

Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial

Simone Vieira Carrara**, Paulo César Rodrigues Conti***, Juliana Stuginski Barbosa****

Resumo

O Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial* foi criado com o propósito de substituir divergências por evidência científica dentro dessa especialidade da Odontologia. O documento oferece informações claras e fundamentadas para orientar o cirurgião-dentista e demais profissionais de saúde sobre os cuidados demandados pelo paciente, tanto no processo de diagnóstico diferencial quanto na fase de aplicação das terapias de controle da dor e disfunção. O Termo foi aprovado no mês de janeiro de 2010 em reunião realizada durante o Congresso Internacional de Odontologia do Estado de São Paulo e converge o pensamento dos profissionais mais conceituados do Brasil na especialidade Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

Palavras-chave: Bruxismo. Articulação Temporomandibular. Transtornos da Articulação Temporomandibular. Cefaleia. Odontologia. Cervicalgia.

INTRODUÇÃO

Por definição, dor orofacial é toda a dor associada a tecidos moles e mineralizados (pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos) da cavidade oral e da face. Usualmente, essa dor pode ser referida na região da cabeça e/ou pescoço ou mesmo estar associada a cervicalgias, cefaleias primárias e doenças reumáticas como fibromialgia e artrite reumatoide¹.

As principais fontes de dor orofacial são problemas odontogênicos, cefaleias, patologias neurogênicas, dores musculoesqueléticas, dores psicogênicas, câncer, infecções, fenômenos autoimunes e trauma tecidual¹.

Historicamente, a Odontologia tem se dedicado fundamentalmente ao diagnóstico e tratamento da

dor odontogênica (pulpar e periodontal). Não se pode, porém, descuidar da identificação de outras fontes de dor orofacial como processos inflamatórios típicos (sinusites, parotidites), dores neuropáticas contínuas ou intermitentes (nevralgias, dor por desafferentação, dor mantida pelo simpático), cefaleia e disfunção temporomandibular.

Faz parte de um atendimento de qualidade prestado pelos profissionais das áreas de Saúde identificar a dor orofacial e encaminhar o portador à terapia apropriada com a celeridade exigida. O profissional que se dispuser a tratar esses pacientes deve conhecer profundamente o diagnóstico diferencial da dor orofacial e suas subclassificações,

* Nota dos relatores: embora o Conselho Federal de Odontologia designe a especialidade com o termo "Têmporo-Mandibular", existe amplo questionamento sobre a sua correta grafia. Consulta realizada no site da Academia Brasileira de Letras (www.academia.org.br) verificou a ausência daquele termo, encontrando-se alternativamente "Temporomandibular". Por tal motivo, esse será o termo utilizado ao longo do presente documento, antecipando-se à sua futura efetivação como nomenclatura oficial da especialidade.

** Especialista em DTM e Dor Orofacial.

*** Professor Associado do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Aplicadas da FOB-USP. "Diplomate" pelo American Board of Orofacial Pain.

**** Especialista em DTM e Dor Orofacial. Mestranda em Neurociências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

além de aplicar técnicas de controle dos sintomas com validação científica.

A dor orofacial apresenta alta prevalência na população, sendo causa de grande sofrimento para os pacientes. Além disso, pode resultar de patologias que põem em risco a vida do indivíduo. Daí a fundamental importância da participação do cirurgião-dentista na prática de um processo diagnóstico adequado.

Foi estimado que aproximadamente 22% da população haviam apresentado ao menos um tipo de dor orofacial nos 6 meses que antecederam a coleta dos dados². A causa mais frequente da dor orofacial apontada nesse estudo foi a de origem odontogênica (12,2%), seguida pela disfunção temporomandibular (DTM), constatada em 5,3% da população.

Esse termo se dedicará, a partir dessa etapa, à discussão sobre a DTM.

DEFINIÇÃO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial, a DTM é definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas¹.

Os sintomas mais frequentemente relatados pelos pacientes são: dores na face, ATM e/ou músculos mastigatórios, dores na cabeça e na orelha. Outros sintomas relatados pelos pacientes são as manifestações otológicas como zumbido, plenitude auricular e vertigem¹.

Quanto aos sinais, encontram-se primariamente a sensibilidade muscular e da ATM à palpação, limitação e/ou incoordenação de movimentos mandibulares e ruídos articulares¹.

