



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAMILA MARINHO BARROS OSSOVSKI

**TRATAMENTO DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES
ATRAVÉS DE AJUSTE OCLUSAL
RELATO DE CASO**

LONDRINA

2012

CAMILA MARINHO BARROS OSSOVSKI

**TRATAMENTO DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES
ATRAVÉS DE AJUSTE OCLUSAL
RELATO DE CASO**

Monografia apresentada à disciplina 6TCC501 –
Trabalho de Conclusão de Curso – do curso de
Odontologia da Universidade Estadual de Londrina.

Orientador: Prof. Dr. Giovani de Oliveira Corrêa

LONDRINA

2012

CAMILA MARINHO BARROS OSSOVSKI

**TRATAMENTO DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES
ATRAVÉS DE AJUSTE OCLUSAL
RELATO DE CASO**

Monografia apresentada à disciplina 6TCC501 –
Trabalho de Conclusão de Curso – do curso de
Odontologia da Universidade Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Giovani de Oliveira Corrêa.
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Edwin Fernando Ruiz Contreras
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 22 de outubro de 2012.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, Carlito e Vânia, que confiaram no meu potencial para esta conquista.

Não conquistaria nada se não estivessem ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo. Pela coragem, determinação e força na escolha da direção correta a tomar. Agradeço a Ele todas as vitórias e conquistas alcançadas durante a minha vida.

Agradeço aos meus pais, Carlito e Vânia, pela minha vida, pelo exemplo de dedicação e perseverança, pela compreensão, carinho e amor e por estarem sempre ao meu lado me incentivando para que mais esta etapa fosse completada.

Agradeço a meu namorado Kleber, por estar sempre ao meu lado me dando todo o apoio que necessitava nos momentos difíceis, por seu companheirismo e amizade, carinho, respeito e por tornar minha vida cada dia mais feliz.

À Ana Claudia e Suéllen, agradeço a amizade, a compreensão, durante esses cinco anos, sorrindo ou chorando, sempre farão parte da minha vida.

Ao Professor Giovani, pela confiança em mim depositada, paciência e disponibilidade em me orientar neste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse momento pudesse acontecer.

*"Retém a instrução e não a largues: guarda-a,
porque ela é a tua vida."*

Provérbios 4:13

RESUMO

As disfunções temporomandibulares correspondem a um grupo de doenças relacionadas ao sistema mastigatório, caracterizada por seu caráter progressivo, sintomatologia complexa e multifatorial. Possuem variadas formas de tratamento, entre elas o apoio psicológico, fisioterapia, terapia farmacológica, ajuste oclusal, intervenção cirúrgica e o tratamento combinado. Devido à controvérsia sobre o assunto na literatura científica, este trabalho objetivou, através de um caso clínico, apresentar a efetividade do ajuste oclusal como forma de tratamento para as disfunções temporomandibulares. M. S. P., do sexo feminino, 26 anos procurou a clínica odontológica da Universidade Estadual de Londrina referindo dores de cabeça, estalidos e subluxação da mandíbula seguido de muitas dores na região. A paciente relatava ainda sofrer de estresse e ansiedade, e apresentava como parafunção o hábito de roer unhas, morder os lábios além de apertamento dental. Após o exame clínico, foram obtidos modelos de estudo e esses montados em articulador semi-ajustável em reação cêntrica para avaliação dos contatos prematuros. Em seguida foi realizado o ajuste oclusal por desgaste seletivo. Após controle de seis meses a paciente relatou eliminação de toda sintomatologia inicial. Com isso foi possível concluir que o ajuste oclusal por desgaste seletivo ainda que controverso e pouco relatado na literatura, pode ser indicado e efetivo no tratamento de disfunções temporomandibulares.

