

# AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DE PACIENTES COM DISFUNÇÕES TÊMPOROMANDIBULARES TRATADOS COM PLACAS OCLUSAIS, ACONSELHAMENTO E FARMACOTERAPIA

LONGITUDINAL EVALUATION OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS PATIENTS MANAGED WITH OCCLUSAL SPLINTS, COUNSELLING AND MEDICATIONS.

Francisco Guedes Pereira de Alencar **JÚNIOR\***, Camila Ribeiro **MENDES\*\***, Morgana Rodrigues **GUIMARÃES\*\*\***

\* Professor Doutor da Disciplina de Oclusão e Dores Orofaciais, da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP. Pós-Doutorado em Dores Orofaciais pela University of Minnesota, USA.

\*\* Cirurgiã-Dentista estagiária da disciplina de Oclusão e Dores Orofaciais, Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

\*\*\* Cirurgiã-Dentista, Doutoranda da disciplina de Periodontia, Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP).

**Endereço para correspondência:** Prof. Dr. Francisco Guedes Pereira de Alencar Júnior - Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP - DMOP - Disciplina de Oclusão e Dores Orofaciais Rua Humaitá, 1680., Araraquara - SP - Telefone: (16)- 33016427 / (16)- 33016406 - E-mail: [fguedes00@yahoo.com](mailto:fguedes00@yahoo.com)

## RELEVÂNCIA CLÍNICA

Existe uma necessidade de avaliação da real necessidade do uso de placas oclusais no tratamento das disfunções temporomandibulares, bem como da efetividade de outras modalidades terapêuticas como a farmacoterapia e aconselhamento, a longo prazo.

## RESUMO

Tendo em vista o amplo uso das placas oclusais em pacientes com DTM e a mínima utilização de aconselhamento/farmacoterapia como modalidades terapêuticas, este trabalho teve como objetivo avaliar os pacientes tratados na Clínica de Oclusão e Dores Orofaciais da Faculdade de Odontologia de Araraquara -UNESP, para verificar o percentual de pacientes tratados com placas oclusais e farmacoterapia/aconselhamento, bem como o índice de sucesso das modalidades terapêuticas empregadas. A amostra inicial foi de 258 pacientes (63 do gênero masculino e do 195 gênero feminino), sendo que 62 (24%) tiveram indicação para o uso de placa oclusal e aconselhamento e para 196 (76%) foi recomendado apenas o aconselhamento e/ou farmacoterapia, sem uso de nenhum tipo de placa oclusal. Quanto ao sucesso das terapias empregadas, houve melhora da sintomatologia dolorosa em 79,2% dos pacientes que usaram a placa oclusal comparado a 75% dos pacientes aos quais foi indicado apenas aconselhamento e/ou farmacoterapia. Após 2 a 3 anos da finalização do tratamento, 41,6% dos pacientes não utilizavam mais as placas oclusais e 58,4% só a utilizavam durante a noite. A conclusão foi que a maior parte dos pacientes da Clínica de Dores Orofaciais foi tratada com aconselhamento e/ou farmacoterapia (76%) sem a utilização de placas oclusais. Ambas as modalidades se mostraram eficazes na redução dos sinais e sintomas de DTM. Sendo assim, pelo índice de sucesso obtido e ainda pelos pacientes não utilizarem mais as placas com o decorrer do tempo, o uso do aconselhamento associado à farmacoterapia deveria ser uma modalidade terapêutica mais explorada pelos profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desordem temporomandibular; placa oclusal; farmacoterapia; aconselhamento.

