

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**KARINA SOARES NUNES  
THAMIRYS DE OLIVEIRA LEMOS INACIO  
ROBERTO GOMES**

**CONCEITOS ATUAIS SOBRE A DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR**

Rio de Janeiro  
2019

**CONCEITOS ATUAIS SOBRE A DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR**

**CURRENT CONCEPTS ON TEMPOROMANDIBULAR  
DYFUNCTION**

**Nome (s) do (s) autor (es)**

Karina Soares Nunes

Thamirys de Oliveira Lemos Inacio

**Orientador**

Prof.: Me. Roberto Gomes

## RESUMO

Desordens temporomandibulares (DTM) é um termo genérico para dor e disfunção envolvendo mastigação músculos ciliares e articulações temporomandibulares (ATM). A DTM é a condição de dor orofacial mais comum.

Tem-se observado a falta de atualização dos profissionais no ramo diagnóstico e tratamento dessa disfunção, tendo por consequência os resultados pobres no tratamento dos pacientes. Anteriormente, o diagnóstico focava apenas nas estruturas orais, nos últimos anos a região craniofacial vem recebendo uma abordagem multidisciplinar, o que torna possível uma busca mais precisa e o tratamento adequado, tendo em vista as possíveis causas da disfunção temporomandibular (DTM).

**Palavras-chave: Desordens temporomandibulares, Articulações temporomandibulares e Dor orofacial.**

## ABSTRACT

Temporomandibular Disorders (TMD) is a generic term for pain and dysfunction involving chewing ciliary muscles and temporomandibular joints (TMJ). TMD is the most common orofacial pain condition. There has been a lack of updating of professionals in the diagnosis and treatment of this dysfunction, resulting in poor results in the treatment of patients. Previously, the diagnosis focused only on oral structures, in recent years the craniofacial region has been receiving a multidisciplinary approach, which makes possible a more accurate search and appropriate treatment, considering the possible causes of temporomandibular dysfunction (TMD).

**Key-words: Temporomandibular Disorders, Temporomandibular Joints and Orofacial Pain.**

## **INTRODUÇÃO:**

O termo Disfunção Temporo Mandibular (DTM) vêm sendo utilizado desde 1983 pela *American Dental Association* para melhor coordenar os estudos dos distúrbios de todos os problemas funcionais do sistema mastigatório.

Os sinais e sintomas das disfunções temporomandibulares são variados, com alta prevalência no impacto da qualidade de vida dos indivíduos que os apresentam.

Segundo GILL & FEISNTEIN (1994) qualidade de vida é definida como um completo bem estar mental, social, funcional, psicológico, assim como vários outros parâmetros, que influenciam na vida humana.

A qualidade de vida pode ser influenciada por diversos fatores. por exemplo, quando uma força exacerbada é exercida no sistema estomatognático causando uma anormalidade funcional nos músculos da mastigação, ligamentos, ossos e na articulação temporomandibular ( ATM ), denominada como Disfunção Temporomandibular ( DTM ), a limitação imposta por está disfunção pode implicar em uma redução da qualidade de vida ( LUNDBERG U. et al., 2002 ).

As queixas geradas pela DTM são inúmeras. Sendo a principal na maioria dos casos dores crônicas. Devido a variação de sinais e sintomas da DTM para uma melhor abordagem no seu tratamentos lançamos mão de uma equipe multidisciplinar com uma abordagem multifatorial na intenção de alcançar um atendimento clínico adequado, deixando para trás á idéia daquele tratamento mecanizado, aonde o Cirurgião Dentista ao se referir em tratamento

de DTM pensava em tratar a oclusão, ao se tratava DTM com o ortodontista. Visto que hoje não trabalhamos mais com essas referências.

“ O clínico que olha somente para a oclusão está perdendo tanto quanto o clínico que nunca olha para oclusão “. ( OKESON, J. 2008)

A DTM compartilha semelhanças com outras condições de dor crônica, como a cefálea do tipo tensão, lombalgia, fibromialgia que causam muito sofrimento para os indivíduos.

A dor crônica é a principal razão para procurar tratamento da DTM, enquanto a DTM também pode estar associada com problemas de saúde em geral, como a depressão e distúrbios da ansiedade, que afetam o bem estar do paciente e a qualidade de vida.

