

## Fisioterapia na disfunção temporomandibular

### Physiotherapy in temporomandibular dysfunction

Roberta Simões Nogueira Vasconcelos, Lidia Audrey Rocha Valadas Marques, Maria Cymara Pessoa Kuehner, Karoline Sampaio Nunes Barroso, Camila Costa Dias, José Ronildo Lins do Carmo Filho, Ana Cristina de Mello Fiallos, Mariana Lima Fernandes

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar os resultados do tratamento fisioterapêutico em pacientes com disfunção temporomandibular (DTM). **MÉTODOS:** Foram coletados dados dos prontuários de uma Clínica Universitária de Fisioterapia na cidade de Fortaleza. Os itens avaliados nos prontuários foram idade, gênero, ocupação, queixa principal, doenças associadas e tratamentos prévios. **RESULTADOS:** A predominância dos pacientes foi do gênero feminino (76,5%) e estudantes universitários da instituição. Entre as principais queixas encontram-se dor na ATM e músculos mastigatórios, ruídos da ATM, limitação para abertura bucal e cefaléia. Em associação à DTM, foram encontradas principalmente alterações posturais e fibromialgia. Correções ortodônticas e uso de placas foram os tratamentos odontológicos mais realizados pelos pacientes. Mais da metade dos pacientes obtiveram melhoras significativas, como: redução da dor muscular e na ATM, aumento da amplitude de movimento, ajustes posturais, diminuição dos estalidos e da cefaleia. **CONCLUSÕES:** A intervenção fisioterapêutica foi decisiva para o controle dos sintomas e prevenção de agravos, proporcionando uma melhora da funcionalidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Disfunção temporomandibular; Etiologia; Fisioterapia.

#### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To report the performance of Physiotherapy in patients with temporomandibular dysfunction treated in an extension project at the school clinic in Fortaleza. **METHODS:** This is a retrospective, documental study with a quantitative approach. Data were collected from the medical records of the Clinical School of Physiotherapy of Christus University Center in the city of Fortaleza, from March to December 2015. The collection was done only after approval of the Ethics and Research Committee (CEP) under Opinion no. 1,449,380. The population was composed of all available medical records (17) of patients who participated in the extension project for the treatment of TMD. **RESULTS:** The majority of users were women and undergraduate students. Main complaints: TMJ pain and masticatory muscles, TMJ noises, limitation of mouth opening and headache. In association with DTM, postural changes and fibromyalgia were found. Orthodontic corrections and use of plaques were the most frequent dental treatments performed by the patients. More than half of the patients achieved significant improvements, such as: reduced muscle and TMJ pain, increased range of motion, postural adjustments, decreased cracking and headache. **CONCLUSIONS:** The physiotherapeutic intervention was decisive for the control of symptoms and prevention of injuries, providing an improvement of the functionality.

**KEYWORDS:** Temporomandibular disorders; Etiology; Physiotherapy.

#### Como citar este artigo:

VASCONCELOS, R. S. N.; MARQUES, L. A. R. V.; KUEHNER, M. C. P.; BARROSO, K. S. N.; DIAS, C. C.; FILHO, J. R. L. C.; FIALLOS, A. C. M.; FERNANDES, M. L. Fisioterapia na disfunção temporomandibular. Revista Saúde (Sta. Maria). 2019; 45 (2).

#### Autor correspondente:

Nome: Roberta Simões Nogueira Vasconcelos  
E-mail: robertasimoes1@hotmail.com  
Telefone: (85)32658100  
Formação Profissional:  
Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil

Filiação Institucional: Centro Universitário Christus  
Endereço para correspondência:  
Rua: Adolfo Gurgel nº: 133  
Bairro: Cocó Cidade: Fortaleza  
Estado: CE CEP: 60190-060

#### Data de Submissão:

21/05/2017

#### Data de aceite:

26/05/2019

**Conflito de Interesse:** Não há conflito de interesse



## INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) compõe o sistema estomatognático, e é considerada uma das articulações mais funcionais do corpo humano. Realizando cerca de 2.000 movimentos ao dia, a ATM é primordialmente responsável pelo movimento da fala, mastigação e deglutição. Os ossos que compõem a ATM são o temporal (parte fixa) e a mandíbula (parte móvel). Anatomicamente, a ATM é dividida em um compartimento superior e um inferior, separados pelo disco articular. O superior é limitado superiormente pela fossa mandibular do osso temporal e inferiormente pelo próprio disco articular enquanto o inferior tem o disco articular como uma borda superior e o côndilo da mandíbula como uma borda inferior (Freitas *et al.*, 2011; Garcia; Oliveira, 2011; Tenreiro; Santos, 2011).

