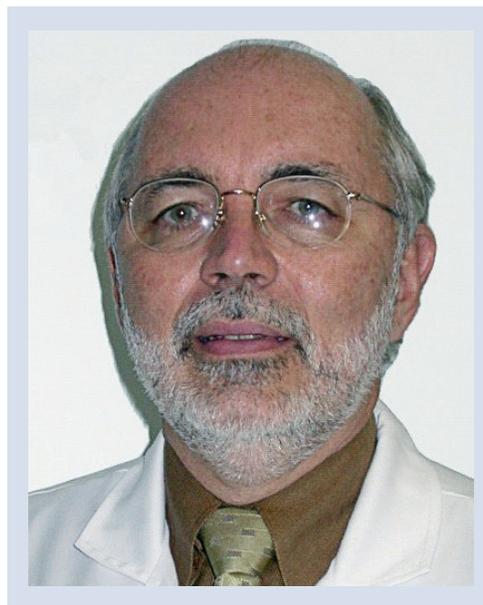


Marco Antonio de Oliveira Almeida

- Graduado em Odontologia pela Universidade do Estado da Guanabara em 1974.
- Pós-graduado em Ortodontia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1979.
- Livre-docente em Ortodontia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 1988.
- Pós-doutorado em Ortodontia pela University of North Carolina em Chapel Hill/EUA em 1993.
- Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro desde 1974.
- Professor titular de Ortodontia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro desde 1995.
- Autor e co-autor de mais de 30 artigos científicos.
- Autor do livro "Ortodontia: fundamentos e aplicações clínicas".
- Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Ortodontia (1987-1988).
- Exerce atividade clínica desde 1974 e proferiu diversas palestras e cursos no Brasil e no exterior.
- E-mail para contato: malmeidauerj@yahoo.com.br



O professor Marco Antonio é filho de Antonio da Costa Almeida e Aladir de Oliveira Almeida, nascido em 27 de maio de 1952 na cidade do Rio de Janeiro/RJ. Casado há 31 anos com M. Helena, tiveram 2 filhos, Rhubens, que é advogado e casado com Izabella (que é dentista); e Rhita, casada com Felipe (ambos ortodontistas) – todos vascaínos. Gosta de cinema, teatro e todo tipo de festa. Adora dançar, curte um bom vinho e whisky e não tem preguiça quando o programa é viajar. Para recarregar as baterias, seu sítio é a primeira opção e se orgulha de ser da ASC (Associação dos Sem Celular). Seu principal desafio na vida foi interromper toda sua vida profissional (magistério e consultório) após 20 anos de formado e ir com a família para Carolina do Norte. Mas valeu a pena, pois a experiência em uma universidade americana e o contato com o Prof. Proffit compensaram todos os problemas inerentes a essa decisão.

Paulo Eduardo Baggio

Na correção da Classe II em crescimento, qual é e quando tem sido usada sua principal estratégia de tratamento? A provável cooperação do paciente exerce alguma influência na decisão de seu plano de tratamento? José Augusto Mendes Miguel

Tenho evitado o tratamento da Classe II em

duas fases, utilizando-o quando os planos AP transversos e verticais estão comprometidos. Nesses casos, as opções seriam o aparelho de Thurow ou aparelhos funcionais associados à força extrabucal, dependendo da protrusão dos incisivos inferiores. Durante a fase ascendente do surto de crescimento, a aparelhagem extrabucal com puxada parietal

é quase sempre a minha escolha e, na fase descendente do surto, os propulsores mandibulares têm sido boas opções. Quanto à cooperação, me orgulho de conseguir um bom retorno dos pacientes no uso desses aparelhos e credito isso a uma participação efetiva do paciente no processo de diagnóstico e plano de tratamento. Tento conseguir sua cooperação diretamente, evitando o triângulo profissional-responsável-paciente. Costumo dizer para os responsáveis que sou como um motorista de caminhão, pois uso o lema: “mãe tenha distância”.

Em relação aos distalizadores intrabuciais, sou bastante cético quanto à sua efetividade real. Existem inúmeros trabalhos demonstrando a quantidade de distalização e de perda de ancoragem, mas poucos respondem à pergunta: “Distalizei, e agora, como faço para fechar os espaços sem perder ancoragem?”. Acredito também que, com o advento dos mini-implantes, os distalizadores terão suas indicações muito reduzidas. Por outro lado, não consigo conceber esses aparelhos como substitutos dos aparelhos com finalidades ortopédicas, pois conseguir obter uma relação de chave de oclusão através de distalização pura ou através de crescimento ósseo e distalização têm resultados faciais bastante diferentes.

Qual a maneira mais efetiva para se realizar o correto diagnóstico de assimetrias dentoalveolares na fase de dentadura mista e quais abordagens terapêuticas se mostram mais eficazes nesse período do desenvolvimento?

Claudenir Rossato

Como a maioria dessas assimetrias é dentoalveolar e no plano AP, elas podem ser mais bem evidenciadas na radiografia cefalométrica lateral, embora uma complementação com a cefalométrica frontal deva também ser realizada. A tomografia volumétrica será, sem dúvida, o futuro para esse diagnóstico. Embora diversas ferramentas para a avaliação de assimetrias em modelos tomográficos já estejam disponíveis, estas ainda não foram incorporadas à rotina clínica. A figura 1 ilustra a avaliação tridimensional da assimetria facial de um paciente. É possível verificar-se, visualmente,

o grau de assimetria – comparando a situação real (Fig. 1A) com os modelos espelhados dos lados direito e esquerdo (Fig. 1B, C). É possível, também, espelhar-se toda a face e avaliar, por meio de mapas coloridos, a diferença de um lado para o outro (Fig. 1D).

