

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**FLÁVIA CAROLINE TEIXEIRA DE SOUSA
LARISSA CAROLINA DASILVA PENA**

**FRENECTOMIA E FECHAMENTO DE DIASTEMA
COM RESINA COMPOSTA: revisão e relato de caso**

**PATOS DE MINAS
2016**

**FLÁVIA CAROLINE TEIXEIRA DE SOUSA
LARISSA CAROLINA DA SILVA PENA**

**FRENECTOMIA E FECHAMENTO DE DIASTEMA
COM RESINA COMPOSTA: revisão e relato de caso**

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

Orientador: Prof. Dr. Adriano Gondim Almeida

**PATOS DE MINAS
2016**

FLÁVIA CAROLINE TEIXEIRA DE SOUSA
LARISSA CAROLINA DA SILVA PENA

FRENECTOMIA E FECHAMENTO DE DIASTEMA COM
RESINA COMPOSTA: revisão e relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 07 de Dezembro de 2016, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.º Dr. Adriano Gondim Almeida
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º Esp. Eduardo Moura
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º Esp. Lilian de Barros
Faculdade Patos de Minas

FRENECTOMIA E FECHAMENTO DE DIASTEMA COM RESINA COMPOSTA: revisão e relato de caso

Flávia Caroline Teixeira de Sousa e Larissa Carolina da Silva Pena*

Prof.º:Dr. Adriano Gondim Almeida

RESUMO

Os frênuos labiais são considerados formações anatômicas que, em condições normais não causam consequências patológicas. No entanto, em alguns casos de anomalias, os freios podem ocasionar problemas clínicos, essencialmente de natureza ortodôntica, protética, fonética e/ou periodontal e podem estar relacionados com a presença de diastemas. A frenectomia é uma cirurgia tecnicamente simples, de curta duração, realizada em consultório, sob auxílio de anestesia local. Após o ato cirúrgico e completa recuperação do paciente, o diastema poderá ser fechado ortodônticamente ou através do uso de resinas compostas. Tais tratamentos são responsáveis pela satisfação de grande parte das pessoas que buscam aparência estética, devido à presença de diastemas. São procedimentos simples, rápidos e de ótima repercussão entre os pacientes.

Palavras-chave: Labial. Frênulo. Diastema

ABSTRACT

The labial frenulum are considered anatomic formations which under normal conditions do not cause pathological consequences. However, in some cases of anomalies, the brake can lead to clinical problems mainly orthodontic nature, prosthetic, aural and / or periodontal. These may be related to the presence of diastema. The frenectomy is a technically simple procedure, short duration, held in the office with local anesthesia assistance. After surgery and complete recovery of the patient, the diastema may be closed orthodontically or through the use of composite resins. Such treatments are responsible for the satisfaction of most people dissatisfied with the aesthetic appearance due to the presence of diastema. Procedures are easy, quick and great response among patients.

Keywords: Labial.frenulum.Diastema

* Flavia Caroline Teixeira de Sousa e Larissa Carolina da Silva Pena , alunas do curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM).E-mail: flaviatxsousa@outlook.com e laripena15@gmail.com
Adriano Gondim Almeida , Doutor pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e University of Southern California (USC) e-mail da professor drialmeida@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No contexto atual, as pessoas buscam cada vez mais os padrões de beleza impostos pela mídia. Assim surge de forma incontestável como padrão de beleza, o sorriso, o qual deve ser harmonioso, agradável e estético.⁽¹⁾

Assim, torna-se desagradável um sorriso que apresente dentes desalinhados, agenesia, dentes anteriores com desarmonia de forma e tamanho, diastemas. Essas alterações quando presentes podem alterar a harmonia facial e, às vezes, afetar o comportamento social, profissional e afetivo do indivíduo.⁽¹⁾

A presença de espaços interdentais na região mediana do arco superior pode ser causado pela diferença de tamanho dos dentes, pela falta de dente ou anormalidade do freio labial, que é um tecido que se estende do lábio até a gengiva e até o ponto onde se localizam os dois dentes frontais superiores.⁽²⁾