Os movimentos mandibulares básicos envolvem a rotação e a translação em cada ATM. A estabilidade dinâmica desta articulação é dada pelos músculos temporal, masseter, pterigóideo medial e lateral e pelo grupo dos músculos hioideos. Os músculos cervicais são auxiliares do sistema mastigatório e por desempenharem um importante papel no equilíbrio do crânio sobre a cervical, também devem ser abordados, já que desarmonias da postura da cabeça conseqüentemente irão promover desarmonia da postura mandibular, podendo, muitas vezes, ser a causa da disfunção. Alguns músculos cervicais são de suma importância no equilíbrio crânio-vertebral como, por exemplo, o esternocleidomastóideo (ECM), o trapézio, o escaleno, o levantador da escápula, e o esplênio da cabeça (Garcia; Oliveira, 2011; Ilibio, 2011; Amaral *et al.*, 2013; Freitas *et al.*, 2011).

As ações do sistema mastigatório dependem da contração dos músculos da mastigação e os movimentos realizados podem ser divididos em funcionais (corretos) e parafuncionais (lesivos). Entre os funcionais pode-se citar os atos de verbalizar, mastigar e deglutir e os parafuncionais são os costumes como apertar os dentes (bruxismo) morder as bochechas, mastigar alimentos duros constantemente, morder objetos como lápis e caneta, roer unhas, mascar chiclete, chupar o dedo, apoiar-se sobre o queixo, má postura, entre outros (Garcia; Oliveira, 2011).

Pelo fato da ATM ser uma das articulações mais solicitadas do corpo, possui, conseqüentemente, uma maior probabilidade de sofrer disfunções. O distúrbio da ATM é denominado de Disfunção Temporomandibular (DTM) (Garcia; Oliveira, 2011; Ilibio, 2011).

De acordo com a Academia Americana de Dor Orofacial, a DTM é definida como um termo coletivo que engloba um grande número de problemas clínicos que afetam os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas, ou ambos. A DTM é considerada uma subclassificação das disfunções musculoesqueléticas e tipicamente apresenta um curso recorrente ou crônico (Garcia; Oliveira, 2011; Damasceno; Barbieri, 2014).

Apesar de apresentar sintomatologia diversificada, a DTM conhecida como uma das principais causas de dor na região orofacial sendo gerada pelo desequilíbrio do sistema estomatognático. (Basso; Corrêa; Silva, 2010). Alguns

---

sintomas clássicos desta disfunção são: cefaleia, ruídos articulares (estalido e crepitação), limitação de movimentos e/ou desvios dos movimentos da mandíbula, dor na ATM e nos músculos da face. Outros sintomas menos frequentes, que podem surgir juntamente com os anteriores são: dores de ouvido, zumbidos, fadiga nos músculos faciais, dores nos dentes e dores cervicais (Damasceno; Barbieri, 2014; Freitas *et al.*, 2011; Basso; Correa; Silva, 2010; Garcia; Oliveira, 2011). Conforme a literatura, a dor é um dos sintomas mais comuns da DTM, podendo variar de acordo com a intensidade (Carrara; Conti; Barbosa, 2010; Andrade; Frare, 2008; Torres *et al.*, 2012).

A etiologia da DTM é considerada como multifatorial e seu transtorno não é diagnosticado por sua patogenia ou etiologia, mas pelos chamados sintomas guias do diagnóstico. Além disso, sua sintomatologia não é específica já que outras doenças ou condições podem apresentar os mesmos sintomas (Tenreiro; Santos, 2011). É esta origem multifatorial, da DTM que torna necessária uma abordagem terapêutica multidisciplinar deste transtorno composta por cirurgião-dentista, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo e médico de diversas especialidades. (Amaral *et al.*, 2013; Torres *et al.*, 2012). Esses profissionais podem colaborar tanto no tratamento quanto na prevenção. Um plano terapêutico bem-sucedido deve ser individualizado para cada paciente e levar em consideração os aspectos físicos e psicossociais. (Garcia; Oliveira, 2011; Amaral *et al.*, 2013; Torres *et al.*, 2012). Segundo Teixeira (2014), aproximadamente 70% da população mundial apresenta pelo menos um sintoma associado aos distúrbios temporomandibulares. Cita também que no Brasil, 37,5% da população apresenta no mínimo um sintoma de DTM.

