



Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
Instituto Universitário Ciências da Saúde

**GOTEIRAS MIORRELAXANTES NO AUXÍLIO DO TRATAMENTO DE DTMs**

Aluno: Raissa Raphaella Saldanha Felix  
Orientador: Tiago Campos Xavier de Araújo

2020

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Raissa Raphaella Saldanha Felix, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado **“GOTEIRAS MIORELAXANTES NO AUXÍLIO DO TRATAMENTO DE DTMs”**.

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mas declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso, colocado a citação da fonte bibliográfica.

Gandra, 26 de setembro de 2020.

A aluna,

---

## ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, Tiago Campos Xavier de Araújo, com a categoria profissional de Professor Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **“GOTEIRAS MIORRELAXANTES NO AUXÍLIO DO TRATAMENTO DE DTMs”**, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Raissa Raphaella Saldanha Felix, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes para obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 24 de setembro de 2020

O Orientador,

---

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus por estar sempre ao meu lado.

À meu esposo e meu filho por todo amor e incentivo, eles que estiveram diariamente comigo nessa jornada nada fácil.

À toda minha família, quero agradecer por me apoiarem sempre.

À minhas amigas, Nayra e Silvia, por toda a cumplicidade e ajuda nesses anos de CESP, sem esquecer dos colegas que fiz durante esse tempo.

À Rosely Bittencourt por me ajudar quando precisei, sua amizade e generosidade.

Ao meu orientador, pelo apoio, compreensão e disponibilidade para acompanhar a realização deste relatório final de estágio.

Aos funcionários da CESP, meu muito obrigado.

## ÍNDICE GERAL

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE.....	II
ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR.....	III
AGRADECIMENTOS .....	IV
ÍNDICE GERAL.....	V
RESUMO.....	VI
ABSTRACT .....	VII
CAPÍTULO I:.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES .....	9
1.2 TRATAMENTOS PARA AS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES.....	11
1.2.1 GOTEIRAS OCLUSAIS.....	12
1.2.1.1 TIPOS DE GOTEIRAS.....	12
1.2.1.2 O USO DE GOTEIRAS MIORRELAXANTES EM DTMs.....	14
1.3 CONFEÇÃO DAS GOTEIRAS.....	16
2. OBJECTIVO.....	17
3. METODOLOGIA .....	17
4. DISCUSSÃO .....	18
5. CONCLUSÃO.....	21
6. REFERÊNCIAS .....	22
CAPÍTULO II - Relatório das atividades práticas das disciplinas de estágio supervisionado .....	25
2.1 Estágio em clínica geral dentária.....	25
2.2 Estágio em clínica hospitalar.....	25
2.3 Estágio em saúde oral e comunitária .....	26

## RESUMO

Atualmente, as disfunções temporomandibulares (DTMs) são cada vez mais frequentes devido ao stress, combinado com o grau acentuado de má oclusão resultante da evolução humana, promovendo um desenvolvimento inadequado do sistema estomatognático.

As DTMs podem ser divididas em: disfunção da articulação temporomandibular (ATM), disfunção dos músculos mastigatórios e doenças congênitas. Alguns dos sinais e sintomas que podem ocorrer quando há disfunções temporomandibulares são: dores de cabeça, dores e/ou ruídos nas articulações, dificuldade de abrir a boca, dificuldade de mastigar e dores de ouvido.

O tratamento de pacientes com DTM é controverso e atrai sugestões de diferentes pontos de vista. Contudo, tratamentos conservativos e reversíveis como as goteiras oclusais são recomendados. Esses dispositivos têm sido usados com o objetivo de alterar as relações oclusais, redistribuir estas forças, prevenir o desgaste dentário, reduzir o bruxismo e outros hábitos parafuncionais, reposicionar o côndilo e aliviar a dor nos músculos mastigatórios.

Muitos estudos sobre goteiras miorrelaxantes tem mostrado sua eficiência no diagnóstico e tratamento das disfunções temporomandibulares.

**Palavras chaves:** "Disfunção temporomandibular" OU "Distúrbios temporomandibulares" E "Goteiras relaxantes musculares" OU "Goteira na boca"

## ABSTRACT

Temporomandibular dysfunctions (DTMs) are increasingly frequent today due to stress, combined with the accentuated degree of malocclusion resulting from human evolution, promoting an inappropriate development of the stomatognathic system.

DTMs can be divided into temporomandibular joint dysfunction (TMJ), masticatory muscle dysfunction and congenital diseases. The several signs and symptoms that may occur when notice temporomandibular disorders are headaches, aches and/or noises in the joints, distress in opening the mouth, hardship chewing and ear pains.

The patient's treatment with TMD is controversial and attracts suggestions from different points of view. However, conservative and reversible treatments such as occlusal plaques are recommended. These devices have been used in order to shift the occlusal relations, redistribute these forces, avoid dental wear, reduce bruxism and other parafunctional habits, repositioning condyle and relieve pain in the chewing muscles.

A large number of studies concerning muscle relaxants plates have shown its efficiency in the diagnosis and treatment of temporomandibular dysfunctions.

**Keywords:** "Temporomandibular Dysfunction" OR "Temporomandibular disorders" AND "muscle relaxants plates" OR "mouth splint"

## CAPÍTULO I:

### 1. INTRODUÇÃO

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo que engloba alguns problemas clínicos relacionados à musculatura mastigatória, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. Que compreende na maioria das vezes uma função prejudicada, presença de espasmos, fadiga dos músculos mastigadores e o bruxismo. <sup>(1-4)</sup>

A etiologia da DTM é multifatorial com causas variadas e incluem trauma, hábitos parafuncionais, má oclusão, excessiva abertura bucal, doenças sistêmicas, atividades posturais inadequadas, fatores emocionais, entre outras. Alguns dos sinais e sintomas que podem ocorrer quando há disfunções temporomandibulares são: dores de cabeça, dores e/ou ruídos nas articulações, dificuldade de abrir a boca, dificuldade de mastigar e dores de ouvido, hábitos parafuncionais, má oclusão, excessiva abertura bucal, doenças sistêmicas, atividades posturais inadequadas, fatores emocionais, entre outras. <sup>(4-7)</sup>

Devido a combinação de fatores e sintomatologias semelhantes, é necessário conhecer o paciente como um todo, desde a psicologia do paciente até a anatomia da articulação, como possíveis traumas físicos que afetam a articulação, para mudar o curso do distúrbio. Por isso, o diagnóstico das DTMs compreende um vasto reconhecimento da musculatura associada aos movimentos mandibulares e exames complementares, sendo fundamental a recolha de história clínica, anamnese, onde podem ser analisados os padrões de movimento muscular, mastigatório, hábitos parafuncionais e análise oclusal. <sup>(8)</sup>

As DTMs podem ser divididas em: disfunção da articulação temporomandibular, disfunção dos músculos mastigatórios, doenças congênitas e do desenvolvimento.