Na dentição decídua, os diastemas são fisiológicos e são chamados de espaços primatas, sendo localizados entre os incisivos laterais/caninos superiores e os caninos inferiores/primeiros molares inferiores, podendo existir diastema generalizados caracterizando o arco tipo I de Baume.⁽³⁾ Na dentição mista, aparecem entre os incisivos superiores e desaparecem com a erupção dos seis dentes anteriores permanentes.⁽³⁾ Tratando-se da dentição permanente, a presença de diastema mediano superior é considerada indesejada sob o ponto de vista estético. Tal situação altera facilmente a harmonia e pode afetar os comportamentos sociais, profissionais e afetivos das pessoas.⁽³⁾

A sua persistência depende da etiologia, que é multifatorial e, geralmente está relacionada à discrepância dente-osso positiva, microdontia, agenesia dos incisivos laterais superiores, hábitos principalmente de sucção, dentes supranumerários irrompidos ou ainda intra ósseos, hereditariedade, freio labial hipertrófico e outros.⁽⁴⁾

O frênulo labial superior tem recebido maior atenção por estar entre as causas de diastemas entre incisivos centrais superiores.⁽⁵⁾

O freio labial superior inicia-se na linha mediana da face interna labial e estende-se na linha de junção dos maxilares até a face externa do perióstio.⁽⁶⁾

Em razão da sua constituição histológica, o freio é capaz de se adaptar a quaisquer dos movimentos dos lábios sem grandes alterações na sua forma.

Portanto, sua função seria limitar esses movimentos, promovendo estabilização na linha média do lábio, impedindo a excessiva exposição da mucosa gengival. ⁽⁷⁾

Ao se desenvolver, a estrutura do freio labial pode estar inserida na papila palatina. Porém, com o desenvolvimento e concomitante crescimento vertical do processo alveolar e dos dentes para baixo e para frente, a sua posição varia, podendo atrofiar-se e assumir posição mais elevada. ⁽⁷⁾

O posicionamento anormal ou a hipertrofia do freio labial superior pode dificultar a escovação dos dentes, provocar a retração dos tecidos gengivais, a restrição dos movimentos labiais e interferir na fonação e estética do paciente, e ainda pode estar relacionado à ocorrência de diastema interincisal. ⁽⁷⁾

Neste estudo analisa-se a realização da cirurgia do freio labial superior e diastema interincisal, expondo seu aspecto multifatorial, já que existem divergências na literatura em relação ao ato cirúrgico de frenectomia ou frenotomia, e ao momento certo de realizá-lo (antes ou após o tratamento ortodôntico). ⁽⁸⁾

Apesar de a frenectomia ser uma cirúrgica terapêutica relativamente simples e sistematicamente estudada, vários autores têm relatado modificações técnicas e realizado diferentes análises com o objetivo de contribuir para melhores resultados pós cirúrgicos. ⁽⁸⁾

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a literatura que embasa cientificamente a intervenção cirúrgica sobre o freio labial superior anormal associado a diastema interincisal, apresentando a melhor conduta para esta condição.

Metodologia

Foi desenvolvido um relato de caso clínico na clínica odontológica da Faculdade Patos de Minas (Fpm) , com objetivo de analisar e resolver o problema de fechamento de distemas entre os incisivos centrais superiores devido à interferência da inserção do freio labial superior pelas faces vestibular e palatina. Para o relato deste caso clínico, buscou-se argumentos em leitura exploratória com considerações de diferentes autores quanto a problemática do tema, no qual a partir dessa pesquisa bibliográfica, enfatizou-se os aspectos teóricos pertinentes. Esta pesquisa bibliográfica (revisão da literatura) foi realizada através de material selecionado e disponível em artigos científicos e monografias postados em endereços eletrônicos

como: SCIELO, Revista de Odontologia de São Paulo e Universidade do Porto. As datas das publicações de tais artigos e monografias compreendem o período de 2004-2015 nos quais as palavras de combinações a partir dos descritores foram: frenectomia e diastemas. No que se refere ao problema real analisado e tratado, foi um estudo de caso clínico de paciente L. P 23 anos com insatisfação estética e funcional. O período pertinente ao tratamento desta paciente foi de (Agosto a Outubro de 2016) no qual foi solucionado o problema correspondendo às expectativas da paciente, com auxílio dos professores da Policlínica da Fpm, pertencentes à área de Periodontia e Dentística Estética e Restauradora.