A Fisioterapia baseia-se, de uma forma geral, em terapia manual e outros recursos terapêuticos que, quando em conjunto com o tratamento multidisciplinar, proporcionam um alívio das condições sintomatológicas do paciente, buscando restabelecer a função normal do aparelho mastigatório. Apesar de a DTM não ser um achado recente, ainda são poucos os profissionais fisioterapeutas que se dedicam ao estudo e tratamento dessa enfermidade. Pela escassez de fisioterapeutas atuantes na área, existe uma grande dificuldade e demora para o portador encontrar o tratamento adequado e acessível, fato este que leva à cronicidade na maioria dos casos. Sabendo disso se faz necessário contribuir para a ampliação da literatura referente a atuação da fisioterapia na DTM (Fernandes *et al.*, 2014).

Assim objetivou-se relatar a atuação da Fisioterapia em pacientes com DTM, traçar o perfil clínico da população incluída, além de descrever os efeitos das técnicas e dos recursos fisioterapêuticos utilizados nos referidos pacientes.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva e documental com abordagem quantitativa, aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 1.449.380 em 14 de Março de 2016. O local da pesquisa foi a Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) do Centro Universitário Christus (Unichristus), na cidade de Fortaleza-CE.

A população foi composta por pacientes que participaram do projeto de extensão para o tratamento de DTM na Clínica escola de Fisioterapia do Centro Universitário Christus (Unichristus). As variáveis analisadas foram: idade, gênero, ocupação, queixa principal, doenças associadas, tratamentos prévios e/ou atuais. Foram incluídos os prontuários dos pacientes que tiveram o tratamento finalizado até dezembro de 2016, de ambos os sexos e sem delimitação de idade. Foram excluídos prontuários incompletos ou de pacientes com tratamento não finalizado até dezembro de 2016.

Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva sendo registrados e tabulados através do *software Statistical Package For The Social Science (SPSS)* versão 17.0. Os dados foram apresentados como percentuais e valores absolutos e organizados em gráficos e tabelas para facilitar o entendimento e interpretação dos mesmos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 17 prontuários foram considerados aptos para a pesquisa. Os achados referentes ao perfil clínico dos pacientes são apresentados na Tabela 1. Estabeleceu-se como critérios de inclusão, a submissão ao tratamento de DTM na clínica, sendo necessário para tanto a realização de pelo menos cinco sessões de fisioterapia, além de possuírem em suas fichas de avaliação, e evolução. Foram excluídos prontuários incompletos e ilegíveis.

De acordo com a avaliação contida nos prontuários da coleta de dados, a faixa etária variou entre 21 e 59 anos de idade. Os resultados mostram que a grande maioria dos indivíduos que procuraram a Fisioterapia eram do gênero feminino (N=13), que correspondem a 76,5% do total de pacientes, e apenas 2 do gênero masculino (23,5%).

No que se refere à ocupação, os resultados mostraram uma prevalência de pacientes com a profissão de estudante (41,1%) e fisioterapeuta (11,7%). As demais ocupações foram relatadas apenas uma única vez na ficha de avaliação.

Quanto as principais queixas contidas nos prontuários dos pacientes, 8 deles relataram dor na ATM (47%), 5 - cefaleia (29,4%), 5 - ruídos na ATM (29,4%) (estalido/crepitação), 4 - dor ou zumbido no ouvido (23,5%), 3 - dor ou dificuldade para abertura bucal (17,6%), 2 - dor na cervical (11,7%) e 2 - dor muscular (11,7%).

Com relação às doenças associadas a DTM (comorbidades) e ainda de acordo com os prontuários, 3 pacientes relataram escoliose (17,6%) e 2 relataram a fibromialgia (11,7%). As demais alterações foram relatadas apenas uma vez, como hérnia na cervical, alteração na coluna não especificada, bursite, rinite alérgica, sinusite, artrite, lúpus, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e patologia renal. Apenas 4 pacientes (23,5%) relataram não apresentar nenhuma doença associada.

Sobre tratamentos prévios ou atuais submetidos pelos pacientes, 7 deles relataram já terem feito uso de aparelho

ortodôntico (41,1%) e 3 já haviam utilizado placas (23,5%). Os demais tratamentos, como fisioterapia, fonoaudiologia e tratamentos ortodônticos não especificados apareceram uma única vez. Apenas 2 pacientes (11,7%) não haviam realizado nenhum tipo de tratamento prévio ou atual.