O tratamento de pacientes com DTM é controverso e atrai sugestões de diferentes pontos de vista. Contudo, tratamentos conservativos e reversíveis como as goteiras oclusais são recomendados. Esses dispositivos são usados com o objetivo de alterar as relações oclusais, redistribuir forças, prevenir o desgaste dentário, reduzir o bruxismo e outros hábitos parafuncionais, reposicionar o côndilo e aliviar a dor nos músculos mastigatórios.<sup>(9)</sup>

Em 1901, Karolyi foi um dos pioneiros a utilizar as goteiras oclusais em vulcanite para o tratamento de lesões periodontais associadas ao bruxismo.<sup>(10,11)</sup>



O tratamento com goteiras pode ser definida como a arte e a ciência de estabelecer uma harmonia neuromuscular no aparelho mastigatório e criar uma desvantagem mecânica contra forças parafuncionais.<sup>(12)</sup>

Quando considerado o uso de goteiras, o médico dentista deveria evitar o diagnóstico baseado em um único agente etiológico e em uma única modalidade de tratamento. A combinação da terapia de aparelhos oclusais com outros tratamentos, como os psicológicos, fisioterapêuticos, relaxantes musculares, entre outros, produz um resultado melhor do que quando é usada somente uma das terapias isoladamente.<sup>(3,10)</sup>

A goteira miorrelaxante tem sido recomendada como terapia reversível, não cirúrgica, para o tratamento das disfunções temporomandibulares.<sup>(5,13)</sup> O uso pode reduzir a dor causada por pressão oclusal excessiva na articulação temporomandibular. Desta forma, restabelecendo a circulação sanguínea na ATM, atua na redução sintomatológica da dor e acelera o processo de recuperação. Evidencia-se que a abordagem multidisciplinar pode ser crucial na recuperação do paciente, com o uso combinado de terapias e goteira como terapia adjunta para solucionar sintomas associados à DTM.<sup>(14)</sup>

Por se tratar de um tratamento de escolha nas práticas clínicas até hoje, o uso das goteiras estabilizadoras de oclusão são uma opção de tratamento conservador e com resultados favoráveis para a diminuição da sintomatologia nas disfunções temporomandibulares, justificando o presente estudo.

## 1.1 DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo que envolve variados problemas clínicos e condições que produzem função anormal, incompleta ou prejudicada da articulação temporomandibular (ATM).<sup>(1)</sup> Atualmente DTM refere-se a um conjunto de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que envolvem os músculos da mastigação, articulação temporomandibular e estruturas associadas.<sup>(2,3,5,15,16)</sup> Dentre os principais sinais e sintomas que contribuem para o diagnóstico da DTM estão dor de cabeça, distúrbios nos movimentos mandibulares, sons nas articulações ao abrir e fechar a boca, distúrbios do sono, dor na ATM.<sup>(3,5,7,17,18)</sup> A dor é um sinal importante da DTM. A definição de dor de acordo com Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) enfatiza a importância da constituição emocional e psicológica. Assim, em vez de uma resposta

puramente fisiológica e sensorial, a dor é entendida como uma experiência pessoal que envolve mais do que apenas aspectos biológicos. Compreender a influência desses aspectos emocionais e psicológicos da dor implica na percepção de uma mudança conceitual do modelo biomédico ao biopsicossocial, que abraça a multidimensionalidade da experiência da dor e destaca o papel dos aspectos emocional e comportamental. Na desordem temporomandibular (DTM) envolve uma variedade de condições clínicas que afetam os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. O diagnóstico de DTM pode ser associado com sofrimento psíquico e estímulos de pensamentos nocivos.<sup>(16)</sup> As causas das DTMs incluem trauma, sistêmica, iatrogênica, oclusal e distúrbios de saúde mental.<sup>(5)</sup> Portanto, a etiologia da DTM é multifatorial, em que a psicologia do paciente, a anatomia da articulação ou um trauma na articulação podem estabelecer o curso do distúrbio.<sup>(15,18)</sup>

Em quase todos os casos de DTM, o paciente exibe hiperactividade muscular das maxilas, cabeça, pescoço e ombros, incluindo dor de cabeça e enxaqueca, bem como dor de ouvido, pescoço, ombro e tonturas, e outros problemas de comorbidade, muitas vezes associados com problemas da ATM e DTM. O termo comorbidade é importante no que diz respeito a pacientes com DTM, uma vez que as etiologias de, por exemplo, dores de cabeça ou dor no ombro, podem ser semelhantes.<sup>(19)</sup> Devido à grande subjetividade dos sintomas, DTMs são muito difíceis de diagnosticar, especialmente porque os pacientes geralmente procuram ajuda de outros especialistas além de médico dentistas (por exemplo, neurologista, otorrinolaringologista ou oftalmologista).<sup>(5)</sup>

