

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA ACERCA DOS SINTOMAS, SINAIS E TRATAMENTO.

TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION: A REVIEW OF LITERATURE ON SYMPTOMS, SIGNS AND TREATMENT.

Beatriz Lemos Fernandes¹

Ronne Rielk Carvalho Rego ¹

Profa. Ma. Cláudia Renata Malvezzi Taques ²

¹ Acadêmicos do Curso de Odontologia – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

² Cirurgiã-Dentista, Mestre e Especialista em Ortodontia, Especialista em Odontologia Legal -
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (Orientadora)

RESUMO:

A Disfunção Temporomandibular (DTM) um conjunto de manifestações clínicas relacionadas ao mal desempenho da função da articulação mandibular, associadas ou não à dor, que são geradas por agentes agressores à integridade morfológica ou funcional do sistema Temporomandibular, abrange vários problemas clínicos que envolvem a musculatura da mastigação, a Articulação Temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. O objetivo do artigo é contribuir para compreensão a respeito da etiologia e de algumas abordagens terapêuticas atuais no que se refere a dor orofacial e seus desdobramentos. A metodologia utilizada buscou informações em diferentes bases de dados (PubMed, Medline, Scielo, Bireme e Google Acadêmico). Foram analisados artigos acerca dos sinais, sintomas e tratamento da Disfunção Temporomandibular. Os resultados encontrados na pesquisa destacam sintomas como dor, ruídos articulares, dificuldade de abertura bucal, estalo unilateral e travamento, dor de cabeça, vertigem, otalgia e depressão. Concluiu-se que os dados da literatura destacam a importância do conhecimento dos sinais e sintomas da DTM e estudos futuros com a finalidade de se obter diagnóstico e tratamento adequados e assim melhorar a condição de vida do paciente. Em função da relevância da temática em questão sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas com amostra maior e resultados mais representativos.

Palavras chave: Articulação. Temporomandibular. Epidemiologia. Sintomas.

ABSTRACT:

Temporomandibular Dysfunction (TMD) is a set of clinical manifestations related to the poor performance of mandibular joint function, associated or not to pain, that are generated by aggressive agents to the morphological or functional integrity of the Temporomandibular system, encompassing several clinical problems involving the musculature of chewing, Temporomandibular Joint (TMJ) and associated structures. The aim of the article is to contribute to understanding the etiology and some current therapeutic approaches regarding orofacial pain and its consequences. The methodology used sought information in different databases (PubMed, Medline, Scielo, Bireme and Google Scholar). We analyzed articles about the signs, symptoms and treatment of Temporomandibular Dysfunction. The results found in the research highlight symptoms such as pain, joint noises, difficulty opening mouth, unilateral click and locking, headache, dizziness, otalgia and depression. It was concluded that the data in the literature highlight the importance of knowing the signs and symptoms of TMD and future studies with the purpose of obtaining adequate diagnosis and treatment and thus improve the patient's life condition. Due to the relevance of the topic in question, it is suggested that more research be done with a larger sample and more representative results.

Keywords: Temporomandibular Joint. Epidemiology. Symptoms

1 INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) pode ser definida como um conjunto de manifestações clínicas relacionadas ao mal desempenho da função da articulação mandibular, associadas ou não à dor, que são geradas por agentes agressores à integridade morfológica ou funcional do sistema Temporomandibular (GRIEVE, 2014).

A Disfunção Temporomandibular abrange vários problemas clínicos que envolvem a musculatura da mastigação, a articulação Temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. Como sintomas, o paciente pode ter dor na mandíbula e na região da ATM, dor de cabeça, ruído na articulação, dificuldade para abrir e fechar a boca, dificuldade para morder e cortar alimentos, porém alguns sintomas podem ocorrer enquanto o indivíduo está em repouso (BARBOSA et al., 2008).