EPIDEMIOLOGIA

Estudos epidemiológicos estimam que 40% a 75% da população apresentem ao menos um sinal de DTM, como ruídos na ATM e 33%, pelo menos um sintoma, como dor na face ou na ATM¹.

No Brasil, poucos são os estudos que verificaram a prevalência de sinais e sintomas de DTM em amos-

tras populacionais. Um estudo recente concluiu que 37,5% da população apresentavam ao menos um sintoma de DTM³. Entre estudantes universitários, estima-se que 41,3% a 68,6% apresentem algum sinal ou sintoma de DTM⁴⁻⁷.

Existe uma diferença entre a prevalência de sinais e sintomas de DTM na população e a necessidade de tratamento desses indivíduos. Em uma revisão sistemática com metanálise publicada recentemente, a prevalência de necessidade de tratamento para DTM na população adulta foi estimada em 15,6%, sendo que as estimativas para a população jovem, de 19 a 45 anos, foi maior do que para a de adultos mais velhos (acima de 46 anos)⁸.

A escassez de estudos, a diversidade de características encontradas nas amostras, e a metodologia utilizada para a determinação dos sinais e sintomas de DTM impedem a extrapolação dos resultados para toda população do Brasil. É importante que um estudo nacional com metodologia adequada seja realizado para que se conheça a real situação. Seria indispensável a inclusão da DTM e de outras patologias não dentárias que têm como sintoma a dor orofacial no “Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira” realizado pelo Ministério da Saúde.

DIAGNÓSTICO

Ainda não há método confiável de diagnóstico e mensuração da presença e severidade das disfunções temporomandibulares que possa ser usado de maneira irrestrita por pesquisadores e clínicos. Para o diagnóstico de casos individuais, a anamnese continua sendo o passo mais importante na formulação da impressão diagnóstica inicial.

O exame físico, constituído por palpação muscular e da ATM, mensuração da movimentação mandibular ativa e análise de ruídos articulares, quando executado por profissionais treinados e calibrados, é instrumento de grande validade no diagnóstico e na formulação de propostas de terapia, assim como de acompanhamento da eficácia dos tratamentos propostos¹.

O uso de modalidades auxiliares de diagnóstico, como a polissonografia e imagens da ATM, é consi-

derado um meio auxiliar, tendo utilidade somente em alguns casos individuais e em trabalhos de pesquisa^{9,10,11}. Nem sempre existe, no entanto, uma associação direta entre os resultados de tais testes e a presença de sinais e sintomas de DTM.

No questionário de avaliação inicial da clínica odontológica, é importante a inclusão de algumas perguntas ligadas aos sinais e sintomas de DTM. A resposta positiva a uma dessas questões pode sinalizar a necessidade de avaliação completa por profissional especializado em DTM e Dor Orofacial (Quadro 1).

CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DAS DTM

A Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) estabeleceu, na 4ª edição de seu manual, novas diretrizes para o diagnóstico e classificação das diferentes formas de DTM, que são divididas em dois grandes grupos (DTM muscular e DTM articular) com suas respectivas subdivisões (Quadro 2, 3)¹.

A Classificação Internacional das Cefaleias (CIC), da Sociedade Internacional de Cefaleia (IHS), inclui um tipo específico de cefaleia secundária à DTM em sua 11ª categoria (IHS 11.7 – cefaleia ou dor facial atribuída a transtorno da ATM)¹².

No entanto, isso nos parece incompleto, pois não contempla os dois grandes grupos de DTM e seus diferentes subtipos, como exposto na classificação da AAOP. A esse respeito, cabe lembrar que a AAOP já fez uma proposta de modificação daquele item da CIC (tal como descrito nos quadros 2 e 3) que, até o momento, não foi acolhida pela IHS.

ETIOLOGIA

A tentativa de isolar uma causa nítida e universal da DTM não tem sido bem-sucedida. Estudos recentes concluem que a DTM tem origem multifatorial.

Faz parte de uma anamnese completa a identificação de fatores predisponentes (que aumentam o risco da DTM), fatores iniciadores (que causam a instalação das DTM) e fatores perpetuantes (que interferem no controle da patologia). Dentre esses fatores citaremos aqueles que supostamente são mais relevantes¹.