Acredito que, na fase de dentadura mista, os aparelhos funcionais híbridos são o principal recurso para abordar essas assimetrias. Entretanto, ainda existe uma escassez de trabalhos comprovando sua eficácia nesses casos.

Os pacientes Classe II subdivisão apresentam, muitas vezes, assimetria no arco inferior. Qual tem sido sua abordagem para correção nesses casos?

José Augusto Mendes Miguel

Provavelmente, 75% das Classes II subdivisões se enquadram neste quadro, ou seja, assimetria dentoalveolar mandibular. Os trabalhos de Alavi et al.¹, Araujo et al.² e Janson et al.³ demonstram isso. Como essa má oclusão é caracterizada por uma assimetria, seu tratamento também demanda mecânicas assimétricas. A preferência engloba mecânicas intermaxilares como elásticos (Fig. 2), funcionais híbridos (Fig. 3) e propulsores mandibulares unilaterais (Fig. 4). Extrações assimétricas também são utilizadas na sua correção. A necessidade de se extrair um pré-molar superior ou três pré-molares (2 superiores e 1 inferior) vai depender da localização (superior ou inferior) e da medida do desvio da linha média, da protrusão dos incisivos inferiores e, principalmente, do perfil do paciente. Pacientes que apresentam desvio da linha média inferior menor que 3mm podem ser tratados com exodontia de 1 pré-molar superior, sem comprometimento da estética do sorriso (Fig. 5).

Os aparelhos de protração mandibular têm a capacidade de estabelecer posições definitivas, quer seja de maneira positiva ou negativa, das articulações temporomandibulares?

Claudenir Rossato

Os aparelhos de protração mandibular são indicados na fase descendente do surto de crescimento, tentando-se evitar o *catch-up* observado