ABSTRACT

Temporomandibular disorders represent a group of diseases related to the masticatory system, characterized by progressive aspect, symptom complex and multifactorial. They have several forms of treatment, including psychological support, physiotherapy, drug therapy, occlusal adjustment, surgical intervention, and combined treatment. Due to the controversy on the subject in the scientific literature, this study aimed, through a case study, present the effectiveness of occlusal adjustment as a treatment for temporomandibular disorders. M. S. P., female, 26 years sought to dental clinic of the State University of Londrina referring headaches, popping and jaw thrust followed by a lot of pain in the region. The patient reported still suffering from stress and anxiety, and presented as parafunction the habit of nail biting, biting her lips besides teeth clenching. After the clinical examination, study models were obtained and assembled in these semi-adjustable articulator in centric reaction to assess premature contacts. Then we performed the occlusal adjustment by selective grinding. After six months the control patients reported elimination of all initial symptomatology. Therefore it was concluded that the occlusal adjustment by selective grinding though controversial and poorly reported in the literature, may be indicated and effective for treatment of temporomandibular disorders.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Aspecto inicial da oclusão em MIH – visão frontal.	16
Figura 2 - Aspecto inicial da oclusão em MIH – visão lateral direita.....	17
Figura 3 - Aspecto inicial da oclusão em MIH – visão lateral esquerda.	17
Figura 4 - Aspecto inicial da oclusão em lateralidade direita – lado de trabalho.	17
Figura 5 - Aspecto inicial da oclusão em lateralidade direita – lado de balanceio.....	18
Figura 6 - Aspecto inicial da oclusão em lateralidade esquerda – lado de trabalho. .	18
Figura 7 - Aspecto inicial da oclusão em lateralidade esquerda – lado de balanceio.	18
Figura 8 - Aspecto inicial da oclusão em protrusão.....	19
Figura 9 - Oclusão em Relação Centrica	19
Figura 10 - Montagem do modelo superior em ASA.	19
Figura 11 - Confecção de Jig de Lucia.....	20
Figura 12 - Registro de mordida em RC.....	20
Figura 13 - Registro de mordida em lateralidade direita.....	20
Figura 14 - Registro de mordida em lateralidade direita.....	21
Figura 15 - Montagem do modelo inferior em ASA.	21
Figura 16 - Contato prematuro em RC na arcada superior.	21
Figura 17 - Contato prematuro na arcada superior reproduzido no ASA.	22
Figura 18 - Contato prematuro em RC na arcada inferior.	22
Figura 19 - Contato prematuro na arcada inferior reproduzido no ASA.	22
Figura 20 - Aspecto inicial após o ajuste oclusal - visão frontal	23
Figura 21 - Aspecto inicial após o ajuste oclusal - visão lateral esquerda.....	23
Figura 22 - Aspecto inicial após o ajuste oclusal - visão lateral direita.....	23
Figura 23 - Oclusão em Relação Cêntrica	24
Figura 24 - Pontos de contato	24
Figura 25 - Pontos de contato	24

SUMÁRIO

Introdução	11
Revisão de Literatura	12
Relato de Caso.....	16
Conclusão	25
Referencias Bibliográficas	26

INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares correspondem a um grupo de doenças relacionadas ao sistema mastigatório, caracterizada por seu caráter progressivo, sintomatologia complexa e cunho multifatorial. Achados comuns são dor orofacial persistente associada à disfunção articular e tensão muscular na região da articulação temporomandibular (LOPE, CAMPOS, NASCIMENTO, 2011). Estudos de prevalência têm informado que aproximadamente 75% da população possui ao menos um sinal de disfunção na articulação temporomandibular e aproximadamente 33% apresenta ao menos um sintoma.

As opções de tratamento das disfunções temporomandibulares são variadas e incluem apoio psicológico, fisioterapia, terapia farmacológica, ajuste oclusal, intervenção cirúrgica e o tratamento combinado. O ajuste oclusal é um desgaste seletivo no qual as faces oclusais dos elementos dentários são desgastadas apenas em nível de esmalte de modo que os elementos superiores e inferiores ocluam harmoniosamente. O ajuste também pode ser realizado para evitar contatos prematuros e interferências durante os movimentos de protrusão e lateralidade da mandíbula (KOH, ROBINSON, 2008).