1 - Você tem dificuldade, dor ou ambos ao abrir a boca, ao bocejar, por exemplo?
2 - A sua mandíbula fica “trancada”, “presa” ou “cai”?
3 - Você tem dificuldade, dor ou ambos ao mastigar, falar ou ao usar os maxilares?
4 - Você nota algum ruído nas articulações da mandíbula?
5 - Normalmente você sente sua mandíbula cansada, rígida ou tensa?
6 - Você tem dor nas orelhas, têmporas ou bochechas?
7 - Você tem dores de cabeça, pescoço ou dor de dente com frequência?
8 - Recentemente você sofreu algum trauma na cabeça, pescoço ou mandíbula?
9 - Você observou qualquer alteração recente na sua mordida?
10 - Você já recebeu algum tratamento prévio para dor facial não explicada ou para um problema da articulação da mandíbula?

QUADRO 1 - Exemplos de questões para triagem de pacientes com possíveis sinais e sintomas de Disfunção Temporomandibular. Fonte: Leeuw¹, 2010.

11.7.1.1 - Desordens do desarranjo do disco
11.7.1.1.1 - Deslocamento do disco com redução
11.7.1.1.2 - Deslocamento do disco sem redução
11.7.1.2 - Deslocamentos da ATM
11.7.1.3 - Desordens inflamatórias
11.7.1.3.1 - Sinovite e capsulite
11.7.1.3.2 - Poliartrite
11.7.1.4 - Desordens não inflamatórias
11.7.1.4.1 - Osteoartrite primária
11.7.1.4.2 - Osteoartrite secundária
11.7.1.5 - Anquilose
11.7.1.6 - Fratura (processo condilar)

QUADRO 2 - Modificação recomendada para a classificação diagnóstica para IHS 11.7.1: Cefaleia ou dor facial atribuída a disfunções da ATM. Fonte: Leeuw¹, 2010.

11.7.2.1 - Mialgia local
11.7.2.2 - Dor miofascial
11.7.2.3 - Mialgia mediada centralmente
11.7.2.4 - Mioespaços
11.7.2.5 - Miosite
11.7.2.6 - Contratura miofibrótica
11.7.2.7 - Neoplasia

QUADRO 3 - Modificação recomendada para a classificação diagnóstica para IHS 11.7.2: Cefaleia ou dor facial atribuída a desordens dos músculos mastigatórios. Fonte: Leeuw¹, 2010.

Trauma

- Trauma direto ou macrotrauma.
- Trauma indireto: representado por lesões do tipo chicote.
 - Microtrauma: provocado por traumas de pequena monta, realizados de maneira repetitiva, como hábitos parafuncionais (bruxismo, apertamento dentário, etc).

Fatores psicossociais

- Ansiedade, depressão, etc.

Fatores fisiopatológicos

- Fatores sistêmicos: doenças degenerativas, endócrinas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas, neurológicas, vasculares e reumatológicas.
- Fatores locais: alteração na viscosidade do líquido sinovial, aumento da pressão intra-articular, estresse oxidativo, etc.
- Fatores genéticos: presença de haplótipos associados à sensibilidade dolorosa.

É consenso entre pesquisadores e clínicos especializados em dor orofacial que a oclusão dentária não mais pode ser considerada fator primário na etiologia da DTM¹³⁻¹⁷. Alguns fatores de relacionamento oclusal são citados como predisponentes das DTM, entretanto, estudos demonstram que a correção desses fatores em indivíduos sintomáticos tem pouca eficácia no controle da DTM^{18,19,20}.

Essa constatação científica, no entanto, não diminui a importância da oclusão na prática da Odontologia. As patologias oclusais trazem consequências relevantes para o aparelho mastigatório no aspecto estético e funcional. O cirurgião-dentista deve dedicar especial atenção à oclusão quando realizar exame físico ou quando executar qualquer procedimento clínico.

TRATAMENTO

Os avanços científicos nessa área de conhecimento exigem dos profissionais constante atualização. Terapias inadequadas podem gerar iatrogenias, permitir

a cronificação da dor, além de induzir o paciente a acreditar, equivocadamente, que sua patologia deveria ser tratada por profissional de outra especialidade.

O objetivo do tratamento da DTM é controlar a dor, recuperar a função do aparelho mastigatório, reeducar o paciente e amenizar cargas adversas que perpetuam o problema.

A etiologia indefinida, o caráter autolimitante e a altíssima eficácia recomendam a utilização inicial de terapias não-invasivas e reversíveis para os pacientes que sofrem de DTM.