Historicamente os pacientes portadores da disfunção temporomandibular (DTM) eram considerados ansiosos, então sugeriasse que a dor e a disfunção decorriam dessa condição. É fundamental o diagnóstico correto no tratamento de dor orofacial para que se evite o risco de designar como psicológicas os relatos e queixas dos pacientes.

## **ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA**

Segundo MUNHOZ WC, 2005 a etiologia da DTM é considerada multifatorial e é a maior causadora de dor facial crônica.

A sintomatologia clínica dá a nítida sensação de que a etiologia desta doença abrange importantes elementos funcionais (fatores neuromusculares), anatômicos (oclusais, articulares), psicossociais (estresse) e fator de gênero.

Há uma enorme parcela da população com interferências oclusais e livres de sintomas, pacientes com oclusão perfeita com sintomas de DTM e a significativa recidiva de sintomas em pacientes tratados com correção oclusal.

Há uma maior prevalência de DTMs na faixa etária entre 20 e 40 anos sendo as mulheres mais acometidas que os homens. A gravidade da disfunção

é variável de indivíduo para indivíduo, ou seja, o grau de DTM não tem nenhuma predileção.

## **SINAIS E SINTOMAS**

Segundo SIQUEIRA et al., 2011 cita alguns sintomas específicos de pacientes com DTM, como: fechar a boca, mastigar, ruídos nas articulações, abertura de boca limitada, surdez momentânea, dor no ouvidor, dores de cabeça ( cefaléia ), dor de dente, dentre outros fatores.

Observamos como sinais e sintomas da DTM em várias das suas apresentações que frequentemente envolverá mais de um componente do sistema mastigatório. Temos como principais sinal e sintomas a dor, amplitude de movimento limitada e sons da ATM. A dor geralmente é a principal queixa, á principio uma dor aguda que com o passar do tempo se torna uma dor crônica, na maioria das vezes referida na área temporal e da bochecha, mas também afetando a área peri-auricular. Essa dor é agravada por provocações como mastigar, bocejar e conversar. A dor pode ser intermitente ou persistente e é de intensidade média, podendo ser utilizado a escala de medida da Dor para essa referência.

Segundo OLIVEIRA AS., 2006 & BERNHARDT O. et al., 2005 a DTM pode alterar no bem estar de um individuo levando em consideração todos os fatores contribuintes que levam a essa disfunção, como: estresse, ansiedade, depressão podem influenciar o desenvolvimento de hábitos, como bruxismo e apertamento dos dentes. Segundo a Academia de Dor Orofacial ( AAOP ), a DTM abrange um grupo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que envolvem as articulações temporomandibulares ( ATM ).

# FISIOPATOLOGIA

Segundo a *International Association for the Study of Pain (IASP)* em 2016 a Dor é uma experiência angustiante associada a uma lesão tecidual atual ou potencial com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais.

A fisiopatologia está envolvida na sensibilização da dor que envolve o mecanismo de transmissão periférica e central. A origem da dor da DTM está relacionada ao aumento da contração e isquemia do músculo mastigatório em combinação, mas pode ser associada com a contração prolongada e trabalho muscular repetitivo.

Segundo LIST & JENSEN (2017), os tecidos miofaciais pericranianos são consideravelmente mais macios em pacientes com DTM do que em indivíduos saudáveis, e que essa textura se associa positivamente a intensidade e frequência da DTM.

Embora a teoria original se atribua o aumento miofacial, a sensibilização da dor inicial à liberação de mediadores, resultando em excitação e sensibilização de mediadores aferentes sensoriais periféricos. Contudo os fatores mais centrais, como sensibilização de neurônios de segunda ordem no nível da coluna dorsal, núcleo trigeminal e os neurônios supraespinhais, atividades antinociceptiva desequilibrada, bem como preposição, impulsiona a persistência da dor (LIST, T. & JENSEN, RH. 2017).

