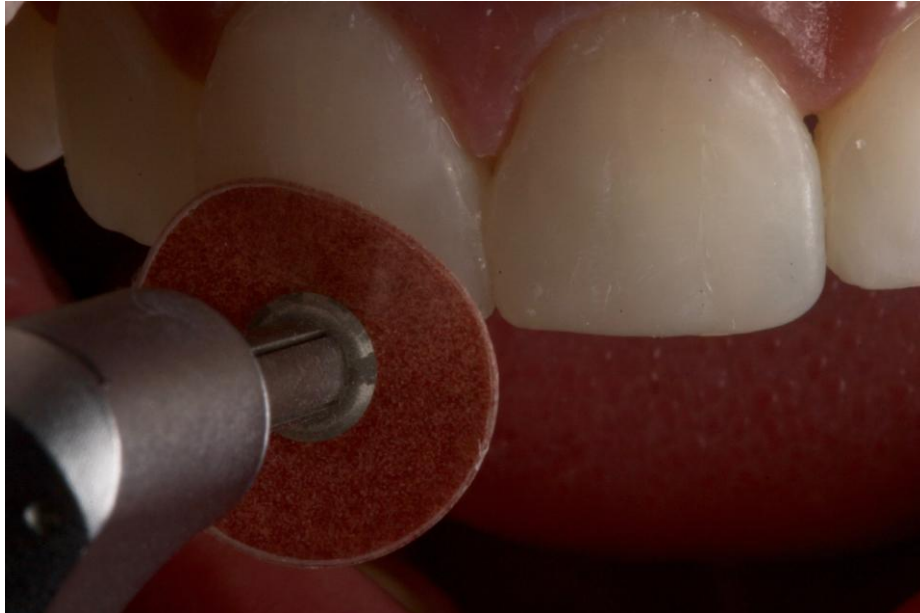


Fig. 13 – Confecção dos sulcos de crescimento seguindo a convexidade do dente, com broca 2135FF de granulação extra fina.



Após 7 dias, foi realizado o polimento com pasta diamantada (Enamelize, Cosmedent) e pontas de borracha abrasivas em baixa rotação, com diferentes granulações, da mais grossa a mais fina (fig.14), a fim de proporcionar uma boa lisura da superfície, polimento com disco de feltro, e por fim utilização do disco de pelo de cabra polimento final. Proporcionando um brilho semelhante ao brilho da estrutura hígida. (fig.15)

Fig. 14 - (Flexicup, Cosmedent-azul), (Astropol, Ivoclar-verde-rosa)



Fig. 15. Disco de feltro (Flexbuff,Cosmedent) e disco de pelo de cabra.

