

DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: ESTUDO DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR PROFISSIONAIS

Roberta de Abreu VENANCIO*
Cinara Maria CAMPARIS*

- **RESUMO:** Cem questionários foram distribuídos em consultórios odontológicos da cidade de Ribeirão Preto – SP, com o intuito de detectar a porcentagem de profissionais que tratam as DTMs, bem como os tipos e as características dos tratamentos empregados. Os resultados obtidos mostraram, entre outras coisas, que 98% dos entrevistados já receberam pacientes com DTMs, 80% deles acreditam na eficiência de métodos conservadores, embora muitos ainda julguem que as terapias definitivas sejam mais indicadas. Concluiu-se que ainda predominam controvérsias a respeito da etiologia e do tratamento das DTMs e que todo dentista deve estar atualizado e baseado em princípios científicos.
- **PALAVRAS-CHAVE:** Disfunções temporomandibulares; oclusão; articulação temporomandibular/tratamento.

Introdução

A etiologia das disfunções temporomandibulares (DTMs) é ainda bastante discutida entre os profissionais da área médica e odontológica. Atualmente, o mais aceito é que existe uma associação de fatores: predisponentes, que aumentam o risco à DTM; de iniciação, responsáveis por sua instalação,

* Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14801-903 – Araraquara – SP.

e perpetuadores, que interferem na cura ou contribuem para a manutenção e a progressão da doença.²⁰

Traumas diretos e indiretos à articulação, hábitos parafuncionais, alterações esqueléticas, oclusais, sistêmicas ou locais e questões psicossociais podem estar associados, alterando o equilíbrio funcional do sistema estomatognático, levando, assim, à disfunção e patologia.²⁰

Os pacientes com DTM costumam apresentar sinais e sintomas, como dores musculares e articulares, dores de cabeça, estalidos nas articulações temporomandibulares (ATM) e dificuldade de realizar os movimentos mandibulares por limitação da função.

Os estudos epidemiológicos sobre sinais e sintomas das DTMs têm mostrado a sua alta prevalência na população em geral. De acordo com esses estudos, 50% a 60% das pessoas sofrem de algum tipo de DTM.^{1,11-13}

O trabalho de Solberg et al.²³ demonstrou que 75% da população estudada apresentava um ou mais sinais associados às DTMs. No entanto, apenas 20% queixavam-se de sintomas, isto é, 50% tinham sinais subclínicos que não eram notados pelos pacientes, enquanto 10% do total tinham sintomas graves que os levavam à procura de tratamento e 5%, DTMs típicas.

Os profissionais têm respondido à demanda dos pacientes com sinais e sintomas de DTMs por meio de vários tipos de tratamento, mas a classe odontológica certamente está dividida no que diz respeito à forma como essas disfunções deveriam ser conceituadas, diagnosticadas e tratadas.

Além disso, alguns trabalhos mostram que existe uma distância entre aquilo que os pesquisadores da área conhecem e o que os profissionais praticam nos consultórios. Le Resche et al.¹⁶ estudaram os conhecimentos e crenças de clínicos gerais e especialistas por meio de questionários, comparando as respostas com as de pesquisadores da área. As questões abordaram tópicos de fisiopatologia, psicofisiologia e dor crônica, e os autores concluíram que os clínicos reconhecem fatores psicológicos como causa das DTMs, mas que um alto nível de controvérsia permanece acerca dos fatores causais relacionados à fisiopatologia, diagnóstico e tratamento apropriados, comparando-se clínicos e pesquisadores.

Em trabalho de pesquisa semelhante, Glaros et al.⁷ não encontraram diferenças entre as respostas de clínicos e especialistas, mas observaram considerável discrepância entre clínicos e pesquisadores com relação à fisiopatologia das DTMs e à melhor maneira de diagnosticar e tratar condições crônicas.