A fisiopatologia está ligada a diferenciação do tipo de dor que o paciente apresenta. A dor aguda regride com medicamentos tipo AINEs, têm duração de curto prazo (até 3 meses) e fácil tratamento, sua resposta são através dos nociceptores ativado pelo receptores periféricos que fazem a transmissão até a percepção central. Já a dor crônica ela têm duração longa (mais de 3 meses), não controlável com medicação tipo AINEs e difícil tratamento, sua sensibilização neural é através dos transmissores neuropática através da potencialização da sinapse que causa uma sensibilização de dor irradiada.

## **DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES ( DTM)**

A classificação ideal e suficientemente específica a fim de se fazer um diagnóstico preciso e significativo entre os tipos de DTM são dois grupos distintos as desordens de acometimento articulares e de acometimento musculares.

No entanto, pode ocorrer a fusão destas duas entidades, sendo que o paciente se encontrará em um estado de dor articular podendo secundariamente gerar dor muscular, ou vice-versa. Com o tempo torna-se difícil distinguir a origem da condição da dor.

### **ARTICULAR**

Usualmente a disfunção se apresenta como uma ruptura do movimento normal cêndilo/disco com produção de ruídos articulares. Pode também se apresentar como um travamento quando o paciente abre a boca podendo permanecer nesta posição. Alguns destes problemas são devidos ao desarranjo ou alteração na inserção do disco ou do cêndilo; outros são devidos à incompatibilidade entre as superfícies articulares do cêndilo, disco e fossa, outros ainda são devidos ao fato de que estruturas relativamente normais foram estendidas além de seu grau usual de movimento como no caso dos ligamentos colaterais do disco e dos tecidos retro discais.

Dentre os problemas articulares encontramos as condições inflamatórias e não-inflamatórias. A maioria das inflamações da ATM é parte da sobrecarga mecânica e de microtraumas repetitiva, ou parte de uma doença inflamatória articular, como a artrite reumatoide, artrite reumatoide juvenil, artrite psoriática ou a espondilite anquilosante. A sinovite geralmente acompanha outras disfunções da ATM.

A dor articular é tipicamente unilateral, localizada e quase sempre relacionada à função mandibular. Uma vez que há inervação nas superfícies articulares, a artralgia pode originar-se somente dos nociceptores localizados nos tecidos moles como os ligamentos do disco, a cápsula articular e os tecidos retro disciais. Quando a dor é sentida subitamente sem ser esperada, o movimento mandibular cessa imediatamente.

Quando a dor é aguda ela pode ser acompanhada por edema na região pré auricular e hiperalgesia desta área.

Quando a dor articular é crônica normalmente desencadeada por algum movimento mandibular, de intensidade leve a moderada, e nem sempre restringe a função.

## **MUSCULAR**

As desordens musculares são geralmente descritas como contraturas, mioespasmos, miosites, dor miofascial e fibromialgia. A hiperatividade e a hipertonia dos músculos da mastigação levam ao aumento da pressão intra-articular, de modo a exacerbar a sensibilidade dolorosa local da musculatura, os pontos-gatilhos e a inflamação da articulação.

A hiperatividade muscular, entretanto, por alguma razão, pode mudar a relação funcional existente entre o disco e o côndilo como no caso de uma tensão excessiva exercida pelo músculo pterigoideo lateral superior puxando o disco ântero-medialmente. Na posição articular fechada há pouca força de resistência fornecida pela lâmina retro discal superior; assim a posição mediana e anterior é mantida. Posteriormente quando a borda posterior do disco se torna afinada, ele é puxado progressivamente dentro do espaço interdiscal e o côndilo fica posicionado nesta região do disco. O disco é então chamado de funcionalmente deslocado e o paciente pode sentir sua boca como se estivesse travada. Este estágio é conhecido também pelo nome de deslocamento funcional do disco sem redução ou "*closed lock*". Entretanto, permanece um tanto quanto controverso o papel funcional e disfuncional do músculo pterigoide lateral superior. Esta variabilidade estrutural permite a

possibilidade de que esse músculo possa exercer, em certos casos, uma força anterior no disco, e que associado a fatores como contração prolongada (Bruxismo), posição condilar (oclusão e/ou postura), lesão de ligamentos (traumatismos), pode provocar o deslocamento do disco articular.