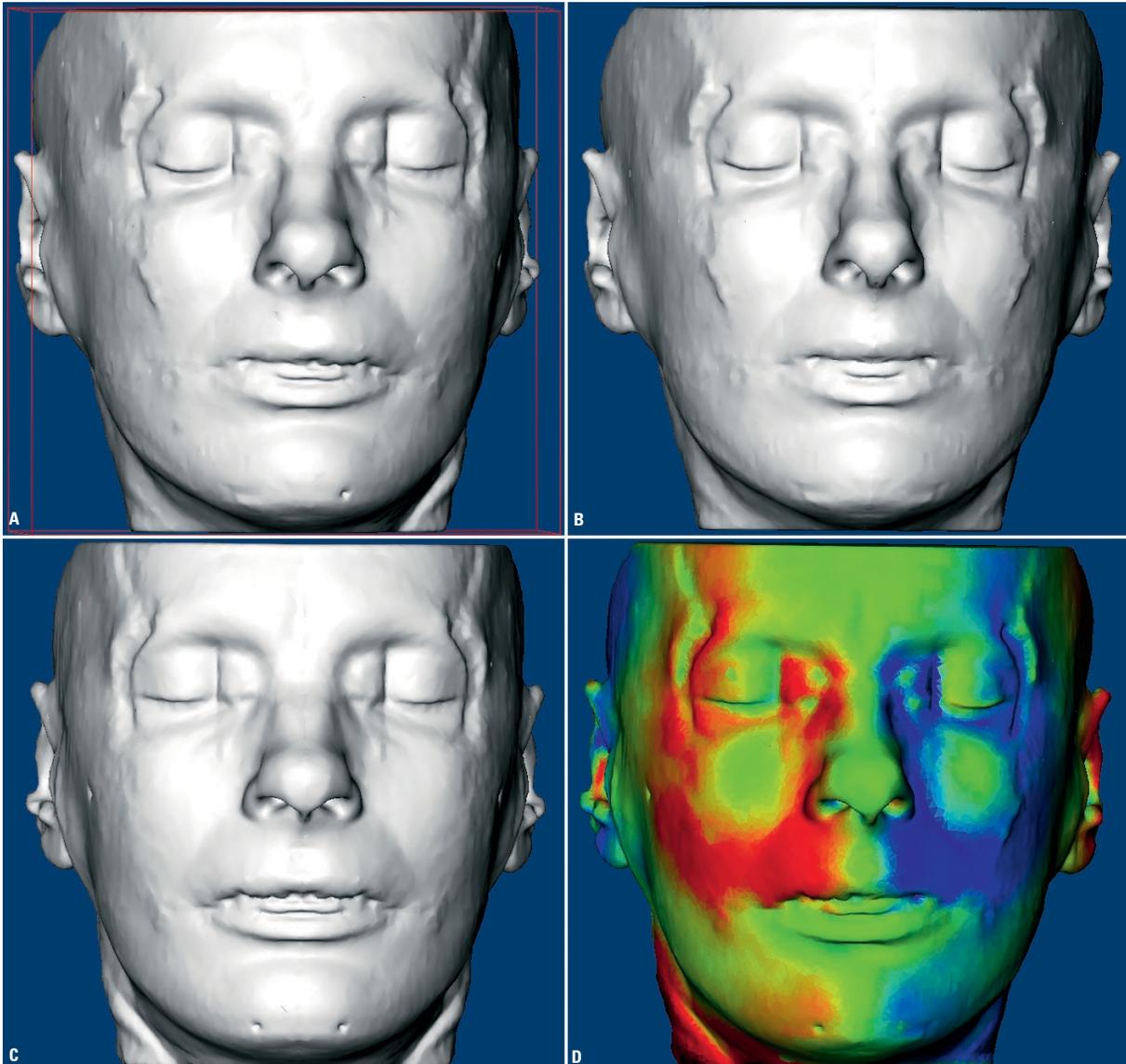


FIGURA 1 - **A)** Modelo 3D da face do paciente; **B)** duplicação por espelhamento do lado direito; **C)** duplicação por espelhamento do lado esquerdo e **D)** avaliação por mapas coloridos.

após a utilização de quaisquer aparelhos que tenham intervindo no crescimento ósseo facial. Mesmo assim, tenho observado uma modificação no posicionamento mandibular após a descontinuidade do aparelho, quer seja por crescimento, quer seja por modificação na relação cêndilo/fossa. Rotineiramente, tenho utilizado uma mecânica de elásticos pós-protração. Na figura 4, pode-se observar o resultado e a manutenção desse resultado com o uso de elásticos intermaxilares.

Existem vários aparelhos indicados para avanços mandibulares. Os efeitos por eles produzidos são iguais ou cada um tem sua indicação precisa para o tratamento de pacientes portadores de má oclusão de Classe II? Paulo Eduardo Baggio

Todos os propulsores mandibulares, teoricamente, teriam o mesmo modo de ação, ou seja, deslocar mecanicamente a mandíbula e, conseqüentemente, os cêndilos mandibulares mesialmente,



FIGURA 2 - Fotografias iniciais (A-F) e finais (G-L) de paciente Classe II subdivisão esquerda tratada eminentemente com elásticos intermaxilares. Desejava-se a projeção de incisivos inferiores. Neste caso, o 23 também estava incluso.





FIGURA 3 - Fotografias iniciais (A-F), pós-aparelhagem funcional (G-L) e pós-aparelhagem ortodôntica fixa (M-R) de paciente Classe II subdivisão direita.



FIGURA 4 - Fotografias intrabucais iniciais de paciente com severa Classe II subdivisão direita (A, B, C); durante a utilização de propulsor mandibular unilateral (D, E, F) e após 6 meses de utilização (G, H, I). O uso de mecânica de elásticos é recomendado após a remoção do propulsor.

