

# Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial: certificando excelência

Roberto M. A. Lima Filho\*, Carlos Jorge Vogel\*\*, Estélio Zen\*\*\*, Ana Maria Bolognese\*\*\*\*, José Nelson Mucha\*\*\*\*\*, Telma Martins de Araújo\*\*\*\*\*

## Resumo

O Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO) é uma entidade de Certificação Nacional de padrão de excelência clínica no exercício da especialidade. O artigo, ora apresentado, traz o histórico da criação do BBO, sua estrutura e as fases que compõem a avaliação para obtenção da Certificação. Apresenta, ainda, o relato do primeiro exame aplicado no Brasil. O objetivo é multiplicar o conhecimento, entre os profissionais da área, sobre a importância da Certificação BBO como garantia do mais alto grau de qualidade no tratamento ortodôntico.

**Palavras-chave:** Exame. Certificação. Ortodontia.

O avanço das ciências médicas, no início do século XX, influenciou positivamente a prática das especialidades. Embora tais avanços tenham proporcionado melhora na qualidade do serviço, não existia um sistema para assegurar ao paciente que o profissional que se anunciava como especialista era realmente qualificado. Assim, em 1908, Derrick T. Vail, presidente da *American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology*, propôs o conceito de Board para essa especialidade na área da saúde<sup>1</sup>. Em sua essência, o Board avalia o conhecimento e a competência clínica dos profissionais, em sua especialidade.

Em maio de 1916, foi fundado o pioneiro *American Board for Ophthalmic Examination*.

A partir daí, o novo conceito se estendeu às demais especialidades. Na Odontologia, a Ortodontia foi a primeira especialidade a implantar o Board, em julho de 1929, durante o 28º Congresso da *American Society of Orthodontia*, nos EUA, tendo sido fundado o *American Board of Orthodontics* (ABO)<sup>2</sup>. Em 1950, o Conselho de Educação em Odontologia da *American Dental Association* (ADA) reconheceu o ABO como o órgão oficial de Certificação de Excelência em Ortodontia<sup>3</sup>.

**Como citar este artigo:** Lima Filho RMA, Vogel CJ, Zen E, Bolognese AM, Mucha JN, Araújo TM. Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial: certificando excelência. *Dental Press J Orthod*. 2011 July-Aug;16(4):148-57.

» Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias descritos nesse artigo.

\* Pós-graduado em Ortodontia pela University of Illinois at Chicago. Doutor e Mestre em Ortodontia pela UFRJ. Diplomado pelo *American Board of Orthodontics*. Ex-presidente do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO). Presidente do Colégio de Diplomados do BBO.

\*\* Master of Science pela University of Illinois (EUA). Doutor em Ortodontia pela USP. Membro da Angle Society of Orthodontics. Ex-Presidente do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO).

\*\*\* Pós-graduado em Ortodontia pela UFRJ. Mestre em Ortodontia pela UFRJ. Ex-Presidente do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO).

\*\*\*\* Doutora e Mestre em Ortodontia pela UFRJ. Especialista em Radiologia pela UFRJ. Professora Titular de Ortodontia da UFRJ. Ex-Presidente do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO).

\*\*\*\*\* Doutor e Mestre em Odontologia pela UFRJ. Especialista em Radiologia pela UFRJ. Professor Titular de Ortodontia da UFF. Ex-Presidente do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO).

\*\*\*\*\* Doutora e Mestre em Ortodontia pela UFRJ. Professora Titular e Coordenadora do Centro de Ortodontia Prof. José Édimo Soares Martins-UFBA. Especialista em Radiologia pela UFRJ. Ex-Presidente do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO).

No Brasil, a ideia da criação do Board também nasceu da necessidade de estimular a obtenção de padrões de excelência clínica no exercício da Ortodontia. Em 1998, por iniciativa da Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial (ABOR), tendo como presidente Eros Petrelli, foi criada uma Comissão Especial formada por Kurt Faltin Jr., Roberto Mario Amaral Lima Filho e Airton O. Arruda. Em 1999, no 2º Congresso da ABOR, o projeto para a implantação do Board Brasileiro foi discutido e avaliado em reunião ordinária pelo Conselho Superior da ABOR, sendo aprovado em sua essência e com apoio da totalidade de seus membros.

Em maio de 2000, integrantes da Comissão Especial da ABOR participaram da reunião do ABO em Chicago, EUA, para conhecer o funcionamento do Board Americano. O evento foi dirigido a países interessados na implantação de um sistema de Certificação. Mediante a disponibilidade de elementos essenciais para o funcionamento de um Board, oferecido pelos Diretores do ABO, a Comissão realizou contatos que possibilitaram a aprendizagem de mecanismos fundamentais para a estruturação do Board Brasileiro, recebendo todo apoio e promessa de ajuda efetiva. O material proveniente desse encontro foi apresentado em reunião extraordinária da ABOR, no Congresso Orto Rio Premium, em julho de 2000, no Rio de Janeiro.