Tabela 1: Perfil clínico dos pacientes.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>IDADE</b>	21 a 59	
<b>GÊNERO</b>		
Feminino	14	76,5%
Masculino	3	23,5%
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Estudante	7	41,1%
Fisioterapeuta	2	11,7%
Auxiliar de laboratório	1	5,9%
Funcionária doméstica	1	5,9%
Aposentado	1	5,9%
Auxiliar de biotério	1	5,9%
Funcionária pública	1	5,9%
Manicure	1	5,9%
Supervisora de biblioteca	1	5,9%
Telefonista	1	5,9%
<b>QUEIXA PRINCIPAL</b>		
Dor na ATM	8	47,0%
Cefaleia	5	29,4%
Crepitação/estalido	5	29,4%
Dor/dificuldade para abertura bucal	3	17,6%
Dor/zumbido no ouvido	4	23,5%
Dor na cervical	2	11,7%
Dor muscular	2	11,7%
<b>DOENÇAS ASSOCIADAS/COMORBIDADES</b>		
Escoliose	3	17,6%
Fibromialgia	2	11,7%
Bursite	1	5,9%
Artrite	1	5,9%
Lúpus	1	5,9%
AVC – sequelas na fala	1	5,9%
Hérnia cervical	1	5,9%
Patologia renal	1	5,9%
Rinite alérgica	1	5,9%

Sinusite	1	5,9%
Alteração na coluna não especificada	1	5,9%
Não apresenta	4	23,5%
<b>TRATAMENTOS PRÉVIOS/ATUAIS</b>		
Aparelho ortodôntico	7	41,1%
Placa	3	17,6%
Fisioterapia	1	5,9%
Fonoaudiologia	1	5,9%
Tratamento ortodôntico não especificado	1	5,9%
Não apresenta	2	11,7%

Dados expressos em forma de frequência absoluta

Quanto ao tratamento fisioterapêutico, os achados referentes a frequência da terapia manual são expressos no gráfico 1. A intervenção manual realizada com maior frequência foi a cinesioterapia mastigatória/exercícios mandibulares. Esta técnica foi executada em 13 pacientes (76,5%) com um total de 42 sessões durante todo o período de atendimento.

A segunda técnica de terapia manual mais executada no projeto de extensão foi a inibição posicional. Esta intervenção foi realizada em 11 pacientes (64,7%), em um total de 32 sessões durante todo o atendimento na CEF.

A técnica de liberação miofascial foi contemplada na evolução de 8 pacientes (47,0%) sob atendimento, com um total de 18 sessões durante todo o período de tratamento. A técnica de pompage foi executada em 9 pacientes (52,9%) assistidos pela Fisioterapia, com um total de 31 sessões ao todo. O alongamento foi realizado pelo fisioterapeuta em 9 pacientes (52,9%) com um total de 22 sessões durante todo o período de atendimento na CEF.

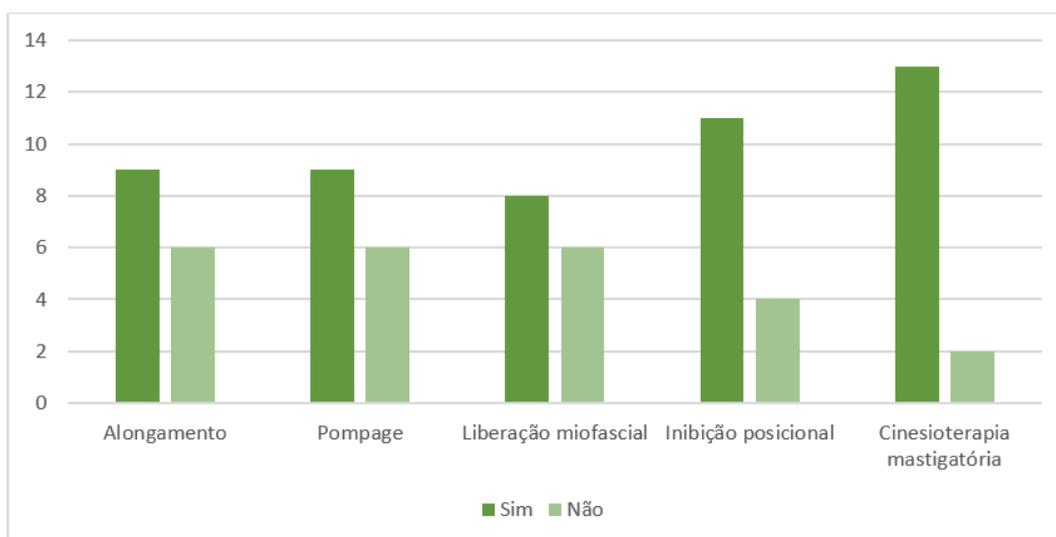


Gráfico 1: Frequência da Terapia Manual contemplada nos prontuários.