Os sinais e sintomas de DTM são relativamente comuns na população. Devido a discrepâncias nos critérios para os sinais e sintomas, a prevalência de DTM varia entre estudos. A prevalência dos sintomas DTM na população adulta é sugerida entre 21% e 50% e os achados clínicos entre 40% e 90%.<sup>(2)</sup> Já na população em geral, a prevalência de DTM é entre 40% e 60%, com pelo menos um sinal reconhecível de DTM.<sup>(1)</sup> As Disfunções Temporomandibulares geralmente afetam pessoas com idades entre 20 e 40 anos.<sup>(18)</sup> Os sinais e sintomas de DTM parecem ser mais comuns entre as mulheres do que em homens.<sup>(2)</sup> Nas mulheres, os sintomas são mais graves e a recuperação é mais difícil<sup>(18)</sup>, o que pode ser atribuído ao sistema endócrino feminino, suas flutuações hormonais e o facto das mulheres tenderem a perceber a dor como mais grave e possuírem maior somatório temporal de

estímulos dolorosos do que os homens.<sup>(3)</sup> A prevalência de disfunção temporomandibular aumenta durante a vida adulta, e os idosos têm mais DTM. <sup>(2)</sup>

## 1.2 TRATAMENTOS PARA AS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Para o tratamento da DTM vários métodos são utilizados incluindo informações e aconselhamento, instruções para o autocuidado, tratamento farmacológico, bem como o ajuste oclusal, intervenção ortodôntica, goteira estabilizadora, fisioterapia, exercícios musculares e psicologia cognitiva. <sup>(2,3,5,7,9,10)</sup>

A forma mais comum de tratamento DTM activo é o uso de goteira, sendo que a de estabilização é o mais comumente utilizado.<sup>(2,18)</sup> No entanto, é importante notar que o tratamento da DTM apenas a partir da perspectiva dentária pode falhar, considerando que muitas dessas anomalias são causadas por doenças somáticas que devem ser tratadas. <sup>(5)</sup>

Na maioria dos casos (75% a 90%) as intervenções conservadoras e reversíveis são citadas com efeitos promissores e resultados positivos no tratamento de DTMs. <sup>(3,5,18)</sup> Actualmente, o tratamento DTM consiste em uma combinação de estratégias, tais como aconselhamento, fisioterapia farmacoterapia, goteira oclusal, terapia de laser, e acupuntura. Todos eles visam controlar os sintomas, diminuir a dor, melhorar a função mastigatória, aumentar a mobilidade articular, prevenir novos danos, reeducar o paciente, e melhorar a qualidade de vida. <sup>(3)</sup> Para Bilic *et al.* (2018), o tratamento deve começar com a reeducação do paciente, dieta leve e postura saudável, além de evitar hábitos parafuncionais, como o uso de pastilha elástica.<sup>(18)</sup>

Wieckiewicz *et al.* (2015), defendem que o estágio mais importante do protocolo de tratamento é educação cognitiva e a terapia de relaxamento, tanto quanto a própria percepção do paciente quanto aos tipos de dores de cabeça e o apertamento dentário em vigília. A capacitação é o primeiro estágio para obter a restauração muscular, especialmente após traumas e lesões. A terapia por massagem reduz tecido inflamado, tanto quanto a dor nos pacientes com DTM, pressão usada durante a massagem deve ser suave, aumentando gradativamente a cada sessão terapêutica, o uso do calor e frio também tem sido utilizado sobre a musculatura afetada, reduzindo dor e inchaço.<sup>(5)</sup>

Dentro das sintomatologias dolorosas, associadas com a articulação temporomandibular, fatores psicológicos vêm sendo relatados evidenciando que a dor muscular, associada com stress, assim como depressão e ansiedade, têm endossado um modelo de dor biopsicossocial. Estratégias de tratamentos minimamente invasivos, tais como goteira oclusal, e acompanhamento psicológico, mostram uma redução na intensidade da dor e na sensibilidade muscular. <sup>(3)</sup>

A compreensão da complexidade da dor e a influência da DTM em fatores biopsicossociais são de grande importância para o tratamento dos pacientes. <sup>(3)</sup> O uso de estratégias minimamente invasivas para a gestão das DTMs proporcionam efeitos positivos sobre a melhoria dos aspectos psicológicos em indivíduos com queixa principal de dor miofascial mastigatória, e o uso de uma goteira oclusal parece acelerar a manifestação destes efeitos. <sup>(16)</sup>

### **1.2.1 GOTEIRAS OCLUSAIS**

Uma goteira oclusal é qualquer superfície artificial oclusal removível, utilizada para terapia dos pacientes com DTM <sup>(5,7)</sup>, para a restauração da oclusão estática e dinâmica do sistema estomatognático, onde o máximo de contatos oclusais é alcançado ao mesmo tempo e com força bem distribuída entre os dentes opostos e o dispositivo. Mais vulgarmente, são utilizadas em casos com o deslocamento do disco, levando à relação cêntrica e evitando o desgaste dentário. <sup>(5,7,10)</sup> Sendo a principal abordagem para o tratamento de vários distúrbios da ATM, é utilizada para a dor miofascial relacionada ao bruxismo e desarmonia oclusal. Goteiras também são utilizadas para reduzir as dores de ouvido ocasionadas pelo apertamento dentário e para alterar certos padrões de dor de cabeça. <sup>(13)</sup>

#### **1.2.1.1 TIPOS DE GOTEIRAS**

A goteira de estabilização pode ser também chamada de goteira de relaxamento muscular ou miorrelaxante devido ao fato de, na maioria das vezes, seu uso ser, primariamente, para reduzir a dor muscular. A denominação depende do objetivo principal do tratamento.