A indicação dos membros para fundar o Board Brasileiro incluiu os seguintes nomes: Roberto Mario Amaral Lima Filho, Carlos Jorge Vogel, Francisco Damico, Estélio Zen, Anna Letícia Lima, Ana Maria Bolognese, José Nelson Mucha e Telma Martins de Araújo. A legitimidade para exercer os cargos foi obtida em exames realizados no 101º Congresso da *American Association of Orthodontics* (AAO), na cidade de Toronto, Canadá, no dia 7 de maio de 2001. Naquela ocasião, os membros desse grupo foram examinados pelos Drs. Jack Dale e Eldon Bills, ex-presidentes do ABO.

O Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial (BBO) foi fundado no dia 2 de setembro de 2002, em São Paulo. Os membros fundadores

foram Roberto Mario Amaral Lima Filho, Carlos Jorge Vogel, Estélio Zen, Ana Maria Bolognese, José Nelson Mucha e Telma Martins de Araújo, que também compuseram a primeira Diretoria. À semelhança do que ocorreu nos Estados Unidos, o BBO teve caráter pioneiro na área da saúde no Brasil, modelo exemplar para iniciativas nas demais especialidades das áreas odontológica e médica.

Vale registrar a dinâmica da Diretoria do BBO, composta por oito membros, assim designados: Diretor Presidente; Diretor Presidente Eleito; Diretor Secretário; Diretor Tesoureiro; 1º Diretor; 2º Diretor; 3º Diretor e 4º Diretor. O prazo de gestão dos membros da Diretoria é de um ano. Após esse período, o Diretor Presidente deixa o cargo, passando a integrar o rol de ex-presidentes. O Diretor Presidente Eleito passa, então, a assumir o cargo de Diretor Presidente e, sequencialmente, os demais membros assumem o cargo imediatamente superior, ficando vago o cargo de 4º Diretor, para o qual, na mesma data, é eleito um novo membro pela Assembleia Geral. Esse modelo possibilita o conhecimento de toda a estrutura de funcionamento da instituição, capacitando e motivando os ocupantes nos variados graus e funções.

Os candidatos à obtenção do título de “Diplomado pelo Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial” são avaliados nas áreas de diagnóstico, planejamento de tratamento e conhecimento de aspectos da terapia ortodôntica. O exame propicia a eles a oportunidade única para reverem suas práticas, refletirem sobre a importância do cuidado com uma documentação de qualidade, do controle mecânico na condução do tratamento e do empenho na fase de finalização.

Para garantir a permanente capacitação profissional e reciclar suas habilidades clínicas e conhecimento científico, o diplomado pelo BBO deverá se submeter a revalidações periódicas do seu Certificado de Excelência.

Outro aspecto relevante se refere à ética profissional. Os profissionais que se dispõem à Certificação o fazem movidos por ideal e amor

à profissão. A conquista de uma Certificação, seja qual for, implica em determinação e mérito. Nesse sentido, é importante ressaltar que o certificado emitido pelo Board não representa um grau profissional ou acadêmico. Trata-se de um atestado de excelência, portanto, não confere privilégio para a prática da Ortodontia. O ortodontista americano George Ewans foi quem melhor traduziu o sentimento dos profissionais que buscam o certificado, quando disse: “O título conferido pelo Board não o fará melhor do que os outros, mas com certeza o fará melhor que antes”.

### Símbolos

A logomarca do BBO foi desenvolvida com uma tipografia clássica, conferindo à marca um aspecto tradicional, compatível com um órgão de Certificação de excelência profissional. A figura que acompanha a tipografia mostra suavidade e representa o conceito da correção não traumática: uma planta jovem sendo orientada em seu crescimento. Em analogia, essa imagem se refere tanto ao objeto da profissão (correções ortodônticas) como à prática profissional em si e às diretrizes educacionais relacionadas à área. As cores utilizadas remetem às da bandeira do Brasil. O selo tem o formato tradicional de carimbo, mantendo a marca como figura principal. Essa marca também está estampada no *Pin*, a que todos os Diplomados fazem jus, pela obtenção do título (Fig. 1).

### Exame

O Exame de Certificação do BBO consta de duas fases: a fase I consiste na avaliação do diagnóstico e planejamento de casos apresentados pelo BBO; a fase II, na apresentação de dez casos tratados pelo candidato<sup>4</sup>. Os casos apresentados na fase II devem seguir os seguintes critérios: 1) Má oclusão Classe II ou III de Angle, tratada sem extração e com controle de crescimento; 2) Má oclusão Classe I de Angle, tratada com extrações de dentes permanentes; 3) Má oclusão Classe II de Angle, tratada com extrações de dentes permanentes; 4) Má oclusão com discrepância anteroposterior acentuada: Classe III de Angle com ANB menor ou igual a -2 graus; Classe II de Angle com ANB igual ou maior que 5 graus; 5) Má oclusão com problema transversal, apresentando pelo menos um quadrante em cruzamento; 6) Má oclusão com sobremordida acentuada; 7 a 10) Escolha livre.