Vários recursos terapêuticos/eletroterapia podem ser efetivos no tratamento da DTM, no qual os achados encontrados nos prontuários estão demonstrados no gráfico 2.

A laserterapia, de acordo com as fichas de evolução da CEF, foi aplicada em 8 pacientes (47,0%), no total de 16 sessões. O aparelho mais frequentemente contemplado nos prontuários foi o ultrassom (US), aplicado em 11 pacientes (64,7%), totalizando 17 sessões. O TENS (Estimulação Elétrica Transcutânea) foi utilizado em apenas 3 pacientes (17,6%), com um total 3 sessões durante todo o tratamento. A Terapia Combinada (TC), de acordo com os prontuários da CEF, foi aplicada em apenas 4 pacientes (23,5%), em um total de 7 sessões.

Outros recursos como FES, infravermelho e a crioterapia estavam incluídos nos prontuários, porém não continham frequência de utilização dos mesmos, como apresentado no gráfico 2.

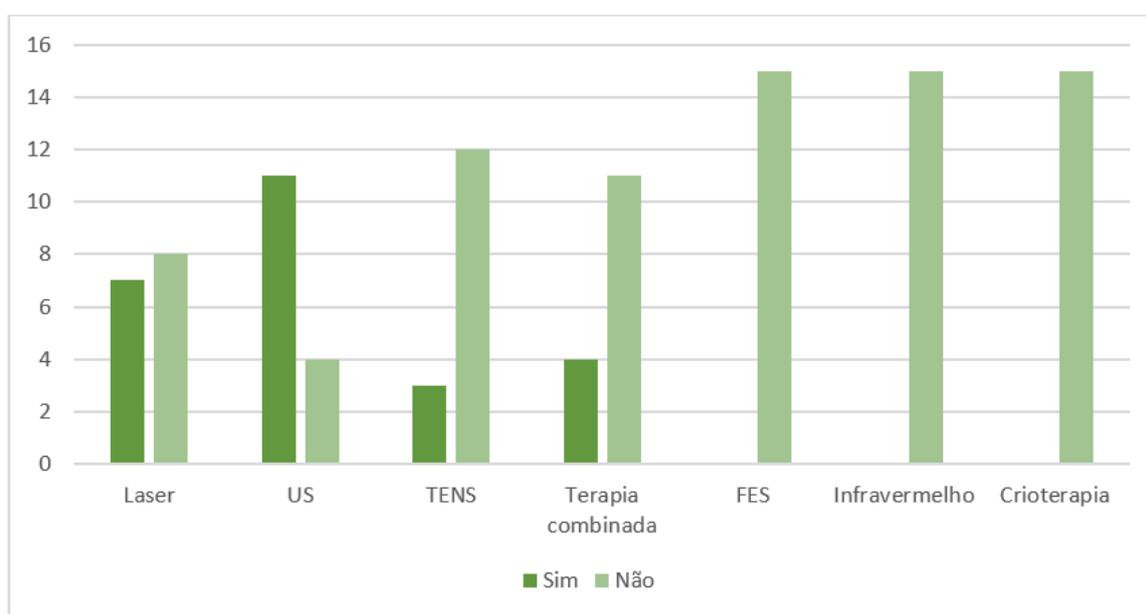


Gráfico 2: Frequência dos recursos terapêuticos contemplados nos prontuários.

Ainda de acordo com as fichas de avaliação dos pacientes atendidos na CEF, foram notados e relatados vários progressos em relação a sintomatologia e funcionalidade ao término do tratamento. Os achados referentes a melhora do quadro de DTM constam nos gráficos 3 e 4.

Em relação a dor muscular, todos os 15 pacientes (sem exceção) que foram assistidos pela fisioterapia obtiveram redução da sintomatologia. Apenas 2 (11,7%) iniciaram o tratamento sem queixa de dor muscular. Sobre a dor na região da ATM, 3 pacientes (17,6%) não apresentaram o sintoma, 13 (76,4%) obtiveram redução da sintomatologia dolorosa e apenas 1 (5,9%) não mostrou progresso. Quanto ao aumento da amplitude de movimento (ADM) da mandíbula, do total de pacientes examinados, 2 (11,7%) não apresentavam limitação de ADM, 13 (76,4%) obtiveram aumento da ADM e apenas 2 (11,7%) não foi verificada melhora da ADM após o tratamento.