A DTM geralmente contribui para o agravamento da dor de cabeça, cujo desconforto e estresse podem causar tensão nos músculos da mastigação, podendo se estender aos músculos do pescoço e ombro. A dor facial não é ameaçadora para a vida, mas é extremamente angustiante para o paciente. É importante conhecer alguns dos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção da DTM como, por exemplo, o bruxismo, lesões, estresse, ansiedade, artrite,

procedimentos dentários prolongados e restauração não articulada (MARTINS et al.,2008).

Entre as desordens que apresentam manifestações dolorosas, a Disfunção Temporomandibular e dor orofacial aparecem com alta prevalência na população, sendo que os sinais e sintomas estão presentes em até 86% da população ocidental. Embora possam ocorrer em qualquer idade, são mais comuns entre indivíduos de 13 a 35 anos e quatro vezes mais prevalentes em mulheres do que em homens (GONÇALVES et al.,2009). Ainda segundo os autores, dentre as articulações do corpo humano, a articulação Temporomandibular é a mais especializada e de maior complexidade, ao nível estrutural como funcional. Segundo Madeira (2007), os componentes que formam o sistema estomatognático são os ossos, músculos, articulações, dentes, lábios, língua, bochechas, sistema vascular e venoso e os fisiológicos, oclusão dentária, periodonto, articulação Temporomandibular e mecanismos neuromusculares.

Para que se compreenda melhor o sistema e conseqüentemente as disfunções Temporomandibulares, é necessário conhecer a anatomia da articulação Temporomandibular.

Manfredi, Silva e Vendite (2011) ressaltam que a articulação Temporomandibular é uma estrutura especializada e complexa, tanto estrutural como funcional fazem parte do Sistema estomatognático e possibilita além disso, a execução correta das funções de mastigação, deglutição, fonação, respiração, e conseqüentemente, a correta postura da coluna cervical.

Está localizada anteriormente ao ouvido externo, entre a região distal e superior terminal da mandíbula e a região inferior e lateral do osso temporal, articula através de processos condilares direito e esquerdo simultaneamente (GRIEVE, 2014). Levando-se em consideração os relatos de Barbosa et al., (2008) essas estruturas anatômicas são de grande importância para a anatomia de todas as articulações, estruturas ósseas, componentes articulares e tecidos moles e sua vascularização, inervação e biomecânica.

Bumann e Lotzmann (2012) destacam que os componentes articulatórios da articulação Temporomandibular são cobertas por uma cartilagem fibrosa, que absorve e distribui as cargas compressivas permitindo a mobilização sem fricção das estruturas da articulação, são separadas e interpostas pelo disco articular que divide o espaço articular em um compartimento superior e um inferior

O objetivo deste trabalho é, através de uma revisão de literatura, contribuir para uma melhor compreensão a respeito da etiologia e de algumas abordagens terapêuticas atuais, no que se refere à dor orofacial e seus desdobramentos. Especificamente, objetiva-se apresentar ao Cirurgião-Dentista o comportamento epidemiológico da Disfunção Temporomandibular, bem como os sinais e sintomas dessa doença e o passo a passo de um exame clínico detalhado.

O papel exato de tais agentes na fisiopatologia das DTMs varia muito de pessoa para pessoa, e como esta disfunção é de etiologia multifatorial, é de grande relevância que o Cirurgião-Dentista tenha uma atuação multidisciplinar, interagindo com profissionais de outras áreas da saúde que tenham conhecimentos sobre a patologia em questão, a esteja apto a diagnosticar e tratar o seu paciente, o que justifica este estudo.

O trabalho se justifica visto as grandes deficiências graves, não só derivadas dos problemas de diagnóstico implícito da DTM, mas ainda pela falta de instrumentos apropriados e padronizados para exames e avaliação dos diversos fatores oclusais. É importante ainda, para o profissional de Cirurgião Dentista realizar o diagnóstico e tratamento, conhecer e identificar os sinais e sintomas da DTM.

2 METODOLOGIA

Essa pesquisa buscou informações em diferentes bases de dados (PubMed, Medline, Scielo, Bireme e Google Acadêmico), utilizando os descritores: Transtornos da Articulação Temporomandibular, Epidemiologia e Exame Clínico. Foram analisados artigos acerca dos sinais, sintomas e tratamento da Disfunção Temporomandibular, além de livros base e dissertação de mestrado.