Definição do freio labial

É uma estrutura formada por volta da sétima semana de vida intrauterina, quando os processos maxilares e nasais se fundem, formando o lábio superior. O freio labial nada mais é que o tecido remanescente dessas células. ⁽⁹⁾

O freio labial normal se insere na parte interna do lábio superior e vai até alguns milímetros acima da margem da gengiva. Identifica-se como uma fina camada que pode ser sentida ao se posicionar a língua entre os dentes incisivos centrais superiores e o lábio superior. O frênulo labial como qualquer estrutura está sujeito a certas variações em sua forma, tamanho e posição, tanto entre os indivíduos quanto no mesmo indivíduo em diferentes idades. ⁽⁹⁾

Aspectos embriológicos e fisiológicos do freio labial

Aspectos Embriológicos:

* Fase I: Aos três meses de vida intra uterina, já se pode notar na porção anterior do palato, uma saliência arredondada, correspondente a papila palatina. Nesta mesma fase o lábio superior apresenta-se dividido em duas zonas: uma externa lisa e uma interna rugosa. Na porção média da zona rugosa, existe uma proeminência, denominada tubérculo do lábio superior. Ligando o tubérculo do lábio superior à papila palatina, existe uma brida, o chamado "Freio Tecto Labial." ⁽¹⁰⁾

* Fase II: Nos primeiros dias de vida extra uterina, nota-se que o processo alveolar está se projetando entre o palato e o lábio superior, separando ou

interrompendo o freio tecto labial, que é posteriormente macerado pela aproximação dos incisivos centrais decíduos; ocorrendo, então, a separação definitiva desta ligação entre o tubérculo do lábio superior e a papila palatina.⁽¹⁰⁾

* Fase III: O freio labial definitivo fica inserido no tubérculo do lábio superior e na porção profunda do rebordo alveolar..⁽¹⁰⁾

Aspectos Fisiológicos:

A prega que forma o freio se constitui histologicamente por três planos: ⁽¹⁰⁾

1. Plano mais superficial: constituído por epitélio pavimentoso estratificado, característico da mucosa bucal. ⁽¹⁰⁾

2. Plano intermediário ou a lâmina própria: é formado por tecido conjuntivo de estrutura fibro- elástica. ⁽¹⁰⁾

3. Plano mais profundo: sub-mucoso contendo glândulas mucosas e vasos linfáticos. ⁽¹⁰⁾

O freio é composto quase que exclusivamente por tecido conjuntivo altamente vascularizado, coberto superficialmente por epitélio pavimentoso estratificado. As fibras conjuntivas se dispõem em tramas regulares, arranjadas em formas de cordões dispostos ântero- posteriormente. ⁽¹⁰⁾

Na extremidade anterior, elas se unem frouxamente com as fibras da sub mucosa do lábio, e em sua inserção alveolar se anastomosam com as fibras da camada externa do muco- periósteo e do tecido conjuntivo que recobrem a sutura mediana maxilar. ⁽¹⁰⁾

Diagnóstico do freio labial anormal

Neste caso, o tratamento ortodôntico corrige o posicionamento dos dentes, porém, o mau posicionamento do freio labial pode causar um novo espaçamento entre eles, formando um novo diastema. O freio pode, ainda, causar retrações gengivais e impedir que o local receba o suprimento sanguíneo ideal. ⁽⁹⁾ Por isso, o freio labial anormal precisa ser fracionado, o que é realizado no procedimento cirúrgico chamado frenectomia. ⁽⁹⁾

Definição de Diastemas:

Diastemas dentários são espaços entre dois dentes adjacentes no mesmo arco dentário. É frequentemente observado na arcada superior.⁽¹¹⁾ Nesse contexto, a presença de diastemas com espaço maior que 0,5mm entre dois ou mais dentes consecutivos pode prejudicar consideravelmente a estética do sorriso.⁽¹¹⁾