**ABSTRACT**

Taking into consideration that occlusal splints have been largely used for the management of TMD signs and symptoms and that self-care/medications are rarely utilized, the aim of this study was to evaluate patients treated at the Occlusion, TMD and Orofacial Pain Clinic, Araraquara School of Dentistry, in order to obtain the number of patients treated with occlusal splints, self-care and medications, as well as the index of effectiveness of the modalities that had been indicated. Study sample was comprised of 258 patients (63 male and 195 female). 62 (24%) had indication for the use of an occlusal splint and self-care, and for the others 196 patients (76%) only self-care and medications were utilized, with no use of any kind of occlusal splint. Regarding the effectiveness of the treat modalities, occlusal splint was effective in the reduction of TMD pain in 79, 2% of the patients as opposed to 75% of the patients who were treated with self-care and medications only. After 2 to 3 years of occlusal splint therapy, 41,6% of the patients were not using the splint anymore and the other 58,4% were using it just at bedtime, not in an everyday basis. Authors concluded that for the most part of the patients treated at our Clinic, self-care and medications were effective (76%) without the use of an occlusal splint. All the groups had the same success rate. Therefore, since both therapies were effective and considering the fact that patients do not use an occlusal splint for the rest of their lives, the use of self-care associated with medications should be more utilized in the clinical management of TMD symptoms..

**KEYWORDS:** Temporomandibular disorders; occlusal splint; medications; counselling

**INTRODUÇÃO**

As desordens temporomandibulares (DTMs) incluem várias alterações clínicas que podem acometer o sistema neuromuscular da região de cabeça e pescoço e/ou as articulações temporomandibulares (ATM). Os principais sinais e sintomas são dores nas regiões orofaciais e cervicais, limitação de abertura bucal, ruídos articulares e redução da eficiência mastigatória<sup>1</sup>.

Sua etiologia é considerada multifatorial<sup>1,2</sup>, sendo que várias terapias tem sido propostas para controlar seus sinais e sintomas desde as mais conservadoras até as mais invasivas. A literatura recomenda o uso de terapias conservadoras e reversíveis, pois essas se mostraram tão ou mais eficientes que terapias não conservadoras, como tratamento ortodôntico e cirúrgico, e mesmo o ajuste oclusal por desgaste seletivo<sup>3</sup>.

Dentre as terapias consideradas conservadoras, pode-se destacar o aconselhamento, termoterapia, farmacoterapia, fisioterapia, terapia psicocomportamental e o uso de placas oclusais. Estas são dispositivos confeccionados em resina acrílica que podem ter cobertura total ou parcial, serem de resina acrílica rígida ou resiliente e ainda serem confeccionadas no arco superior ou inferior<sup>4</sup>.

A terapia farmacológica pode ser dividida em dois tipos principais: terapia farmacológica abortiva e preventiva. A terapia abortiva tem como objetivo interromper a crise dolorosa, com uso de analgésicos e/ou antiinflamatórios. Já a terapia preventiva, tem como finalidades a melhora da qualidade do sono, redução da intensidade, frequência e duração dos episódios de dor, diminuição da sensibilização central e ainda ter ação antinociceptiva em pacientes com dor crônica. Esta última utiliza-se de relaxantes musculares de ação central e de antidepressivos tricíclicos de uma forma geral.

Tendo em vista o amplo uso das placas oclusais em pacientes com DTM e a mínima utilização de farmacoterapia e/ou aconselhamento como modalidades terapêuticas, este trabalho teve como objetivo avaliar os pacientes tratados na Clínica de Oclusão e Dores Orofaciais da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita, UNESP-Araraquara, para verificar o percentual de pacientes tratados com placas oclusais e farmacoterapia/aconselhamento, bem como o índice de sucesso dessas terapias.

Ainda, após tal comparação, comprovar a real necessidade de utilização de placas oclusais bem como observar como os pacientes a utilizavam após a finalização do plano de tratamento.

## MATERIAL E MÉTODOS

Para o presente estudo foram realizadas entrevistas pelo telefone com pacientes atendidos e com tratamento finalizado na Clínica de Oclusão e Dores Orofaciais, da Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP, durante os anos de 2001 a 2004. A amostra inicial foi de 258 pacientes (63 homens e 195 mulheres, na faixa etária entre 13 e 64 anos), sendo que 62 (24%) tiveram indicação para o uso de placa oclusal e aconselhamento e para 196 (76%) foi recomendado apenas o aconselhamento e/ou farmacoterapia, sem uso de nenhum tipo de placa oclusal.

A tabela 1 destaca as principais dificuldades no contato com esses pacientes, e os motivos para a redução do número da amostra inicial de 258 pacientes para 84.