3 DISCUSSÃO

Em acordo com os achados da literatura, a frequência de casos de DTM foi maior no sexo feminino em comparação ao sexo masculino (SILVEIRA et al., 2007; COOPER, KLEINBERG, 2007). A faixa etária dos artigos analisados é semelhante à encontrada na literatura que mostra maior prevalência de DTM entre as idades de 20 e 40 anos (NOBREGA et al., 2007).

Segundo Donnarumma et al., (2010) em um estudo com 107 mulheres e 18 homens percebeu-se que a predominância da disfunção Temporomandibular é maior em mulheres com idade média de 35 anos e maior predominância em profissionais com vínculo empregatício. Em relação à incidência de hábitos deletérios e posturais, nos estudos analisados de Silveira et al (2007), Cooper, Kleiberg (2007) e Serralta, Martins e Ávila (2010), nos estudos analisados de Marchesan (2008) hábitos como apertar os dentes (50%), mão no queixo (74%) e flexão de cabeça (44%).

Outro autor analisado foi Carvalho (2013) que relatou como principais queixas dos pacientes com DTM, bruxismo, fadiga muscular, dor, estalo, travamento, morder lábios, bochechas e apertamento. Serralta, Martins e Ávila (2010), destacaram como sinais e sintomas como zumbido, bruxismo, fadiga muscular e dor e travamento. Corroborando com os mesmos sintomas e sinais de Akhter et al., (2013) que foram, dor na ATM, ruídos articulares, dificuldade de abertura bucal, dor de cabeça, vertigem, otalgia e depressão.

No estudo dos autores acima citados, as maiores queixas identificadas foram dor representada em 68,8% dos entrevistados, estalo 34,4% e travamento em 10,4%. Os principais sintomas e sinais observados foram dor na região da ATM e masseter em 78,4%. Em trabalho similar de Marchesan (2008) os principais sinais e sintomas encontrados foram diminuição da abertura de boca em 12%, dor de cabeça em 12% e dificuldade de mastigação em 15% dos participantes do estudo.

Liu et al., (2013) destacaram os sinais e sintomas como diminuição da amplitude de movimento mandibular, dor muscular e articular, crepitação, limitação funcional ou desvio de abertura da mandíbula. E Figueiredo et al., (2009) em estudo anterior, destaca os principais sintomas, dor, sensibilidade muscular, limitação do movimento mandibular, ruído articular ou estalido, diminuição da audição, vertigem e zumbido.

Kohler, Hugoson e Magnus (2013) destacam como diagnóstico e terapêutica para DTM um exame clínico sucinto, palpação muscular, auscultação e palpação da ATM. Na pesquisa de Bevilaqua-Grossi et al., (2011), em alguns casos como em casos de trauma agudo ou tensionamento por estresse, os sintomas de DTM podem ser tratados com medicamentos, terapias, cirurgias e procedimentos.

Teixeira, Marcucci e Luiz (2009) relatam que, alguns medicamentos utilizados no tratamento de DTM são analgésicos, antidepressivos tricíclicos,

relaxantes musculares, sedativos. Os autores ressaltam que os medicamentos podem ajudar a aliviar as dores da DTM.

No estudo de Barbosa et al., (2008) corrobora com Marchesan (2008) relacionado a incidência de hábitos deletérios e posturais de DTM, como apertar dentes e morder objetos (44,5%) e postura atípica dos ombros. Algumas posturas relacionadas ao trabalho exercido no dia-a-dia que afetam a DTM são confirmadas também nesse estudo, profissões com um grande esforço muscular.

Outros autores, Chiaoy e Jesuíno (2013) e Roda et al., (2008), relatam que há uma associação significativa entre classe econômica e DTM, porém, não houve dentre a literatura pesquisada, estudos que relacionassem as profissões, o estresse e as DTMs. Mas em relação as queixas trazidas pelos pacientes, os dados são coincidentes.