O diastema pode ser causado pela diferença de tamanho dos dentes, pela falta de dente ou anormalidade do freio labial, que é o tecido que se estende do lábio à gengiva até o ponto em que se localizam os dois dentes frontais superiores.⁽²⁾ As causas secundárias do diastema envolvem problemas de alinhamento bucal, como o grau de overjet ou protrusão dentária.⁽²⁾

Conhecer a etiologia dos diastemas é um fator indispensável para se realizar um correto diagnóstico e selecionar o plano de tratamento ideal para cada caso. Só desta forma, será possível obter resultados satisfatórios.⁽¹²⁾

As causas do aparecimento de diastemas podem estar relativamente relacionadas à fatores hereditários ou de desenvolvimento.⁽¹²⁾

A presença destes diastemas podem estar diretamente relacionada com à presença de incisivos laterais conóides, à dentes pequenos e maxilares grandes (desarmonia dento-maxilares), à presença de dentes supranumerários não erupcionados, mesiodentes, deglutição, respiração bucal, ao hábito de interposição lingual, à ausência congênita de dentes anteriores, à mordida crônica da língua, à perda de dentes, à angulação dos dentes, à presença de doença periodontal, à patologia oclusal, ao trespasse excessivo dos incisivos superiores, à mordida crônica do lábio inferior, ao freio labial persistente, corpo estranho com inflamação periodontal óssea, à sutura palatina aberta, ao crescimento esquelético excessivo, à perda de osso de suporte, aos padrões anormais de oclusão, à macroglossia, ao uso de piercing na língua, à linfangioma, musculatura labial flácida, aos dentes decíduos retidos e à patologias medianas.

Para o fechamento dos diastemas, é importante mencionar que para existir sucesso no tratamento é indispensável eliminar o fator etiológico de forma a evitar uma futura recidiva do mesmo.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente L.P., 23 anos, sexo feminino, compareceu na Faculdade de Odontologia de Patos de Minas relatando seu descontentamento em relação aos espaços apresentados entre os dentes superiores anteriores decorrente da presença de diastemas, que comprometiam a sua estética. No exame clínico inicial, constatou-se a presença de freio labial superior com inserção baixa, ocasionando diastemas na região de incisivos centrais superiores. (Fig 1)

Fig 1- Diagnóstico do freio labial persistente: inserção baixa, diastema interincisivos.



Técnica cirúrgica

1-Anestesia terminal infiltrativa (Lidocaína 2% + Epinefrina 1:100.000) supraperiosteal bilateral ao freio, distante o suficiente -para não interferir na anatomia topográfica do mesmo. (Fig 2 e 3)

Fig.2.3- Técnica anestésica infiltrativa-bilateral e palatina.



2- Tracionou-se digitalmente o lábio, com os dedos polegar e indicador, para anterior e à 45° em abertura, expondo o freio tracionado que fica muitas vezes com seu ápice isquemiado. Em seguida prendeu-se hemostáticas (Tipo Halstead/ Mosquito), colocando uma paralela e próxima ao lábio e a outra paralela a cortical vestibular, de tal forma que as pinças ficaram, na região de fundo de saco, com suas pontas tocando entre si, e formando um ângulo de aproximadamente 45° (Fig 4 e 5).

Fig – 4.5 Tracionamento digital e formação do ângulo de 45° com as pinças tocando entre si.



3- A Incisão foi feita com bisturi BardParker nº 3, com lâmina nº 15, deslizando o bisturi pelas pinças junto à cortical alveolar e a região labial, de modo que, no final da incisão fosse possível remover as pinças juntamente com o freio. Nesse momento, houve um sangramento e a hemostasia foi feita com compressão de gaze sobre o leito cirúrgico por alguns minutos (Fig 6,7)

Fig. 6.7 Incisão do freio junto as pinças na cortical alveolar e região labial.