## **IDEIAS ANTIGAS X NOVOS CONCEITOS**

Começamos com a observação de que um diagnóstico confiável e válido sistema diagnóstico para muitos subtipos de DTM evoluiu a partir das últimas 2 décadas de pesquisa em diagnóstico de DTM. O atributo central de cada condição é uma dor persistente que impulsiona a procura de tratamento e debilitante em uma minoria significativa de casos.

O primeiro esforço em um método de diagnóstico baseado em evidências para DTMs foi o Critérios de Diagnóstico de Pesquisa para DTM (RDC /DTM) que surgiu em 1992 por DWORKIN & LERESCHE veio a necessidade abertamente reconhecida de um sistema de diagnóstico para as DTM, sistema que não apenas pudesse distinguir de maneira confiável, por fins de lógica e pesquisa clínica, casos de controles, mas também define e diagnóstica diferencialmente subtipos comuns de DTMs relacionadas à dor crônica.

Nas duas décadas seguintes, O RDC / TMD gerou muitas pesquisas científicas internacionais responsivos à sua fundação, baseados em evidências testáveis no contexto de um processo que fornece as evidências adicionais base para revisões confiáveis e válidas.

Em 2014 por SCHIFFMAN et al., para tender a necessidade clínica para orientação de exame clínico e orientação diagnóstica, a nível para padronizar esse atendimento foi criado o Diagnóstico Critério para Desordens Temporomandibulares (DC / TMD) para utilização do campo clínico geral. Em resumo, em comparação com RDC / TMD, o DC / TMD avançou para uma evidência sistema baseado em maior validade para uso clínico.

Traduções socioculturais - O DC / TMD está sendo transferido em 30 idiomas. Essas traduções mal conduzidas (Ohrbach et al. 2013) permitem

dados comparáveis entre configurações e facilitará a mesmo processo de revisão internacional do DC / TMD como ocorreu no RDC / TMD.

O histórico do diagnóstico de DTM leva a vários temas que se cruzam. Uma delas é a classificação da DTM, de acordo com o RDC / TMD → DC.

A evolução da DTM em seu estágio atual de desenvolvimento tem sido satisfatoriamente bem-sucedido na realização de muitos de seus objetivos declarados e é o único diagnóstico de DTM baseado em evidências e em um sistema submetido a rigorosas investigações científicas.

## **TRATAMENTO / TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL**

As possíveis causas para o surgimento dos sintomas orofaciais são: traumas diretos e indiretos à articulação, alterações esqueléticas, posturais, oclusais sistêmicas ou locais, hábitos parafuncionais e questões psicossociais podem estar associadas, alterando o equilíbrio funcional do sistema estomatognático, caminhando, assim, em direção à disfunção e patologia.

Em virtude das limitações de cada profissão, é de extrema importância o trabalho multidisciplinar para discussão clínica, diagnóstica e abordagem terapêutica eficaz. Não existe uma abordagem única para o tratamento de pacientes com DTM.

Afirma-se que, em termos odontológicos, vivemos em uma época plena de uso de placas, que foi seguida por um período de valorização dos problemas oclusais, e este foi seguido por outro no qual se valorizavam os problemas emocionais ou psicológicos e, aparentemente, vivemos outra época de enfoque quase exclusivo aos problemas musculares.

Algumas das abordagens terapêuticas mais comuns de tratamento para as DTM que podemos está trabalhando com uma equipe composta pelo Cirurgião Dentista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Otorrinolaringologista, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional e ou Terapia Olistica.

O tratamento basease no eliminação dos pontos gatilhos, como o agulhamento a seco. Terapias comportamentais como ouvir e aconselhamento ao paciente, orientação do autotratamento em casa com instrução e técnicas de relaxamento, biofeedback, terapia comportamental cognitivo (TCC).

O tratamento do pacinete com DTM envolve muito mais que uma forma de falar com o paciente, precisamos ouvir esse paciente, não sugestionar o paciente, não diminuir seus sentimentos achando que pode ser emocional, precisamos criar com nosso paciente uma empatia respitando, compreendendo e tendo uma visão mais humanizada com sua religião, estilo de vida,, crença e seus hábitos.