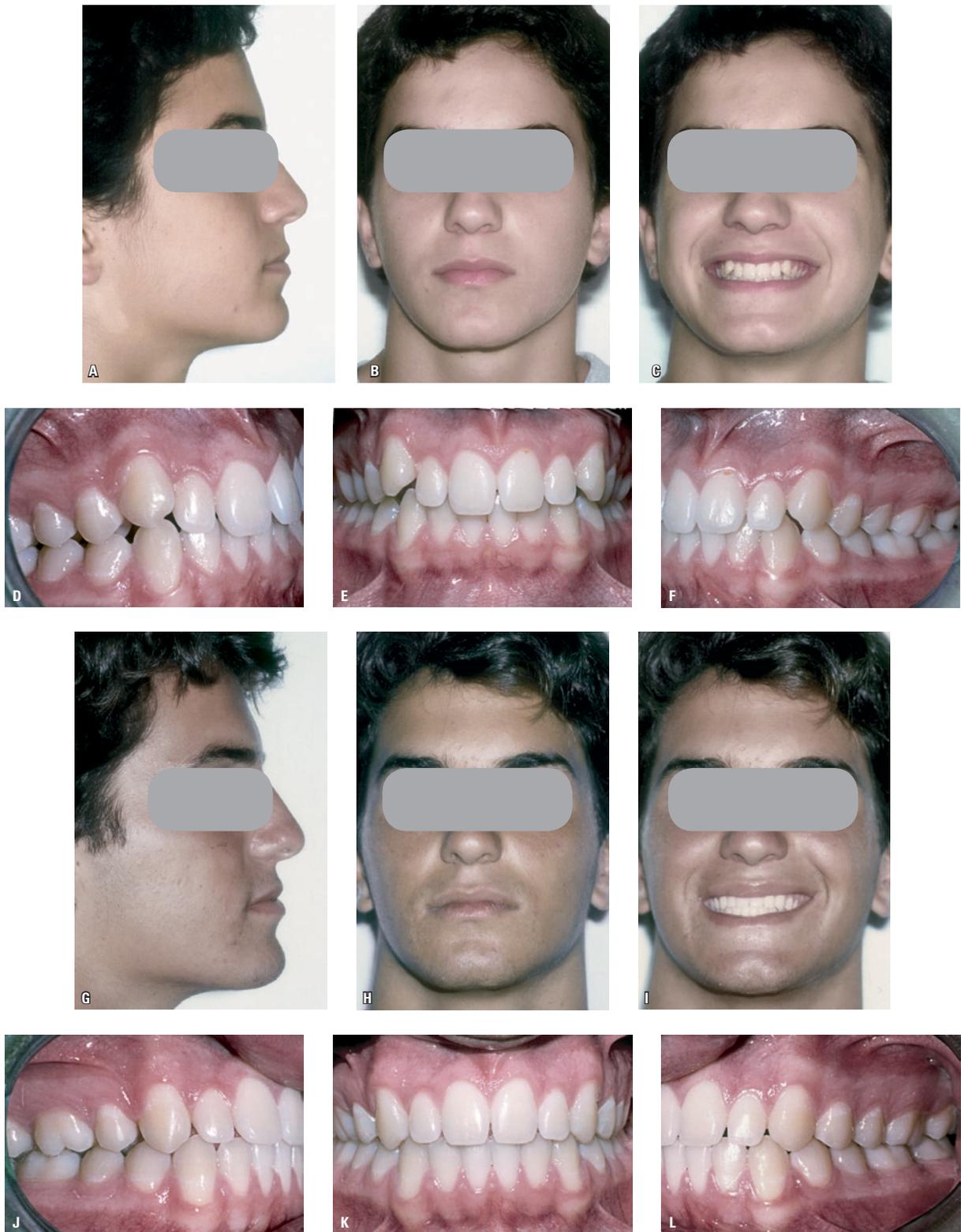


FIGURA 5 - Fotografias iniciais (A-F) e finais (G-L) de paciente Classe II subdivisão direita tratado com exodontia de um pré-molar superior. Essa opção foi possível devido ao pequeno desvio da linha média inferior.

“estimulando” seu crescimento. Os trabalhos de Ruf e Pancherz^{5,6} demonstraram que, dependendo da idade do paciente, obtém-se maior ou menor porcentagem de crescimento e de movimento dentário. Quanto aos efeitos dos propulsores, esses autores relataram que, primariamente, eles promoveriam uma remodelação condilar e, secundariamente, uma remodelação na cavidade glenóide.

Quais aspectos considera decisivos, ao tratar de um paciente portador de uma assimetria facial, para optar entre o tratamento cirúrgico e a camuflagem? Paulo Eduardo Baggio

Considero a face e a queixa principal do paciente como os aspectos decisivos para se decidir pela cirurgia, pois a camuflagem não é capaz de solucionar estes fatores. Pode-se conseguir belas oclusões com a camuflagem, sem que isso signifique faces aceitáveis para os pacientes. As exigências estéticas atuais da Ortodontia inviabilizam tratamentos que tenham como objetivo único a oclusão dentária. Essa mudança de objetivos colocou a oclusão em terceiro lugar na lista de pontos decisivos para se indicar o tratamento cirúrgico. A figura 6 exemplifica bem essas palavras. A paciente em questão, embora apresentasse má oclusão de Classe III dentária e esquelética, apresentava uma linda face e se queixava de “dentes tortos”. Seu tratamento foi realizado por meio de uma camuflagem da Classe III, com exodontias de dois pré-molares inferiores.

Quais os cuidados que devem ser tomados no tratamento de pacientes, ainda em crescimento (mesmo que residual), com Classe III? José Augusto Mendes Miguel

Independente de serem Classe III subdivisão ou não, é de extrema importância a verificação do potencial de crescimento mandibular restante. Alguns poucos milímetros podem comprometer seriamente a estética e funcionalidade do tratamento ortodôntico. Alguns pacientes, especialmente os subdivisões, podem apresentar crescimento condilar contínuo, o que mudaria completamente o tratamento a ser realizado.

A cintilografia de côndilos tem grande indicação no diagnóstico e planejamento desses casos. O paciente apresentado na figura 7 relatou que “seu queixo começou a entortar após os 19 anos”. No momento da foto, ele se apresentava com 20,8 anos e o resultado da cintilografia demonstrou uma similaridade na captação do contraste nos côndilos direito e esquerdo. O preparo ortocirúrgico poderia ser iniciado, mas uma nova cintilografia deverá ser feita previamente à cirurgia, para orientar o tipo de procedimento cirúrgico: convencional ou condilectomia alta?

A cirurgia ortognática é um procedimento passível de recidiva. Em que percentual e em que tipo de cirurgia considera mais provável que ela ocorra? Paulo Eduardo Baggio

Tive a oportunidade de participar das pesquisas do Dr. Proffit, na Universidade da Carolina do Norte, sobre a estabilidade da cirurgia ortognática, a partir das quais foi estabelecida a hierarquia de estabilidade cirúrgica. Não existem pesquisas brasileiras que possam corroborar essa hierarquia, mas clinicamente se observa grandes recidivas nos procedimentos cirúrgicos em que a maxila é aumentada transversalmente. Tais casos ocupam a faixa mais baixa da hierarquia de estabilidade. Tem se indicado, nesses casos, a realização de uma disjunção cirurgicamente assistida previamente à cirurgia ortognática. Entretanto, ainda existe, na literatura, uma escassez de trabalhos de longo prazo comprovando uma maior estabilidade da combinação destes dois procedimentos (disjunção + cirurgia) quando comparada ao procedimento cirúrgico único.

Na sua opinião, existe algum elemento de diagnóstico que está ou, a curto prazo, estará revolucionando a Ortodontia? Justifique. Paulo Eduardo Baggio

A tomografia computadorizada já revolucionou o diagnóstico e o planejamento na área médica desde que foi criada, em 1972, sendo inicialmente utilizada na Odontologia para o diagnóstico de patologias/traumas e planejamento de implantes.