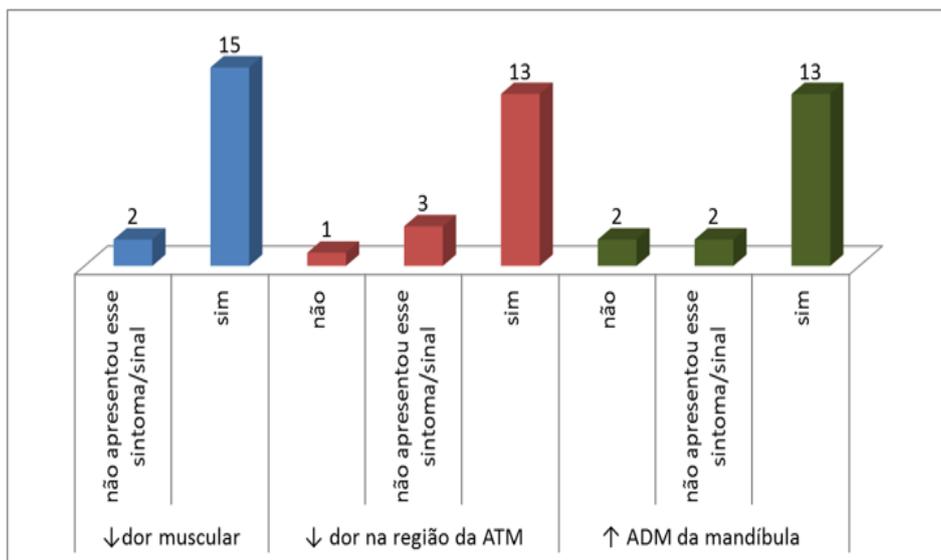


Gráfico 3: Progresso dos pacientes após a intervenção fisioterapêutica.

Fonte: Própria dos autores.

Em relação aos ruídos da ATM (crepitação ou estalido), 2 (11,7%) pacientes não apresentavam o sinal, 12 (70,6%) obtiveram diminuição do ruído e 3 (17,6%) não apresentaram progresso. No que diz respeito à frequência de cefaleia, 4 (23,5%) pacientes não relatavam dores de cabeça, 11 (64,7%) progrediram para diminuição da frequência de episódios de cefaleia e apenas 2 (11,7%) não apresentaram resultado após o tratamento.

Quanto à postura, 6 (35,3%) pacientes foram admitidos sem alteração postural, 9 (52,9%) obtiveram melhora da postura ou reeducação postural e apenas 2 (11,7%) não mostraram progresso com a Fisioterapia.

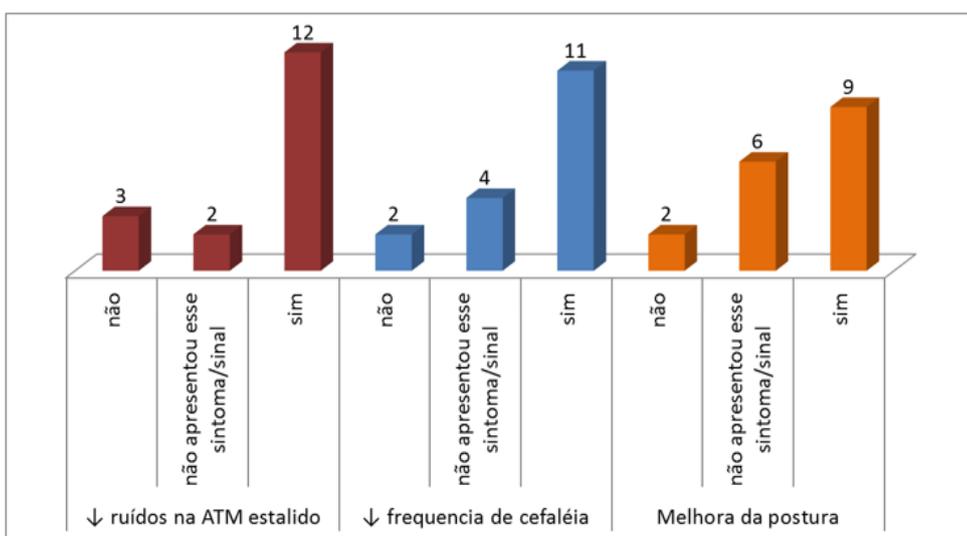


Gráfico 4: Progresso dos pacientes após a intervenção fisioterapêutica.

Fonte: Própria dos autores.

---

## DISCUSSÃO

O estudo de Tosato e Caria (2006), expõe que a DTM tem sua maior prevalência entre 20 e 45 anos, sendo que até os 40 anos, a principal causa é de origem muscular, DTM miogênica, já a partir dos 40 anos, o principal fator etiológico é a degeneração articular, DTM artrogênica.

