

JNT-FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 QUALIS B1



**FISIOTERAPIA INTEGRADA À
ODONTOLOGIA NO TRATAMENTO DA
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

**PHYSIOTHERAPY INTEGRATED TO
DENTISTRY IN THE TREATMENT OF
TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION**

Gabriela VILELA

**Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT
E-mail: gabvilela6@gmail.com**

Gislaine Marçal de VASCONCELOS

**Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT
E-mail: gislainev68@gmail.com**

Myrella Léssio CASTRO

**Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT
E-mail: myrellacastro@faculadefacit.edu.br**



RESUMO

Introdução: Disfunção Temporomandibular (DTM) é o nome dado quando existem alterações na articulação que une a mandíbula ao crânio, a Articulação Temporomandibular. É predominante nessa disfunção dores musculares e articulares na região de cabeça e pescoço. Uma das formas de amenizar essas dores é unir a fisioterapia ao tratamento odontológico, gerando um atendimento multidisciplinar com resultados mais rápidos e eficazes. **Objetivo:** Esta revisão de literatura teve como escopo evidenciar a importância de um tratamento multidisciplinar unindo a odontologia e a fisioterapia no tratamento da Disfunção Temporomandibular. **Método:** Foram utilizados artigos científicos encontrados nas plataformas de conhecimento como: Scielo, Pubmed e Google Acadêmico. **Resultados:** Ao relacionar a odontologia e a fisioterapia, foi comprovada uma resposta fisiológica mais rápida e favorável. **Conclusão:** Para obter sucesso no tratamento é necessário um bom diagnóstico e saber interdisciplinar outros profissionais de acordo com as necessidades do paciente.

Palavras-chave: Fisioterapia. Transtornos da articulação temporomandibular. Equipe de assistência ao paciente. Fibromialgia.

29

ABSTRACT

Introduction Temporomandibular Dysfunction (TMD) is the name given when there are changes in the joint that joins the mandible to the skull, the Temporomandibular Joint. Muscle and joint pain in the head and neck is predominant in this dysfunction. One way to alleviate these pains is to combine physical therapy with dental treatment, generating multidisciplinary care with faster and more effective results. **Objective:** This literature review aimed to highlight the importance of a multidisciplinary treatment combining dentistry and physiotherapy in the treatment of Temporomandibular Dysfunction. **Method:** Scientific articles found on knowledge platforms such as Scielo, Pubmed and Google Scholar were used. **Results:** By combining dentistry and physiotherapy, a faster and more favorable physiological response can be obtained. **Conclusion:** To be successful in treatment, a good diagnosis and interdisciplinary knowledge of other professionals are necessary, according to the patient's needs.

Keywords: Physical Therapy Specialty. Temporomandibular Joint Disorders. Patient Care Team. Fibromyalgia.

INTRODUÇÃO

No crânio, existe apenas uma articulação capaz de se movimentar, ela é chamada de articulação temporomandibular (ATM). A mesma executa movimentos de rotação e translação no côndilo e permite movimentação até 2000 vezes por dia. É através da ATM que o corpo gera ações como mastigação, fala, respiração, bocejo e deglutição. Alterações relacionadas a esta articulação e às estruturas relacionadas a ela são chamadas de Disfunção Temporomandibular (DTM)^{1,2}.

A DTM é considerada de etiologia multifatorial, sendo na maioria das vezes originada por fatores genéticos, hábitos parafuncionais, desarmonias oclusais, posturais e psicológicos. É característico da DTM dor na região da ATM e músculos mastigatórios, vertigem, presença de ruídos e zumbidos auriculares quando em função e limitação na amplitude dos movimentos mandibulares, podendo haver desvios. A intensidade dos sinais e sintomas pode variar de uma pessoa a outra. Estudos apontam que a prevalência ocorre principalmente em mulheres na faixa etária de 20 a 40 anos^{3,4}.