FIGURA 6 - Fotografias iniciais (A-F) e finais (G-L) do tratamento da má oclusão Classe III, camuflada com exodontia de 34 e 44.

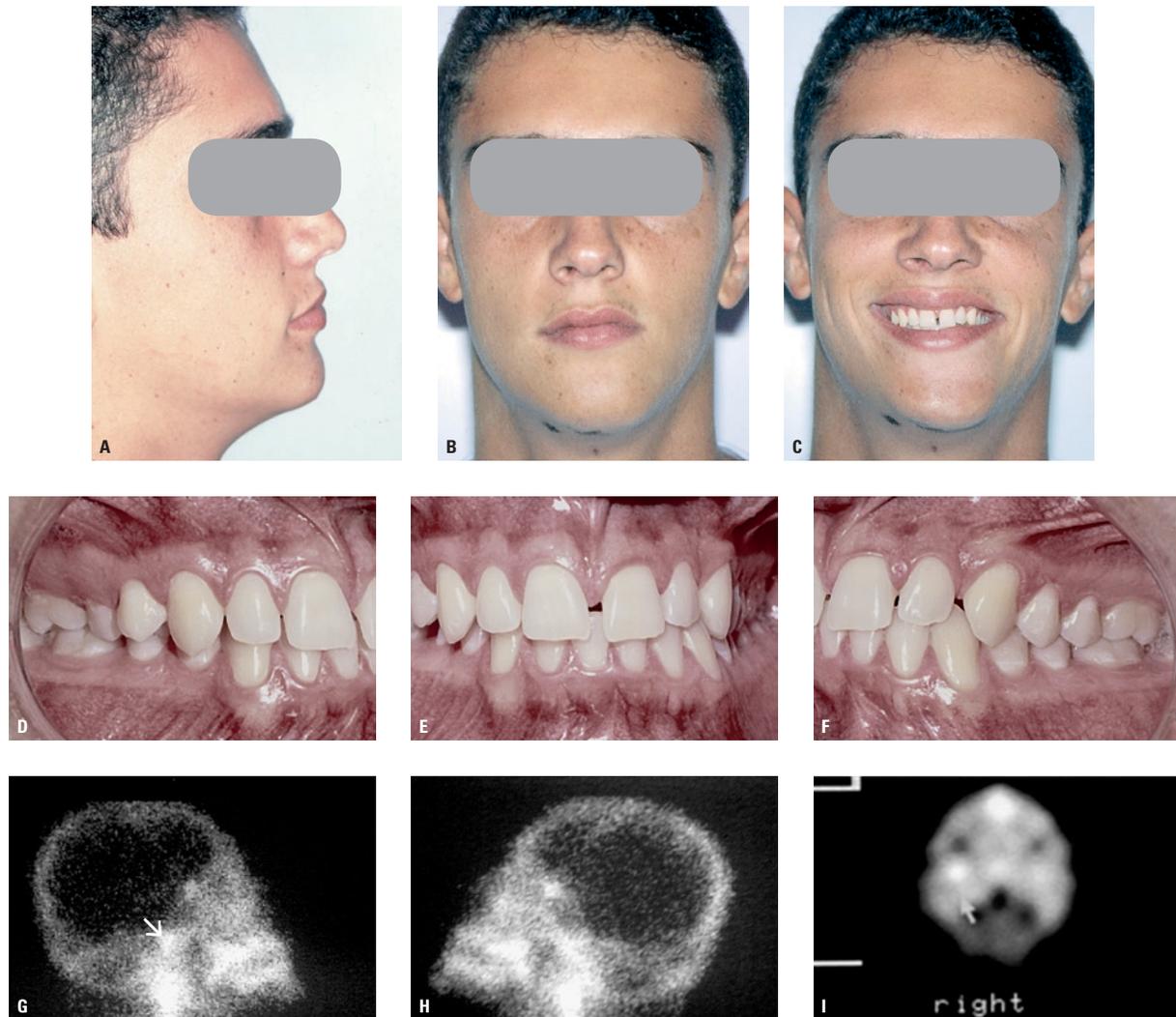


FIGURA 7 - Fotografias extrabucais (A, B, C) e intraabucais (D, E, F) mostrando a assimetria facial iniciada após os 19 anos e as imagens da cintilografia (G, H, I), que não detectou captação assimétrica entre os côndilos aos 20,8 anos.

Com a disponibilização no mercado odontológico de tomógrafos de feixe cônico (*cone beam*) que possuem custo reduzido e expõem o paciente a uma menor dose de radiação, justificou-se eticamente o uso de tomografias em um maior número de casos. Sendo assim, a aplicação da tomografia se estendeu às demais especialidades odontológicas de maneira corriqueira. Por exemplo, o departamento de Ortodontia da Universidade de Loma Linda, na Califórnia, já realiza esse tipo de exame como documentação inicial padrão para todos os pacientes. A figura 8 ilustra o ganho de

informações possível com a avaliação tridimensional em relação às radiografias (Fig. 8A, B) e a semelhança da imagem tomográfica com a situação real trans-cirúrgica (Fig. 8C).