### Documentação

Uma documentação de boa qualidade é essencial para o diagnóstico preciso, que, por sua vez, é a “chave” para o sucesso do tratamento ortodôntico. A identificação deve ser realizada por meio de letras e cores. A – Início do tratamento (preto); A1, A2 – Intermediário (azul); B – Final do tratamento (vermelho) e C – Pós-tratamento (verde). Vale ressaltar que a documentação final do tratamento (B) pode ser obtida até um ano após a remoção do aparelho.



FIGURA 1 - Símbolos do BBO: A) Logomarca; B) Selo e C) *Pin*.

Para possibilitar uma avaliação uniforme e equilibrada, é necessário que a documentação seja padronizada. Os casos apresentados devem incluir modelos, radiografias e fotografias. Os requisitos para o recorte dos modelos e para a avaliação cefalométrica (traçados, medidas angulares e lineares e sobreposições) seguem as normas internacionais de apresentação de casos e estão disponíveis no *site* do BBO.

### Modelos

As moldagens devem copiar fielmente as arcadas dentárias e a região do vestibulo, de forma a se obter reprodução precisa da má oclusão. Os modelos devem ser recortados em máxima intercuspidação, conforme orientação da Figura 2<sup>5</sup>.

O ajuste ou escultura na porção anatômica (dentes e vestibulo) dos modelos deve se limi-

tar à eliminação de bolhas ou pequenas irregularidades. A alteração da anatomia dos dentes é considerada falsificação, o que ocasionará a reprovação automática do caso. Os modelos devem ser polidos de modo que os detalhes anatômicos sejam preservados (Fig. 3). No preparo dos modelos, naqueles casos em que não houver possibilidade de manter as alturas e/ou ângulos recomendados, devem ser consideradas a simetria, a proporção e a estética.

### Radiografias

As radiografias panorâmicas, periapicais e complementares devem ser de boa qualidade. Os filmes devem estar orientados corretamente, com os lados direito e esquerdo identificados. Radiografias panorâmicas sem definição satisfatória na região dos incisivos, superiores e inferiores,

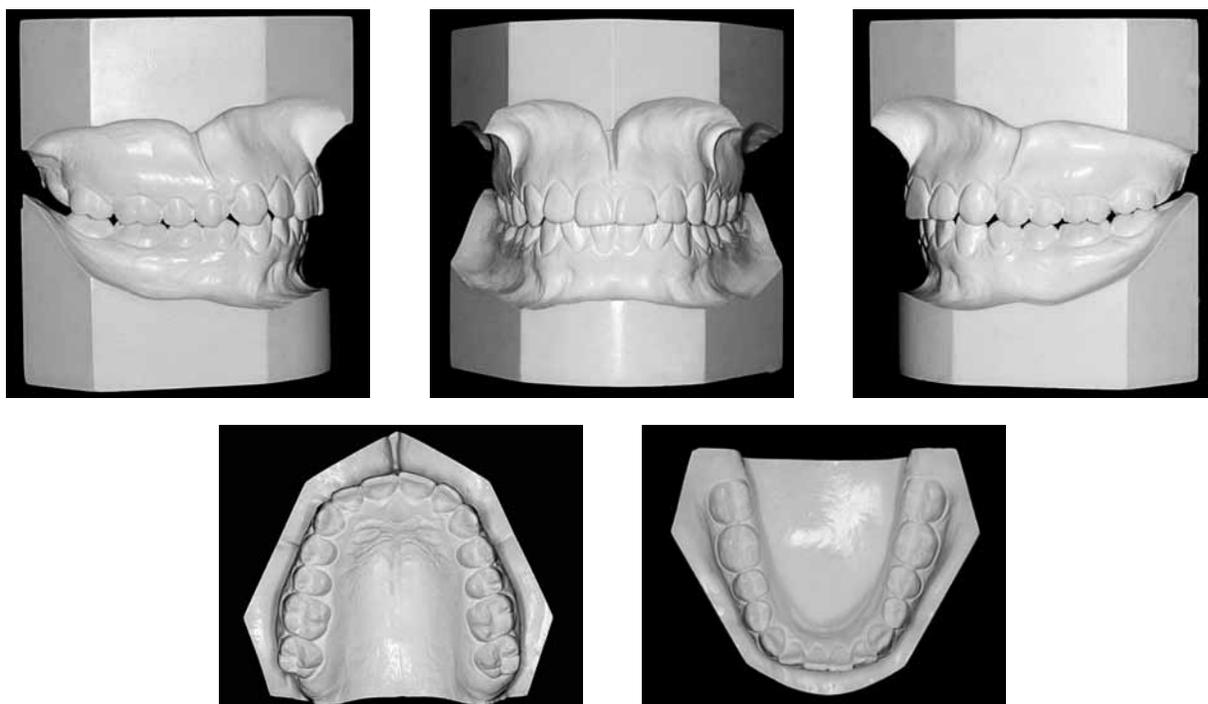


FIGURA 2 - Modelos iniciais de má oclusão Classe II, corretamente recortados<sup>5</sup>.