O cirurgião-dentista (CD) é o responsável por realizar uma anamnese bem feita, auxiliando na avaliação das possíveis causas desta disfunção, formando um possível diagnóstico a partir de condutas como: ajuste oclusal, encaminhamento ao ortodontista e no mais tardar uma intervenção cirúrgica. É recomendado que o tratamento fosse iniciado por terapias não invasivas e reversíveis a fim de amenizar a dor, recuperar as funções do aparelho mastigatório e reeducar o paciente em relação a hábitos parafuncionais. Baseado nessas premissas, o tratamento é multifatorial, abrangendo outros profissionais, sendo um deles o fisioterapeuta que terá uma atuação importante na terapia coadjuvante^{1,5}.

O principal objetivo da fisioterapia no tratamento da DTM é aliviar a dor musculoesquelética e alterar na entrada sensorial restaurando, coordenando e fortalecendo essa atividade do músculo para que haja reestabelecimento tecidual. Sua intervenção atua indiretamente no ajuste postural através do reposicionamento da mandíbula ao crânio reduzindo a inflamação e fortalecendo o aparelho musculoesquelético. Para isso, existem vários recursos disponíveis como: a massoterapia, cinesioterapia, eletroterapia e termoterapia. Todas essas técnicas irão atuar no controle da dor e regeneração do tecido afetado¹.

O sucesso do tratamento se dá através de uma intervenção multidisciplinar, sendo assim, essa revisão de literatura objetivou evidenciar a importância da união entre a fisioterapia e odontologia no tratamento da Disfunção Temporomandibular.

MÉTODOS

Para a realização desse trabalho, teve-se como bases de pesquisa e leitura: livros, artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso disponíveis nas plataformas digitais Scielo, Google Acadêmico e Pubmed e publicados entre os anos de 1988 e 2020. Usando como descritores as palavras: Transtornos da articulação temporomandibular; Fisioterapia; Equipe de assistência ao paciente; Fibromialgia.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Articulação temporomandibular (ATM) e Disfunção Temporomandibular (DTM)

A articulação mais complexa do corpo humano é a articulação temporomandibular, a mesma faz a união do crânio com a mandíbula e ligações musculares e articulares com a região cervical, este sistema funcional é chamado de sistema crânio-cervico-mandibular¹⁶. Ela é denominada ginglemoartroidal por realizar movimentos de dobradiça em apenas um plano e promover momentos rotacionais e translacionais. O limite funcional da ATM é de no máximo 40 mm, sendo que aberturas maiores que isso causa lesões em 70% do tecido⁶.

Todo e qualquer problema que impedir esse complexo de músculos, ligamentos e ossos de exercerem sua função em harmonia, é chamado de Disfunção Temporomandibular⁷. Essa disfunção tem como sinais e sintomas mais relatados as dores de ouvido, dores faciais, cefaleia, travamentos mandibulares, neuralgias, mialgias, zumbidos, problemas do sono, crepitações, desvios da trajetória mandibular, ruídos durante a abertura e fechamento de boca, etc⁸.

A DTM afeta aproximadamente 86% da população brasileira e se apresenta de forma recorrente ou crônica, afetando principalmente o sexo feminino em indivíduos de 20 a 40 anos. Sua etiologia é multifatorial, sendo que os fatores mais comuns incluem: ausência de dentes, restaurações ou próteses mal adaptadas, má oclusão, mastigação unilateral, hábitos deletérios, postura inadequada, tensão emocional, estresse, trauma na articulação, fatores sistêmicos (câncer-oral), etc⁹. Para diagnosticar uma pessoa com DTM, a mesma precisa ter no mínimo um dos sintomas mais frequentes na maioria dos pacientes¹. Estima-se que 5% a 20% da população necessitem de tratamento especializado

para a doença, porém o fato de possuir alguns sinais e sintomas não indica diretamente a necessidade de tratamento⁸.

Segundo Pedrosa⁹ (2011) no Brasil existe um instrumento na língua portuguesa para avaliar e classificar a severidade dos sintomas da disfunção temporomandibular, o mesmo é chamado de índice Anamnésico de Fonseca. Foi criado para otimizar a triagem em pacientes do Brasil. Utiliza-se para classificar os sintomas da disfunção temporomandibular. Esse índice é composto por 10 questões que detectam a presença de dor na articulação temporomandibular, na mastigação, cefaleias, dificuldades de movimento, ruídos, hábitos parafuncionais, má oclusão, além da sensação de estresse emocional.