Atualmente, o desgaste seletivo de estruturas dentárias tem sido visto com muita cautela, dentro de um paradigma preservacionista. Afirma-se que a alteração da estrutura dos dentes é um tratamento irreversível e que a superioridade do mesmo sobre as terapias reversíveis no tratamento das disfunções temporomandibulares ainda não foi claramente demonstrada em estudos controlados, embora tenha se verificado, que a longo prazo, o desgaste seletivo supera as outras modalidades de tratamento consideradas paliativas, no alívio e tratamento das disfunções temporomandibulares (MONTIBELLER, 1998).

A proposta deste trabalho é apresentar através de um relato de caso clínico a efetividade do ajuste oclusal como forma de tratamento para a disfunção temporomandibular.

REVISÃO DE LITERATURA

A Articulação temporomandibular (ATM), um dos componentes do sistema estomatognático é umas das regiões do corpo humano mais solicitadas nas atividades diárias, como mastigação, fala, e deglutição (LOPE, CAMPOS, NASCIMENTO,2011). Esta articulação é classificada como do tipo sinovial móvel composta, por ter forma de dobradiça e função de deslizamento, também é denominada de articulação ginglemoartroidal (OKESON, 2000).

Tem em sua composição: côndilo mandibular, fossa mandibular, eminência articular, disco articular, cápsula articular, ligamentos, membrana sinovial e vascularização e inervação temporomandibular. Seus movimentos e posições são determinados por três elementos: as articulações temporomandibulares, o mecanismo neuromuscular e as unidades dentais (MOLINA, 1995).

Estudos epidemiológicos transversais em populações de adultos mostraram que de 40% a 75% dos indivíduos apresentam pelo menos um dos sinais de DTM, como anormalidades de movimento, ruído articular, dor à palpação dos músculos mastigatórios, e aproximadamente 33% das pessoas têm no mínimo um sintoma como dor facial, dor articular etc. (DWORKIN *et al.*, 1990).

Segundo Quinto (1999), estudos populacionais relatam que cerca de 70% da população possuem um ou mais sintomas de distúrbios temporomandibulares e musculares. Embora a maioria dos pacientes seja mulheres em comparação com homens (5:1), a taxa de sintomas em ambos é apenas levemente diferente. A maioria dos pacientes que procura atendimento é de mulheres entre 20 e 40 anos de idade(apud ASH, RAMFJORD SCHMIDSEDER, 1998).

Bell (1969) constatou que os indivíduos com DTM podem apresentar deslocamentos espontâneos da mandíbula, traumas nas articulações temporomandibulares, hipomobilidade crônica da mandíbula e síndrome da disfunção miofacial temporomandibular.

Laskin (1969) constatou que a maioria dos pacientes portadores de DTM desenvolve hábitos orais, como apertar e/ou ranger os dentes, devido a tensões psíquicas e estresse. Acredita-se hoje que esse sobreuso da musculatura oral leve à fadiga crônica da musculatura e ao mioespasmo.

Molina (1995) e Santos Jr. (1987) descreveram formas variadas de tratamento para as disfunções temporomandibulares, como: massagens, terapia física, miorrelaxantes, mioterapia, dentística, ajuste oclusal, placas e férulas, desgaste seletivo, técnicas cirúrgicas.

Segundo Quinto (1999), para se tratar os casos de disfunções da ATM é necessário conhecimento profundo da etiologia do problema, e também capacidade para obter informação sobre essa desordem, como: conhecimento adicional sobre neurofisiologia, métodos de diagnósticos, comportamento do paciente com sinais e sintomas articulares, faixa etária onde ocorre com maior frequência a disfunção, gênero mais afetado e métodos de tratamento mais eficientes. As opções de tratamento são variadas e incluem apoio psicológico, fisioterapia, terapia farmacológica, ajuste oclusal, intervenção cirúrgica e o tratamento combinado (KOH, ROBINSON, 2008).

Vallonet al. (1991) selecionaram cinquenta pacientes com DTM, incluindo dor de cabeça, dividindo-os em dois grupos. Apenas um dos grupos foi tratado com desgaste seletivo para eliminar interferências oclusais. Após um mês do tratamento os pacientes foram novamente examinados e os autores constataram que o ajuste oclusal em curto prazo, reduziu os sintomas subjetivos e que o mesmo é uma alternativa de tratamento para as disfunções temporomandibulares.