Com certeza, toda a Ortodontia terá que ser revista à luz da tomografia volumétrica (*cone beam*). Tudo que se pesquisou sobre crescimento facial, sobre movimento dentário, sobre mecânica ortodôntica, sobre efetividade de diversos aparelhos ortodônticos e sobre estabilidade deverá ser reanalisado tridimensionalmente. Entretanto, nós, ortodontistas, ainda não conseguimos

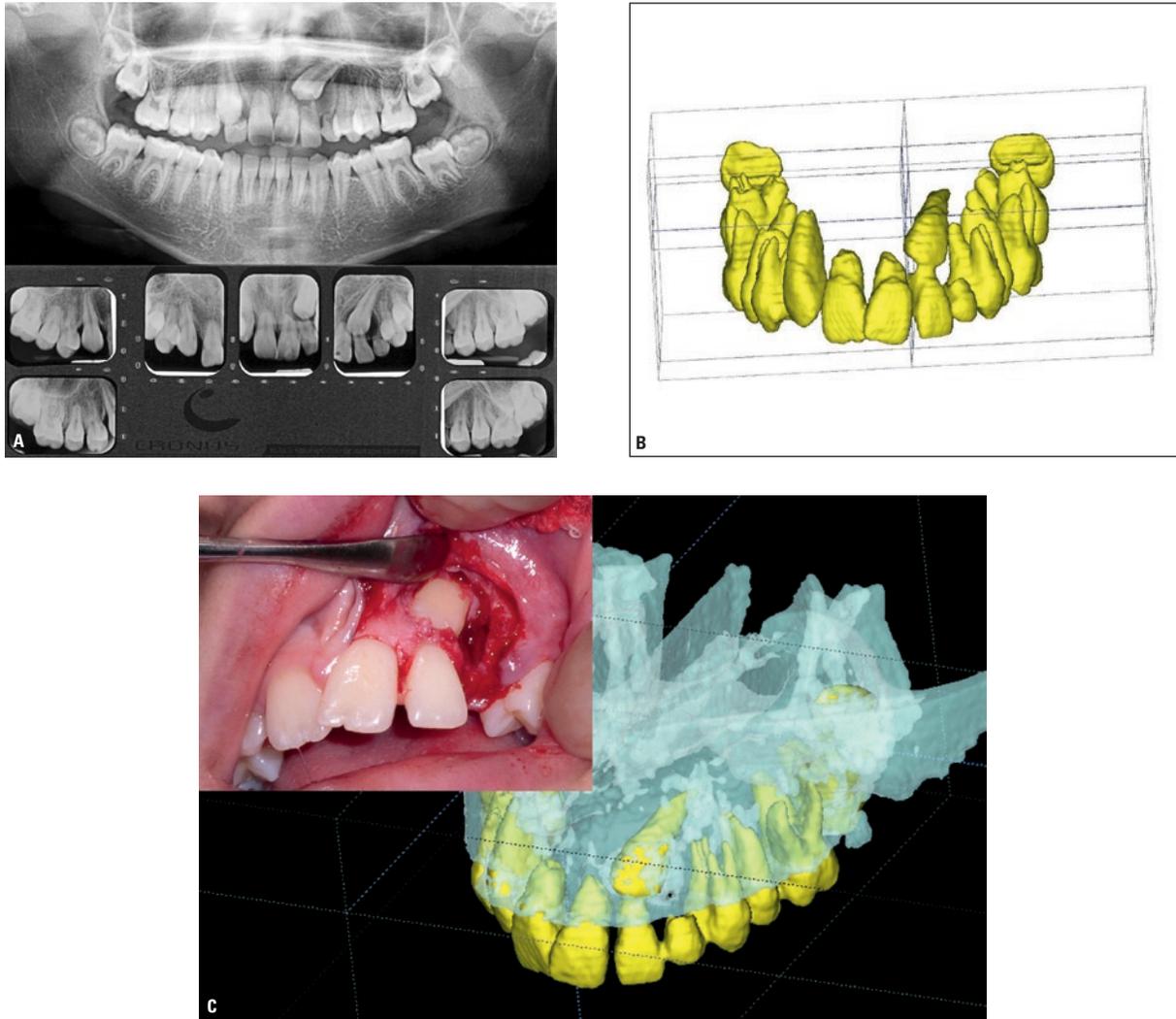


FIGURA 8 - **A)** Radiografias periapicais e panorâmica, onde se visualiza o elemento 23 incluso, e **B)** tomografia do mesmo paciente, demonstrando o ganho de informação diagnóstica em relação ao 23. **C)** Similaridade entre a situação real e a visualização tomográfica do 23.

aquilatar o quanto de informação pode ser obtido a partir desse exame. Quando bem utilizada, a tomografia volumétrica pode dispensar a obtenção de radiografias cefalométricas laterais e frontais, panorâmicas, oclusais e outras. Provavelmente, em um futuro próximo, os próprios modelos dos arcos dentários possam estar disponíveis, com fidelidade, virtualmente, podendo ser prototipados quando necessário. Ainda direi aos meus alunos que eu fui do tempo da Cefalometria e que guardava milhares de caixas de modelos no meu consultório.