Em trabalho realizado por outros pesquisadores, os motivos pelos quais os pacientes buscam atendimento foram dor de cabeça (80%) seguidos por ruídos (67%). Nos pacientes avaliados em pesquisa dos mesmos autores (BEVILAQUA-GROSSI et al, 2011), observou-se também presença de alterações posturais, principalmente de cabeça e ombros, em todos os pacientes, e os sinais e sintomas mais evidentes foram dores musculares (50%), dores articulares (10%) e dores de cabeça (9%). A cefaléia genérica, advindo como dor referida dos músculos mastigatórios ou da própria articulação, é um sintoma importante da DTM. Podem-se encontrar ainda sintomas como rigidez no pescoço, vertigem e laringite. A vertigem pode ser provocada pela dor que se irradia para o ouvido interno, afetando seu equilíbrio.

De acordo com a revisão bibliográfica no presente estudo pode-se verificar que os principais sintomas encontrados nos artigos de pacientes com DTM foram os sintomas como dor, ruídos articulares, dificuldade de abertura bucal, estalo unilateral e travamento, dor de cabeça, vertigem, otalgia e depressão. De modo geral, os autores acolhem a hipótese de que a DTM tem uma causa multifatorial (SERRALTA; MARTINS; ÁVILA, 2010), corroborando com os autores, Chiaoy e Jesuíno (2013) também afirmam que os fatores sintomatológicos relacionados a neuromusculares, psicológicos e anatômicos.

Serralta, Martins e Ávila (2010) ainda classifica a etiologia das DTM em três fatores: fisiológicos, psicológicos e ambientais. Teixeira, Marcucci e Luiz (2009) relatam que, determinados estudos têm confirmado que grande parte dos casos de

DTM é devida a mal oclusões morfológicas. Para que estas disfunções aconteçam, seria imprescindível a participação de fatores predisponentes, eficientes e psicológicos, sendo as alterações oclusais acatadas causas predisponentes ou eficientes.

De acordo com Lima et al., (2011), alguns autores asseguram que a oclusão dentária é o primeiro fator etiológico no desenvolvimento da DTM. Por outro lado, outros fatores indicam que a oclusão dentária não está enredada ou é pouco responsável pela DTM, sendo um fator agravante e não etiológico.

No artigo citado acima de Bevilaqua-Grossi et al., (2011) os fatores são associados a más oclusões. Autores como Felício (2012), Lima et al., (2011) relacionam esses fatores com hábitos para funcionais, alterações posturais, traumatismos, distúrbios reumatológicos, estresse emocional, ansiedade e depressão.

Para Bevilaqua-Grossi et al, (2011) a DTM é uma desordem comumente pertinente ao estresse, que induz ao aumento do tônus muscular, frequentemente conexa à presença de hábitos parafuncionais, como o ato de apertar ou ranger os dentes, resultando em fadiga e espasmo, os quais produzem dor e disfunção.

Conforme relatos de Chiaoy e Jesuíno (2013), as alterações posturais têm sido demandadas como sendo influenciadoras no desenvolvimento e persistência da DTM, visto que desordens no segmento cervical proporcionam porcentagem de sintomas de DTM, e a anteriorização da cabeça é suspeita de ser um fator de grande importância.

Para Rizzatti-Barbosa et al., (2009) e Farilla (2007) quando os vários fatores etiológicos se associam, sobrecarregam o sistema estomatognático, e sua aptidão de adaptação poderá não retribuir favoravelmente. O que se observa é que, enquanto um sistema mais capacitado pode adaptar-se à situação de excessos sem danos às estruturas, outro absorve a condição lesiva com alterações expressivas.