Glass et al.⁸ realizaram, em 1993, uma pesquisa com 10.000 membros da ADA para verificar quais os tipos de tratamento eram mais usados para tratar DTMs. Os resultados obtidos, com base nos 2.544 questionários res-

pondidos, mostraram que os profissionais empregavam placas oclusais planas com guia canina ou função em grupo, ajuste oclusal, termoterapia, técnicas de relaxamento, aconselhamento sobre dieta e medicação analgésica, antiinflamatória e relaxante muscular. Os autores constataram uma variação considerável na maneira como esses tratamentos eram aplicados.

Pierce et al.,²¹ utilizando questionários para avaliar as características das placas oclusais confeccionadas por clínicos gerais e especialistas de diferentes áreas, verificaram que um número significativo de profissionais trata pacientes com bruxismo, disfunções musculares ou dores articulares empregando placas rígidas e lisas, enquanto uma menor porcentagem emprega placas *soft* ou reposicionadoras.

Um estudo realizado por Korszun et al.,¹⁴ em 1998, concluiu que um tratamento multidisciplinar seria o mais adequado nos casos em que as DTMs estão associadas com estresse.

Em pesquisa já realizada anteriormente,²² constatamos que, dos profissionais consultados, 81,70% já depararam com pacientes com queixa de sintomatologia dolorosa na região dos músculos mastigatórios e ATMs, e somente 29,27% desses profissionais tratam o problema, o que demonstra que a maioria encaminha esses pacientes, pois não se sente preparada para tratá-los. Os profissionais consideram a Oclusão, termo até hoje muito empregado quando se referem às DTMs, provavelmente por causa da associação causa-efeito que ainda fazem entre estes dois termos, como um assunto confuso e de difícil entendimento.

Julgamos que essa opinião deva ser desmistificada e que o conhecimento da Oclusão e das DTMs deva fazer parte da clínica diária dos profissionais, para sua aplicação nos diversos procedimentos clínicos. Além disso, os profissionais têm um papel importante no diagnóstico precoce das DTMs e poderiam atuar mais efetivamente no seu tratamento, por meio de procedimentos simples, como aconselhamento sobre dieta, postura e relaxamento, resolvendo muitos casos, antes de sua evolução para problemas mais graves e crônicos.^{9,22}

Portanto, nosso objetivo na realização desta pesquisa foi avaliar a opinião de profissionais da área odontológica sobre conceitos associados às DTMs, bem como sua conduta, tipos e características dos tratamentos empregados, para termos uma visão sobre a atual informação e atuação da classe odontológica.

Material e método

Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados a clínicos gerais e especialistas (ortodontista, protesista, periodontista, cirurgião buco-maxilo-facial, especialista em dentística restauradora), com exceção daqueles que praticavam exclusivamente odontopediatria e endodontia. Foram selecionados profissionais da cidade de Ribeirão Preto – SP.

Cento e cinquenta questionários foram entregues aos profissionais com visita pessoal do entrevistador ao consultório, após contato prévio por telefone.

Após uma semana, esses questionários eram recolhidos. Ao fim da pesquisa, cem questionários foram aproveitados, uma vez que muitos estavam incompletos ou tinham sido perdidos ou desprezados pelos profissionais procurados.

Resultado

Os resultados podem ser observados nas Tabelas 1 a 12, que mostram a porcentagem das respostas obtidas para cada pergunta formulada no questionário aplicado.

Tabela 1 – Pacientes com dor na região dos músculos mastigatórios e ATMs já procuraram seu consultório?

	SIM	NÃO
Especialista	100%	0%
Clínico geral	96,55%	3,45%

Tabela 2 – Se a resposta anterior for sim, como esses pacientes chegaram ao consultório?

	Encaminhados por médico	Encaminhados por outro dentista	Encaminhados por outro paciente	Por acaso
Especialista	24,29%	38,57%	25,71%	11,43%
Clínico geral	24,68%	10,39%	22,08%	42,86%

Tabela 3 – Qual a sua conduta perante esses pacientes?