Alguns estudos relatam o controle de sinais e sintomas em mais de 90% dos pacientes que receberam tratamentos preservadores. Educação do paciente, automanejo, intervenção comportamental, utilização de fármacos, placas interoclusais, terapias físicas, treinamento postural e exercícios compõem a lista de opções aplicáveis a quase todos os casos de DTM²¹⁻²⁵.

A prática da Odontologia Baseada em Evidência (OBE) não ampara a prescrição de técnicas que promovem mudanças oclusais complexas e irreversíveis, como o ajuste oclusal por desgaste seletivo, terapia ortodôntica, ortopedia funcional, cirurgia ortognática ou técnicas de reabilitação oral protética no tratamento da disfunção temporomandibular¹⁹.

Com relação às cirurgias de ATM, é possível afirmar que são necessárias em alguns poucos casos específicos, tais como anquilose, fraturas e determinados distúrbios congênitos ou de desenvolvimento. Excepcionalmente são aplicáveis para complementar o tratamento em transtornos internos da ATM^{1,26}.

RESPONSABILIDADES PARA COM O PACIENTE PORTADOR DE DTM

É evidente a necessidade de se dedicar mais atenção à DTM, por motivos óbvios: alta prevalência na população, elevado custo social e, principalmente, elevado custo pessoal.

Até o momento, o tema DTM e Dor Orofacial não faz parte como tópico obrigatório do conteúdo programático das instituições de ensino de Odontologia. Tal postura leva à falta de preparo do cirurgião-dentista

para reconhecer e orientar os pacientes portadores de tais distúrbios. A semiologia incompleta subtrai do paciente a oportunidade de ter um tratamento adequado com melhora em sua qualidade de vida.

Há carência de políticas públicas que visem divulgar a patologia e acolher os indivíduos que sofrem de DTM. É insignificante o volume de atendimentos proporcionados pelo Estado. Essa falta de assistência e informação, invariavelmente, frustra o paciente, provocando uma insistente busca por outras especialidades que tratam sintomas semelhantes, mas não promovem controle adequado do problema em questão. A especialidade de “Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial”, regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia, é esquecida dentro do contexto da saúde bucal.

É importante, ainda, salientar que os procedimentos dedicados ao tratamento de DTM não compõem as tabelas de honorários divulgadas pelos sindicatos, associações de Odontologia e planos de saúde. Essa omissão pode desgastar a relação entre o profissional e o paciente, além de dificultar a divulgação de técnicas de tratamento adequadas a profissionais de outras especialidades.

Com relação à responsabilidade civil do prestador de serviços na área da Dor Orofacial, considera-se que o respectivo contrato encerra obrigação de meio e não de resultado. Isso porque, mesmo quando o profissional utiliza todos os recursos disponibilizados na literatura científica, é possível que não se obtenham os

resultados desejados. A existência de pacientes refratários é bastante comum no manejo de doenças crônicas.

A proposta de prestação do serviço, no entanto, deve informar que os recursos empregados visam à redução dos níveis de dor, à melhora da qualidade de vida e ao restabelecimento da função.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A especialidade DTM e Dor Orofacial foi criada em 2002 pelo Conselho Federal de Odontologia. A despeito disso, mesmo entre profissionais da saúde, essa especialidade ainda é pouco conhecida. A adoção da disciplina de DTM e Dor Orofacial na grade curricular dos cursos de graduação de Odontologia é indispensável e urgente. O reconhecimento e o apoio, por parte das autoridades que gerenciam a política de saúde pública, são necessários para que o atendimento primário ao paciente com dor orofacial seja viabilizado de forma eficaz. Essas medidas reduzirão o sofrimento desses indivíduos e a sobrecarga financeira sobre eles.

Deve ser considerada postura antiacadêmica estabelecer protocolo ou promover cursos de Educação Continuada apoiados na terapia oclusal como forma de terapia definitiva para o controle de sinais e sintomas de DTM.

As pesquisas sobre a dor orofacial contribuíram para aprimorar os tratamentos propostos, porém é indispensável que novos estudos elucidem questões relevantes e que as outras especialidades da Odontologia absorvam e apoiem essas novas conquistas.

Statement of the 1st Consensus on Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain

Abstract

This Statement of the 1st Consensus on Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain was created with the purpose of substituting controversies for scientific evidence within this specialty field of dentistry. The document provides clear and well-grounded guidance to dentists and other health professionals about the care required by patients both in the process of differential diagnosis and during the stage when they undergo treatment to control pain and dysfunction. The Statement was approved in January 2010 at a meeting held during the International Dental Congress of São Paulo and draws together the views of Brazil's most respected professionals in the specialty of Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain.