As respostas podem variar entre (sim/ às vezes/ não), e as pontuações (10, 5 e zero), respectivamente. Os indivíduos são divididos em categorias como: sem disfunção temporomandibular (0 a 15 pontos), DTM leve (20 a 40 pontos), DTM moderada (45 a 65 pontos) e DTM severa (70 a 100 pontos), (Figura 1). Existe também a Escala Visual Analógica (EVA) (Figura 2) que mede o limiar de dor do paciente em cada sessão utilizando uma régua com valores de 0 a 10, isso ajuda a avaliar a evolução do tratamento²⁹.

A anamnese continua sendo o instrumento mais importante para o diagnóstico da DTM. É interessante aderir também à prática de exame extra oral, como palpação muscular e da ATM, verificação da movimentação mandibular, da abertura bucal e busca por ruídos articulares. Pode-se utilizar de meios como polissonografia, que é o exame do sono, e também de imagens radiográficas da ATM¹⁰.

Fisioterapia associada à odontologia

A intervenção da fisioterapia no controle das disfunções temporomandibulares é de extrema valia, pois irá reduzir a dor do paciente e contribuir para a devolução da função normal do aparelho mastigatório. Sua forma de atuação poderá ser diretamente no local onde se encontra a ATM ou de forma indireta trabalhando na reeducação postural, no reposicionamento da mandíbula ao crânio, na minimização as dores musculares, no aumento da movimentação das áreas afetadas, na redução de inflamações e no fortalecimento desse tecido musculoesquelético¹¹.

Indica-se o tratamento fisioterápico em casos mais brandos. De acordo com a gravidade do estado do paciente, apenas atuações como tratamento ortodôntico, por exemplo, confecção de placas miorrelaxantes, utilização de anti-inflamatórios e a adaptação a métodos mais saudáveis como melhorar a postura, eliminação de hábitos

parafuncionais, dieta com alimentos mais macios e exercícios físicos musculares já conseguem eliminar os sintomas da DTM. A fisioterapia é uma das áreas mais utilizadas quando se trata de atuação não cirúrgica, pois a mesma se dispõe de técnicas de alongamento, relaxamento e fortalecimento da ATM, trazendo de volta a função e prevenindo futuros agravos¹⁵.

A fisioterapia dispõe de vários recursos que podem ser utilizados para reestabelecer a função normal da ATM, dentre eles a massoterapia, termoterapia, eletroterapia e cinesioterapia que irão aliviar a sintomatologia, auxiliar na função do sistema mastigatório e melhorar a postura corporal, que é um dos principais fatores para a ocorrência da DTM¹.

A constante atividade dos músculos cervicais, da cintura escapular e da mastigação, muitas vezes associada a hábitos parafuncionais, pode gerar fadiga, tensão e dores musculares. A terapia manual ou massoterapia consiste na aplicação de força numa região específica, aumentando a circulação sanguínea, gerando elasticidade e alívio da dor localizada.

Existem algumas técnicas de terapia manual que são mais utilizadas, dentre elas a desativação dos pontos gatilhos (trigger points) miofasciais, que são áreas hipersensíveis localizadas no músculo e que sendo estimuladas geram dor¹²; as pompages, que são técnicas de aumento de circulação e relaxamento muscular; a pressão isquêmica, que é uma técnica de digito pressão de aproximadamente 4kg no ventre muscular para diminuir a dor em pontos específicos e evitar espasmos musculares, além de alongamentos, relaxamento da musculatura masseterina, contração e relaxamento dos músculos, etc⁶.

A termoterapia é o procedimento mais antigo relacionado à reabilitação física. A aplicação de calor gera um efeito analgésico no músculo. Alguns efeitos gerados a partir da termoterapia incluem vasodilatação, relaxamento muscular, melhora do metabolismo e circulação local, redução da rigidez articular, aumento da extensibilidade muscular e alívio do espasmo muscular¹³.