Quanto às modalidades terapêuticas empregadas, as placas oclusais foram sempre confeccionadas em resina acrílica rígida, na grande maioria dos casos no arco inferior. Durante a fase de tratamento, os pacientes eram orientados a utilizarem as placas durante o dia e a noite, exceto durante alimentação por um tempo inicial de 1 a 2 semanas, e em seguida a isso, somente para dormir.

O aconselhamento incluiu a conscientização da realização das atividades parafuncionais, mudanças nas posturas de dormir e de trabalho, melhora na ingestão de água e diminuição da ingestão de cafeína, prática de exercícios de alongamento muscular e aeróbicos. Ainda, o uso de compressas de calor e de frio, bem como do alongamento de músculos cervicais e faciais fizeram parte do plano de tratamento (termoterapia combinada).

Como terapia farmacológica preventiva foi prescrito ciclobenzaprina (miosan) de 5 ou 10 mg por noite, por um período variável de 1 a 3 meses. Como terapia abortiva foi prescrito ibuprofeno 400mg, de 6 x 6 horas enquanto o paciente apresentasse dor.

Foram elaborados dois tipos de questionários para análise das terapias e da colaboração dos pacientes.

- Para terapia com placa:

- Como o paciente está usando a placa?
- Qual a frequência com que o paciente utiliza a placa?
- Número de pessoas que relataram ter melhorado ou não a queixa principal, ou ainda, que a intensidade atualmente é a mesma.

- Para aconselhamento e/ou farmacologia:

- Número de pessoas para as quais foi indicado aconselhamento e que seguiram ou não as orientações.
- Número de pessoas para as quais foi indicado termoterapia e que realizaram ou não o tratamento.
- Número de pacientes para os quais foi receitado miosan e que tomaram ou não o medicamento.
- Número de pacientes para os quais foi receitado ibuprofeno e que tomaram ou não o medicamento.

Os pacientes também foram avaliados quanto a forma como tomaram a medicação, através de questionários onde foi perguntado com que frequência e por qual período a medicação foi tomada, avaliando assim o seu uso correto, todos os dias, ou o seu uso somente durante as crises de dor ou o caso em que os pacientes não tomaram a medicação.

**Tabela 1 - Amostra total**

Amostra Total	Nº de pessoas contactadas	Nº de pessoas que não atenderam ao telefone	Nº de pessoas que forneceram telefone para recado	Nº de pessoas cujo telefone estava fora de serviço ou telefone incorreto
258 (100%)	84 (32.5%)	110 (42.6%)	36 (14%)	28 (10.9%)

As respostas obtidas neste questionário foram usadas na confecção de tabelas contendo o número de pacientes que responderam de forma semelhante e sua respectiva análise percentual.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos com o questionário sobre placa oclusal podem ser analisados nas Tabelas 2, 3, 4.

Nas terapias com aconselhamento e farmacoterapia os índices se encontram na tabela 5.

Foi avaliada também a forma como os pacientes seguiram as recomendações apresentadas no aconselhamento. Em 3,4% dos casos, os pacientes afirmaram não terem seguido as orientações com relação a hábitos

parafuncionais, dieta, posição do sono e trabalho, e prática de atividades físicas.

Para 47 pacientes foi indicado o uso de compressas frias e quentes e alongamento de músculos cervicais e faciais. Destes 12 (25,5%) não realizaram estas sessões de termoterapia.

Na avaliação da ingestão do medicamento ciclobenzaprina, entrevistamos 34 pacientes (56,6% do total tratado com aconselhamento e farmacoterapia). Em 61,7% dos casos, o que corresponde a 21 pacientes, a medicação não foi tomada ou foi feita de forma incorreta, somente durante as crises de dor.

Do total de 60 pacientes, para 16 foi receitado o medicamento ibuprofeno. Destes, quatro (25%) afirmaram não terem tomado a medicação ou a fizeram de forma incorreta.