	Trata	Encaminha a outro profissional	Encaminha a uma faculdade
Especialista	58%	38%	4%
Clínico geral	42,03%	52,17%	5,80%

Tabela 4 – Qual a área de atuação do profissional para o qual você encaminha seu paciente?

	Prótese	Oclusão	Ortodontista	Otorrino	Fisioterapeuta	Neurologista	Cirurgia	Clínico geral
Especialista	8,89%	44,44%	4,44%	2,22%	2,22%	2,22%	0%	0%
Clínico geral	10,34%	82,76%	34,48%	0%	0%	0%	6,90%	6,90%

Tabela 5 – Se você trata o problema de seus pacientes, quais os tipos de tratamento usados?

	Relaxamento	Dieta	Terapia	Medicamentos	Placas	Ajuste	Reabilitação	Fisioterapia	Ortodontia	Não respondeu
Especialista	6,25%	8,33%	6,94%	10,42%	18,75%	17,36%	13,89%	6,94%	4,17%	6,94%
Clínico geral	6,98%	6,40%	6,98%	9,88%	19,19%	16,28%	12,79%	6,40%	0%	15,12%

Tabela 6 – Qual tipo de placa você emprega?

	Parcial anterior	Parcial posterior	Total lisa	Total dentada	Reposicionadora	Siliconada	Não responderam
Especialista	4,17%	2,08%	41,67%	10,42%	6,25%	2,08%	33,33%
Clínico geral	1,56%	3,13%	43,75%	7,81%	1,56%	3,13%	39,06%

Tabela 7 – Em qual relacionamento oclusal a placa é confeccionada?

	RC	MIH	Não responderam	Conforme o caso
Especialista	56,82%	6,82%	31,82%	4,55%
Clínico geral	44,83%	8,62%	46,55%	0%

Tabela 8 – Com qual(ais) dos seguintes fatores você relaciona a etiologia das TMs?

	Alterações oclusais	Alterações músculo-esqueléticas	Hábitos parafuncionais	Estresse	Trauma	Multifatorial	Não respondeu
Especialista	18,58%	9,73%	14,16%	15,93%	13,27%	28,32%	3,54%
Clínico geral	18,99%	10,76%	13,92%	18,99%	13,29%	24,05%	5,06%

Tabela 9 – Você acredita que os fatores psicossociais podem estar associados com as DTMs?

	SIM	NÃO	Não responderam
Especialista	90,48%	0%	9,52%
Clínico geral	86,21%	3,45%	10,34%

Tabela 10 – Você acredita na eficiência da terapia de suporte no tratamento das DTMs?

	SIM	NÃO	Não responderam
Especialista	88,10%	0%	11,90%
Clínico geral	81,03%	6,90%	12,07%

Tabela 11 – Se você não acredita na eficiência das terapias de suporte, assinale sua opinião a respeito das terapias definitivas:

	Tratamento mais efetivo	Tratamento associado à terapia de suporte	Sempre uso	Quando a terapia de suporte não funciona	Não respondeu
Especialista	11,63%	32,56%	6,98%	0%	48,84%
Clínico geral	10,53%	24,56%	0%	3,51%	61,40%

Tabela 12 – Você acredita na importância de um tratamento multidisciplinar?

	SIM	NÃO	Não responderam
Especialista	88,10%	4,76%	7,14%
Clínico geral	84,21%	5,26%	10,53%

Discussão

De acordo com as respostas obtidas, foi possível observar que a maioria dos profissionais entrevistados já recebeu pacientes com sintomatologia dolorosa na região dos músculos mastigatórios e ATMs (Tabela 1).

Em geral, esses pacientes foram encaminhados por outros profissionais (médicos e cirurgiões dentistas clínicos gerais), no caso dos especialistas, e, por acaso, quando os pacientes procuravam clínicos gerais (Tabela 2).

Quando o paciente procurava por um especialista da área de prótese ou ortodontia, recebia tratamento. Quando procurava um periodontista, cirur-

gião buco-maxilo-facial, especialista em dentística ou em outra área, geralmente era encaminhado para um profissional da área de oclusão. Cerca de 42% dos clínicos gerais consultados tratam esses pacientes encaminhando para especialistas quando consideram um caso como sendo mais complicado ou de difícil resolução (pacientes crônicos) (Tabelas 3 e 4).