Como proposta de tratamento temos como favorável uma dieta, termoterapia, agulhamento a seco nos pontos gatilhos, fisioterapia para fortalecer a musculatura e nao deixar o musculo e ou articulação travar, utilização do TENS ou FES, psicoterapias cognitiva corporal, uso de placa oclusal, laserterapia, práticas de relaxamento muscular e terapias alternativas como relaxamento, yoga, pilates e acumpuntura.

## **BRUXISMO**

O bruxismo até o momento teve três definições proposta pela Academia Americana de Medicina do Sono (AASM). Em 1990, a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD) definiu o bruxismo do sono dentro das categorias de parassonias ( ou disturbios que interferem no sono, mas não estão associados a queixas de insônias ou sonolências). Em 2005, na segunda edição do ICSD o bruxismo do sono foi classificado como um distúrbio de movimento relacionado ao sono e definido como uma atividade parafuncional oral caracterizado por ranger dos dentes ou apertamento durante o sono, geralmente associado a excitação do sono. Em 2014 na terceira edição do ICSD o bruxismo do sono está na classificação de Transtorno do Movimento Relacionado ao Sono. ARTIGO

Podendo ser um transtorno que o indivíduo apertamento ou range os dentes de forma involuntária ou semi involuntária. Sendo classificado e apresentado por duas formas distintas o bruxismo acordado (vigília) e o bruxismo do sono. Tendo como característica a atividade repetitiva dos músculos da mastigação, sendo então seu maior causador muscular.

A etiologia do Bruxismo é variada, podendo ser consequência de distúrbios neurológicos ( Mal de Parkinson ), distúrbios do sono ( como apnéia e ronco), estresse, ansiedade, hábitos parafuncionais, força do tônus muscular e má oclusão ( ALÓE et al., 2003).

Os principais sinais e sintomas apresentado no Bruxismo são o ruído característico de ranger os dentes, desgaste ou fratura dentária ou de restaurações, dor de cabeça ( cefaléia), hipertrofia dos músculos masseteres e temporais, disfunção da articulação temporomandibular, redução de amplitude de abertura de mandíbula, recessão gengival, reabsorção, luxação, subluxação, ruído artucular uni e bilateral. ( DOMINI, 2013)

O diagnóstico clínico é feito através de uma boa anamnese, história clínica do paciente e exame odontológico. Também existem exames complementares que auxiliam no diagnóstico, como a Polissonografia.

Não existe tratamento específico para o bruxismo, geralmente o tratamento é multidisciplinar, e abrange os tratamentos comportamental, odontológico e farmacológico (ALOÉ et al., 2003).

O tratamento comportamental abrange higiene do sono ( instrução para corrigir hábitos pessoais e fatores ambientais que interferem na qualidade do sono), biofeedback ( eletromiografia, temperatura cutânea, frequência cardíaca, pressão arterial e atividade eletrodermica), relaxamento e técnica para minimizar ou controlar (ALOÉ et al., 2003).

O tratamento farmacêutico inclui relaxantes musculares e até benzodiazepnícos, que devem ser usados criteriosamente e por tempo limitado sob orientação médica ou cirurgião dentista ( ALOÉ et al., 2003).

O tratamento odontológico consiste em recuperação de restaurações defeituosas, se necessário tratamento ortodontico e a confecção da placa

oclusal que é um desprogramador oclusal, o paciente faz uso noturno para diminuir a ação do bruxismo para com os elementos dentários. Trata-se mais de uma proteção para o dente e alívio da tensão do apertamento noturno que um tratamento, porque o bruxismo não tem cura o que acontece que os sinais clínicos dele melhora se seguida as orientações do dentista perante cada quadro individual de cada paciente.

## **CONCLUSÃO**

A evolução da DTM em seu estágio atual de desenvolvimento tem sido satisfatoriamente bem sucedido na realização de muitos de seus objetivos declarados.

O DC é a implementação clínica completa do protocolo no presente, por consistência no diagnóstico utilizando métodos clínicos e termos clínicos que permitem a padronização dos relatos de diagnósticos e critérios para decisão diagnóstica a fazer.