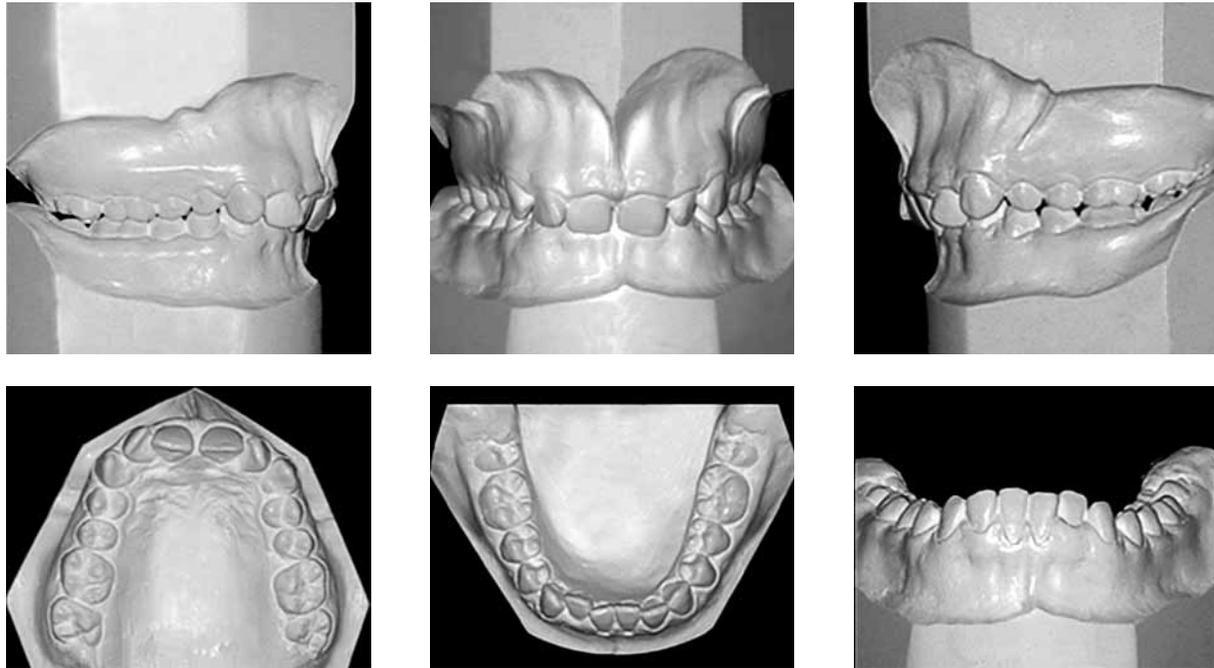


FIGURA 3 - Modelos polidos, com os detalhes preservados e reprodução precisa da má oclusão.



FIGURA 4 - Radiografias panorâmica (A) e periapicais dos incisivos superiores e inferiores (B).

devem ser complementadas com radiografias periapicais dessas áreas (Fig. 4).

As radiografias cefalométricas de perfil devem ser devidamente padronizadas e as estruturas ósseas e o perfil tegumentar bem nítidos. Nos casos de assimetria facial evidente, além de radiografias de perfil, deverão ser apresentadas radiografias cefalométricas posteroanteriores, devidamente analisadas (Fig. 5).

Para preservar o sigilo durante o exame, os nomes do serviço radiográfico e do candidato devem ser cobertos nas radiografias por uma tarja preta. O nome do paciente e a data do exame devem ser visíveis.

Os traçados cefalométricos devem ser realizados pelo candidato, manualmente e com precisão, sobre um papel de acetato com caneta ou lápis de 0,5mm de diâmetro, contendo apenas os detalhes

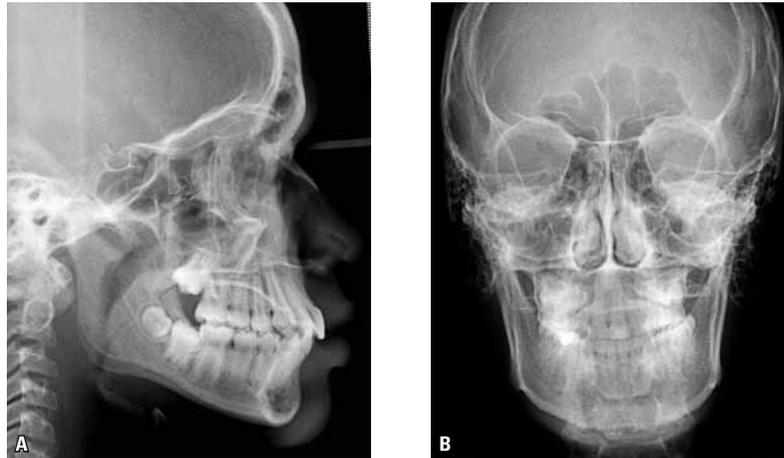


FIGURA 5 - Radiografias cefalométricas de perfil (A) e posteroanterior (B).