Estes dispositivos confeccionados em resina acrílica que podem ter cobertura total ou parcial, serem rígidas ou resilientes e aplicadas para uso em arcada superior ou inferior. Tem sido sugerido que o uso da goteira pode reduzir a dor, causada por pressão oclusal excessiva na articulação temporomandibular. Desta forma, ela restaura a circulação sanguínea na ATM através da manutenção de espaço entre o côndilo e fossa mandibular, resultando na redução sintomatológica da dor e alívio através de sua utilização. <sup>(1,10,14)</sup> Sugere-se o uso dos dispositivos como terapia adjunta para solucionar sintomas associados à DTM.<sup>(4,5,9,10,17)</sup>

O uso de vários tipos de goteiras oclusais feitas a partir de uma gama de materiais macios e duros é uma opção comum entre os profissionais de medicina dentária. As goteiras possuem várias espessuras entre 1 e 15 mm sendo utilizadas para tratar DTM, mas a espessura de 3-5 mm é preferida. Goteiras de estabilização geralmente diminuem os sintomas da DTM, de dor, de disfunções internas ou de origem miofascial. <sup>(17)</sup>

Portanto, os dispositivos maleáveis são utilizados frequentemente por sua facilidade de fabrico e podem efetivamente reduzir a dor muscular na DTM, por outro lado, as goteiras rígidas têm se mostrado consistentemente efetivas nos pacientes com desordem temporomandibular. <sup>(13)</sup> O sucesso da terapêutica está associado com o conhecimento da desordem temporomandibular, a duração do tratamento, o tipo de dispositivo e ajuste oclusal. A grande questão é que qualquer um desses fatores pode resultar na progressão da doença ou no aparecimento de novas doenças. Por essa razão é necessária uma boa anamnese na detecção da patologia, o planejamento efetivo do tratamento e o uso apropriado, fatores que dependem de um conhecimento aprofundado do médico dentista. <sup>(1,10,13)</sup> O design de goteira oclusal deve incorporar os princípios neurofisiológicos e músculo-esqueléticas para garantir que o aparelho desenvolva adequadamente suas funções, em particular para o tratamento da DTM. O MAPA Maxillary Anterior Passive Appliance é uma goteira oclusal pacífica altamente eficaz mas, como qualquer goteira, não é bem sucedido sem terapias farmacológicas adequadas.<sup>(19)</sup>

São características comuns a todos os tipos de goteiras oclusais e que podem explicar porque elas reduzem os sintomas associados com DTM, tais como alteração da condição oclusal, alteração da posição dos côndilos, aumento na dimensão vertical, consciência cognitiva, mudança na entrada periférica para o sistema nervoso central,

natural recuperação do sistema músculo esquelético, efeito placebo, e regressão à posição média mandibular.<sup>(1)</sup>

O uso do dispositivo oclusal restaura a adequada relação mandibular e relação cêntrica, de uma forma artificial, estabilizando a dinâmica do sistema estomatognático. Uma das goteiras oclusais mais populares é a de Michigan <sup>(20)</sup>, também conhecida como goteira gnathologic, goteira Michigan ou aparelho de relaxamento muscular. Este aparelho é geralmente fabricado para o arco superior, e possui a finalidade de fornecer estabilização articular, proteger os dentes, redistribuir as forças oclusais, relaxar os músculos elevadores e diminuir o bruxismo.<sup>(7)</sup> Preferencialmente de uso na maxila, pode ser usada em ambos arcos dentários. A goteira mandibular é usada quando a área posterior tem ausência dentária ou movimentos indesejados com o propósito de desprogramar a oclusão, posicionando o côndilo em relação cêntrica, relaxando os músculos mastigatórios e prevenindo os desgastes dentários e parafunção noturna.<sup>(5)</sup>

### **1.2.1.2 O USO DE GOTEIRAS MIORRELAXANTES EM DTMs**

Os pacientes com DTM tendem a se recuperar espontaneamente após um longo período de tempo e a terapia com goteiras acelera o processo de recuperação diminuindo a dor. <sup>(18)</sup> Computa-se que 90% dos pacientes que tenha usado o dispositivo oclusal miorrelaxante para os sintomas como dor, restrição da abertura da boca e da ingestão de alimentos, não experimentou novamente esses sintomas após a terapia. Apenas 10% dos pacientes com DTM tende a ter a necessidade de alternativas de tratamento avançados, tais como artroscópico ou modalidades de cirurgia.<sup>(17,18)</sup> A terapia da goteira pode ser um tratamento eficaz para distúrbios do disco da ATM que se manifestam como dor nas articulações, contudo não é confirmado que a terapia reduz os sintomas de desconforto articular além da dor, tais como uma sensação de travamento com movimento côndilo ou limitação funcional devido a desordem de disco ATM.<sup>(21)</sup>

Modificações na posição mandibular foram relatadas como causa de pressão e destabilização dos músculos do pescoço. A associação do sistema estomatognático com a postura corporal onde a má oclusão e postura se tornam correlacionadas. E ainda, admitindo-se que o desequilíbrio da musculatura anterior de pescoço e os músculos anteriores da mandíbula juntamente com os músculos mastigatórios, trapézio e músculo

peitoral, podem comprometer o corpo e a postura. O ciclo mastigatório deve estar equilibrado, uma vez que a mastigação consiste no equilíbrio dos músculos do pescoço e cadeias musculares anteriores.<sup>(22)</sup>

Com relação às goteiras de reposicionamento, a utilização controlada demonstrou ser muito útil no tratamento inicial da dor e disfunção da ATM, por diminuir a pressão interna e alívio dos tecidos retrodiscais.<sup>(20)</sup>

Preferencialmente, essa oclusão deve ser restabelecida em relação cêntrica, pois é onde a musculatura exerce o mínimo esforço e está mais estável. A oclusão dinâmica fornecida pela goteira deve ser uma orientação superficial e suave contra os caninos opostos e os incisivos centrais, buscando sempre uma desocclusão posterior imediata e duradoura.<sup>(10)</sup>

A acupuntura é um método, de origem Chinesa, que tem ganhado popularidade como adicional ao uso da goteira oclusal, um método moderno com aplicação de agulha nos pontos gatilho de dor, tem sido descrito como modificadores do meio bioquímico e da dor muscular nos pacientes com DTM. Igualmente, o tratamento integrado com terapia medicamentosa, com uso de corticóides de ação anti-inflamatória, tem apresentado resultados satisfatórios, coadjuvantes ao tratamento com a goteira mio-relaxantes.<sup>(5)</sup> Por outro lado, a fisioterapia é eficaz na melhoria da dor e da amplitude, e a curto prazo, os tratamentos conservadores, tais como aconselhamento, goteira oclusal, fisioterapia, e goteira associada ao aconselhamento são eficazes na melhoria da qualidade de vida, qualidade do sono, e o impacto da saúde oral na qualidade de vida e sintomatologia em pacientes com DTM.<sup>(3)</sup>