Keywords: Bruxism. TMJ. Temporomandibular joint disorders. Headache. Dentistry. Cervicalgia (neck pain).

REFERÊNCIAS

1. Leeuw R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.
2. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc.* 1993;124:115-21.
3. Gonçalves DA, Speciali JG, Jales LC, Camparis CM, Bigal ME. Temporomandibular symptoms, migraine and chronic daily headaches in the population. *Neurology.* 2009 Aug; 25;73(8):645-6.
4. Bonjardim LR, Lopes-Filho RJ, Amado G, Albuquerque RL Jr, Gonçalves SR. Association between symptoms of temporomandibular disorders and gender, morphological occlusion and psychological factors in a group of university students. *Indian J Dent Res.* 2009 Apr-Jun;20(2):190-4.
5. Conti PC, Ferreira PM, Pegoraro LF, Conti JV, Salvador MC. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. *J Orofac Pain.* 1996 Summer;10(3):254-62.
6. Oliveira AS, Bevilacqua-Grossi D, Dias EM. Sinais e sintomas de disfunção temporomandibular nas diferentes regiões brasileiras. *Fisioter Pesq.* 2008 out-dez;15(4):392-7.
7. Pedroni CR, Oliveira AS, Guaratini MI. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. *J Oral Rehabil.* 2003 Mar;30(3):283-9.
8. Al-Jundi MA, John MT, Setz JM, Szentpétery A, Kuss O. Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult nonpatients. *J Orofac Pain.* 2008 Spring;22(2):97-107.
9. Ahmad M, Hollender L, Anderson Q, Kartha K, Ohrbach R, Truelove EL, et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD): development of image analysis criteria and examiner reliability for image analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009 Jun;107(6):844-60.
10. Hugger A, Hugger S, Schindler HJ. Surface electromyography of the masticatory muscles for application in dental practice. Current evidence and future developments. *Int J Comput Dent.* 2008;11(2):81-106.
11. Rossetti LM, Araujo CRP, Rossetti PH, Conti PC. Association between rhythmic masticatory muscle activity during sleep and masticatory myofascial pain: a polysomnographic study. *J Orofac Pain.* 2008 Summer;22(3):190-200.
12. Subcomitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia. *Classificação internacional das cefaléias.* 2ª ed. São Paulo: Segmento Farma; 2004.
13. Magnusson T, Carlsson GE, Egermak I. Changes in clinical signs of craniomandibular disorders from the age of 15-25 years. *J Orofac Pain.* 1994;8:207-15.
14. Seligman DA, Pullinger A. Analysis of occlusal variables, dental attrition, and age for distinguishing healthy controls from female patients with intracapsular temporomandibular disorders. *J Prothet Dent.* 2000;83:76-82.
15. Egermark I, Magnusson T, Carlsson GE. A 20-year follow-up of signs and symptoms of temporomandibular disorders and malocclusions in subjects with and without orthodontic treatment in childhood. *Angle Orthod.* 2003;73(2):109-15.
16. McNamara JA Jr, Türp JC. Orthodontic treatment and temporomandibular disorders: is there a relationship? Part 1: Clinical studies. *J Orofac Orthop.* 1997;58(2):74-89.
17. Mohlin BO, Derweduwen K, Pilley R, Kingdon A, Shaw WC, Kenealy P. Malocclusion and temporomandibular disorder: a comparison of adolescents with moderate to severe dysfunction with those without signs and symptoms of temporomandibular disorder at their further development to 30 years of age. *Angle Orthod.* 2004;74:319-27.
18. Egermark I, Carlsson GE, Magnusson T. A prospective long-term study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in patients who received orthodontic treatment in childhood. *Angle Orthod.* 2005; 75(4):645-50.
19. Koh H, Robinson PG. Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders. *J Oral Rehabil.* 2004;31(4):287-92.
20. Wadhwa L, Utreja A, Tewari A. A study of clinical signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in subjects normal occlusion, untreated, and treated malocclusions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1993;103:54-61.
21. De Laat A, Stappaerts K, Papy S. Counseling and physical therapy as treatment for myofascial pain of the masticatory system. *J Orofac Pain.* 2003;17(1):42-9.
22. Michelotti A, Steenks MH, Farella M, Parisini F, Cimino R, Martina R. The additional value of a home physical therapy regimen versus patient education only for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: short-term results of a randomized clinical trial. *J Orofac Pain.* 2004;18(2):114-25.
23. Nicolakis P, Erdogmus B, Kopf A, Nicolakis M, Piehslinger E, Fialka-Moser V. Effectiveness of exercise therapy in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *J Oral Rehabil.* 2002;29(4):362-8.
24. Schiffman EL, Look JO, Hodges JS, Swift JQ, Decker KL, Hathaway KM, et al. Randomized effectiveness study of four therapeutic strategies for TMJ closed lock. *J Dent Res.* 2007 Jan;86(1):58-63.
25. Yuasa H, Kurita K. Treatment group on temporomandibular disorders randomized clinical trial of primary treatment for temporomandibular joint disk displacement without reduction and without osseous changes: a combination of NSAIDs and mouth-opening exercise versus no treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001 Jun;91(6):671-5.
26. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Parameters of care for oral and maxillofacial surgery. A guide for practice, monitoring and evaluation. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992 Jul;50(7 Suppl 2):i-xvi,1-174.