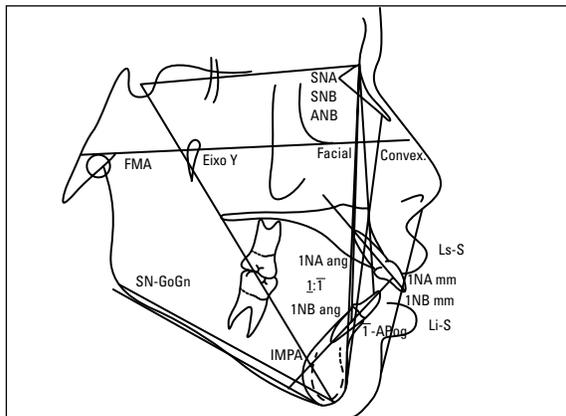


FIGURA 6 - Traçado cefalométrico com linhas utilizadas e sinalização dos locais para colocação das medidas.

anatômicos de interesse para as análises clínicas e sobreposições cefalométricas (Fig. 6). Traçados gerados por computador não são aceitos. Gabaritos para traçar o contorno dos dentes podem ser usados. Os pontos cefalométricos devem ser cuidadosamente identificados para garantir a confiabilidade nas linhas de referência obtidas.

O candidato deve estar familiarizado com todos os aspectos das radiografias cefalométricas, traçados e medidas, incluindo seus respectivos significados. Serão necessárias, no mínimo, três sobreposições de traçados: total, ou craniofacial,

para avaliar alterações gerais ocorridas com o crescimento e/ou tratamento; e parciais, maxilar e mandibular, para identificação de modificações dentárias nas arcadas superior e inferior em seus respectivos ossos de suporte. A sobreposição total pode ser realizada por dois métodos (Fig. 7): a) Plano do esfenóide e lâmina crivosa do etmoide, com registro no ponto médio entre as grandes asas esfenoidais; b) Sela-Násio, com registro no ponto Sela. As sobreposições parciais devem ser realizadas da seguinte forma (Fig. 8): Maxila, maior aproximação das estruturas ósseas maxilares, com registro na curvatura palatina; Mandíbula, melhor sobreposição no limite inferior da cortical do corpo mandibular, com registro na cortical interna da sínfise.

As três sobreposições devem ser traçadas manualmente pelo candidato, com caneta ou lápis. Nos casos de tratamento com traçado intermediário, as sobreposições devem seguir a seguinte orientação: A-A1 (inicial – intermediário), A1-B (intermediário – final) e A-B (inicial – final). Os casos com pós-tratamento deverão apresentar A-B-C (inicial – final – pós-tratamento). As sobreposições devem ser colocadas em envelopes separados, sobre papel branco, sem serem afixadas. Nos casos tratados com cirurgia ortognática, deve ser incluído traçado intermediário pré-cirúrgico.

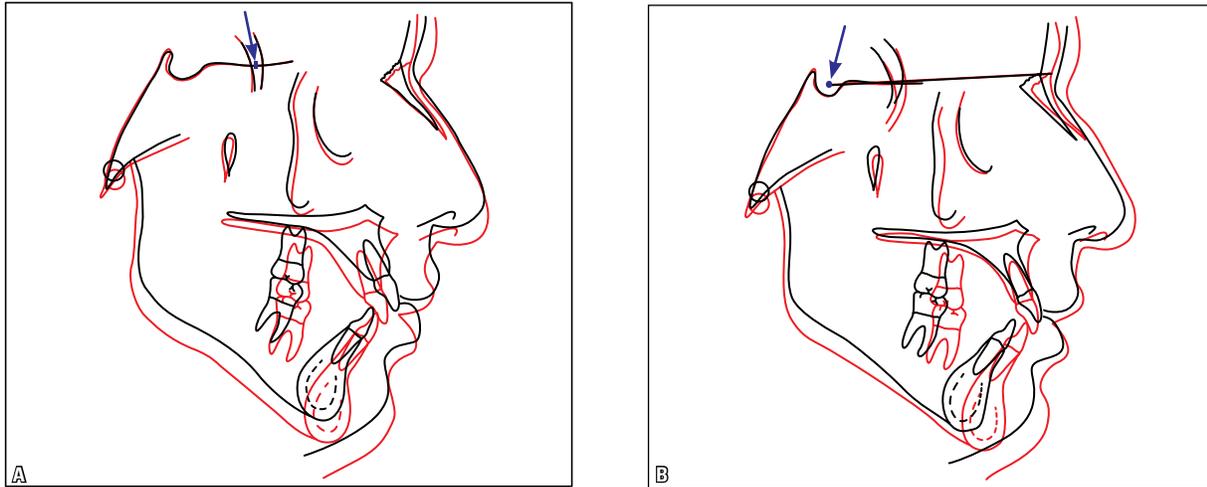


FIGURA 7 - Sobreposições totais: **A)** Plano do esfenóide e lâmina crivosa do etmoide, com registro no ponto médio entre as grandes asas esfenoidais; **B)** Linha Sela-Násio, com registro no ponto Sela.