A eletroterapia é a utilização de corrente elétrica com a função de analgesia através da liberação de endorfina, endomorfina e encefalinas, diminuindo a percepção de dor e as respostas nociceptivas. A corrente elétrica mais utilizada para fins terapêuticos é a TENS (Eletroestimulação Nervosa), por ser uma técnica simples e não invasiva, podendo ser aplicada em clínicas pelos profissionais ou em casa pelo paciente, após receber informações de como utilizar¹⁴.

Cinesioterapia é um conjunto de atividades terapêuticas que consistem no movimento muscular do paciente e estimulam uma resposta muscular, causando fortalecimento e alongamento dos músculos¹⁴.

Existem vários estudos que correlacionam as desordens temporomandibulares com o desequilíbrio postural. De acordo com Brodie¹⁶(1950) a posição de repouso da mandíbula é determinada pelo equilíbrio muscular existente entre os músculos da mastigação e os musculares cervicais posteriores, logo esse equilíbrio muscular é uma função da manutenção postural da cabeça.

Foi concluído através de anos de pesquisa que pacientes com DTM tendem a possuir problemas posturais e que em pessoas com DTM severa é possível observar uma maior anteriorização da cabeça em relação a indivíduos com DTM leve¹⁷.

Apesar dessa relação da DTM com a postura ser leve, é necessário investigar e priorizar este sintoma. Trata-lo previamente faz com que seja possível eliminar as opções e cada vez chegar mais perto de uma melhora generalizada deste sistema. Para o tratamento postural, existe um recurso chamado RPG que significa Reeducação Postural Global, que são uma série de exercícios e posturas utilizados para corrigir uma postura inadequada. Essa manobra de correção da nuca, ombros e lombar além de reeducar o paciente a se movimentar e sustentar o corpo equilibradamente, ela melhora a respiração e elimina dores relacionadas a coluna¹⁵.

Além de todas essas modalidades citadas acima, ainda existem modalidades desportivas como Yoga e Pilates que trabalham com o fortalecimento, relaxamento e alongamento dos músculos corporais, o que pode ser favorável no controle das DTMs¹⁷.

DISCUSSÃO

A ATM é uma articulação que possui vastos movimentos. Encontra-se bilateralmente ao rosto unindo o osso mandibular aos ossos temporais. Tal articulação proporciona movimentos de abrir, fechar e movimentos laterais da boca. O indivíduo é capaz de executar através desses movimentos ações como mastigar e engolir, falar e até se expressar por meio dos movimentos da face. Fazem parte a Articulação Temporomandibular, o disco articular, que divide a cavidade articular em inferior e superior, o côndilo mandibular encontrado na parte inferior, e o tubérculo articular e a fossa mandibular, na parte superior.

Existe uma cápsula que envolvendo a articulação. A ação dos músculos pterigóideos medial e lateral, temporal, masseter, musculatura cervical e as demais estruturas pertencentes ao sistema estomatognático proporcionam a estabilidade dinâmica da ATM¹⁸.

Melo et al.¹⁹(2014) relata que a DTM é um conjunto de aparecimentos clínicos função anormal mandibular, associada ou não a dor, que pode ser originada por fatores neuromusculares, oclusais e psicológicos.

A prevalência ocorre principalmente em mulheres na faixa etária de 20 a 40 anos^{3,4}. Isso foi frizado por Andrade e Frare²⁰(2008), que comprovou que no sexo feminino há uma flacidez generalizada dos tecidos, que pode ser ocasionada pelo aumento dos níveis de estrógenos, com isso, as articulações das mulheres se mostram mais flexíveis e frouxas que as dos homens, sugerindo então que os hormônios reprodutivos tenham papel importante na etiologia da DTM.

De acordo com os achados na literatura científica, observa-se que os recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das Disfunções Temporomandibulares apresentam-se de forma evidente.

Segundo Maluf et al.²¹(2008) a fisioterapia é um tratamento paliativo da DTM que visa recuperar a correta função da ATM, eliminando e/ou reduzindo os sinais e sintomas. A fisioterapia promove a melhora da dor e das funções musculoesqueléticas. Ainda relata que devido à forte relação entre a DTM e a má postura, a fisioterapia se torna indispensável.