Na presente pesquisa verificou-se a frequência de casos de DTM foi maior no gênero feminino em comparação ao gênero masculino o que corrobora com os achados da literatura. Segundo Tenreiro e Santos (2011), a incidência da DTM é maior em mulheres, em uma proporção estimada de cinco mulheres para um homem. Mudanças hormonais durante o ciclo menstrual e a gravidez, além do estresse e da preocupação maior em relação aos cuidados com a saúde, tentam explicar a alta incidência no gênero feminino. (Tenreiro e Santos; 2011).

Com relação às principais queixas apresentadas pelos pacientes deste estudo, os resultados apontaram a dor, estalido, diminuição da abertura bucal, fadiga muscular como os mais frequentes. Esses dados são compatíveis aos relatados pela literatura (Donnarumma et al., 2010).

No presente estudo, quando analisadas as doenças associadas à DTM foi possível verificar uma correlação entre a DTM e a fibromialgia (tabela 1). No que se refere a doenças associadas, de forma semelhante aos resultados obtidos por Consalter, Sanches e Guimarães (2010). Além disso, conforme Basso, Corrêa e Silva (2010), foi possível associar a DTM com alterações posturais, como demonstrado na referente tabela. Essas alterações na articulação temporomandibular podem ser reflexo de uma organização em todo sistema muscular do indivíduo, interferindo assim na posição da cabeça e da região cervical, desencadeando alterações posturais.

Na presente pesquisa, a Ortodontia também foi citada pelos pacientes. Quanto a presença de intervenção odontológica dentre os tratamentos prévios ou atuais realizados pelos pacientes, em outro estudo, como o de Sartoretto, Bello e Bona (2012) encontrou-se principalmente tratamentos com especialistas em Oclusão e Ortodontia.

A literatura relata os efeitos benéficos da desativação dos pontos-gatilho miofasciais em pacientes diagnosticados com DTM (Freitas *et al*; 2011). Na presente pesquisa também foi possível confirmar os efeitos benéficos da desativação dos pontos-gatilho miofasciais em pacientes diagnosticados com DTM quanto a inibição posicional de pontos dolorosos como demonstrado no gráfico 1.

Pouco se relata a respeito da eficácia da liberação miofascial em pacientes com DTM (Santos e Pereira 2016). Todavia, resultados positivos com a aplicação dos recursos da fisioterapia em pacientes com DTM foram citados por Mourão e Mesquita (2006) que utilizaram a técnica de pompage obtendo relaxamento muscular, redução da dor e melhoria do encurtamento e má postura. De acordo com Tenreiro e Santos (2011), o encurtamento dos músculos cervicais é um fato comum em pacientes com DTM. Portanto, o alongamento torna-se primordial para a manutenção do

sistema estomatognático. Adicionalmente, segundo esses autores, a cinesioterapia mastigatória ou técnicas manuais articulares na ATM visam o aumento da abertura bucal, reposicionamento do disco articular, melhora do movimento articular, aumento da lubrificação pelo líquido sinovial, prevenção ou interrupção do processo degenerativo, entre outros (Tenreiro e Santos 2011).

Outros autores relatam a utilização do laser como uma alternativa importante no alívio da dor e no restabelecimento da função, no que diz respeito ao tratamento das DTM (Assis, Soares e Victor, 2012). Assim, a Laserterapia vem sendo frequentemente utilizada na prática clínica, embora possua um custo relativamente alto.

Com relação à estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), Grossmann et al (2012) puderam atestar o uso da TENS na disfunção temporomandibular promovendo o controle da dor crônica e relaxamento dos músculos mastigatórios. Santos e Pereira (2016) realizaram um estudo destacando a efetividade da terapia manual e da eletroterapia no tratamento de DTM. O estudo confirmou a relevância do ultrassom (US) terapêutico em pacientes diagnosticados com DTM. De acordo com o gráfico 2 deste estudo, podemos perceber que o US foi o recurso terapêutico aplicado com maior frequência nos pacientes, visando o alívio da sintomatologia dolorosa.

Não foram encontrados estudos destacando a relevância da terapia combinada (TC) em pacientes com DTM, porém neste presente estudo, tal recurso auxiliou significativamente para a reabilitação.