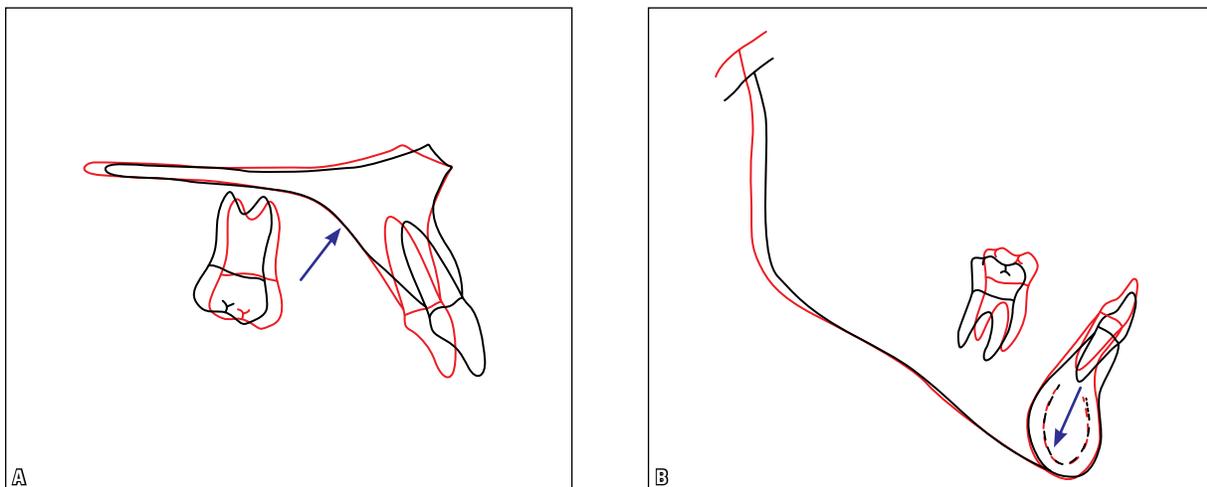


FIGURA 8 - Sobreposições parciais: **A)** Maxila – maior aproximação das estruturas ósseas maxilares, com registro na curvatura palatina. **B)** Mandíbula – melhor sobreposição no limite inferior da cortical do corpo mandibular, com registro na cortical interna da sínfise.

## Fotografias

Os pacientes devem ser documentados, em cada fase, com os seguintes registros faciais: a) frontal; b) perfil do lado direito; e c) sempre que possível, uma fotografia frontal em sorriso. Essas fotografias devem estar orientadas com o plano horizontal de Frankfurt e a linha bipupilar paralelos ao solo, tendo sido obtidas com os lábios em repouso, retratando a real situação do relacionamento labial do paciente.

É importante ressaltar que o fundo deve ser neutro (de preferência, branco); a iluminação de boa

qualidade, para revelar os contornos faciais, sem sombras; as orelhas devem estar expostas, visando a orientação facial; os olhos abertos e direcionados para a frente; óculos e outros acessórios devem ser retirados.

Além das fotografias faciais, cada caso deve ser documentado com pelo menos três registros intra-buciais: uma vista frontal, uma vista lateral direita e uma vista lateral esquerda, com os dentes em máxima intercuspidação habitual. Essas fotografias devem ser orientadas pelo plano oclusal. Imagens opcionais podem ser incluídas, como vistas oclusais das

arcadas dentárias superior e inferior. As fotografias devem estar o mais próximo possível da proporção 1:1 com os dentes do paciente. Se imagens de espelho forem utilizadas, a impressão deve ser invertida verticalmente. É importante ressaltar, ainda, alguns aspectos: dentição limpa, livre de biofilme bacteriano, sangramento ou saliva; utilizar afastadores de lábios; a iluminação deve mostrar os contornos anatômicos, com completo controle da sombra; padronização das cores; evitar interferências visuais (afastadores de lábios, rótulos e dedos).

Se as imagens das fotografias faciais e intrabucais forem geradas no computador, devem ter alta resolu-

ção e revelar com precisão os tecidos moles e duros. As fotografias podem ser impressas em cores, visando enquadramento mais adequado possível, utilizando-se a orientação “paisagem”, e impressas em papel de qualidade fotográfica. Os candidatos devem ter em mente que toda a documentação apresenta valor legal inerente, não podendo ser alterada. Para más oclusões com desarmonias esqueléticas acentuadas, com indicação de tratamento ortodôntico associado à cirurgia ortognática, a documentação pré-operatória imediata será necessária. A Figura 9 mostra um exemplo de diagramação contendo três fotografias faciais e cinco intrabucais.