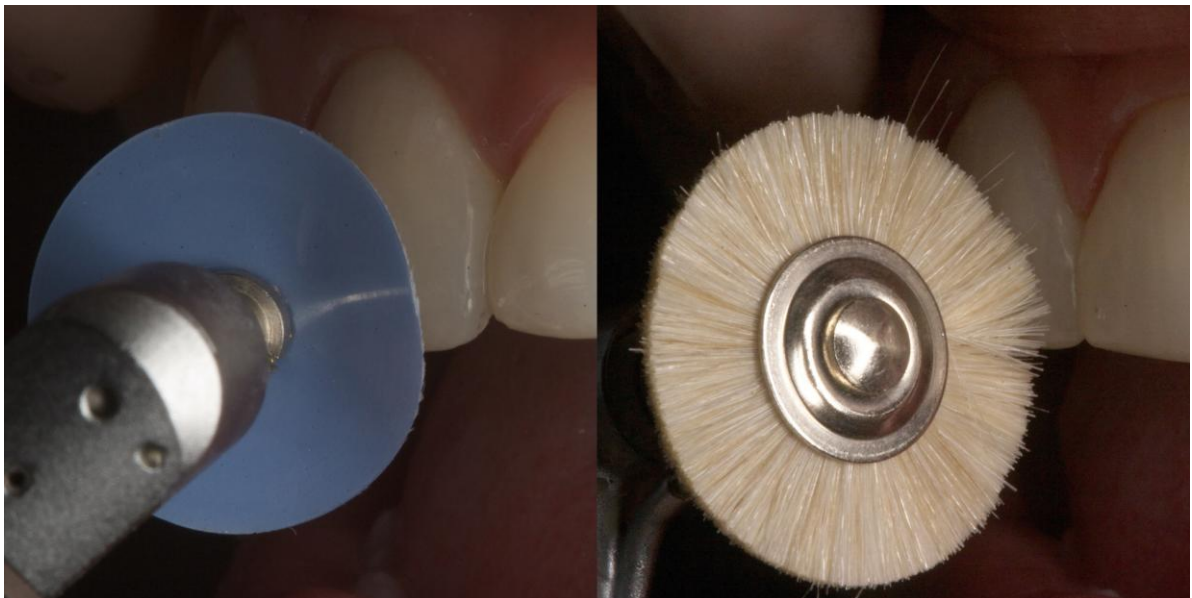


Fig. 16 - Resultado final



3 DISCUSSÃO

O avanço tecnológico das resinas compostas e dos sistemas adesivos permite ao cirurgião dentista a confecção de restaurações que acompanhe a forma, textura, contorno e cor dos dentes, além de possibilitar uma adesividade favorável e precisa. É um procedimento rápido e reversível, pois não exige desgaste de estrutura hígida na maioria dos casos, tornando esta a mais fácil e rápida técnica para casos estéticos como o fechamento de diastemas. A resina composta é um material de fácil e simples aplicação, podendo ser usado ainda juntamente a um guia ou moca de silicone pra facilitar na hora de definir a anatomia dental.^(2,3,4,10)

As resinas utilizadas foram as resinas compostas nanoparticuladas, com partículas de carga de aproximadamente 0,02 μm , a metade do tamanho das partículas das resinas microparticuladas. São compostas de uma mistura de resina e partículas pré-polimerizadas, que envolve dois tipos de partículas: manométricas e nanoaglomerados. Essas resinas conferem propriedades superiores às dos compósitos híbridos, tais como fácil polimento; fácil manipulação; capacidade de manter a anatomia por períodos prolongados; boa resistência para ser indicada até em dentes posteriores, por causa de sua alta quantidade de carga, e propriedades ópticas e de lisura semelhantes às resinas compostas microparticuladas. Apresenta um custo reduzido se comparado às restaurações indiretas, sendo mais acessível aos pacientes com menor poder de aquisição. Além de ser possível restabelecer a estética favoravelmente, na maioria dos casos em seção única.^(3,4,11,13)

Uns dos pontos negativos das restaurações em resina é sua resistência, pois não apresenta uma boa resistência quando comparada as restaurações indiretas. Sua longevidade dependente especialmente dos fatores relacionados ao paciente, operador e qualidade do material empregado. Provavelmente, esse tipo de restauração pode apresentar fraturas ou desgastes ao longo do tempo, devido a estresses ou desgaste oclusal. Porém, em contra partida apresenta fácil manutenção, sendo possível a confecção de reparos, de forma rápida, segura e eficaz.^(5,10,12)

Outro fator desfavorável em longo prazo é a pigmentação, que pode ser causada por uso de cigarro ou corantes, que pode deixar a restauração amarelada, sendo necessário fazer um polimento ou reparo em sua superfície. Além disso se o paciente futuramente optar por um clareamento dental pode ser necessário a

substituição das restauração pois estas não responde ao gel clareador. Por isso é importante à discussão previa sobre todos os pontos do tratamento restaurador. (8,9,12,14)

Paralelamente, o uso de resinas compostas que apresentem boas qualidades ópticas (translucidez, opacidade, fluorescência e opalescência) e físicas (resistência, e lisura) também deve ser levado em conta para que se obtenha um bom resultado final e uma durabilidade favorável. Como descrito no caso, às resinas nanoparticuladas que apresentam uma longevidade favorável. (2,3,5,10)

As expectativas do paciente devem ser controladas. Esclarecendo todos os pros e contras, para que no final do tratamento não aja nenhuma discordância do paciente em relação ao caso concluído. Nesse caso todos os aspectos sobre as restaurações foram passadas a paciente, que no final do tratamento mostrou-se contente com o novo sorriso. Além de não ter sido necessário desgastes dentais. (3,4,5,7)

4 CONSIDERAÇÕES

Em vista dos resultados obtidos, a técnica restauradora adesiva direta mostrou-se excelente opção de tratamento para dentes anteriores, devido à possibilidade de mimetização das estruturas dentárias e consequente devolução da função e estética necessárias com naturalidade. É uma ótima forma de tratamento, com custo benéfico favorável ao paciente.

REFERÊNCIAS

- (1) Vieira PLS, Lima-Arsati YBO. Fechamento de diastema posterior como complemento de um tratamento ortodôntico: caso clínico. Porto Alegre: RGO; 2007;(55)4:399-402
- (2) Araújo EP, Rocha Filho LA, Brun GT, Caldo-Teixeira AS. Fechamento de diastemas com restaurações diretas de resina composta – relato de caso clínico. Curitiba: Revista Gestão & Saúde; 2009; (1)3:33-8.
- (3) Goyota FR, Oliveira RS, Ferreira TFRZ, Rodrigues CRT, Gulson JGR. Fechamento de diastema com resina composta microhíbrida. Recife: Int J Dent, 2008; 7(4):245-9.
- (4) Bergole CD, Skupien JA, Marchiori FC. Fechamento de diastema utilizando técnica de enceramento e moldagem com silicona: acompanhamento de dois anos. Recife, Int J Dent, 2009; 8(3):167-71.
- (5) Cunha LF, Mondeli J, Furuse AY. Planejamento e considerações pré e pós-operatórias no fechamento de diastemas. Rio de Janeiro, Rev. bras. odontol. 2011; 68(1):12-5.
- (6) Muller RS, Montenegro G. Restaurações Adesivas Direta com Resina Composta para Fechamento de Diastema. Brasília: Rev. Odontológica do Planalto Central, 2012; 2(2):13-6.
- (7) Francci C, Marson FC, Briso ALF, Gomes MN. Clareamento dental: técnicas e conceitos atuais. São Paulo: Rev. Assoc Paul Cir Dent; 2010; (1)78-89
- (8) Machado LS, Oliveira FG, Franco LM. Capítulo clareamento dentes vitais com peróxido de carbamida. Araçatuba: [Homepage na internet] [acesso em (11/11/2014)]. 2013 Disponível em:
<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/restauradora/files/capitulo-clareamento-de-dentes-vitais-com-peroxido-de-carbmida.pdf>
- (9) Mandarino F. Clareamento dental. São Paulo: webmasters do laboratório de pesquisa em Endodontia da FORP-USP; [Homepage na internet] [acesso em (11/11/2014)]. 2003 Disponível em:
http://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/clar_dent/clar_dent.pdf