Quanto às questões 5, 6 e 7, respondidas apenas pelos profissionais que tratam as DTMs, podemos observar que muitos tipos de tratamentos são empregados, e as associações de técnicas são bastante comuns (Tabela 5). Nota-se ainda que uma porcentagem significativa de profissionais emprega procedimentos irreversíveis que, a princípio, não são recomendados, pela característica cíclica dos sintomas das DTMs e pela dificuldade em determinar exatamente todos os fatores etiológicos atuantes, já que o tratamento deve ser direcionado para o controle ou eliminação da causa. Principalmente o ajuste oclusal, que antes era utilizado como procedimento quase obrigatório para o tratamento das DTMs, deve ser indicado com extrema cautela, pois o papel dos fatores oclusais na etiologia das DTMs é ainda tema a ser pesquisado e difícil de ser determinado para cada paciente.

Dentre os métodos mais usados estão as placas e os ajustes oclusais. Essas placas são em maior número do tipo total lisa e confeccionadas em relação central (Tabelas 6 e 7), como recomenda a literatura atual. Mas observa-se também que muitos profissionais utilizam outros tipos de placa, e grande parte deles não respondeu à questão.

As placas são o tipo de tratamento mais empregado (Tabela 5) pela sua facilidade de confecção e eficácia na diminuição dos sintomas musculares e articulares, embora não sejam totalmente conhecidos os seus mecanismos de ação e seja difícil para o clínico determinar qual desses mecanismos está atuando em um determinado caso. As placas, portanto, não deveriam ser empregadas como meio para determinar o fator etiológico das DTMs, pois mais de um mecanismo poderia estar atuando. É difícil afirmar que o fator etiológico é a oclusão quando os sintomas apresentam remissão com o uso da placa porque, além da modificação da condição oclusal, as placas podem apresentar efeito placebo ou modificar o comportamento do indivíduo com relação a hábitos parafuncionais.

Como as placas têm uma eficácia no tratamento que pode chegar a 90% dos casos, geralmente os profissionais as utilizam como primeira e única forma de tratamento, o que acarreta alto índice de recidivas, já que a etiologia é multifatorial. Portanto, o sucesso do tratamento é maior e mais duradouro quando mais de uma modalidade de tratamento é empregada no controle dos fatores etiológicos que predisõem, desencadeiam ou perpetuam as DTMs.

Quanto às prováveis causas das DTMs, muitos profissionais consideram o problema como multifatorial, embora muitos ainda acreditem que os fatores oclusais contribuam isoladamente para o desencadeamento dessas desordens (Tabela 8).

Com o advento de novas pesquisas e a mudança de rumos na área de Oclusão, muitos dentistas já se conscientizaram de que vários fatores contribuem para a etiologia e o prognóstico das DTMs.

Os profissionais mais novos e os mais atualizados, ou seja, aqueles que procuram acompanhar o desenvolvimento científico, já estão cientes da associação dos fatores psicossociais, representados por estresse e eventos da vida, com desordens temporomandibulares, o que pode ser observado quando comparamos os dados sobre ano de formação e especialidade obtidos no questionário respondido pelos profissionais com as informações obtidas com as respostas da questão 9 também do mesmo questionário (Tabela 9).

Quanto ao tratamento das DTMs, cerca de 80% dos entrevistados crêem na eficiência de métodos mais conservadores, como as terapias de suporte, embora muitos ainda acreditem que as terapias definitivas (ajustes oclusais, ortodontia, cirurgia e reabilitação protética entre outros) possam ser a solução mais indicada (Tabela 10).