4- A sutura foi realizada através de pontos simples interrompidos, com o fio de seda nº. 4-0 na região do freio junto a mucosa lábia, após toailete com soro fisiológico 0,9% estéril (Fig 8 e 9).

Fig 8 e 9 Sutura realizada com pontos simples em fio de seda.



5- A remoção da sutura foi feita após 7 dias de Cirurgia. O pós-operatório foi bem tolerado, com ausência de edema. Foi prescrito analgésico usual (Paracetamol 750 mg por 3 dias), e passado recomendações pós operatórias (Fig 10).

Fig.10- Sete dias após a cirurgia sem presença de edema.



FECHAMENTO DO DIASTEMA COM RESINA COMPOSTA

- 1- Foi realizado clareamento dental através da técnica caseira correspondente a Peróxido de carbamida a 16% (Whitnes Perfect), aplicado na face vestibular das moldeiras de clareamento. O tratamento teve como durabilidade 15 dias (Fig 11).

Fig.11-Clareamento vital com moldeiras durante 15 dias. Seleção de cor A1



- 2-Foi realizado a técnica de isolamento relativo com auxílio de roletes de algodão e afastador labial (Fig 12).

Fig.12 – Técnica de isolamento relativo.



- 3- Realizou-se o condicionamento com ácido fosfórico a 37% durante 30 segundos, nas faces vestibular, mesial e lingual no esmalte dos dentes 11 e 21 (Fig 13).

Fig.13 – Condicionamento da superfície com o sistema ácido.



- 4- Lavagem e secagem com jato de ar da superfície dental por 30 segundos (Fig 14).

Fig.14 - Lavagem e secagem da superfície dental.



- 5- Aplicação de sistema adesivo seguindo as orientações do fabricante com auxílio do microbrush (Fig 15).

Fig.15 – Aplicação do sistema adesivo com auxílio do microbrush



6- Fotopolimerização durante 20 segundos (Fig 16).

Fig.16 – Fotopolimerização do sistema adesivo



7- Foi feito o molde gesso e sobre ele feito o enceramento no modelo. Logo após foi feita a guia de silicone sobre este modelo, onde inicialmente com o auxílio da espátula Suprafil, foi inserido o incremento de resina A1 na região correspondente a face palatina da guia de silicone, referente ao esmalte da face palatina com aproximadamente 0,5 mm de espessura, em seguida o conjunto guia e resina foi posicionado na face palatina dos dentes, e removido os excessos, melhorando a adaptação da resina na face palatina. (Fig 17.18)

Fig.17.18– Inserção da resina composta, com auxílio da espátula Suprafill e posicionamento da silicona.



- 8- Fotopolimerização de acordo com as orientações do fabricante. Após a remoção do guia observou-se o incremento correspondente ao esmalte palatino (Fig 19).

Fig.19- Incremento palatino com resina composta.



- 9- Na sequência, para a confecção do corpo da dentina, foi utilizada a resina de cor A1 (Charisma) com o objetivo de mascarar o fundo escuro da boca (Fig. 20).

Fig.20-Confecção do corpo da dentina com resina composta de cor opaca.



10-Finalizando a inserção de material, um último incremento foi inserido com a finalidade de reconstruir o esmalte vestibular (Fig. 21).

Fig.21- Reconstrução do esmalte vestibular.



11-Com pontas diamantadas, foi realizado o acabamento inicial para remoção dos excessos (Fig. 22).

Fig.22- Acabamento após a utilização de de pontas diamantadas.



CONCLUSÃO

Os frênuos labiais são considerados formações anatômicas que, em condições normais não causam consequências patológicas. No entanto, em alguns casos de anomalias, os freios podem ocasionar problemas clínicos, essencialmente de natureza ortodontia, protética, fonética e/ou periodontal. Estes podem estar relacionados com a presença de diastemas. O tratamento para as anomalias de freio é a frenectomia.

A frenectomia é uma cirurgia tecnicamente simples, de curta duração, realizada em consultório, com auxílio de anestesia local.

Após o ato cirúrgico e completa recuperação do paciente, o diastema poderá ser fechado ortodonticamente ou através do uso de resinas compostas.