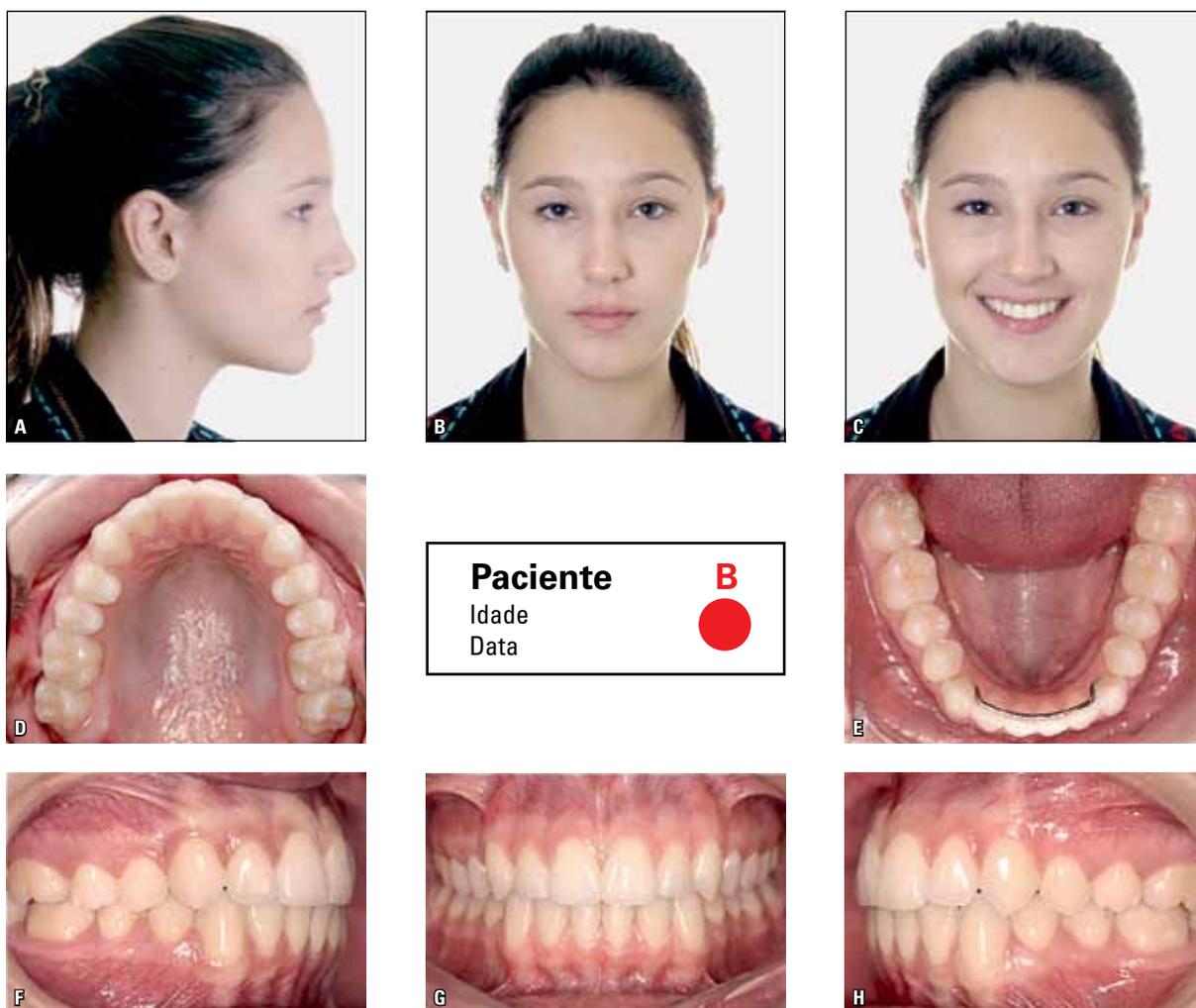


FIGURA 9 - Distribuição das fotografias: **A, B, C**) faciais (perfil do lado direito, frontal e frontal em sorriso, respectivamente); **D, E, F, G, H**) intrabucais (oclusal superior, oclusal inferior, lateral direita, frontal e lateral esquerda, respectivamente).

### Primeiro exame

O BBO realizou seu primeiro exame no período de 19 a 21 de março de 2004, na cidade de São Paulo. Interessante salientar que, naquele mesmo ano, o Board americano completava 75 anos de existência. O exame contou com a presença especial de Jack Dale, renomado ortodontista canadense, ex-presidente do ABO e Professor Emérito na *University of Toronto*. No mês de maio do mesmo ano, durante o 104º Congresso da AAO, em Orlando, Jack Dale recebeu homenagem por serviços prestados ao Board americano. Na ocasião, manifestou-se sobre o trabalho da Diretoria do BBO, traduzindo o empenho e o esforço que marcaram o início da trajetória dessa missão<sup>6</sup>. Numa referência especial, pronunciou o seguinte relato, aqui traduzido, que retrata sua visão sobre a seriedade do Board no Brasil:

*“As sequoias gigantes da Califórnia, mesmo magníficas, não crescem sozinhas, pois necessitam umas das outras. Juntas, elas se fortalecem pelo entrelaçamento de suas raízes, suportando, então, umas às outras. Sem essa ajuda mútua, não poderiam se tornar robustas e magníficas. Com esse suporte, podemos permanecer fortes e efetivos em nosso serviço à sociedade. Manter nosso padrão de tratamento é parte vital de nossa força.*