Observamos que a DTM está relacionada a uma dor crônica que é a principal razão para procura de tratamento, enquanto a DTM também pode estar associada com problemas de saúde geral, depressão que afetam o bem estar do paciente outras condições de dor crônica como a dor de cabeça ou cefaleia do tipo tensional, lombalgia, fibromialgia que causam muito sofrimento para o paciente. O ônus econômico para a sociedade de diagnóstico e tratamento da dor orofacial e DTM é alta, com estimativas conservadoras.

A necessidade de tratamento para DTM na população adulta em geral é substancial e varia de acordo com a definição, critérios e idade.

As DTMs causam frequentemente dor craniofacial crônica. Como essa disfunção compõe-se de vários subgrupos, são necessários que eles sejam reconhecidos para que o tratamento apropriado seja aplicado. A distinção entre dor aguda e crônica, articular e muscular é importante para estabelecer o

metodo de tratamento e a eliminações de fatores causais é indispensavel.As alterações da postura mandibular e cervical devem ser corrigidas em associação com a correcao de outros fatores sistemicos contribuintes para dor.

A participacao de outros profissionais na atuacao de tratamento tem grande importancia no manejo da dor como o Fisioterapeuta, Psicologo, Psiquiatra e Terapeutas Ocupacionais.

Da mesma forma a atuação do cirurgião dentista perante a avaliacao clinica para tratamento do bruxismo nao pode ficar apenas associada a ortodontia, mas sim adotar novos conceitos que estao sendo obtidos atraves da exploracao cientifica e desafiando o que antes se pensava como fato. Portanto é importante que o dentista reconheca e compreenda os novos paradigmas, pois isso levará a intervenções aprimoradas ára pacientes que merecem os melhores cuidados baseados em evidencias disponiveis.

## **REFERÊNCIAS**

ALOÉ, F. et al. Bruxismo durante o sono. São Paulo, 2003.

DONINI, E. et al. Uso da toxina bolulinica tipo A em pacientes com bruxismo reabilitados com protese do tipo protocolo em carga imediata. Paraná, 2013.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. Journal of the American Medical Association, Chicago, v.272, n.8, p.619-26, 1994

LIST, T & JENSEN, RH, 2017. Disturbios temporomandibulares: ideias antigas e novos conceitos. cefalgia 2017, vol. 37, pág 692-704. International Headache Society.

LUNDBERG U, Melin B. Stress in the development of musculoskeletal pain. In: Linton SJ Ed. New avenues for the prevention of chronic musculoskeletal pain and disability pain research and clinical management. Amsterdam: Elsevier; 2002; 165-79.

MOREIRA, CM. et al., 2016. A etiologia da disfunção temporomandibular. IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pos-Graduação- Universidade do Vale do Paraíba, pág 1670-1674,

MUNHOZ WC., et al. Evaluation of body posture in individuals with internal temporomandibular joint derangement. *Cranio*. 2005;23(4):269-77).

OHRBACH, R; DWORKIN, SF. A evolução do diagnóstico de DTM: passado presente futuro. 2016, vol 95. Associação inyetnacionais e americanas para pesquisa odontologica, 2016.

OKESON JP, 2000. Tratamento das Desordens Temporomandubulares e Oclusão. 4ª ed. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2000.

OLIVEIRA AS., et al. Berzin F. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in Brazilian collegestudents. *Braz Oral Res* 2006; 20(1):3-7.

PEDRON, I.G. A utilização da toxina botulínica em Odontologia. revisão de Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo, 68, n.3, jul-set, 2014.

SASSI, FC. et al., 2018. Oral Motor Rehhabilitation for Temporomandibular joint Disorders: A Sustematic Review, *Augioogy Communcation Research* ISSN 2317-6431, vol 23, ed 871, 2018. USP, São Paulo.

SIQUEIRA JTT, Teixeira MJ. Dores orofaciais – Diagnóstico e tratamento. Editora Artes Médicas. 816 pp. 2011

TAVARES, L. et al., 2016. Estudo transversal dos sintomas de ansiedade e auto-relato de bruxismo acordado e do sono em pacientes com DTM. Faculdade de medicina de petropolis, rj, brasil. O jornal da patica craniomandibular e do sono, 2016.