O tratamento proposto surtiu efeito satisfatório, uma vez que foi removido a causa do diastema. Além disso, o fechamento desse espaço provocou um impacto estético positivo que contribuiu para o aumento da autoestima da paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 Estaregue F. Fechamento de Diastemas [Monografia]: Campinas: Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2004. [Acesso em 2016.ago 19]. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000767614
- 2 Centro de Cuidado Bucal. Diastemas [homepage na internet]. As Opções De Tratamento. [acesso em 14 jun 2016]. Disponível em <http://www.colgate.com.br/pt/br/oc/oral-health/cosmetic-dentistry/early-orthodontics/article/diastemas-and-treatment-options?thumbparam=early-orthodontics/482135719>
- 3 Lamenha E.G, Guimarães R.P, Vicente C.H. Diastema Mediano Superior: Aspectos Etiológicos Pernambuco: jan/mar 2007
- 4 Almeida RR, Garib DG, Almeida MR, Pinzan A, Junqueira MH. Diastema interincisivos centrais superiores:quando e como intervir? Maringá, maio/jun. 2004 v. 9, n. 3, p. 137-156,
- 5- Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SH. Frênulo labial superior e inferior:estudo clínico quanto a morfologia e local de inserção e sua influência na higiene bucal. Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo. [acesso em 10 jun 2016]. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-06631997000300008
- 6 Almeida RR, Garib DG, Almeida MR, Pinzan A, Junqueira MH. Diastema interincisivos centrais superiores : quando e como intervir? Maringá, maio/jun. 2004 v. 9, n. 3, p. 137-156,.
- 7 Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SH. Frênulo labial superior e inferior:estudo clínico quanto a morfologia e local de inserção e sua influência na higiene bucal. Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo. [acesso em 10 jun 2016].Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-06631997000300008
- 8 Kina JR, Luvizuto ER, Macedo AA, Kina M. Frenectomia com enxerto gengival livre: caso clinico.Revista Odontológica de Araçatuba, Janeiro/Junho, 2005 v.26, n.1, p. 61-64.

9 Godoy K. [homepage na internet]. Ortodontia: Freio labial anormal pode causar dentes separados [acesso em 12 fev 2016]. Disponível em <http://blogkamilagodoy.com.br/dentes-separados-pode-ser-causado-por-freio-labial-anormal/>

10 Angelfire. [homepage na internet]. Frenectomias e Bridotomias .[acesso em 12 abril 2016] . Disponível em : <http://www.angelfire.com/nm/cirurgia/freio/freio.html>

11 Ferraresi PM, Rodrigues JA, Marchi GM. [homepage na internet]. Fechamento de diastema: relato de caso [acesso em 12 fev 2016]. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewArticle/564/652>

12 Silva DFFC, Diastemas e soluções estéticas. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto 2015. [acesso em 25 mar 2016]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/79238/2/116779.pdf>

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus pelo motivo de nossa existência, por ter guiado nossos passos nessa longa trajetória nos dando força e coragem para concluirmos esta graduação em Odontologia.

Agradecemos aos nossos pais pelo apoio, carinho e incentivo diário.

Agradecemos aos demais familiares, amigos e colegas por compreenderem as vezes de nossas ausências por motivos de trabalho, provas e clínicas.

Agradecemos aos mestres de graduação bem como colegas de sala que contribuíram para o nosso aprendizado e conhecimento pessoal.

Agradecemos em especial nosso Orientador Adriano Gondim Almeida pela paciência, respeito, transmissão de conhecimento e informações, e incentivo para esta pesquisa bibliográfica,

Ainda através deste, agradecemos em especial aos docentes, Eduardo Mendes e Lílian de Barros, que aceitaram nosso convite para compor a banca examinadora e contribuir de forma significativa na avaliação de nossa pesquisa e apresentação.

Agradecemos a Professora Nayara pela paciência e carinho na confecção desta pesquisa.

A todos estes muito obrigada!!

"Faça o melhor que puder. Seja o melhor que puder. O resultado virá na mesma proporção do seu esforço". (Ghandi)