Gomes et al.²²(2012) e Basso, Corrêa e Silva²³(2010) complementam que os exercícios fisioterapêuticos auxiliam na propriocepção, na elasticidade das fibras musculares, na produção de líquido sinovial, além da melhora da dor.

Entretanto no estudo de Freitas et al.¹⁸(2010), o autor relatou a necessidade de observar a duração e frequência das sessões da fisioterapia, pois é aspecto importante no tratamento das DTM, ele recomenda um tratamento com total de pelo menos 15 sessões.

Silva et al.²⁵(2012) verificou o quadro clínico de cinco pacientes com DTM após dois meses de fisioterapia, sendo realizadas 3 sessões semanais. A cinesioterapia foi associada à aplicação de laser de baixa potência. Como resultados obtiveram um aumento da amplitude articular, da funcionalidade, assim como aspectos emocionais e sociais.

Em contrapartida, Oliveira et al.²⁶ (2010) acredita que tratamentos fisioterapêuticos como manobras de terapia manual e relaxamento miofascial, manipulações articulares, mobilizações, e a massoterapia, são suficientes para o tratamento de disfunções, além de apresentar melhor custo benefício. Ainda cita em outro estudo que existe uma íntima relação funcional entre a mandíbula e a cabeça e pescoço, com isso, não podemos esquecer que a má postura pode desencadear a DTM. Barbosa, Silva e Silva²⁷(2010) concordam e afirmam que a massoterapia promove a inibição de pontos gatilhos da musculatura reduzindo a sintomatologia dolorosa.

Na pesquisa realizada por Rodrigues-Bigaton et al.²⁸(2008), 24 pacientes foram tratados com a Eletroestimulação Nervosa durante 10 sessões, possuindo uma duração de 30 minutos cada sessão, duas vezes por semana. Os resultados foram observados através da EVA e foram favoráveis. Já os achados de Alvarez-Arenal et al.²⁹(2002), indicaram a ineficiência da TENS de baixa e alta frequência, pois não houve grande redução da dor nos pacientes com DTM e bruxismo. Essa divergência pode ter ocorrido por conta da forma como se avaliou a dor. Alvarez-Arenal et al.²⁹(2002) não utilizou a escala EVA, se baseou através dos relatos do paciente, além de avaliarem indivíduos com bruxismo, fato que provavelmente influenciou os resultados.

Ainda sobre a atuação fisioterapêutica, Azato et al.³⁰(2013) relata ter utilizado a massagem local e a termoterapia para o tratamento da dor e outros problemas apresentados em pacientes com DTM. Abordou ainda em seus estudos que, as alterações posturais causadas pela DTM, se não tratadas, contribuem diretamente na persistência e reincidência dos sintomas, sendo assim, o profissional deve-se atentar as alterações apresentadas pelo paciente.

Em relação à termoterapia, a literatura relata o uso de várias técnicas empregando o calor superficial ao tratar as DTMs. A modalidade mais utilizada é o calor úmido. A aplicação varia entre 5 e 30 minutos. Os autores em sua maioria usaram como área de aplicação de calor as regiões facial e cervical, pelo menos uma vez ao dia. O tratamento com calor apresentou benefícios como redução da tensão muscular, alívio da dor, melhora das funções da mandíbula e melhora na abertura bucal. Todos os artigos relatam que a termoterapia foi associada à outras técnicas de tratamento da DTM^{31,32,33,34}.

CONCLUSÃO

Neste estudo foi ressaltada a importância da fisioterapia no tratamento da Disfunção temporomandibular, que possui etiologia multifatorial e por isso necessita de uma intervenção multidisciplinar.

Um bom diagnóstico é imprescindível para se obter êxito no tratamento e uma boa interdisciplinaridade entre os profissionais acarreta uma abordagem mais completa e de sucesso, além de anular o individualismo profissional.

REFERÊNCIAS*

1. Silveira GWS, Luiz TAA, Furlani FP. Análise de interdisciplinaridade entre odontólogos e fisioterapeutas no tratamento de pacientes com disfunção temporomandibular no município de Muriaé – MG. Rev.Cient. Fagoc Saúde. 2019; 4(1): 15-21.