ENDOSSADORES

- **Ana Cristina Lotaif** – Mestre em DTM e Dor Orofacial pela Universidade da Califórnia (UCLA). Diplomada pelo American Board of Orofacial Pain. Ex-professora Assistente na Clínica de Dor Orofacial e Medicina Oral da Universidade do Sul da Califórnia.
- **Carlos dos Reis Pereira de Araújo** – Doutor e Mestre em Odontologia/Reabilitação Oral (USP-Bauru). Especialista em Implantes (Universitat Frankfurt, Alemanha). Especialista em Dores Orofaciais (Rutgers, The State University of New Jersey/EUA). Especialista em Odontologia/Prótese (University of Washington, EUA). Especialista em Distúrbios Temporomandibulares (University of Rochester, EUA). Professor da graduação e pós-graduação na USP-Bauru.
- **Cinara Maria Camparis** – Mestre e Doutora em Dentística Restauradora pela Universidade Estadual Paulista. Pós-doutorado em Dor Orofacial pelo Hospital das Clínicas-USP e Instituto do Sono-UNIFESP. Professora Adjunta da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Coordenadora do Grupo de Assistência, Pesquisa e Estudo em Dor Orofacial e Cefaleia (GAPEDOC) da Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP.
- **Daniela Aparecida de Godói Gonçalves** – Especialista em DTM e Dor Orofacial. Mestre em Neurociência pela USP de Ribeirão Preto. Doutora em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Araraquara.
- **Denise Cahnfeld** – Especialista em DTM e Dor Orofacial.
- **Eleutério Araújo Martins** – Coordenador do Curso de Especialização em DTM e Dor Orofacial da ABO/RS.
- **Francisco José Pereira Junior** – Mestre e Doutor em DTM e Dor Orofacial pela Universidade de Lund/Suécia.
- **Guiovaldo Paiva** – Ex-presidente e sócio-fundador da Sociedade Brasileira de ATM e Dor Orofacial (SOBRAD). Especialista em Prótese Dental e Periodontia. Pós-graduação em Oclusão pelo Centro de Investigação y Ensino em Rehabilitacion Oral (CIERO, México/DF).
- **João Henrique Krahenbuhl Padula** – Especialista em Dentística Restauradora pela UMESP. Curso de Especialização em Morfologia, Distúrbios da ATM e Músculos da Mastigação pela UNIFESP. Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial pelo CFO.
- **Jorge Von Zuben** - Mestre em DTM e Dor Orofacial pela UNIFESP. Especialista em DTM e Dor Orofacial pelo CFO. Especialista em Prótese Dentária pelo CFO. Coordenador dos cursos de Aperfeiçoamento e Especialização de DTM e Dor Orofacial da ACDC Campinas/SP.
- **José Luiz Peixoto Filho** - Especialista em Ortodontia pela UERJ. Especialista em DTM e Dor Orofacial pela Odontoclínica Central do Exército/RJ.
- **José Tadeu Tesseroli de Siqueira** – Doutor em Farmacologia pelo Instituto de Ciências Biomédicas da USP e pós-doutor no Departamento de Psicobiologia (Medicina do Sono) da UNIFESP. Supervisor do Curso de Aperfeiçoamento em Odontologia Hospitalar, área de Dor Orofacial, do PAP/FUNDAP do Hospital das Clínicas da FMUSP. Pesquisador e Orientador do Departamento de Neurologia e do Programa de Fisiopatologia Experimental da FMUSP. Membro da International Association for the Study of Pain (IASP). Membro da diretoria da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Professor Visitante e orientador credenciado da Universidade Estadual de Campinas. Membro do corpo editorial do Journal of Oral Rehabilitation, da Revista da EAP/APCD e da Revista Dor (São Paulo).
- **Juliana S. Barbosa** – Especialista em DTM e Dor Orofacial e Mestranda em Neurociências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP. Membro da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCE) e da Sociedade Brasileira de Estudo para Dor (SBED).