**Tabela 2** - Modo de utilização das placas oclusais

Amostra	Somente à noite	Somente durante o dia	Durante o dia e à noite	Somente quando tem dor	Não utiliza mais a placa
24 (100%)	14 (58.4%)	0	0	0	10 (41,6%)

**Tabela 3** - Frequência de utilização das placas oclusais

Amostra	Todos os dias	Pelo menos 1 vez por semana	Pelo menos uma vez por mês	Somente quando tem dor	Não utiliza mais
24 (100%)	10 (41.6%)	4 (16.8%)	0	0	10 (41.6%)

**Tabela 4** - Resultado do sucesso da terapia com placas oclusais de acordo com o número de pacientes.

Amostra	Melhorou	Piorou	Continua a mesma intensidade
24 (100%)	19 (79.2%)	4 (16.6%)	1 (4.2%)

**Tabela 5** - Resultado do sucesso com aconselhamento e farmacoterapia de acordo com o número de pacientes.

Amostra	Dor melhorou	Dor piorou	Mesma intensidade de dor
60 (100%)	45 (75%)	2 (3.4%)	13 (21.6%)

## DISCUSSÃO

Avaliando os resultados obtidos com os 24 pacientes para os quais foi indicado tratamento com confecção de placa oclusal observou-se uma melhora significativa na sintomatologia dolorosa (79,2%) (Tabela 4). Este índice foi semelhante ao obtido nos estudos de Tsuga<sup>5</sup> (1989), onde 30 pacientes com sinais e sintomas de DTMs foram avaliados após 13 semanas de terapia com uso de placas oclusais. Neste caso foi possível obter 87% de diminuição da sintomatologia dolorosa.

Apesar da eficácia desses aparelhos oclusais ser reconhecida pela maioria dos autores<sup>6,12</sup>, várias teorias tem sido propostas para explicar o mecanismo de ação destas placas, dentre elas a mudança dos contatos oclusais e posição condilar, regressão à média, aumento da conscientização de atividades parafuncionais, mudanças dos impulsos periféricos ao sistema nervoso central, aumento da dimensão vertical e efeito placebo<sup>4,6,11-13</sup>.

Alguns autores, entretanto, consideram que as placas não se mostraram efetivas no tratamento da dor generalizada e intensa, sua eficácia seria melhor em casos de dores locais e moderadas, sem efeitos importantes em casos de fibromialgia<sup>14</sup>. Segundo Kreiner (2001)<sup>15</sup> a eficácia da placa se deve muito mais a uma indução de mudança comportamental do que a uma alteração da posição condilar (aumento da conscientização). Isso, entretanto, pode explicar o funcionamento das placas oclusais que são utilizadas com o paciente em vigília, mas não durante o sono.

Outros estudos indicaram que a redução dos sintomas dolorosos são semelhantes entre os grupos tratados com placa oclusal e os tratados com aconselhamento, sugerindo que o efeito a longo prazo do aconselhamento seria superior porque promoveria uma mudança de comportamento do paciente<sup>3,16</sup>.

Avaliando a forma e a frequência de utilização destas placas nesse estudo, foi constatado que uma porcentagem elevada de pacientes (41,6%) (Tabela 3) não a utilizava mais após alguns anos de tratamento. Este fato pode gerar dúvidas com relação a real necessidade de indicação da placa oclusal para todos estes pacientes, podendo indicar que a própria natureza cíclica da DTM colaborou na redução dos sintomas (regressão à

média) ou que houve uma conscientização aumentada da realização de atividades parafuncionais e conseqüente controle das mesmas. Ainda, em alguns casos o aconselhamento foi associado ao uso da placa, e esse poderia também ser responsável pela melhora da sintomatologia.

Para os pacientes que relataram piora dos sintomas (16,6%) ou mesma intensidade (4,2%) (Tabela 4) poderia ser necessária uma associação de técnicas ou um controle posterior de maior prazo, para a detecção do real motivo da falha do tratamento.

A análise das tabelas referentes ao tratamento com aconselhamento e farmacoterapia indica um índice de efetividade de 75% (Tabela 5), estatisticamente igual ao obtido com o uso das placas oclusais (Tabela 4). Este fato permite a conclusão de que os dois tipos de terapias apresentaram a mesma porcentagem de sucesso para a população estudada, enfatizando que a maioria dos pacientes pôde ser tratada sem a confecção de placas oclusais.