Alguns profissionais encontram-se em dúvida quanto à utilização de um tratamento ou outro (Tabela 11). A maioria não respondeu, provavelmente, porque pode não estar familiarizada com a terminologia e não saiba diferenciar terapia de suporte de terapia definitiva. Esta é uma divisão didática para facilitar o entendimento do emprego dos vários métodos de tratamento das DTMs. Como terapia de suporte, a educação do paciente ou aconselhamento sobre os possíveis fatores etiológicos e como evitá-los ou minimizá-los; os meios físicos, como a fisioterapia caseira e os agentes farmacológicos, são empregados para controlar os sintomas do paciente. A terapia de suporte é utilizada como linha de frente do tratamento, enquanto se aguarda, por exemplo, a confecção de uma placa oclusal. Em muitos casos, os sintomas são controlados somente com a terapia de suporte, pois o paciente pode aprender a como controlar os seus sintomas pelo entendimento dos fatores etiológicos a que está exposto.

A importância de um tratamento multidisciplinar, com a interação de neurologistas, fisioterapeutas, psicólogos, dentistas etc. também foi observada (Tabela 12), provavelmente em razão da experiência e consciência dos profissionais de que o problema das DTMs é, muitas vezes, difícil de resolver somente no consultório odontológico, pela sua etiologia multifatorial e pela dificuldade de se fazer diagnóstico diferencial com outras alterações de uma região tão complexa como é a região crânio-cérvico-facial.

Assim, o tratamento deve basear-se em um correto diagnóstico, estabelecido com base em informações sobre possíveis fatores etiológicos, sinais e sintomas para cada paciente.

O protocolo de atendimento aos pacientes com DTM deve variar conforme o nível de comprometimento das estruturas musculares e articulares, a sintomatologia clínica e o tempo de instalação do problema. Uma terapia para alívio dos sintomas, que possa diminuir a dor, restaurar a função e possibilitar que o paciente retome suas atividades diárias, deve ser considerada como a primeira opção de tratamento.^{2,4,5,9,19}

Como em outras condições musculoesqueléticas, os sinais e sintomas podem ser transitórios e autolimitantes, resolvendo-se sem efeitos sérios a longo prazo.¹⁷ Pouco se conhece sobre quais sinais e sintomas irão progredir para condições mais sérias no curso natural da DTM. Portanto, agressões precoces e tratamentos irreversíveis, tais como terapias oclusais complexas e cirurgias, devem ser evitados. Tratamentos conservadores (reversíveis), tais como modificação de comportamento, terapia física, medicações e aparelhos ortopédicos, são indicados para o cuidado inicial de quase todas as desordens.^{3,6,13,15,18,20}

As opções conservadoras de tratamento são muitas:

- educação do paciente e autocuidados: permite a cura e previne mais traumas ao sistema musculoesquelético, as instruções devem incluir descanso por limitação voluntária da função, ciência e limitação do hábito e um programa de fisioterapia caseira;
- agentes farmacológicos: analgésicos, corticosteróides e ansiolíticos são indicados para a dor aguda; antiinflamatórios não-esteroidais e relaxantes musculares podem ser usados para as dores agudas e crônicas; os antidepressivos tricíclicos são indicados principalmente para a dor orofacial crônica;
- terapia física: ajuda a aliviar a dor musculoesquelética e a restaurar a função normal, alterando o impulso sensorial; reduzindo a inflamação; diminuindo, coordenando e fortalecendo a atividade muscular; e promovendo a regeneração e reparação dos tecidos. Na maioria dos casos, é usada como um complemento a outros tratamentos. São exemplos de terapia física: treinamento postural, exercícios para estender e relaxar os músculos, aumentar a amplitude de movimento e a resistência muscular, reduzir os estalos articulares e estabilizar as ATMs; mobilização; agentes físicos (eletroterapia, ultra-som, iontoforese, acupuntura e laser) e aparelhos ortopédicos.