2. Donnarumma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Disfunções Temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev. CEFAC*. 2010; 12 (5): 788-794.
3. Borin GS, Corrêa EC, Silva AMT, Milanesi JM. Acupuntura como recurso terapêutico na dor e na gravidade da desordem temporomandibular. *Fisioter. Pesqui.* 2011; 18(3): 217-22.
4. Bassi AFB, Morimoto RS, Costa ACS. Disfunção Temporomandibular: uma abordagem fisioterapêutica. III Encontro Científico e Simpósio de Educação Unisalesiano. 2011: 17-21.
5. Santos LFS, Pereira MCA. A efetividade da terapia manual no tratamento de disfunções temporomandibulares (DTM): Uma revisão da literatura. *Rev. Aten. Saúde*. 2016; 4(49): 72-77.
6. Tenreiro M, Santos R. *Terapia Manual das Disfunções da ATM*. Rio de Janeiro: Rubio; 2018.
7. Simionato C. *Disfunção temporomandibular versus fibromialgia: revisão da literatura*. [Monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2016.
8. Torres F, Campos LG, Fillipini HF, Weigert KL, Dalla Vecchia GF. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. *Fisioter. Mov.* 2012; 25(1): 117-25.
9. Pedrosa AS. *Propriedades de medida do índice anmnésico de Fonseca*. [Tese de Mestrado]. São Paulo: Universidade Cidade de São Paulo; 2011.
10. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Dental Press J Orthod*. 2010; 15(3): 114-20.
11. Alves-Rezende MCR, Bertoz APM, Aguiar SMHCA, Alves-Rezende LGR, Alves ALR, Montanher IS, et al. Abordagem terapêutica nas desordens temporomandibulares: técnicas de fisioterapia associadas ao tratamento odontológico. *Arch Health Invest*. 2012; 1(1): 18-22.
12. Rocha CACB, Sanchez TG, Siqueira JTT. Pontos-gatilhos miofasciais: ocorrência e capacidade de modulação em pacientes com zumbido. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2006; 10(3): 210-217.
13. Felipe TD, Santana LR. Recursos fisioterapêuticos (crioterapia e termoterapia) na espasticidade: revisão de literatura. *Rev. Neurocienc.* 2009; 17(1): 57-62.
14. Florentino DM, Sousa FRA, Maiworn AI, Carvalho ACA, Silva KM. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012; 11(2): 50-57.
15. Bezerra APS, Mejia DPM. *Atuação do fisioterapeuta no tratamento das desordens temporomandibulares*. [Tese de pós-graduação]. Faculdade Ávila, 2012.