(10) Busato ALS, Barbosa AN, Silva SA, Hernandez PAG, Macedo RP, Reichert LA. Dentística: Fisiologia Conceitos e Prática Clínica. São Paulo: Artes Medicas; 2005.

(11) Michelin C, Hwas A, Borges MF, Marchiori JC, Susin AH. Restaurações diretas de resina composta em dentes posteriores: considerações atuais e aplicação clínica. RFO. Santa Maria: 2009; 14(3):256-61

(12) Baratieri LN, Monteiro Junior S, Andrada MAC, Vieira LCC, Ritter AV, Cardoso AC. Odontologia Restauradora, Fundamentos e Possibilidades, Florianópolis: Santos Livraria Editora. 2007; 305-59.

(13) Chimeli TBC, Pedreira APRV, Souza TCP, Maciel M, Paula LM, Garcia FCP. Tratamento restaurador de diastemas anteriores com restaurações diretas em resina composta: relato de caso. Brasília: Rev. Dentística Online; 2011; 10(20)54-7.

(14) Soares FF, Souza JAC, Maia CC, Fontes CM, Cunha LG, Freitas AP. Clareamento em dentes vitais: Uma revisão literária. Salvador: Revista saúde.com; 2008;4(1)72-84.

(15) Regis RV, Cruz CAS, Muñozchavez OF, Adabo GL, Correr Sobrinho L. Proporção Áurea: Um guia do tratamento estético. Curitiba: Jornal brasileiro de Dentística Estética; 2002; 1(4)292-5.

(16) Pagani C, Bottino MC. Proporcao aurea e odontologia estética. Curitiba: Jornal brasileiro de dentistica estética; 2003; 2(5)80-5.

(17) Cunha CTM, Torres LMS, Chaves LVF, Borges BCD, Farias-Neto A. Incisivos laterais conoides: Otimização estética através do uso de resina composta direta. Natal; UNOPAR Cient Cienc Biol Saude; 2013; 15(4)307-10.

AGRADECIMENTOS

Senhor Deus, agradecemos pela presença em todos os momentos. Grandes foram as lutas, maiores as vitórias. E sempre estivestes conosco. Que em nossa profissão tenhamos responsabilidade, respeito e dignidade. Dai-nos serenidade para mudarmos o que deve ser mudado e sabedoria para percebermos as diferenças. Pai, nos destes o dom da vida, presenteaste-nos com a liberdade, abençoaste-nos com a inteligência, dando-nos a graça de conquistar esse sonho. Diante de tanto amor, rogamos que olheis por nós nessa fase que se inicia. Ilumine nossos caminhos. Amém.

Gostaríamos de dedicar-lhes toda a nossa conquista. Pois são vocês os responsáveis pelo nosso sucesso e que muitas vezes se doaram por inteiro, renunciando aos seus próprios sonhos para que os nossos se realizassem. Não existem palavras para expressar nossa emoção neste momento. Um sentimento que dificilmente as palavras traduzem. A vocês, pais, nosso MUITO OBRIGADO! Ninguém cresce sozinho.

Sempre é preciso um olhar de apoio, uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão, uma atitude de segurança. Devemos assim, como aprendizes, ser gratos aos mestres que, verdadeiramente, nos ajudaram a crescer e não nos deixaram passar em vão pela vida.

Aos professores que nos guiaram por este longo caminho, pelos conselhos e pela humildade. Pelos ensinamentos que levaremos para o resto de nossas vidas como profissionais. Então fica aqui o nosso muito obrigado a vocês: Professor Fernando Nascimento, por ter tido paciência e nos norteado nesse caminho, ao professor Adriano, pela a grande ajuda e apoio durante os procedimentos clínicos e o registro fotográfico, e os demais professores que nos apoiaram ate aqui. E ao Professor Roberto Góes, pela participação na banca e preciosa correção deste trabalho.