A vídeo-imagem deve ser rotineiramente utilizada como forma de motivar pacientes para a execução de cirurgia ortognática? Você acredita que esse recurso pode gerar expectativas positivas além das possibilidades reais que a cirurgia pode proporcionar? Claudenir Rossato

As pesquisas realizadas na Carolina do Norte (EUA) mostram que a vídeo-imagem não gerou sobre-expectativas quanto ao resultado final da cirurgia ortognática, pelo contrário, os pacientes que tiveram contato com sua própria imagem

manipulada pelo programa, se mostraram mais satisfeitos após o procedimento cirúrgico. O trabalho de Phillips, Hill e Cannac⁴ demonstra claramente esse fato. É claro que o operador (o ortodontista) do programa tem grande responsabilidade em gerar resultados que sejam possíveis de serem atingidos no procedimento cirúrgico, evitando excesso de recursos artísticos que o programa oferece. Infelizmente, no Brasil, a maioria dos pacientes ortocirúrgicos não é acompanhada por um psicólogo especializado no assunto, como é recomendável. Isso, provavelmente, é um dos principais motivos dos problemas de aceitação dos resultados cirúrgicos pelos pacientes.

Em relação aos novos recursos disponíveis para correção ortodôntica, qual o potencial do uso de alinhadores na realidade de sua clínica? José Augusto Mendes Miguel

Eu tenho usado a expressão que os alinhadores vieram para preencher um *gap* em minha clínica privada. Muitos pacientes adultos me procuram para correção de imperfeições suaves no alinhamento dentário – que podem ser corrigidas com estes alinhadores, sem as inconveniências inerentes a uma aparelhagem ortodôntica fixa. Como exemplo, mostro o paciente da figura 9, que atingiu a correção da sua queixa principal e o resultado final do tratamento ortodôntico utilizando alinhadores. Ainda, para pacientes adultos, pode-se reduzir o tempo de Ortodontia fixa quando se usa previamente esses alinhadores, o que às vezes viabiliza o próprio tratamento para o paciente. Não se deve esquecer, entretanto, as limitações dessa aparelhagem. Como o próprio nome diz, são alinhadores.

Nesta última década, a coqueluche da Ortodontia constituiu-se no advento dos implantes de titânio temporários. Na sua opinião, em um futuro próximo, qual novidade poderá gerar expectativas semelhantes ou, em outras palavras, “ditar a moda” em nossa especialidade? Claudenir Rossato

Não sei exatamente qual será o modismo

futuro da Ortodontia, mas gostaria que fosse a BASE CIENTÍFICA. Caso isso ocorra, teremos uma redução significativa dos modismos que não deram certo e galgaríamos um patamar mais elevado de confiabilidade dos outros profissionais da área da Saúde e de nossos próprios pacientes.

O que é apnéia do sono e como o ortodontista pode contribuir para a identificação dos possíveis portadores desse problema? Ana Paula M. Hecksher

A apnéia do sono refere-se às paradas respiratórias que ocorrem quando o paciente está dormindo. No entanto, o termo é comumente usado para se referir a uma “entidade” mais complexa que é a síndrome da apnéia obstrutiva do sono, que engloba entre seus fenômenos não apenas as paradas respiratórias, mas também as reduções de fluxo respiratório – com redução da saturação de oxihemoglobina e os despertares relacionados com aumento de esforço respiratório. Todos esses fenômenos interferem na arquitetura do sono, fragmentando-o, e trazem diversas conseqüências para os pacientes que sofrem dessa síndrome. Por não obterem um sono reparador, esses indivíduos apresentam hipersonolência diurna, podendo acarretar transtornos de humor, aumento da irritabilidade, dificuldade de concentração, além de aumentar seus riscos de envolverem-se em acidentes de trabalho e automobilísticos. Essa fragmentação do sono também interfere com o metabolismo dos indivíduos, podendo acarretar, em nível clínico, diversos problemas, como hipertensão arterial de difícil tratamento, hipertensão pulmonar e dificuldades de regulação hormonal.

Qual o papel do ortodontista no tratamento da apnéia obstrutiva? Ana Paula M. Hecksher

O ortodontista pode ter papel fundamental tanto no diagnóstico quanto no tratamento da apnéia. No diagnóstico porque, muitas vezes, o paciente não tem ciência de que sofre da síndrome e o ortodontista pode ser o profissional que poderá “levantar a suspeita” de ele ser portador da mesma. Para isso, é importante a realização de



FIGURA 9 - A, B, C) Fotografias iniciais; D, E, F) modelos virtuais tridimensionais iniciais; G, H, I) alinhadores posicionados; J, K, L) fotografias finais e M, N, O) modelos virtuais finais, demonstrando que os objetivos do tratamento foram atingidos.

uma boa anamnese, onde devem estar presentes questões sobre ronco, engasgos noturnos e hipersonolência diurna. No exame clínico, questões como tonicidade e posição de língua, tamanho de bases ósseas e circunferência do pescoço devem ser levadas em consideração. Outro fator que faz com que o ortodontista seja importante nesse processo de diagnóstico inicial é que a Cefalometria, um exame de rotina, pode indicar restrições da via aérea superior. Toda vez que houver essa suspeita, é imprescindível que o ortodontista encaminhe o paciente para um médico especialista em Medicina do Sono, pois ele é o profissional indicado para a realização do diagnóstico, que obrigatoriamente deve envolver um exame de polissonografia.