Foi observado que o índice de insucesso na terapia com aconselhamento e/ou farmacoterapia é exatamente o mesmo índice de pacientes que relataram não terem seguido as orientações relativas ao aconselhamento (3,4%) (Tabela 5), sugerindo a importância da colaboração do paciente para a efetividade das terapias na redução dos sintomas das DTMs. A educação do paciente aqui é uma fase importantíssima para o sucesso de qualquer modalidade terapêutica, pois está diretamente relacionada como a motivação e cooperação do paciente no plano de tratamento.

A quantidade elevada de pacientes que não tomaram as medicações, não seguiram o aconselhamento e não realizaram as sessões de termoterapia pode ser um dos motivos que levaram a uma porcentagem de 21,6% onde a intensidade da dor permaneceu a mesma ou os 3,4% (Tabela 5) onde a dor piorou após alguns anos do tratamento.

Isso sugere também a necessidade de melhores explicações da forma como esses medicamentos devem ser administrados durante as consultas iniciais, e posterior controle destes pacientes durante as consultas de retorno, enfatizando que a ciclobenzaprina é uma medicação preventiva, portanto não deve ser tomada somente durante a sintomatologia

dolorosa, mas sim todos os dias, durante todo o período do tratamento, mesmo em casos de remissão da dor, já que esta irá promover melhora na qualidade do sono e diminuição da sensibilização central, agindo em fatores etiológicos importantes para a manutenção dos resultados positivos a longo prazo.

Consultando a literatura sobre a natureza multifatorial das desordens temporomandibulares, foram encontrados dois estudos recentes, Gremillion<sup>1</sup> (2006) e Ash<sup>2</sup> (2007) que mostraram que a oclusão estática normal parece não ser tão importante no desenvolvimento das DTMs. A associação de vários fatores (estresse, nutrição, parafunção, qualidade do sono, etc) que ultrapassam o limite tolerável do indivíduo se mostraram mais decisivas no desenvolvimento de alterações articulares e/ou musculares.

Diante deste fato, vários autores<sup>1,2,17-19</sup> enfatizaram a importância da educação dos pacientes quanto aos fatores etiológicos das desordens, os sintomas e a mudança no comportamento como fundamental para controle desta patologia. Jerjers<sup>18</sup> (2007) avaliou 41 pacientes que possuíam DTMs e foram tratados com três tipos de CD-ROM: o primeiro continha apenas dados sobre a anatomia da articulação, o segundo possuía informações sobre aconselhamento e o terceiro continha também técnicas de relaxamento. Os pacientes que receberam os dois últimos tipos de CDs apresentaram uma redução dos sintomas maior do que os pacientes que não receberam informações sobre aconselhamento.

Foram consultadas também as publicações referentes ao uso da ciclobenzaprina no tratamento da dor muscular. Este medicamento apresenta uma estrutura semelhante aos antidepressivos tricíclicos, possuindo efeitos que vão além do relaxamento muscular. Tofferi<sup>20</sup> (2004), Cory<sup>21</sup> (2002) e Katz<sup>22</sup> (1988) encontraram efetividade no tratamento dos espasmos musculares e da dor muscular facial ao acordar com o uso de ciclobenzaprina. Seu efeito foi considerado superior ao grupo placebo e ao uso de benzodiazepínicos.

Garcia<sup>23</sup> (2006) testou a tolerância e a segurança da ciclobenzaprina em comparação com uma associação de diclofenaco, paracetamol, carisoprodol e cafeína, no tratamento da lombalgia. Ambas as medicações

se mostraram seguras e toleráveis.

Com relação a medicação antiinflamatória, cinco artigos demonstraram a eficácia do uso do ibuprofeno em casos de inflamação articular<sup>24-28</sup>, possuindo efeito semelhante ao uso de terapias com benzodiazepínicos. Porém, Cross<sup>24</sup> (2005) considera sua eficácia como a curto prazo e Gangarosa<sup>23</sup> (1991) ressalta que a medicação é segura, mas pode causar irritação gastrointestinal em alguns indivíduos. Isso normalmente ocorreria com o uso contínuo, como nos casos das dores crônicas. Daí a necessidade do uso de terapias preventivas, que não possuem esse tipo de efeito colateral a longo prazo.