A maioria dos pacientes que sofrem de DTM consegue um bom alívio dos sintomas com terapias conservadoras.^{3,6,10} Um acompanhamento a longo prazo desses pacientes mostrou que 50% a 90% deles têm poucos ou nenhum sintoma após tratamento conservador. Com base em estudos retrospectivos de 154 pacientes com DTMs, concluiu-se que a maioria deles tem uma recorrência mínima de sintomas 7 anos após o tratamento. Mais de 85% dos pacientes de três estudos longitudinais durando de 2 a 10 anos tiveram alívio dos sintomas após tratamento conservador. A estabilidade foi alcançada na maioria dos casos entre 6 meses a 1 ano após o início do tratamento.⁶

Conclusão

Os achados desta pesquisa sugerem que ainda perduram controvérsias e inconsistências a respeito da etiologia e tratamento das DTMs.

Sendo assim, a promoção de pesquisas é necessária para determinar como as características de formação, de adestramento e pessoais dos dentistas influenciam suas crenças, e como seus conhecimentos e crenças dizem respeito a decisões sobre se tratam e, especificamente, como tratam as DTMs.

Tornar-se atento a novos avanços e mudanças na prática clínica baseados em princípios científicos é uma importante responsabilidade do profissional – as dificuldades e complexidades associadas com tantas novidades são muitos comuns.

Em parte, as divergências entre os profissionais refletem uma falta de informação ou embasamento científico. Na verdade, há poucos conceitos de diagnóstico ou formas de tratamento que tenham um suporte científico indubitável.

Não há uma receita que possa ser aplicada para todo e qualquer paciente. Cabe ao dentista estar atualizado, disposto a buscar um diagnóstico individual para seus pacientes, oferecendo um tratamento eficaz e um prognóstico favorável, capaz de melhorar a qualidade de vida de quem o procura.

Agradecimento

À Fundação de Amparo à Pesquisa (Fapesp) pelo apoio financeiro concedido (Processo nº 99/03505-7).

VENANCIO, R. de A., CAMPARIS, C. M. Temporomandibular disorders: a survey of dentists' clinical procedures. *Rev. Odontol. UNESP (São Paulo)*, v.31, n.2, p.191-203, 2002.

- **ABSTRACT:** *One hundred questionnaires were distributed in dentistry clinics of the city of Ribeirão Preto – SP, for detecting the professionals' percentage that treat TMDs as well as the types and the treatments employed's characteristics. The obtained results showed that 98% of the interviewed already received patient with TMDs, 80% of them believe in the efficiency of conservative methods, although many still judge that the definitive therapies are more suitable solution. It can be concluded that controversies still prevail regarding the etiology and treatment of TMDs and that dentist should be modernized and based on scientific principles.*
- **KEYWORDS:** *Temporomandibular disorders; occlusion; temporomandibular joint/treatment.*

Referências bibliográficas

- 1 AGERBERG, G., CARLSSON, G. E. Function disorders of the masticatory system. I. Distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigation by questionnaire. *Acta Odontol. Scand. (Oslo)*, v.30, n.6, p.597-613, Dec. 1972.
- 2 CARLSSON, G. E. Long-term effect treatment of craniomandibular disorders. *Cranio (Chattanooga)*, v.3, n.4, p.337-342, Sept.-Dec. 1995.
- 3 DAHLSTRON, L. Conservative treatment methods in craniomandibular disorders. *Swed. Dent. J. (Stockholm)*, v.16, n.6, p.217-230, 1992.
- 4 DE BOEVER, J. A., CARLSSON, G. E., KLINEBERG, I. J. Need for occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of tempomandibular disorders. Part I. Occlusal interferences and occlusal adjustment. *J. Oral Rehabil. (Oxford)*, v.27, n.5, p.367-379, May 2000.
- 5 DWORKIN, S. F., LE RESCHE, L. Research diagnosis criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria, examination and specification critique. *J. Craniomandib. Disord.*, v.6, n.4, p.301-355, Fall 1992.