As disfunções Temporomandibulares constituem um termo genérico de um número de sinais clínicos e sintomas, envolvendo os músculos mastigadores, a articulação Temporomandibular e estruturas associadas. Hábitos parafuncionais, desarmonias oclusais, estresse, ansiedade, traumas e micro traumas, instabilidade mandibular, desequilíbrios posturais, condições fisiológicas anormais são fatores comumente relacionados às DTMs (BARBOSA et al., 2008)

A DTM apresenta etiologia multifatorial e normalmente envolve uma abordagem interdisciplinar para seu tratamento. A incidência deste tipo de disfunção vem aumentando consideravelmente, calculando-se que na atualidade 50 a 75% da população exibe pelo menos um sinal e 25% tem sintomas associados (NEGREIROS et al., 2007). De acordo com Roda et al; (2008) DTM pode envolver dor muscular, dor articular, limitações no movimento mandibular e estalidos ou ruídos na articulação. Recursos imaginológicos são muito úteis para se estabelecer um diagnóstico ou descartar qualquer outro processo patológico. Radiografias panorâmicas e ressonância magnética são os exames complementares mais utilizados que auxiliam no diagnóstico da DTM, lembrando que a ressonância magnética pode ser mais utilizada no estudo dos tecidos moles.

Segundo Biasotto et al., (2008) existem várias desordens na articulação Temporomandibular que são caracterizadas pela dor crônica, fadiga, sensibilidade nos músculos da mastigação, ruídos e limitação de movimento. De acordo com os autores, são de difíceis diagnóstico e tratamento e estão relacionadas ao desequilíbrio biomecânico da articulação e da região cervical.

A palpação manual é o método clínico mais utilizado para avaliar a dor muscular e é considerada parte importante do exame clínico, a avaliação de sensibilidade à dor também pode ser realizada com auxílio de um algômetro, que tem sido usado para verificar o limiar de dor à pressão (LDP). O LDP é definido pelo paciente, que informa ao pesquisador o momento em que a pressão realizada pelo aparelho causa sensação dolorosa (GOMES et al., 2012).

Em pacientes com bruxismo por exemplo, as placas oclusais têm mostrado excelentes resultados, pelo menos a curto prazo. Em relação à disfunção muscular, porém, os autores relataram que a terapia com placas oclusais por muito tempo pode fazer o bruxismo retornar. Terapias com antidepressivos, tomados antes de deitar, têm mostrado diminuição da sintomatologia dolorosa dos pacientes pela manhã. (MIRAGLIA et al., 2013).

A terapia inicial para pacientes com DTM deve ser reversível, incluindo terapia com placas oclusais, fisioterapia, termoterapia e avaliação psicoterápica. É preciso avaliar as principais características dos tipos mais comuns de cefaleia e sua associação com as DTM, bem como a terapêutica utilizada na redução dos sintomas envolvidos e o diagnóstico diferencial em relação às dores orofaciais (GOMES et al., 2012).

Recursos fisioterápicos tais como ultrassom, estimulador elétrico do nervo (TENS) e os agentes térmicos são utilizados com sucesso no tratamento das disfunções em outras áreas do organismo, disfunções estas similares às disfunções que acometem o sistema neuromuscular e a articulação Temporomandibular, que podem ser associados a outros meios terapêuticos coadjuvantes (BARBOSA et al.,2008)

No contexto, a DTM geralmente é detectada por ser uma dor miofacial, com palpação dolorosa dos músculos da mastigação, desarranjos do disco articular com redução, caracterizado pela presença de estalidos durante a abertura e/ou fechamento da boca, desarranjos discais sem redução, caracterizados por limitações na abertura de boca, e osteoartrite/osteoartrose caracterizados pela auscultação de sons friccionais durante o movimento mandibular (RODA et al.,2008).

Mazzetto; Nascimento; Gomes, (2012) assegurou que, os pacientes com DTM podem apresentar diferentes sinais e sintomas, porém as queixas mais repetidamente descobertas são: dor facial e cervical, movimentos limitados, mal oclusão, sons na ATM, alteração na mastigação e zumbido.

Elias (2012) resume o quadro de sinais e sintomas sendo constituído de limitação de movimentos mandibulares, sensações auditivas, dores na face, cabeça e pescoço. A dor também pode ser referida na maxila e ouvido, conforme relatos de Manfredi; Silva; Vendite (2011).