O desgaste seletivo de estruturas dentárias, atualmente, tem sido visto com muita cautela, dentro de um paradigma preservacionista. Afirma-se que a alteração da estrutura dos dentes é um tratamento irreversível e que a superioridade do mesmo sobre as terapias reversíveis no tratamento das disfunções temporomandibulares ainda não foi claramente demonstrada em estudos controlados, embora tenha se verificado, que a longo prazo, o desgaste seletivo supera as outras modalidades de tratamento consideradas paliativas, no alívio e tratamento das disfunções temporomandibulares (MONTIBELLER, 1998).

Koh e Robinson (2008), em seu estudo, concluíram que não existem provas da efetividade do ajuste oclusal como prevenção e tratamento das disfunções temporomandibulares.

O tratamento das DTMs pelo ajuste da oclusão, incluindo o desgaste seletivo, está diretamente vinculado aos vários conceitos de oclusão ou reabilitação existentes (oclusão em prótese, cêntrica longa, perda de dimensão de oclusão, estre

outros) para restaurar da melhor forma possível a sua função mastigatória (JANSON, 1982).

O ajuste oclusal é um desgaste seletivo no qual as faces oclusais dos elementos dentários são desgastadas apenas em nível de esmalte de modo que os elementos superiores e inferiores ocluam harmoniosamente. O ajuste também pode ser realizado para evitar contatos prematuros e interferências durante os movimentos de protrusão e lateralidade da mandíbula (KOH, ROBINSON, 2008).

O equilíbrio oclusal é definido segundo o Glossário de Termos Protéticos da Academia Americana de Prótese de 1999 o como “a modificação dos formatos oclusais dos dentes com a intenção de igualar as tensões oclusais, produzindo contatos oclusais simultâneos ou harmonizando as relações intercuspídicas”. Atualmente, define-se equilíbrio oclusal como a obtenção de contatos oclusais em que prevaleçam as resultantes de forças no sentido axial, já que as resultantes horizontais da força de oclusão são indesejáveis, porque geram tendência ao movimento, comprometendo a estabilização dentária e mandibular. Para o equilíbrio é necessário que se distribua a força da oclusão sobre todos os dentes posteriores para que haja contatos bilaterais simultâneos e equipotentes (MULLIGAN, T. F. 1979; OKESON, J. P., 2000).

Os principais objetivos do ajuste oclusal são, segundo Pegoraro (2004) e Paiva (1997), proporcionar estabilidade oclusal, permitir a obtenção de contatos bilaterais simultâneos, permitir uma guia de desocclusão lateral e guia anterior, dirigir os vetores de força para o longo eixo dos dentes, estreitar a mesa oclusal ao invés de alargá-la e evitar sempre que possível qualquer redução na altura das cúspides funcionais.

Deve ser indicado se existirem sinais e sintomas de oclusão traumática ou patológica e caso as relações oclusais possam ser melhoradas para eliminar discrepância oclusal em relação cêntrica, eliminar a tensão muscular anormal e conseqüente o desconforto e dor resultante de hábitos como apertamento ou bruxismo, tratamento da disfunção neuromuscular e na distribuição dos esforços quando na mobilidade dental (BARROS, 1995).

Suas contraindicações são, segundo Rocha (2000) e Paiva (1997), quando realizados profilaticamente, sem o diagnóstico da causa do distúrbio, caso o dente

apresente mobilidade acentuada ou muita sensibilidade e quando houver uma diminuição acentuada da dimensão vertical de oclusão.