16. Brodie AG. Anatomy and physiology of head and neck musculature. *Am J Orthod.* 1950; 36:831-844.
17. Grade R, Caramês J, Pragosa A, Carvalhão J, Sousa S. Postura e disfunção temporomandibular: Controvérsias Actuais. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac.* 2008; 49:111-117.
18. Freitas DG, Pinheiro IC, Vantin K, Meinrath NC, De Carvalho NA. Os efeitos da desativação dos pontos-gatilho miofasciais, da mobilização articular e do exercício de estabilização cervical em uma paciente com disfunção temporomandibular: um estudo de caso. *Fisioter Mov.* 2011; 24(1): 33-8.
19. Melo LTM, et al. Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva e o Alongamento Muscular como Modalidades Terapêuticas na Disfunção Temporomandibular. *J Inter of Biological Sciences.* 2014; 2(3): 113-119.
20. Andrade TNC, Frare JC. Estudo comparativo entre os efeitos de técnicas de terapia manual isolada e associadas a laserterapia de baixa potência sobre a dor em pacientes com disfunção temporomandibular. *RGO.* 2008; 56(3): 287-295.
21. Maluf SA, et al. Exercícios terapêuticos nas desordens temporomandibulares: uma revisão de literatura. *Fisioterapia e Pesquisa.* 2008; 15(4): 408-15.
22. Gomes NC, Berni-Schwarzenbeck KC, Packer AC, Bigaton DR. Efeitos da estimulação elétrica de alta voltagem catódica sobre a dor em mulheres com DTM. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16(1): 10-5.
23. Basso D, Corrêa E, Silva MA. Efeitos da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais. *Fisioter Pesqui.* 2010;17(1): 63-8.
24. Priebe M, Antunes AG, Corrêa EC. Estabilidade dos efeitos da fisioterapia na disfunção temporomandibular. *Rev Dor.* 2015;16(1): 6-9.
25. Silva PF, Marqueti MM, Magri AMP, Lodovichi SE, Santos LHG. Avaliação funcional da disfunção temporomandibular após bioestimulação associado a cinesioterapia. *Fisioter Bras* 2012;13(4): 264-71.
26. Oliveira KB, Pinheiro IC, Freitas DG, Gualberto HD, Carvalho IA. A abordagem fisioterapêutica na disfunção da articulação Temporomandibular: Revisão da literatura. *Revista Med Reabil.* 2010; 29(3): 61-4.
27. Barbosa IA, Silva PE, Silva KA. Tratamento das disfunções da articulação temporomandibular por meio da técnica de dígito pressão. *Rev Saúde CESUC.* 2010; (1): 179-86.
28. Rodrigues-Bigaton D, Almeida A, Berni K, Pedroni C, Gonçalves R, Bézin F. Utilização de diferentes estimulações elétricas para o tratamento da dor em mulheres com disfunção temporomandibular. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12(6): 476-81.
29. Alvarez-Arenal A, Junquera LM, Fernandez JP, Gonzalez I, Olay S. Effect of occlusal splint and transcutaneous electric nerve stimulation on the signs and

symptoms of temporomandibular disorders in patients with bruxism. *J Oral Rehabil.* 2002; 29(9): 858-63.

30. Azato FK, Castillo DB, Coelho TMK, Taciro C, Pereira PZ, Zomerfeld V, Silva MG, Insarraulde E, Vinholi G. Influence of temporomandibular disorders management on pain and global posture. *Rev Dor.* 2013; 14(4): 280-83.
31. Nelson SJ, Ash MM. An evaluation of a moist heating pad for the treatment of TMJ/muscle pain dysfunction. *Cranio.* 1988; 6(4): 355-9.
32. Felício CM, Silva MAMR, Mazzetto MO, Centola ALB. Myofunctional therapy combined with occlusal splint in treatment of temporomandibular joint dysfunction-pain syndrome. *Braz Dent J.* 1991; 2(1): 27-33.
33. Paiva HJ, Queiroz ACG, Vieira AMF. Estudo comparativo do tratamento da disfunção craniomandibular. *RGO.* 1994; 42(1): 51-4.
34. Furlan RMMM, Giovanardi RS, Britto ATBO, Britto DBO. O emprego do calor superficial para tratamento das disfunções temporomandibulares: uma revisão integrativa. *CoDAS* 2015; 27(2): 207-12.

ANEXO

Figura 1 – Índice anamnésico de Fonseca et al²⁸

Pergunta	Sim (10)	Não (0)	Às vezes (5)
Sente dificuldade para abrir a boca?			
Você sente dificuldades para movimentar sua mandíbula para os lados?			
Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?			
Sente dores de cabeça com freqüência?			
Sente dor na nuca ou torcicolo?			
Tem dor de ouvido ou na região das articulações (ATMs)?			
Já notou se tem ruídos na ATM quando mastiga ou quando abre a boca?			
Você já observou se tem algum hábito como apertar e/ou ranger os dentes (mascar chiclete, morder o lápis ou lábios, roer a unha)?			
Sente que seus dentes não se articulam bem?			
Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa?			
Obtenção do índice:	Índice anamnésico		Grau de acometimento
Soma dos pontos atribuídos acima	0 - 15		Sem DTM
	20 - 40		DTM leve
	45 - 65		DTM moderada
	70 - 100		DTM severa

Figura 2 – Escala visual analógica (Jensen et al, 1986)²⁹



Autorizamos a reprodução deste trabalho.
(Direitos de publicação reservado aos autores)
Araguaína, 20 de outubro de 2020.
GABRIELA VILELA
GISLAINE MARÇAL DE VASCONCELOS