

TRATAMENTOS CONSERVADORES DAS DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES
CONSERVATIVE TREATMENTS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERSLaíza KRUL¹Aline A. ROSA¹Maria L. PROSDÓCIMO²Marcio CORDEIRO³**RESUMO**

Introdução: As disfunções temporomandibulares (DTMs) envolvem muitos fatores, podendo ser de origem artrogênica ou miogênica e suas estruturas adjacentes relacionadas, afetando a região orofacial, desencadeando dor durante suas respectivas funções. **Objetivo:** Relatar o emprego das terapias conservadoras das desordens temporomandibulares, observando a efetividade do tratamento, visando a redução das sintomatologias. **Materiais e métodos:** Esse estudo caracterizou-se como um estudo observacional descritivo, comparando os efeitos da intervenção odontológica e fisioterapêutica, visando a redução da dor em pacientes com DTMs. Para esse estudo participaram 5 pacientes, utilizando como principal terapia conservadora o dispositivo oclusal, associado à terapias de calor, massagem e fisioterapia, sendo avaliados em 8 consultas, no total, e sendo respondido um questionário ao final da pesquisa.

Resultados: Os participantes desse estudo relataram que em algum momento da vida já utilizaram o dispositivo oclusal isoladamente. Entretanto, com a associação das terapias manuais e o dispositivo oclusal, obtiveram resultados promissores de melhoria entre 75% a 100% do quadro álgico, e 66,67% dos pacientes apontaram estar muito contentes com as terapias, utilizando todos os dias para dormir o dispositivo oclusal, e 33,33% apontaram estar muito contentes com as terapias, utilizando de vez enquanto o dispositivo oclusal.

Conclusão: Os dispositivos oclusais apresentam uma grande efetividade quando associados as terapias manuais. Os participantes da pesquisa relataram uma melhora positiva, com redução de sintomatologias das DTM's. A colaboração dos pacientes durante o tratamento foi imprescindível para a pesquisa, pois a combinação desses tratamentos se tornou eficaz quando realizada diariamente.

PALAVRAS-CHAVE: Articulação Temporomandibular, Tratamento Conservador, Transtornos da Articulação Temporomandibular, Tratamento Conservador

ABSTRACT

Introduction: The temporomandibular dysfunctions (TMD) involve many factors, and may be of arthrogenic or myogenic origin and their related adjacent structures, affecting the orofacial region, triggering pain during their respective functions. **Objective:** To report the use of conservative therapies for temporomandibular disorders, observing the effectiveness of treatment, aiming at reducing symptoms.

Materials and methods: This study was characterized as a descriptive observational study, comparing the effects of dental and physical therapy intervention, aiming at pain reduction in patients with TMD. For this study 5 patients participated, using as main conservative therapy the occlusal device, associated with heat therapies, massage and physiotherapy, being evaluated in 8 consultations, in total, and being answered a questionnaire at the end of the research. **Results:** The participants of this study reported that at some point in their lives they had used the occlusal device alone. However, with the association of manual therapy and the occlusal device, they obtained promising results of improvement between 75% to 100% of the pain state, and 66.67% of the patients indicated being very satisfied with the therapies, using the occlusal device every day to sleep, and 33.33% indicated being very satisfied with the therapies, using the occlusal device occasionally.

Conclusion: The occlusal devices show great effectiveness when associated with manual therapies. The research participants reported a positive improvement, with a reduction in TMD symptoms. The collaboration of patients during treatment was essential to the research, because the combination of these treatments became effective when performed daily.

KEYWORDS: Temporomandibular Joint, Conservative Treatment, Temporomandibular Joint Disorders, Conservative Treatment

¹Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

² Mestre em Clínica Odontológica, docente da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

³ Mestre em Ortodontia, docente da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

* Email para correspondência: cordeiroodontologia@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é única articulação móvel ligada ao crânio, formada pela articulação da mandíbula e osso temporal, dispendo uma complexa atuação.¹⁻³ Seus movimentos são distintos, muitas vezes descrito como gínglimo-artroidal, limitado pela anatomia da estrutura musculoesquelética, e a relação oclusal entre a dentição maxilar e mandibular.^{2,3} Sua funcionalidade se dá através de músculos e ligamentos, que estão ligados à cápsula articular, colo do côndilo e o corpo da mandíbula, responsável pelos movimentos mastigatórios, fala, deglutição, fazendo parte do sistema estomatognático, além de promover atividades parafuncionais. ^{2,3} A inervação da ATM vem através do ramo mandibular (V3) do nervo trigêmeo.³ A inervação sensorial da articulação provém dos ramos auriculotemporal e massetérico enquanto o nervo motor supre os músculos da mastigação através do V3.³