Algumas regras básicas devem ser seguidas ao realizar o ajuste oclusal. São elas: as cúspides cêntricas não devem ser ajustadas, pois elas mantêm a dimensão vertical e a oclusão central, caso haja necessidade elas não devem ficar planas e sim ligeiramente afiladas; as correções de contatos cúspides crista-marginal devem ser distribuídas a fim de contatos uniformes e simultâneos, se o desgaste for indicado, as cúspides devem ser arredondadas de tal maneira que não percam os contatos cêntricos com as cristas marginais; para correção dos sulcos e das fossas, deve-se realizar o aprofundamento dos mesmos, em casos especiais pode-se reduzir a cúspide antagônica, desde que não perca contatos estabilizadores em cêntrica; para o ajuste das vertentes das cúspides internas, deve-se atingir discretamente a vertente externa, praticamente em duplo bisel, para que não haja alargamento da superfície oclusal e; o ajuste das facetas de desgaste deve ser de tal maneira que, no final, apresente pequena área de contato oclusal em correta harmonia funcional (MOTSCH, 1990).

O ajuste oclusal deve ser realizado em três etapas: em relação cêntrica; em lateralidade e em protrusão, segundo (GUICHET apud BARATIERI s.d.).

O ajuste oclusal por desgaste seletivo é finalizado quando os resultados puderem ser mantidos por longo tempo com a posição dental e mandibular estáveis bilateralmente na correta dimensão vertical de oclusão, quando houver contatos oclusais em número suficiente na posição de fechamento, favorecendo o equilíbrio da posição dos dentes posteriores, com proteção aos anteriores, e quando existir desocclusão dos dentes posteriores pela presença de guias anteriores incisivas e caninas (GONÇALVES, 1998).

RELATO DE CASO

Paciente M. S. P., sexo feminino, 26 anos, procurou a clínica odontológica da Universidade Estadual de Londrina referindo dores de cabeça, estalidos e subluxação da mandíbula seguido de muitas dores na região. A paciente relatava ainda sofrer de estresse e ansiedade, e apresentava como hábitos parafuncionais roer unhas, morder o lábio e apertamento dental. Ao exame clínico foi observado periodonto sadio, livre de inflamações, dentes 13 e 23 desgastados pelo ortodontista, estalidos ao realizar o movimento de abertura bucal, músculos temporal, pterigoideo medial, masseter em seus limites de tolerância devido ao apertamento dental. Durante os movimentos de abertura e fechamento apresentava desvio da mandíbula para a direita. Na lateralidade direita não havia guia canina, presença de contatos prematuros no lado de trabalho nos dentes 11 e 31 e no lado de balanceio nos dentes 26 e 35. Na lateralidade esquerda havia guia caninha sem nenhuma interferência. No movimento de protrusão havia pequeno desvio de linha média e o dente 12 não participava da desocclusão. Após o exame clínico, foram obtidos modelos de estudo e esses montados em articulador semi-ajustável em reação cêntrica para avaliação dos contatos prematuros. Em seguida foi realizado o ajuste oclusal por desgaste seletivo. Após controle de seis meses a paciente relatou eliminação de toda sintomatologia inicial.



Figura 1 - aspecto inicial da oclusão em MIH – visão frontal.



Figura 2 - aspecto inicial da oclusão em MIH – visão lateral direita.



Figura 3 - aspecto inicial da oclusão em MIH – visão lateral esquerda.



Figura 4 - aspecto inicial da oclusão em lateralidade direita – lado de trabalho.



Figura 5 - aspecto inicial da oclusão em lateralidade direita – lado de balanceio.



Figura 6 - aspecto inicial da oclusão em lateralidade esquerda – lado de trabalho.



Figura 7 - aspecto inicial da oclusão em lateralidade esquerda – lado de balanceio.



Figura 8 - aspecto inicial da oclusão em protrusão.



Figura 9 - Oclusão em Relação Centrica

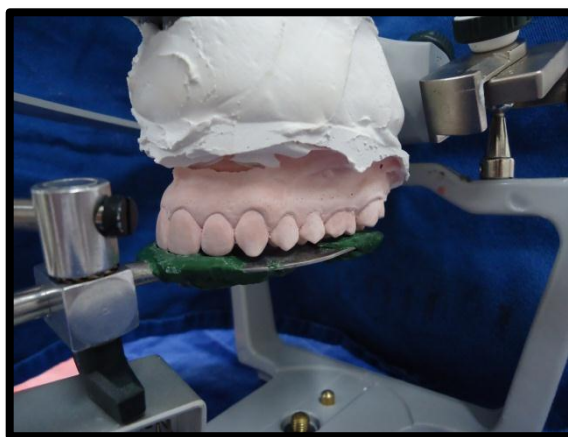


Figura 10 - montagem do modelo superior em ASA.