Procedimentos cirúrgicos como artrocentese, que envolve a drenagem da articulação temporomandibular com uma substância que reduz o processo inflamatório e que remove o líquido do processo inflamatório, aliviando o disco, eliminando a dor e melhorando a mobilidade da articulação.<sup>(18)</sup>

Evidencia-se que a abordagem multidisciplinar pode ser crucial, e o profissional deve estar ciente de que uma avaliação abrangente, valorizando todos os fatores que contribuem para a compreensão da DTM.<sup>(22)</sup>

As goteiras oclusais são usadas na fase inicial do tratamento e antes da reabilitação protética, evitando assim o desgaste de dentes, restaurando a dimensão vertical da oclusão, relaxando músculo ou reposicionando a ATM, sempre lembrando que esse tratamento deve ser aplicado para adaptar o sistema estomatognático à nova oclusão.<sup>(5,7)</sup>

### 1.3 CONFEÇÃO DAS GOTEIRAS

A goteira miorrelaxante é um aparelho removível, confeccionado em acrílico rígido com cobertura total, fabricado em um laboratório e ajustado diretamente na boca do paciente cobrindo as superfícies oclusais e incisais dos dentes de um arco dentário<sup>(10,16)</sup> com 2–2,5 mm de espessura, criando contatos bilaterais, simultâneos e estáveis com o arco oposto e guia anterior que permite a desocclusão dos dentes posteriores nos movimentos excursivos.<sup>(9,16)</sup>

A construção e o encaixe desse dispositivo é um processo demorado que envolve moldagem dos dentes superiores e inferiores, um registo no arco facial e um registo intermaxilar com mandíbula em relação cêntrica.<sup>(9,10)</sup> Alguns ajustes na superfície da goteira são quase sempre necessários para alcançar contatos bilaterais e posteriores, tornando a goteira confortável em relação ao volume, especialmente lingual aos incisivos e ao longo da linha dos lábios.<sup>(11)</sup>

As goteiras miorrelaxantes, podem ser confeccionadas com material resistente, resina acrílica ativada termo ou quimicamente, ou com material resiliente, onde os aparelhos macios são um pouco flexíveis e maleáveis.<sup>(7)</sup>

Todas tentam alcançar a estabilidade, constância em relação cêntrica, intensidade igual para em todos os dentes, desocclusão posterior imediata, superfície lisa, transições suaves em movimentos laterais e protrusivos, conforto durante o uso; e estética razoável.<sup>(12)</sup>

A goteira miorrelaxante ou de estabilização pode ser confeccionada tanto para arco dentário superior (maxilar) quanto no inferior (mandibular).<sup>(12,13)</sup> O laboratório deve fabricar uma goteira de fácil colocação e que garanta um ajuste firme, pois uma goteira que se move na boca não proporciona a estabilidade necessária para suportar forças pesadas de todas as direções. O paciente não deve sentir aperto em nenhum dos dentes quando estiver usando o dispositivo pois pode levar à hipersensibilidade dentária; Os contatos oclusais devem fornecer liberdade de movimento entre as posições de máxima intercuspidação



habitual e relação cêntrica, de no mínimo 0,5mm; O comprimento do aparelho na face lingual e vestibular depende da necessidade de retenção, do tamanho e da forma do dente. Quanto menor e mais fina a goteira estiver na lingual, melhor a adesão do paciente, mais distinta será a fala e mais confortável será a postura da língua. <sup>(12)</sup> A espessura do aparelho deve ser de aproximadamente 1,5 a 2 mm na região de molar.<sup>(9)</sup> A goteira miorrelaxante pode ser usada à noite (quando o envolvimento é muscular) e por 24 horas (quando o envolvimento é articular).<sup>(10,12)</sup>

O laboratório precisa de instruções explícitas para a fabricação de qualquer goteira. Os aparelhos maxilares e mandibulares têm desenhos completamente diferentes, embora funcionem da mesma forma. Todos os dentes entram em contato em relação cêntrica com o aparelho maxilar. Um aparelho mandibular geralmente tem contato cúspide a cúspide na relação cêntrica, com os dentes anteriores superiores não tocando. Muitos pacientes com DTM apresentam uma sobreposição horizontal significativa; estender a resina acrílica mandibular para entrar em contato com os dentes superiores seria desagradável, fisicamente desconfortável e desnecessário. Como a cavidade oral é um sistema dinâmico e o movimento da mandíbula é quase sempre para a frente, os dentes anteriores estarão em constante contato com a goteira. Essa área deve ser equilibrada, fazendo com que o paciente mova em movimentos protrusivos, laterais e mediolaterais, marcando as áreas e estabelecendo os princípios de orientação anterior já mencionados.<sup>(12)</sup>

## **2. OBJECTIVO**

Este estudo tem como objetivo realizar uma retrospectiva da literatura através de uma revisão narrativa sobre a utilização e eficácia das goteiras miorrelaxantes no auxílio do tratamento de DTMs.

## **3. METODOLOGIA**

Para a realização deste trabalho, foi realizada uma revisão narrativa sobre "A utilização das goteiras miorrelaxantes no auxílio do tratamento de DTMs". Elaborada com base uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos ao motor de busca *PubMed*, com a utilização dos seguintes palavras-chave: "Temporomandibular Dysfunction" OR "Temporomandibular disorders" AND "muscle relaxants plates" OR "mouth splint".

Na seleção dos artigos, devido ao grande número de informações, foram utilizados critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Inclusão:

Artigos publicados nos últimos dez anos, incluído artigos mais antigos como perspectiva histórica;

Estudos realizados em humanos

Artigos referentes à disfunção temporomandibular

Artigos que abordassem os tratamentos à disfunção temporomandibular com goteira

Critérios de exclusão:

Artigos sobre o uso de aparelhos ortodônticos

Artigos sobre Implantes

Artigos sobre traumas oclusais e lesões dentárias

Artigos publicados antes de 2010

Estudos realizados em animais

As estratégias de procura descritas possibilitaram a recuperação de um total de 2291 artigos. Após a leitura dos títulos: 2266 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Os 28 estudos potencialmente relevantes foram então avaliados integralmente. Destes estudos, 6 foram excluídos por não fornecerem uma compreensão abrangente da metodologia. Assim, 22 estudos foram incluídos nesta revisão.