O presente estudo apresentou algumas limitações devido a dificuldade na localização e contato com os pacientes, o que gerou um número limitado de pessoas avaliadas a longo prazo. Este fato demonstra a dificuldade de controle pós- tratamento dos pacientes e indica que futuros trabalhos devem ser realizados nesta área, para que as condições de redução da sintomatologia dolorosa e saúde sejam avaliadas não apenas imediatamente após o término do tratamento, mas que sejam analisadas suas conseqüências futuras no desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida para estes pacientes.

## CONCLUSÃO

A maior parte dos pacientes da Clínica de Dores Orofaciais da Unesp-Araraquara foi tratada com a associação entre aconselhamento e farmacoterapia (76%).

As técnicas de tratamento com placa oclusal e com aconselhamento e/ou farmacoterapia se mostraram estatisticamente iguais em relação a eficiência, portanto as duas técnicas poderiam ser indicadas no tratamento das DTMs.

Dos pacientes tratados com placa oclusal, grande parte (41,6%) deixou de usá-la após o final do tratamento continuando sem dor, sugerindo talvez que as mudanças comportamentais causadas pelo uso da placa oclusal e do aconselhamento, foram eficientes no tratamento a longo prazo, e ao contrário do que se possa pensar, muitos pacientes não se tornam dependentes do uso das placas oclusais.

Quanto a farmacoterapia, as orientações sobre forma de administração dos medicamentos

devem ser enfatizadas e controladas nas consultas inicial e de retorno, já que muitos pacientes não tomaram a medicação receitada ou a fizeram de forma incorreta, o que pode ter prejudicado o sucesso dessa modalidade terapêutica.

## REFERÊNCIAS

- 1- Gremillion HA. The relationship between occlusion and TMD: an evidence based discussion. *J Evid Base Dent Pract.* 2006(6):43-7.
- 2- Ash MMJr. Oclusions and TMD and dental education. *Head Face Med.* 2007 Jan:01-04.
- 3-Fricton J. Current evidence provide clarity in management of Temporomandibular Disorders: Summary of a Systematic Review of Randomized Clinical Trials for Intra oral Appliances and Oclusal Therapies. *J Evid Base Dent Pract.* 2006;(6):48-52.
- 4-Alencar FGP, Fricton J, Hathaway K, Decker K. *Oclusão, Dores Orofaciais e Cefaléia.* 1a ed. São Paulo: Ed. Santos; 2005.
- 5- Tsuga K, Akagawa Y, Sakaguchi R, Tsuru H. A short term evaluation of the effectiveness of stabilization type occlusal therapy for specific symptoms of temporomandibular joint dysfunction syndrome. *The Journal of Prosthetic Dentistry.* 1989;61(5):610-3.
- 6- Bertram S, Rudich A, Bodner G, Emshoff R. Effect of stabilization type splints on the asymmetry of masseter muscle sites during maximal clenching. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2002; 29:447-50.
- 7- Conti PCR, Miranda JES, Conti ACCF, Pregararo LF, Araújo CRP. Partial time use of anterior repositioning splints in the management of TMJ pain and dysfunction: a one-year controlled study. *J. Appl. Oral Sci.* 2005;13 (4):19-22.
- 8- Dao TTT, Lavigne GJ, Charbonneau A, Feine JS, Lund JP. The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: a controlled clinical trial. *Elsevier Science.* 1994; 56:85-94.
- 9- Dubé C, Rompré PH, Manzini C, Guitard F, Grandmont P, Lavigne GJ. Quantitative Polygraphic Controlled Study on Efficacy and Safety of Oral Splint Devices in Tooth-grinding Subjects. *J Dent Res.* 2004; 83(5): 398-403.
- 10- Gavish A, Winocur E, Ventura YS, Halachmi M, Gazit E. Effect of stabilization splint therapy on pain during chewing in patients suffering from myofascial pain. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2002; 29:1181-5.
- 11- Kurita H, Ikeda K, Kurashina K. Evaluation of the effect of a stabilization splint on occlusal force in patients with masticatory muscle disorders. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2000;27:79-82.
- 12- Landulpho AB, Silva WAB, Silva FA, Vitti M. Electromyographic evaluation of masseter and anterior temporalis muscles in patients with temporomandibular disorders following interocclusal appliance treatment. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2004;31:95-7.
- 13- Krein M, Betancor E, Clarck GT. Occlusal stabilization appliances. *J Am Dent Assoc.* 2001;132(3):339-47.
- 14- Marabach KG, Marabach R, Marabacha J. Widespread pain and the effectiveness of oral splints in myofascial face pain. *Am Dent Assoc.* 2001;132(3):305-16.
- 15- Kreiner M, Betancor E, Clark GT. Occlusal stabilization appliances: Evidence of their efficacy. *JADA.* 2001;132:770-7.
- 16- Ommerborn M, Schneider C, Giraki M, Schäfer R, Handschel J, Franz M et al. Effects of an occlusal splint compared with cognitive-behavioral treatment on sleep bruxism activity. *European Journal of Oral Sciences.* 2007;115 (1):7-14.
- 17- Feteich RM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders and oral parafunctions in urban Saudi arabian adolescents: a research report. *Head Face Med.* 2006;2:25.
- 18- Jerjes W, Madland G, Feinmann C, El Maaytah M, Kumar M, Hopper C, Upile T, Newman S. Psycho-education programme for temporomandibular disorders: a pilot study. *J Negat Results Biomed.* 2007; 6:4.
- 19- Schulman J. Teaching patients how to stop bruxing habits. *Am Dent Assoc.* 2001;132(9):1275-7.
- 20- Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. *Arthritis & Rheumatism.* 2004;51(01):9-13.
- 21- Cory HR, Schiffman EL, look JO. The effectiveness of Adding Pharmacologic Treatment with clonazepam or Cyclobenzaprine to Patient Education and Self Care for the