De acordo com o gráfico 2, os recursos de crioterapia, Infravermelho (IV) e FES, não foram aplicados na população desta pesquisa, porém já existem estudos que comprovam a eficácia dos recursos citados. Possivelmente o custo de tais tratamentos impossibilita a utilização dos mesmos (Catão *et al.*, 2015; Furlan, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, apesar de se tratar de uma amostra pequena e de conveniência foi possível observar o progresso que a atuação fisioterapêutica proporciona aos pacientes com DTM. Ao final do tratamento verificou-se que a população do estudo teve uma melhora gradativa e significativa. Houve redução da dor nos diversos locais apresentados, confirmando-se os benefícios trazidos pela Fisioterapia.

De acordo com o exposto, a DTM é uma condição com diversos sintomas que incapacitam o paciente de exercer suas atividades de vida diária normalmente.

Sugere-se que o paciente que apresenta disfunção temporomandibular deve ser avaliado por uma equipe multidisciplinar e ser tratado pela combinação de recursos e técnicas que, se bem aplicados, podem trazer alívio nas condições sintomatológicas do paciente, restabelecer a função normal da ATM, promover a saúde e prevenir os agravos/complicações da doença.

---

Futuros estudos multicêntricos e com grupo controle seriam interessantes para o aumento de evidências do tratamento nessa patologia.

## REFERÊNCIAS

1. Amaral AP, Politti F, Hage YE, Arruda EEC, Amorin CF, Biasotto-Gonzalez DA. Efeito imediato da mobilização mandibular inespecífica sobre o controle postural em indivíduos com disfunção temporomandibular: ensaio clínico controlado, simples cego, randomizado. *Brazilian Journal Of Physical Therapy*. 2013; 17(2):121-7.
2. Andrade TNC, Frare J. Estudo comparativo entre os efeitos de técnicas de terapia manual isoladas e associadas à laserterapia de baixa potência sobre a dor em pacientes com disfunção temporomandibular. *RGO*. 2008; 56(3):287-95.
3. Assis TO, Soares MS, Victor MM. O uso do laser na reabilitação das desordens temporomandibulares. *Fisioter. Mov*. 2012; 25(2):453-9.
4. Basso D, Correa E, Silva AM. Efeito da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2010; 17(1):63-8.
5. 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.
6. Catao MHCV. et al. Avaliação da eficácia do laser de baixa intensidade no tratamento das disfunções têmporo-mandibular: estudo clínico randomizado. *Rev. Cefac*. 2012. volume
7. Consalter E, Sanches ML, Guimarães AS. Correlação entre disfunção temporomandibular e fibromialgia. *Rev Dor*. 2010; 11(3):237-41.

8. Damasceno FM, Barbieri LG. O tratamento fisioterapêutico nas disfunções da articulação temporomandibular: uma revisão integrativa. *Revista Digital*. 2014;1(5):03-15.
9. Donnarumma MC, Muzilli AC, Ferreira C, Nemr K. Disfunções Temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev. Cefac*. 2010;12(5):788-94.
10. Freitas DG; Pinheiro ICO; Vantin K, Meinrath NCM, Carvalho NAA. 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.
11. Furlan RMMM. O uso da crioterapia no tratamento das disfunções temporomandibulares. *Rev. Cefac*. 2015; 17(2):648-55.
12. Garcia JD; Oliveira AAC. A fisioterapia nos sinais e sintomas da disfunção da articulação temporomandibular (ATM). *Revista Hórus*. 2011; 5(1): 113-24.
13. Grossmann E et al. O uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea na disfunção temporomandibular. *Rev Dor*. 2012; 13(3): 271-6.
14. Ilibio GBM. Tratamento funcional das disfunções temporomandibulares: uma revisão sistematica. 2011. 42 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós-graduação Especialização em Traumatologia e Ortopedia e Esportiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc, Criciúma, 2011.
15. Mourão NLA, Mesquita VT. A Importância da Fisioterapia no Tratamento das Disfunções da Atm. *Revista Terapia Manual: Fisioterapia Manipulativa*. 2006; 4(16):66-9.
16. Santos LFS, Pereira MCA. A efetividade da terapia manual no tratamento de disfunções temporomandibulares (DTM): uma revisão da literatura. *Rev. Aten. Saúde*. 2016;14(49):72-7.
17. Sartoretto SC, Bello YD, Della Bona A. Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia. *RFO Passo Fundo*. 2012; 17(3):352-9.

- 
18. Tenreiro M, Santos R. Terapia manual nas disfunções da ATM. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.
  19. Torres F, Campos LG, Fillipini HF, Weigert KL, Vecchia GFD. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. *Fisioter Mov.* 2012; 25(1):117-25.
  20. Tosato JP; Caria PHF. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. *RGO.* 2006; 51(1):211-224.