#### 4. DISCUSSÃO

Para muitos autores como, Profozić *et al.* (2017), Qvintus *et al.* (2015), Alqutaibi *et al.* (2015), De Resende *et al.* (2019), Wieckiewicz *et al.* (2015), Portero *et al.* (1984), Akbulut *et al.* (2018) e Oliveira *et al.* (2019), as desordens temporomandibulares envolvem problemas clínicos nos músculos mastigatórios, nas articulações temporomandibulares e nas estruturas associadas. Dor facial, sons da ATM, capacidade limitada de abertura da mandíbula e desvios nos movimentos mandibulares são sinais e sintomas comuns da DTM. Costa *et al.* (2015), relatam ser condições que levam ao stress e a altos níveis ansiedade e

depressão. Portero *et al.* (1984) e Bilici *et al.* (2018), lembram que sua etiologia é multifatorial. Além disso, Gray & Davies (2001) ressaltam a importância de examinar a oclusão antes de escolher o devido tratamento, sendo isso um valioso preditor de sucesso nos tratamentos. Assim como relata Candril *et al.* (2016), concordando que deve haver uma boa anamnese, a detecção de uma patologia correta, um planejamento eficaz, o uso de uma goteira apropriada e além de conhecimentos adequados do médico dentista.

Okeson *et al.* (1983), sugeriu que a terapia com o aparelho oclusal é o tratamento mais eficaz para a dor, sensibilidade e abertura mandibular limitada associadas a disfunções temporomandibulares. Concordando com isso, Gray & Davies (2001), descrevem a goteira como aparelho que fornece uma oclusão estática onde o número máximo de contatos dentários em intercuspidação ocorrem simultaneamente, com mesma força entre os dentes opostos e a goteira, alcançando assim uma oclusão em relação cêntrica com um baixo nível de esforço da musculatura e estabilidade. Profozić *et al.* (2017), e Alquitabi *et al.* (2015), relatam que o mecanismo de ação da goteira ainda é incerto e controverso, podendo a cura ser alcançada através do seu efeito placebo. Quintus *et al.* (2015), mostrou em seu estudo que forma mais comum de tratamento ativo da DTM é o uso de uma goteira oclusal, sendo a de estabilização a mais utilizada, no entanto obteve resultados contraditórios na literatura sobre a eficácia do tratamento de estabilização na dor facial relacionada à DTM; mostrando estudos onde o tratamento da goteira de estabilização não oferece nenhum benefício adicional em comparação com outras formas ativas de tratamento.

Okeson *et al.* (1983), menciona características comuns a todos os tipos de goteiras oclusais, que podem explicar por que reduzem os sintomas associados às DTMs, como alteração da condição oclusal, alteração da posição condilar, aumento da dimensão vertical, consciência cognitiva, alteração na entrada periférica do sistema nervoso central, recuperação musculoesquelética natural e efeito placebo; Dylina (2001), reforça que para o êxito do tratamento, as goteiras de estabilização devem incluir estabilidade, equilíbrio em relação cêntrica, intensidade igual para todos os dentes, desocclusão posterior imediata, superfície lisa, transições suaves nas excursões laterais, protrusivas e estendidas, conforto durante o uso, e estética razoável além de um bom comportamento do paciente para o sucesso da goteira.

Sobre a eficácia do uso das goteiras, Pettengil *et al.* (1998), e Kokkola *et al.* (2018), demonstram que as goteiras miorrelaxantes são eficazes no tratamento das disfunções temporomandibulares. Akbulut *et al.* (2018), mostrou que apenas 10 % dos pacientes sentem a necessidade de alternativas mais complexas, como artroscopia ou artrocentese, modalidades de lavagem e cirurgia aberta. Já Qvintus *et al.* (2015), no seu estudo chegou à conclusão que o tratamento apenas com goteira não oferece grande melhoria na dor facial relacionada a DTMs ao comparar com os exercícios dos músculos mastigatórios isolados. Outros autores, tais como De Resende *et al.* (2019), lembram ainda que o uso de goteiras miorrelaxantes é um método reversível e não invasivo de tratamento e, além disso auxilia, também, na determinação do diagnóstico diferencial das desordens tempomandibulares.

Portero *et al.* (1984) e Gray & Davies (2001) vão mais além, afirmando que a goteira miorrelaxante deve ser utilizada em conjunto com uma série de modalidades, que incluem fisioterapia, farmacoterapia, aconselhamento, entre outros. O que é reforçado por Wieckiewicz *et al.* (2015) e Costa *et al.* (2015), que descreveram diversas formas de tratar as desordens, sendo elas a acupuntura, farmacologia, procedimentos minimamente invasivos, cirúrgicos, psicológico e biomecânico. Ressaltando sempre que os métodos conservadores devem ser o de primeira escolha no tratamento das DTMs, evitando assim efeitos adversos através do seu baixo risco. Dylina (2001) e Crout (2017), não deixam de lembrar que escolha certa da goteira necessita de um diagnóstico certo da etiologia causadora e um profundo conhecimento da anatomia da articulação temporomandibular.

Em relação ao tempo de uso das goteiras, são várias as opiniões dos estudiosos. Pettengill. *et al.* (1998), Qvintus *et al.* (2015), e Kokkola *et al.* (2018), em seus estudos falam que não existe muita eficácia no uso do aparelho durante o dia e recomenda o uso durante a noite assim como Costa *et al.*(2015) Já Ramfjord *et al.*(1994), Gray & Davies (2001) e Dylina (2001), perceberam que os sintomas agudos e crônicos da hiperatividade muscular tiveram uma diminuição significativa com o uso das goteiras durante 24 horas, devido às forças geradas durante a deglutição e mastigação, Ramfjord *et al.* (1994) e Dylina (2001), ainda recomendam o uso de goteiras maxilar durante a noite e da mandibular durante o dia. Já De Resende *et al.* (2019), relatou com sua pesquisa, que a terapia com goteiras de 3 mm deve ser usada pelo menos 12 horas por dia. Diferente de Akbulut *et al.* (2018), que chegou à conclusão da não há correlação ou significância estatística em relação à duração do uso diário para a cura total, porém recomendou que os pacientes usassem por pelo menos 12

horas e não forneceu outro aconselhamento, os levando a usar de 8 a 20 horas por dia. Para Oliveira *et al.* (2019), a goteira oclusal deve ser usada durante a noite e mais 4 horas durante o dia, sendo 2 horas pela manhã e 2 horas após o meio dia.