Segundo Bevilaqua-Grossi et al (2011), a DTM é caracterizada quando três ou mais sinais ou sintomas são diagnosticados podendo incluir: dor pré-auricular, ruídos articulares, fraqueza ou hiperatividade da musculatura mastigatória, dor de cabeça do tipo tensional e distúrbios nos movimentos mandibulares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível verificar que na DTM existe um perfil predominantemente de mulheres, com média de 35 anos de idade, com vínculo empregatício e com queixa de dor na consulta; os principais sinais e sintomas desta disfunção na amostra estudada foram: dor (78%), estalo unilateral (44%) e travamento (18,4%) e houve encaminhamento para avaliação fonoaudiológica em 47,2% dos casos, para avaliação fisioterápica em 32% e avaliação psicológica 42,4%, sendo que o mesmo paciente pode ter sido encaminhado para mais de uma especialidade.

Os dados da literatura destacam a importância do conhecimento dos sinais e sintomas da DTM e a importância de se obter diagnóstico preciso e tratamento adequado e assim melhorar a condição de vida deste paciente. Em função da relevância da temática em questão sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas com amostra maior e resultados mais representativos.

5 AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por ter nos dado força, coragem e determinação ao longo de toda essa caminhada. À professora Cláudia Renata Malvezzi Taques pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste artigo; podemos dizer que a nossa formação, inclusive pessoal não teria sido a mesma sem sua pessoa. Às nossas famílias que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que chagássemos nesta etapa das nossas vidas. A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

6 REFERÊNCIAS

- AKHTER R, MORITA M, EKUNI D, HASSAN NM, FURUTA M, YAMANAKA R, MATSUKA Y, WILSON D. Self-reported aural symptoms, head ache and temporomandibular disorders in Japanese young adults. **BMC Musculo skelet Disord**. 2013; v.6, n.14, p.:58.
- BARBOSA TS, MIYAKODA LS, POCZTARUK RL, et al. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. **Int J Pediatr Otorhinolarynol**. 2008; v.73, n.3, p.:299-314.
- BEVILAQUA-GROSSI, D. et al. Proposta de uma ficha de avaliação para desordem craniomandibular a partir da caracterização dos pacientes atendidos na clínica de fisioterapia da UNIMEP. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**. 2011, p. 21.
- BIASOTTO, G.P., GONZALEZ, Daniela Aparecida et al. Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares. **Terap Man**. 2008; v.8, n.9, p.:11-4
- BUMANN, A.; LOTZMANN, U. **Disfunção temporomandibular: diagnóstico funcional e princípios terapêuticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CARVALHO, G. D. S.O.S. **Respirador bucal: uma visão funcional da amamentação**. São Paulo: Lorise, 2013.

CHIAOY, L.; JESUINO, F. Estudo das alterações posturais nos indivíduos com disfunção temporomandibular. **Reabilitar**. São Paulo, ano 5, n.18, p.37-39, jan/mar. 2013.

COOPER BC, KLEINBERG I. Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders. **Crânio**. 2007; v. 25, n.2 p.:114-26.

DONNARUMMA, MDC, MUZILLI, CA, FERREIRA, C, NEMR, K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. **Revista CEFAC**, 2010, set-out, v.12, n.5, p.:788-794.

ELIAS, K. M. I. da F. Neurinoma do acústico e desordem temporomandibular: a importância do diagnóstico diferencial. **Jornal Bras. de Fonoaudiol.** Curitiba, v.3, n.10, p.36-39, jan./mar., 2012.

FARILLA EE. Frequência das para funções orais nos diferentes subgrupos de diagnósticos de Desordens Temporomandibulares de acordo com Critérios **Diagnósticos de Pesquisa em Desordens temporomandibulares (RCD/TMD)**. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007

FELÍCIO CM. Desordem Temporomandibular: relação entre sintomas otológicos e orofaciais. **Rev Bras Otorrinolaringol**. 2012; v.70, n.6, p.:786-93.

FIGUEIREDO VMG, CAVALCANTI AL, FARIAS ABL, NASCIMENTO SR. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. 2009; v.31, n.2 p.:159-163.

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; v.16, n.1, p.:10-5.