*Foi uma honra e privilégio ser convidado como consultor para o exame no Brasil. Achei a organização do exame, pelos diretores do BBO, de altíssima qualidade. Problemas foram encontrados, o que era esperado. Tenho certeza de que esses problemas serão administrados e resolvidos no futuro, pois sei da integridade, dedicação, competência e preocupação dos diretores do BBO. O American Board of Orthodontics também teve que resolver problemas durante seus 75 anos de existência. Certamente, no futuro, esses problemas continuarão sendo desafios.*

*No Brasil, a documentação foi padronizada e apresentava altíssima qualidade. Se eu examinasse qualquer um dos casos clínicos, constataria que, de um lado ao outro da sala de exame,*

*a qualidade se mantinha. Que bom seria que o padrão de excelência apresentado naquela sala de exame existisse em todo o mundo.*

*O exame foi dividido em duas partes: a) exame escrito sobre casos apresentados pelo BBO e b) apresentação de casos pelos candidatos:*

*a) Exame escrito: os candidatos, provenientes de oito estados brasileiros, tiveram quatro horas para analisar dois casos apresentados pelo BBO. Para isso, puderam efetuar traçados cefalométricos e utilizar quaisquer procedimentos que fossem necessários. Permaneci sentado na sala de exame durante quatro horas, até o término do mesmo, e observei homens e mulheres trabalhando arduamente em suas tarefas. Quanto mais observava, mais aumentava minha admiração e respeito.*

*b) Apresentação de casos: os dez casos de cada candidato incluíam seis com má oclusões específicas e quatro de livre escolha. Os casos foram colocados na sala para serem examinados por dois dias. No final do exame, foi realizada uma mesa redonda com todos os candidatos. A discussão foi muito valiosa e construtiva para o BBO.*

*O lema do Brasil é “Ordem e Progresso”. O BBO conseguiu expressá-lo, fielmente, por meio da perfeição. Ele certamente fez “progresso” e o fez passo a passo, com “ordem”.*”

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tomada de consciência da relevância do profissional qualificado deve ser implementada e expandida, a exemplo do que ocorre nos EUA, onde esse procedimento tem sido constante para as diferentes especialidades. BBO significa qualificação e treinamento adequado para a realização de um tratamento bem-sucedido. Essa credencial atesta a competência do profissional, garantindo ao paciente um tratamento seguro e eficaz, e deve ser utilizada como estímulo para que outros profissionais busquem a Excelência

em Ortodontia e Ortopedia Facial.

Como foi dito por Jack Dale, o lema da bandeira brasileira foi posto em prática pelo BBO. Segundo o eminente profissional, atingiu-se o nível de excelência na organização da estrutura do exame, ressaltando o Brasil como modelo dentre os principiantes que se propõem a participar do *World Board of Orthodontics* (14 países possuem Board em Ortodontia). Resta aos profissionais brasileiros acreditarem nesse

trabalho, para que a semente, lançada nas palavras do professor canadense, germine e dê bons frutos, com mais especialistas buscando o certificado de excelência pelo Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial. É importante ressaltar que constantes atualizações são realizadas no sistema de Certificação do BBO. Portanto, os ortodontistas interessados em prestar o Exame de Certificação devem consultar regularmente o site do BBO ([www.bbo.org.br](http://www.bbo.org.br)).

---

## Brazilian Board of Orthodontics and Facial Orthopedics: Certifying excellence

### Abstract

The Brazilian Board of Orthodontics and Facial Orthopedics (BBO) is the institution that certifies the standards of clinical excellence in the practice of this specialty. This article describes the history of BBO's creation and the examination structure and phases to obtain the BBO Certification. It also presents a detailed report of the first exam applied in Brazil. Its purpose is to expand the knowledge, among professionals in the area, about the importance of BBO Certification as assurance of the highest level of quality in orthodontic treatments.

**Keywords:** Examination. Certification. Orthodontics.

---

## REFERÊNCIAS

1. Little DM. The founding of the specialty boards. *Anesthesiology*. 1981;55:317-21.
2. Cangialosi TJ, Riolo ML, Owens S Jr, Dykhouse VJ, Moffitt AH, Grubb JE, et al. The American Board of Orthodontics and specialty certification: the first 50 years. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004;126(1):3-6.
3. The American Board of Orthodontics. [Cited 2010 Jan 11]. Available from: [www.americanboardortho.com](http://www.americanboardortho.com).
4. Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial. [Acesso 2010 Jan 11]. Available from: [www.bbo.org.br](http://www.bbo.org.br).
5. Habib F, Fleischmann LA, Gama SLC, Araújo TM. Obtenção de modelos ortodônticos. *Rev Dental Press Ortod Orthop Facial*. 2007;12(3):146-56.
6. Dale J. Brazilian Board of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics holds first examination. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004;126:134.

Enviado em: 13/06/2011  
Revisado e aceito: 03/07/2011

### Endereço para correspondência

Roberto M. A. Lima Filho  
Avenida Alberto Andaló 4.025  
CEP: 15.015-000 - São José do Rio Preto/SP  
E-mail: [rlima@me.com](mailto:rlima@me.com)