Sobre a confecção da goteira, Candirli *et al.* (2016), destacaram ter dois os tipos, a goteira miorrelaxante rígida e a goteira resiliente. Sendo a miorrelaxante rígida, também denominada de goteira de Michigan, e a mais utilizada porque se mostra consistentemente eficaz em pacientes com distúrbios da ATM, além de causar o menor risco de alterações oclusais definitivas ao paciente, já as resilientes, são fabricadas de forma rápida e barata.

Além disso, Profozić *et al.* (2017), Gray & Davies (2001) e Alqutalbi *et al.*(2015), afirmam que a goteira de estabilização é fabricada de acrílico rígido com cobertura total encaixada na maxila ou mandíbula, levando em consideração qual arcada possui maior falta de dentes, não esquecendo de avaliar a forma do esqueleto e da arcada dentária do paciente. Wieckiewicz *et al.* (2015), reafirma que pode ser usada em ambos os arcos, porém mostra que a goteira mandibular deve ser usada quando há falta de dentes posteriores, para evitar movimentação indesejada na mandíbula. Ramfjord *et al.* (1994), explicou que não é necessário muito volume para mantê-la estável, mostrando assim poder ser usada no arco superior resultando em uma melhor aparência.

Okeson *et al.* (1983), Qvintus *et al.* (2015), De Resende *et al.* (2019), Wieckiewicz *et al.* (2015), e Pettengil *et al.* (1998), concordam que é necessário um maior número de pacientes e com estudos mais expandidos de longo período de tempo para uma adequada comparação das goteiras e suas confiabilidades para os tratamentos. Portero *et al.* (1984), complementa mostrando que a ação exata das goteiras não é amplamente conhecida e Candirli *et al.* (2016), mostram que muitos médicos dentistas não possuem conhecimento suficiente sobre as DTMs e terapia com goteiras.

## 5. CONCLUSÃO

A terapia com uso de goteiras é favorável como terapia inicial reversível e não invasiva, resultando positivamente para o sucesso da terapia indicada, sendo para o médico dentista de fácil confecção e ajuste.

Embora as goteiras oclusais apresentem sucesso em grande número nos estudos sobre tratamento das DTMs relatados na literatura, é importante ressaltar que as goteiras não devem ser indicadas como única modalidade de tratamento, e sim como parte deste

como coadjuvante a outras terapias sejam elas: psicológicas, ajuste oclusal, exercícios, fisioterapia e medicamentosa. Sendo assim, é imprescindível a definição da etiologia da disfunção para que se obtenha sucesso a longo prazo: a conscientização do paciente durante o tratamento e sua percepção de hábitos parafuncionais, especialmente os realizados em estado de vigília, e a busca por hábitos mais saudáveis e a conscientização de situações emocionais que os desencadeiam.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Profozić A, Plazibat A, Polašek A, Pliško M, Čimić S. Position of mandibular condyles during stabilization splint wearing. *Acta Clin Croat.* 2017;56(4):594–9.
2. Qvintus V, Suominen AL, Huttunen J, Raustia A, Ylöstalo P, Sipilä K. Efficacy of stabilisation splint treatment on facial pain - 1-year follow-up. *J Oral Rehabil.* 2015;42(6):439–46.
3. de Resende CMBM, de Oliveira Medeiros FGL, de Figueiredo Rêgo CR, Bispo A de SL, Barbosa GAS, de Almeida EO. Short-term effectiveness of conservative therapies in pain, quality of life, and sleep in patients with temporomandibular disorders: A randomized clinical trial. *Cranio - J Craniomandib Pract.* 2019;9634.
4. Portero PP, Kern R, Kusma SZ, Grau-grull P. Placas Oclusais No Tratamento Da Disfunção Temporomandibular. 1984;
5. Wieckiewicz M, Boening K, Wiland P, Shiau YY, Paradowska-Stolarz A. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. *J Headache Pain [Internet].* 2015;16(1):1–12.
6. Okeson JP, Moody PM, Kemper JT, Haley J V. Evaluation of occlusal splint therapy and relaxation procedures in patients with temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc.* 1983;107(3):420–4.
7. Alqutaibi AY, Aboalrejal AN. Types of Occlusal Splint in Management of Temporomandibular Disorders (TMD). *J Arthritis.* 2015;04(04).
8. Paço M, Chaves P, Pinho F, Lemos C, Costa R, Duarte JA, et al. Common symptoms of temporomandibular disorders do not mean same treatment plans: A case series. *Int Orthod.* 2018;16(1):174–214.