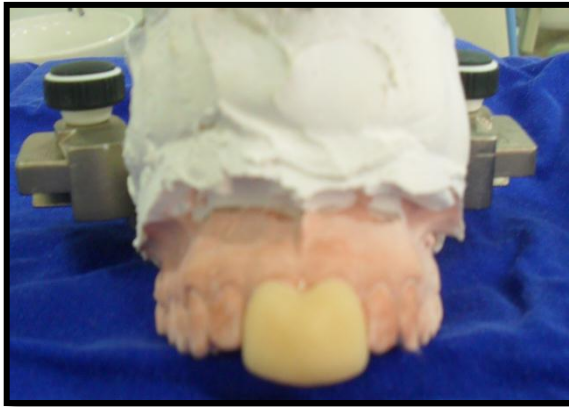


Figura 11 - confecção de Jig de Lucia.



Figura 12 - registro de mordida em RC.



Figura 13 - registro de mordida em lateralidade direita.



Figura 14 - registro de mordida em lateralidade direita.

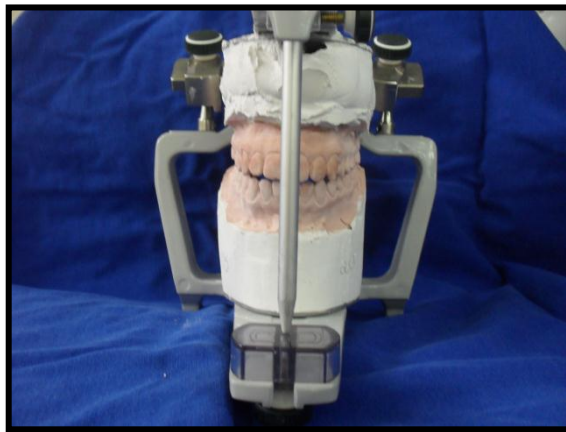


Figura 15 - montagem do modelo inferior em ASA.



Figura 16 - contato prematuro em RC na arcada superior.

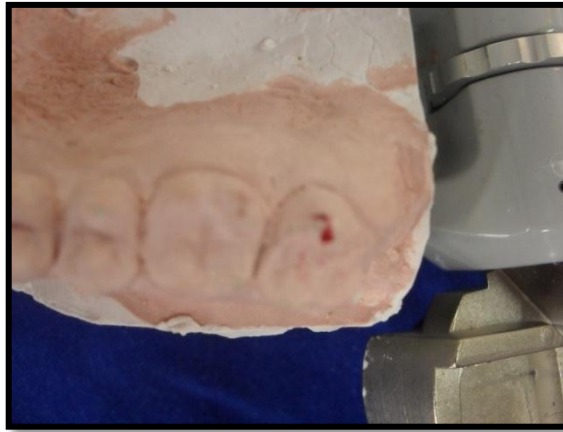


Figura 17 - contato prematuro na arcada superior reproduzido no ASA.



Figura 18 - contato prematuro em RC na arcada inferior.



Figura 19 - contato prematuro na arcada inferior reproduzido no ASA.



Figura 20 - Aspecto inicial após o ajuste oclusal - visão frontal



Figura 21 - Aspecto inicial após o ajuste oclusal - visão lateral esquerda



Figura 22 - Aspecto inicial após o ajuste oclusal - visão lateral direita



Figura 23 - Oclusão em Relação Cêntrica



Figura 24 - Pontos de contato



Figura 25 - Pontos de contato

CONCLUSÃO

Após levantamento bibliográfico e realização do caso clínico, foi possível constatar que:

- ✓ O ajuste oclusal ainda é um tema muito controverso e pouco relatado na literatura científica;
- ✓ É necessário um amplo conhecimento sobre a etiologia da disfunção para a escolha do plano de tratamento.
- ✓ Ele possui indicações que, se usadas corretamente podem alcançar os efeitos desejados e duradouros na terapêutica dos distúrbios da oclusão;
- ✓ É possível concluir que o ajuste oclusal por desgaste seletivo se indicado ao caso pode ser efetivo no tratamento das disfunções temporomandibulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA R., LUGO N. R. Umarevisión de la literatura sobre larelación causal entre losfactoresoclusales (FO) y los desordenes temporomandibulares (DTM) IV: estúdios experimentalesdel ajuste oclusal pro talladoselectivo como intervencionpreventica ó terapêutica. **Revista Facultad de OdontologíaUniversidad de Antioquia** - Vol. 21 N.º 1 - Segundo semestre, 2009.

BARROS, J. J.; RODE, S. M. **Tratamento das disfunções craniomandibulares: ATM**. 1º ed.; Santos, 1995.

BELL W. E. Clinical diagnosis of the pain-dysfunctionsyndrome.**TheJournalof the American Dental Association** 1969; 79(1):154-60.

DWORKIN, S. F et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: Clinical signs in cases and controls. **Journalofthe American Association**120(3):273-81, 1990.

GONÇALVES, E. A. N.; FELLER, C. **Atualização na clinica odontológica: a prática da clínica geral**. 1º ed., ArtesMédicas, 1998

GUICHET, N. F. apud Baratieri L. N. et al. **Principles of occlusion**; laboratory and clinical teaching manual. 6º ed., Ohio: H. & R. Press, seat VI, part A./sd.

JANSON, W.A. **Introdução à oclusão/ajuste oclusal**. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, 1982

KOH, H., ROBINSON, P.G. Ajuste oclusal para eltratamiento y prevención de trastornos de laarticulacióntemporomandibular (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em: <http://www.update-software.com>.

LASKIN, D. M. Etiology of the pain dysfunction syndrome.**Journal of the American Association**, 79(7):147-153, 1969.

LOPE, P. R. R. CAMPOS P. S. F., MASCIMENTO, R. J. M. Dor e inflamação nas disfunções temporomandibulares: revisão de literatura dos últimos quatro anos. **Revista de Ciências Médicas e Bioógicas**, Salvador, v.10, n.3, p.317-325, set./dez. 2011

MOLINA, O. F. – **Fisiopatologia Craniomandibular:oclusão e ATM**. São Paulo, Pancast, 1995. 677p.

MONTIBELLER, Rogério Raul. Ajuste oclusal por desgaste seletivo no tratamento das disfunções temporomandibulares (DTMs). Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 1998.

MOTSCH, A. **Ajuste Oclusal em Dentes Naturais**. 1º ed., São Paulo: Santos, 1990.

MULLIGAN, T. F. **Common sense mechanic: static equilibrium**. J. Clin. Orthod., Boulder, v. 13, no. 11, p. 762-766, Nov. 1979.

OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4ª ed. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2000.

PAIVA, H.J. Oclusão. Noções e conceitos básicos. 1º ed., São Paulo: Santos, 1997.

PEGORARO, L.F., et al. Prótese Fixa. Série EAP-APCD; v.7: Artes Médicas, 2004.

QUINTO, A.C.Classificação e Tratamento das Disfunções Temporomandibulares. Qual o papel do fonoaudiólogo no tratamentodessas disfunções? São Paulo, 1999. Monografia (Especialização). Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – CEFAC.

ROCHA, M. P. C., et al. **Odontologia reabilitadora**. Noções básicas para o clinico. 1º ed., São Paulo: Santos, 2000.

SANTOS Jr, J.,ed. – **Oclusão**: Tratamento da Sintomatologia Craniomandibular. São Paulo, Pancast, 1987. 238p.

VALLON, D. et al. Occlusal adjustment in patients with craniomandibular disorders including headaches. A3-and 6-months follow-up. **Acta Odontologica Scandinavica.**, Oslo, v.53, n.1, p.55-59, Feb. 1995.