Treatment of Jaw Pain Upon Awakening: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Orofacial Pain*. 2002; 16(01): 64-70.

22-Katz WA, Dube J. Cyclobenzaprine in the Treatment of Acute Muscle Spasm: Review of a Decade of Clinical Experience. *Clinical Therapeutics*. 1988; 10(2):216-28.

23-Garcia RJ, Korukian M, Santos FPE, Viola DCM, Puertas EB. Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, comparativo entre a associação de cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico e paracetamol e a ciclobenzaprina, para avaliação da eficácia e segurança no tratamento de pacientes com lombalgia e lombociatalgia agudas. *Acta ortop. Brás*. 2006;14(01):11-6.

24-Cross PL, Ashby D, Harding, G, Hennessy EM, Letley L, Parsons S et al. Are topical or oral ibuprofen equally effective for the treatment of chronic knee pain presenting in primary care: a randomised controlled trial with patient preference study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2005; 6:55-7.

25- Dionne RA. Pharmacologic Advances in Orofacial Pain: From Molecules to Medicine. *Journal of Dental Education*. 2001;65(12):1393-1403.

26-Gangarosa, LP, Mahan, PE, Ciarlon AE. Pharmacologic Management of Temporomandibular Joint Disorders and Chronic Head and Neck Pain. *The Journal of Craniomandibular Practice*. 1991; 9(4):328-38.

27- List T, Axelsson S, Leijon G. Pharmacologic Interventions in the Treatment of Temporomandibular Disorders, Atypical Facial Pain, and Burning Mouth Syndrome. A Qualitative Systematic Review. *Journal of Orofacial Pain*. 2003;17(04):301-10.

28-Thie NMR, Prasad NG, Major PW. Evaluation of Glucosamine sulfate Compared to Ibuprofen for the Treatment of Temporomandibular Joint Osteoarthritis: a Randomized Double Blind Controlled 3 Month Clinical Trial. *The Journal of Rheumatology*. 2001;28(6):1347-5.

7. Fortes PAC. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. *Bioética* 1997;5(1):71-6.

8. Brasil. Ministério da Educação e Desporto. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia. Disponível

em: <<http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/resolucao/0302Odontologia.doc>> Acesso em 10 abr. 2003.