- **Lilian C. Giannasi Marson** – Doutora em Engenharia Biomédica/Distúrbios do Sono. Mestre em Engenharia Biomédica/Tratamento da apneia do sono com aparelho intra-oral. Membro da Associação Brasileira de Sono (ABS). Especialista em Dentística Restauradora pela UNICAMP. Especialista em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares (São José dos Campos/SP).
- **Marta Solange Rampani** – Especialista em Prótese e Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.
- **Paulo César Conti** – Doutor em Odontologia (Reabilitação Oral) pela Universidade de São Paulo e pós-doutor pela University of Medicine and Dentistry of New Jersey, EUA. Professor da Universidade de São Paulo e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Oral e vice-presidente da Comissão de Pós-Graduação da mesma faculdade. Diplomado pelo American Board of Orofacial Pain.
- **Renata Campi de Andrade Pizzo** – Especialista em DTM e Dor Orofacial e Doutora pelo departamento de Neurociências do Hospital das Clínicas Universidade de São Paulo. Presidente do Comitê de Dor Orofacial da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCE).
- **Renata Silva Melo Fernandes** – Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. Coordenadora do curso de especialização em DTM e Dor Orofacial da Associação dos Cirurgiões Dentistas de Campinas.
- **Reynaldo Leite Martins Jr** – Professor do curso de Odontologia do Centro Universitário Várzea Grande/MT (UNIVAG). Membro do corpo clínico do setor de Odontologia do Hospital do Câncer do Mato Grosso.
- **Ricardo de Souza Tesch** – Especialista em Ortodontia pela Associação dos Cirurgiões Dentistas de Campinas. Mestre em Ciências da Saúde pelo Hospital Heliópolis de São Paulo. Professor dos Cursos de Especialização em Ortodontia da ABO - Seções Petrópolis e Duque de Caxias. Coordenador do Curso de Especialização em DTM e Dor Orofacial da Associação Brasileira de Odontologia - Seção Petrópolis.
- **Rodrigo Wendel dos Santos** – Especialização e Mestrado pela UNIFESP - Participou como banca examinadora no CRO para reconhecer especialistas em DTM e DOF.
- **Sandra Helena dos Santos** – Doutora em Radiologia - UNESP SJC, Div. Odontologia do Comando Geral de Tecnologia Aeroespacial - CTA.
- **Sérgio Nakazone Jr** – Mestre e Doutor em Prótese Dentária pela USP-SP. Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial pelo CFO. Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares pelo CFO. Ex-Presidente da ABFCOC - Academia Brasileira de Fisiopatologia Crânio-Oro-Cervical. Membro do Serviço de Oclusão e ATM da FOUASP (SOA-USP). Coordenador do curso de Especialização em Reabilitação Oral pela CIODONTO.
- **Simone Vieira Carrara** – Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Membro da Sociedade Brasileira de Cefaleias (SBCE). Membro da Sociedade Brasileira de Estudo para Dor (SBED).
- **Wagner de Oliveira**, – Mestre e Doutor pela FOSJC - UNESP. Especialista em Prótese e DTM e Dor Orofacial, responsável pelo “COAT” (Centro de Oclusão e ATM da FOSJC). Autor do livro *Disfunções Temporomandibulares. Série EAP/APCD* São Paulo. Docente do Curso de Especialização em Acupuntura do IOT da FMUSP.

Enviado em: fevereiro de 2010
Revisado e aceito: março de 2010

Endereço para correspondência
Simone Vieira Carrara
SHLS 716, Bl. E, nº 503 – Asa Sul
CEP: 70.390-700 – Brasília/DF
E-mail: simonecarrara@terra.com.br