- 6 GARAFIS, P. et al. Effectiveness of conservative treatment for craniomandibular disorders: A 2-year longitudinal study. *J. Orofacial Pain (Chicago)*, v.8, p.309-14, 1994.
- 7 GLAROS, A. G., GLASS, E. G., MCLAUGHLIN, L. Knowledge and beliefs of dentists regarding temporomandibular disorders and chronic pain. *J. Orofacial Pain (Chicago)*, v.8, n.2, p.216-221, Spring 1994.
- 8 GLASS, E. G., GLAROS, A. G., MCGLYNN, F. D. Myofascial pain dysfunction: treatments used by ADA members. *Cranio (Chattanooga)*, v.11, n.1, p.25-29, Jan. 1993.
- 9 GRAY, R. J. M., DAVIES, S. J., QUAYLE, A. A. A clinical approach to temporomandibular disorders. The dentist and the specialist clinic. *Br. Dent. J. (London)*, v.177, n.8, p.295-301, Oct. 1994.
- 10 GREENE, C. S., LASKIN, D. M. Long term evaluation of treatment for myofascial pain-dysfunction syndrome: a comparative analysis. *J. Am. Dent. Assoc. (Chicago)*, v.107, n.2, p.235-8, Aug. 1983.
- 11 HANSSON, T., NILNER, M. A study of occurrence of symptoms of diseases of the TMJ, masticatory musculature, and related structures. *J. Oral Rehabil. (Oxford)*, v. 2, p.313-6, 1975.
- 12 HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. I. An epidemiological investigation of symptoms of dysfunction in Lapps in the North of Finland. *Proc. Finn. Dent. Soc. (Helsinki)*, v.70, n.2, p.37-49, Apr. 1974.
- 13 JUST, J. K., PERRY, H. T., GREENE, C. S. Treating TM disorders: a survey on diagnosis, etiology and management. *J. Am. Dent. Assoc. (Chicago)*, v.122, n.10, p.55-60, Sept. 1991.
- 14 KORSZUN A. et al. The relationship between temporomandibular disorders and stress-associated syndromes. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. (St. Louis)*, v.86, n.4, p.416-420, Oct. 1998.
- 15 LASKIN, D. M. Etiology of the pain – dysfunction syndrome. *J. Am. Dent. Assoc. (Chicago)*, v.79, n.1, p.147-153, July 1969.
- 16 LE RESCHE, L., TRUELOVE, E. L., DWORKIN, S. F. Temporomandibular disorders: a survey of dentists knowledge and beliefs. *J. Am. Dent. Assoc. (Chicago)*, v.124, n.5, p.90-106, May 1993.
- 17 LINTON, S. J., HELLSING, A. L., ANDERSSON, D. A controlled study of the effects of an early intervention on acute musculoskeletal pain problems. *Pain (Amsterdam)*, v.54, n.3, p.353-359, Sept. 1993.
- 18 MCNEILL, C. Temporomandibular disorders: guidelines for diagnosis and management. *J. Calif. Dent. Assoc.*, v.19, p.15-26, 1991.
- 19 MARBACH, J. J., RAPHAEL, R. G., NEWARK, N. J. Future directions in the treatment of chronic musculoskeletal facial pain: the role of evidence-based

- care. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. (St. Louis)*, v.83, n.1, p.170-176, Jan. 1997
- 20 OKESON, J. P. Diagnóstico diferencial e considerações sobre o tratamento das desordens temporomandibulares. In: _____. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Quintessence, 1998. p.119-27.
- 21 PIERCE, C. J. et al. Dental splint prescription patterns: a survey. *J. Am. Dent. Assoc. (Chicago)*, v.126, n.2, p.248-254, Feb. 1995.
- 22 PRADO, C. E. A., BUSSADORI, C. M. C., DOTTA, E. A. V. Oclusão: sua importância no ensino da Odontologia e nas atividades clínicas do cirurgião-dentista. In: JORNADA ACADÊMICA, 8, 1994, Araraquara. *Resu-mos...* Araraquara, 1994. p.1.
- 23 SOLBERG, W. K. et al. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *J. Am. Dent. Assoc. (Chicago)*, v.98, n.1, p.25-29, Jan. 1979.