A disfunção temporomandibular (DTM) é complexa e multifatorial, não existe um único fator etiológico causal para o aparecimento dessas desordens mandibulares. ^{4,5} Os fatores considerados agravantes podem estar relacionados a psicogénias, como o trauma e a má oclusão.^{5,6} Dor orofacial, ruídos articulares, alteração e limitação da função mandibular, são as características clínicas mais comuns relatadas pelos pacientes, vindo comumente acompanhados de uma série de sintomas, como por exemplo, dores de cabeça, dores de ouvido e desconforto no pescoço, zumbido. ^{4,5-8} Uma vez que estes não são considerados especificamente diagnósticos para a disfunção temporomandibular, outras possíveis causas devem ser procuradas descartando a DTM. ^{1,5,8} O tratamento da DTM depende do diagnóstico correto que, por sua vez, requer uma história do paciente, exame clínico e investigações apropriadas para complementar dados necessários, assim confirmando o diagnóstico. ^{1,4,5} A disfunção miofascial costuma se apresentar como dor difusa, em região de cabeça e pescoço, especialmente nos músculos da mastigação. As queixas são de apertamento noturno ou em vigília, desgaste nas incisais e oclusais dos dentes, sons de crepitação durante abertura/fechamento da mandíbula e até travamento. ^{4,5,9}

O tratamento para as DTMs tem sido multidisciplinar, com vários métodos utilizados para a redução dessas condições, optando-se por procedimentos não invasivos e reversíveis, e por sua vez, em poucos casos sem resolução desses distúrbios. ¹⁰

Diante do exposto, o estudo deste trabalho tem como objetivo relatar o emprego das terapias conservadoras das desordens temporomandibulares, observando a efetividade do tratamento, visando a redução das sintomatologias.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo caracterizou-se como um estudo transversal observacional descritivo, comparando os efeitos antes e depois da intervenção odontológica e/ou fisioterapêutica, visando a redução da dor em pacientes com DTM.

Este estudo teve aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, através do parecer nº 5.125.099.

Participaram desse estudo 15 indivíduos (amostra de conveniência), previamente avaliados na Clínica Odontológica da Faculdade Herrero, com queixa de dores articulares em ATM ou com diagnóstico positivo de distúrbio têmporo-mandibular do tipo muscular, com idades de 18 a 50 anos, de ambos os sexos e qualquer etnia.

Os critérios de inclusão para esse estudo foram: pacientes que relatam dor na ATM, dor de ouvido, trismo, desgaste oclusal dos dentes, cansaço muscular nas regiões faciais ao acordar, dificuldade de abertura de boca, barulho ao abrir a boca; pacientes com diagnóstico prévio positivo para DTM muscular. E como critérios de exclusão: pacientes assintomáticos, e pacientes que não tinham a possibilidade de comparecer mensalmente a faculdade Herrero para as consultas controle.

Foram realizadas 8 consultas no total (1 consulta inicial, 3 consultas de intervenção e 4 consultas de acompanhamento) para este estudo, divididas em: 1ª consulta: anamnese, exame físico, além de moldagem em alginato das arcadas superior e inferior, registro de cera em relação cêntrica para confecção de dispositivo oclusal em resina acrílica. 2ª consulta: entrega e instruções sobre a utilização do dispositivo oclusal (uso diário e cuidados na guarda e higiene do dispositivo). 3ª consulta: avaliação do uso do dispositivo oclusal (questionário – ANEXO 1). 4ª consulta: avaliação do uso do dispositivo oclusal, e instruções de terapias conservadoras (massagem, calor úmido, fisioterapia) para serem associadas ao uso do dispositivo oclusal. Da 5ª à 8ª consulta: acompanhamento.

Dentre as terapias conservadoras utilizadas, a massagem consistiu em instrução de manipulação do músculo masseter para alívio das tensões musculares, por 5 minutos em cada lado, utilizando o dedo indicador e médio intraoral e o dedo polegar extraoral massageando sentido horário a musculatura indicada, também foi proposto aos pacientes um massagador com intuito de substituir o uso manual.

O calor úmido também foi uma terapia empregada, a fim de minimizar o quadro álgico dos pacientes, provocando relaxamento muscular, sendo instruído a utilização de bolsa térmica enrolada em uma toalha, para evitar possíveis queimaduras, realizando a compressa no local por 20 minutos de cada lado da musculatura massetéica.

A fisioterapia foi a última terapia a ser instruída, consistindo em exercícios de alongamento, podendo ser: 1º - o ápice da língua encostada no palato e abrir a boca; 2º - encher as bochechas de ar;

3º- colocação de dois dedos entre os incisivos centrais para uma neuroprogramação de limitação de abertura de boca. Todos esses exercícios foram instruídos a serem repetidos por 20 vezes, duas vezes ao dia, nos 7 dias da semana.

Os participantes foram acompanhados durante oito meses em consultas mensais, nas quais eram respondidas questões em relação ao nível de dor e redução de hábitos parafuncionais, com o objetivo de avaliar se houve uma melhora significativa da função, durante todo o tratamento.