9. Pettengill CA, Growney MR, Schoff R, Kenworthy CR. A pilot study comparing the efficacy of hard and soft stabilizing appliances in treating patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent.* 1998;79(2):165–8.
10. GRAY RJM, DAVIES SJ. Occlusal Splints and Temporomandibular Disorders: Why, When, How? *Dent Updat London.* 2001;28(May):194–9.
11. RAMFJORD SP, ASH MM. Reflections on the Michigan occlusal splint. *J Oral Rehabil.* 1994;21(5):491–500.
12. Dylina TJ. A common-sense approach to splint therapy. *J Prosthet Dent.* 2001;86(5):539–45.
13. Candirli C, Korkmaz YT, Celikoglu M, Altintas SH, Coskun U, Memis S. Dentists' knowledge of occlusal splint therapy for bruxism and temporomandibular joint disorders. *Niger J Clin Pract.* 2016;19(4):496–501.
14. Hasegawa Y, Kakimoto N, Tomita S, Fujiwara M, Ishikura R, Kishimoto H, et al. Evaluation of the role of splint therapy in the treatment of temporomandibular joint pain on the basis of MRI evidence of altered disc position. *J Cranio-Maxillofacial Surg [Internet].* 2017;45(4):455–60.
15. Kokkola O, Suominen AL, Qvintus V, Myllykangas R, Lahti S, Tolvanen M, et al. Efficacy of stabilisation splint treatment on the oral health-related quality of life—A randomised controlled one-year follow-up trial. *J Oral Rehabil.* 2018;45(5):355–62.
16. Costa YM, Porporatti AL, Stuginski-Barbosa J, Bonjardim LR, Conti PCR. Additional effect of occlusal splints on the improvement of psychological aspects in temporomandibular disorder subjects: A randomized controlled trial. *Arch Oral Biol.* 2015;60(5):738–44.
17. Akbulut N, Altan A, Akbulut S, Atakan C. Evaluation of the 3 mm Thickness Splint Therapy on Temporomandibular Joint Disorders (TMDs). *Pain Res Manag.* 2018.
18. Bilici IŞ, Emes Y, Aybar B, Yalçın S. Evaluation of the effects of occlusal splint, trigger point injection and arthrocentesis in the treatment of internal derangement patients with myofascial pain disorders. *J Cranio-Maxillofacial Surg.* 2018;46(6):916–22.
19. Crout DK. Anatomy of an occlusal splint. *Gen Dent.* 2017;65(2):52–9.
20. Nasr T. MICHIGAN SPLINT VERSUS SUPERIOR REPOSITIONING SPLINT FOR. 2018;(July).

21. Hasegawa Y, Kakimoto N, Tomita S, Fujiwara M, Ishikura R, Kishimoto H, et al. Clinical study of splint therapeutic efficacy for the relief of temporomandibular joint discomfort. *J Cranio-Maxillofacial Surg* [Internet]. 2017;45(11):1772–7.
22. Oliveira SSI, Pannuti CM, Paranhos KS, Tanganeli JPC, Laganá DC, Sesma N, et al. Effect of occlusal splint and therapeutic exercises on postural balance of patients with signs and symptoms of temporomandibular disorder. *Clin Exp Dent Res*. 2019;5(2):109–15.



## CAPÍTULO II - Relatório das atividades práticas das disciplinas de estágio supervisionado

### 2.1 Estágio em clínica geral dentária

O estágio em clínica geral dentária decorreu na Clínica Universitária Filinto Baptista - Gandra – Paredes, num período de cinco horas semanais, às sextas-feiras, das 19h às 23h, com início no dia 14 de setembro de 2018 e término no dia 11 de junho de 2019.

Supervisionados pelo professor doutor João Batista o estágio nos permitiu aplicar os conhecimentos teóricos em um contexto clínico satisfatório, que se mostrou uma mais valia no aprimoramento da prática médico-dentária.

Os atos clínicos realizados nesse estágio estão discriminados na seguinte tabela:

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Triagem	06	02	08
Dentisteria	21	05	26
Endodontia	03	00	03
Exodontia	08	01	09
Destartarização	06	06	12
Outros*	10	04	14
Total	54	18	72

Tabela 1- Atos Clínicos realizados no Estágio em Clínica Geral Dentária

\*Procedimentos pós-operatório (remoção de espículas ósseas, de sutura), medicação, radiografia, referênciação.

### 2.2 Estágio em clínica hospitalar

O estágio em clínica hospitalar foi realizado no Hospital de Guimarães, no período de 14 de setembro 2018 a 14 de junho de 2019, com uma carga semanal de 3 horas compreendidas entre 09:00h - 12:00h das sextas-feiras, sob a supervisão do professor doutor Fernando Figueira. Esse estágio nos permitiu contactar com uma diversidade de pacientes: polimedicados, portadores de doenças sistémicas, pacientes com problemas psicológicos, em situação de vulnerabilidade social e com baixa literacia em saúde oral,

oferecendo ferramentas importantes para uma atuação clínica autónoma e responsável, assente nas decisões mais adequadas frente às diversas situações clínicas com que podemos nos deparar.

Os atos clínicos realizados nesse estágio estão discriminados na seguinte tabela:

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Triagem	19	8	27
Dentisteria	21	11	32
Exodontia	38	16	54
Destartarização	25	07	32
Outros	34	05	39
Total	137	42	179

Tabela 2- Atos Clínicos realizados no Estágio em Clínica Hospitalar

\*Procedimentos pós-operatório (remoção de espículas ósseas, de sutura), medicação, radiografia, referenciação.

### 2.3 Estágio em saúde oral e comunitária

O estágio em saúde oral e comunitária decorreu num período de 3,5 horas semanais, compreendidas entre as 9h e 12:00h de quinta-feira, com início no dia 13 de setembro de 2018 e término no dia 14 de junho de 2019 e sob a supervisão do professor doutor Paulo Rompante, tendo início novamente no ano dia 09 de Setembro de 2019 e término no dia 18 de setembro de 2020.

Como etapa inicial, com base no PNPSO da DGS, do Ministério da Saúde de Portugal Continental, elaborou-se um plano de atividades de prevenção e promoção de saúde oral. O plano de atividade de cada binómio da turma foi enviado via plataforma digital. Foram realizadas atividades de atendimento em medicina dentária ao público, com a finalidade de promover a saúde oral da população de Santo Tirso numa perspetiva de prevenção e promoção de saúde oral.

As atividades realizadas ao longo deste estágio no hospital Santo Tirso no período de 27/11/18 a 13/06/19 encontram-se descritas na tabela seguinte:

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Triagem	07	01	08
Dentisteria	11	01	12
Exodontia	06	04	10
Destartarização	01	00	01
Total	25	06	31

Tabela 3- Atos Clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral e Comunitária

As atividades realizadas ao longo deste estágio no hospital Santo Tirso no período de 09/09/19 a 18/09/20 encontram-se descritas na tabela seguinte:

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Exodontia	06	07	13
Destartarização	01	02	03
Total	07	09	16

Tabela 4- Atos Clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral e Comunitária