GONÇALVES DA, SPECIALI JG, JALES LC, CAMPARIS CM, BIGAL ME. Temporomandibular symptoms, migraine and chronic daily headaches in the population. **Neurology** 2009; v.73, n.8, p.:645-6.

GRIEVE, G. **Moderna terapia manual**. São Paulo: Panamericana, 2014.

KÖHLER AA, HUGOSON A. MAGNUSS T. Clinical signs indicative of temporomandibular disorders in adults: time trends and associated factors. **Swed Dent J**. 2013; v.37, n.1 p.:1-11

LIMA, C. C. M. et al. Avaliação de algumas características psicossomáticas em pacientes portadores de disfunções no sistema estomatognático. **Jornal Bras. de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**. Curitiba, v.1, n.4, p.301-307, out/dez., 2011.

LIU F, STEINKELER A. et al. Epidemiology, diagnosis, and treatment of temporomandibular disorders. **DentClin North Am**. 2013; v.57, n.3 p.:465-79.

MADEIRA, M. C. **Anatomia da face:** bases anátomo-funcionais para a prática odontológica. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2007

MANFREDI, A. P. S.; SILVA, A. A.; VENDITE, L. L. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e distúrbios temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v.67, n.6, nov. 2011.

MARCHESAN, I. Q. **Fundamentos em fonoaudiologia:** aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MARTINS MD, ANDRADE DV, et al. Estudo transversal da prevalência de disfunção temporomandibular e bruxismo em estudantes universitários. **Terap Man.** 2008; v.7, n.29, p.:11-4

MAZZETTO, M. O; NASCIMENTO, G.; GOMES, N. M. S. Estudo da prevalência das alterações das funções estomatognáticas em pacientes com disfunção temporomandibular. **Jornal Bras. de Fonoaudiol.** Curitiba, v.3, n.11, p.140-147, abr./jun., 2012

MIRAGLIA, A; CASTILLO DB, ZOMERFELD VS, AZATO FK, TOLEDO AM, OLIVEIRA AS, PEREIRA PZ, et al. Photogrammetric postural analysis of individuals with temporomandibular disorder. **Braz J Oral Sci.** 2013; v.11, n.2, p:311.

NEGREIROS, W, WEISS F, MAULÉN M, LIRA D, PADILLA R, HORMAZÁBALF, et al. Trastornos temporomandibulares: perfil clínico, comorbilidad, asociaciones etiológicas y orientaciones terapéuticas. **Avanc Odontoestomatol.** 2007; v.26, n.4, p.:209-16.

NÓBREGA JCM, SIQUEIRA SRDT, SIQUEIRA JTT, TEIXEIRA MJ. Differential diagnosis in atypical facial pain: a clinical study. **Arq Neuro- Psiquiatr.** 2007; v.6, n.2, p:256-61.

RIZZATTI-BARBOSA, C. M. et al. A Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte II: critérios diagnósticos; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. **Fisioterapia e Pesquisa.** 2009; v.15, n.1 p.:101-6.

RODA, R.; BAGAN, J. V.; DÍAZ FERNÁNDEZ, J. M.; HERNÁNDEZ BAZÁN, S.; JIMÉNEZ SORIANO, Y. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 12, n. 4, p. 292-298, 2008

SERRALTA, F. B.; MARTINS, E. A.; ÁVILA, J. F. Adaptação de um instrumento de triagem para problemas psicológicos em pacientes com disfunção craniomandibular e dor orofacial. **Jornal Bras. Odontol.** Ano 4, n.25, 2010.

SILVEIRA AM, FELTRIN PP, ZANETTI RV, MAUTONI MC. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. **Rev Bras Otorrinolaringol.** 2007; v.73, n.4, p:528-32.

TEIXEIRA, A. C. B.; MARCUCCI, G.; LUIZ, J.G.C. Prevalências das maloclusões e dos índices anamnéticos e clínicos, em pacientes com disfunção da articulação temporomandibular. **Rev. Odontol. Univ.** São Paulo. São Paulo, v.13, n.3, p.251-256, jul./set., 2009.