Quanto ao tratamento, o ortodontista atua na colocação e acompanhamento do uso de aparelhos intrabucais, além de, muitas vezes, atuar junto com o cirurgião bucomaxilofacial quando procedimentos de avanço maxilomandibular são indicados como tratamento. No caso dos aparelhos, o ortodontista é o profissional da Odontologia que normalmente está mais habilitado, pois está mais preparado não só para lidar com os mecanismos de atuação do aparelho, mas também com os possíveis efeitos colaterais que possam vir a ocorrer.

Quais os tipos e como funcionam os aparelhos intrabucais para tratamento da apnéia obstrutiva do sono? Ana Paula M. Hecksher

Conforme os resultados da tese de mestrado da orientanda Andressa Otranto, os aparelhos de maior indicação, atualmente, são os de avanço mandibular, que – ao projetarem a mandíbula – levam consigo a língua e a musculatura suprahióidea, acarretando, com isso, um alargamento da faringe. Esses aparelhos agem através de uma manobra mecânica, reduzindo as restrições e, conseqüentemente, os fenômenos obstrutivos. Os mecanismos para produzir o avanço mandibular são diversos, assim como o próprio material de construção do aparelho – que pode ser rígido ou borrachóide – e a condição de liberdade de

movimentação mandibular.

É importante frisar que existem variações de respostas individuais a esse tipo de terapia e que, por isso, é necessário um rígido controle nos pacientes submetidos a ela. Esse controle, além do acompanhamento das condições clínicas dos pacientes, deve contar, obrigatoriamente, com um novo exame de polissonografia com o aparelho em posição.

Existem, ainda, os aparelhos retentores de língua, que normalmente são indicados quando o paciente não tem condições de reter o aparelho de avanço mandibular. Esse aparelho pode se apoiar sobre dentes, próteses ou o próprio rebordo alveolar, e possui um bulbo anterior que succiona a língua, mantendo-a anteriorizada, para fora da cavidade bucal. Esse tipo de aparelho costuma ser mais eficaz para casos de ronco primário ou para SAOS, associado com terapias comportamentais.

Crianças podem usar esse tipo de aparelho? Em caso afirmativo, qual o impacto no crescimento craniofacial desse dispositivo? Ana Paula M. Hecksher

Crianças podem usar aparelhos de avanço mandibular quando diagnosticadas como portadoras da síndrome da apnéia obstrutiva do sono, mas com um diagnóstico preciso do sítio de obstrução e das condições anatômicas.

Muitas vezes, o que provoca o quadro em crianças é uma hipertrofia exagerada de amígdalas e adenóides, o que requer remoção cirúrgica. Em pacientes com hipoplasias de maxila, muitas vezes a solução do quadro vai estar relacionada à disjunção e avanço maxilar. Quando o problema for por deficiência de crescimento mandibular, sem dúvida uma terapia de avanço mandibular gerará benefícios. No entanto, nesses pacientes, o aparelho não deverá ser usado apenas para dormir, como feito com os adultos, mas sim de forma contínua, para que realmente se obtenha resultados de redirecionamento do crescimento, produzindo uma mudança real e “permanente”.

REFERÊNCIAS

1. ALAVI, D. G.; BEGOLE, E. A.; SCHNEIDER, B. J. Facial and dental arch asymmetries in Class II subdivision malocclusion. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 93, no. 1, p. 38-46, Jan. 1988.
2. ARAUJO, T. M.; WILHELM, R. S.; ALMEIDA, M. A. Skeletal and dental arch asymmetries in Class II division 1 subdivision malocclusions. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham, v. 18, no. 3, p. 181-185, Spring 1994.
3. JANSON, G.; de LIMA, K. J.; WOODSIDE, D. G.; METAXAS, A.; de FREITAS, M. R.; HENRIQUES, J. F. Class II subdivision malocclusion types and evaluation of their asymmetries. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 131, no. 1, p. 57-66, 2007.
4. PHILLIPS, C.; HILL, B. J.; CANNAC, C. The influence of video imaging on patient's perception and expectation. **Angle Orthod.**, Appleton, v. 65, no. 4, p. 263-270, 1995.
5. RUF, S.; PANCHERZ, H. Temporomandibular joint remodeling in adolescents and young adults during Herbst treatment: a prospective longitudinal magnetic resonance imaging and cephalometric radiographic investigation. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 115, no. 6, p. 607-118, 1999.
6. RUF, S.; PANCHERZ, H. Long-term TMJ effects of Herbst treatment: a clinical and MRI study. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 114, no. 5, p. 475-483, 1998.

Ana Paula Megale Hecksher

- Presidente da Associação Brasileira de Medicina do Sono.
 - Professora do curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília.
 - Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília.
-

Claudenir Rossato

- Doutor e mestre em Ortodontia pela FOB-USP.
 - Docente da graduação e pós-graduação da UEL e UNOPAR.
-

José Augusto Mendes Miguel

- Doutor em Epidemiologia (UFRJ) e mestre em Odontopediatria (UERJ) em Odontologia.
 - Especialista em Ortodontia (UERJ).
 - Professor adjunto de Ortodontia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
 - Coordenador do curso de mestrado em Ortodontia da UERJ.
-

Paulo Eduardo Baggio

- Doutor e mestre em Ortodontia pela UFRJ.
 - Docente de graduação e pós-graduação da UEL e UNOPAR.
-