Como critérios de sucesso aponta-se a melhora do quadro sintomatológico (dor, trismo, limitação de abertura de boca, estalidos), relaxamento da musculatura, redução das parafunções (apertamento e bruxismo). Como critérios de insucesso aponta-se a manutenção do quadro da DTM, relato de dor ou exacerbação da dor, piora do quadro geral dos sintomas relatados pelo paciente.

3. RESULTADOS

Os dados obtidos foram tabulados e analisados pelo software IBM SPSS Statistics 20.0 para Microsoft.

Dos 15 pacientes avaliados, que apresentavam queixas de DTM, apenas 12 aceitaram participar da pesquisa, 3 foram excluídos, por não estarem dentro dos critérios de inclusão da pesquisa e 4 desistiram do tratamento.

Todos os pacientes incluídos na pesquisa, relataram como maior queixa a dor, sendo 80% apontando dor forte/moderada, e apenas 20% apontando dor constante, como demonstrado no gráfico 1.

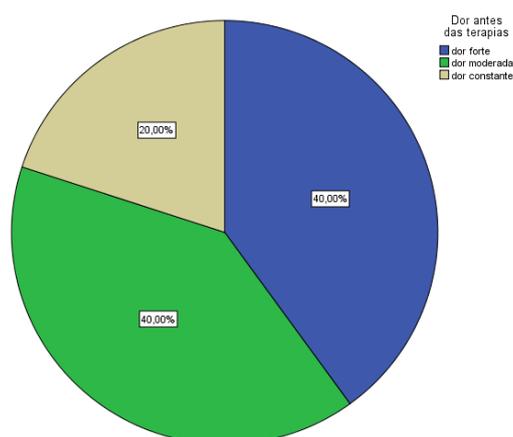


Gráfico 1: Porcentagem de pacientes com diferentes queixas de dor.

Os 5 pacientes que fizeram parte do estudo relataram já ter feito o uso do dispositivo oclusal em algum momento da vida, porém, não souberam especificar o material utilizado. O uso do dispositivo oclusal foi a terapia mais indicada nessa pesquisa, a fim de reestabelecer um conforto na

ATM. Para isso os pacientes foram questionados quanto ao uso do dispositivo, e 80% dos pacientes relataram o uso diário, enquanto 20% apontaram o uso de vez enquando, como no gráfico 2.

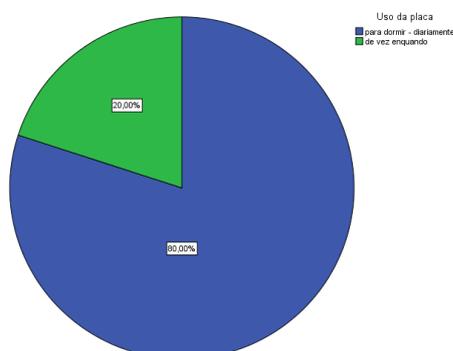


Gráfico 2: Uso do dispositivo oclusal.

As terapias como calor, massagem e fisioterapia foram as terapias convencionais escolhidas para agregar melhora nas DTMs. Com relação a elas, associado ao uso do dispositivo oclusal, e comparado com a melhora do quadro álgico, obteve-se o resultado de: melhora de até 100% do quadro álgico em 80% dos pacientes com o uso do calor (quadro 1); Em 60% dos pacientes com o uso de massagem (quadro 2); Em 40% dos pacientes com o uso de fisioterapia, sendo a terapia menos aderida (quadro 3); E em 80% dos pacientes usando diariamente o dispositivo oclusal (quadro 4).

Quadro 1: Associação da melhora com o uso da terapia do calor.

		Calor		Total
		não fez	fez uso	
Melhora	75%	1 – 20%	1 – 20%	2 – 40%
	100%	0 – 0%	3 – 60%	3 – 60%
Total		1 – 20%	4 – 80%	5 – 100%

Melhora com uso do calor

Quadro 2: Associação da melhora com o uso da terapia de massagem.

		Massagem		Total
		não fez	fez	
Melhora	75%	1 – 20%	1 – 20%	2 – 40%

	100%	1 – 20%	2 – 40%	3 – 60%
Total		2 – 40%	3 – 60%	5 – 100%

Melhora com o uso da massagem

Quadro 3: Associação da melhora com o uso da terapia de fisioterapia.

		Fisioterapia		Total
		não fez	fez	
Melhora	75%	2 – 40%	0 – 0%	2 – 40%
	100%	1 – 20%	2 – 40%	3 – 60%
Total		3 – 60%	2 – 40%	5 – 100%

Melhora com o uso da fisioterapia

Quadro 4: Associação da melhora com o uso do dispositivo oclusal.

		Uso da placa		Total
		para dormir - diariamente	de vez enquando	
Melhora	75%	2 – 40%	0 – 0%	2 – 40%
	100%	2 – 40%	1 – 20%	3 – 60%
Total		4 – 80%	1 – 20%	5 – 100%

Melhora com o uso do dispositivo oclusal

Com relação à frequência da utilização das terapias manuais, obteve-se uma frequência de média à alta, com a soma de 80% de frequência entre os participantes, e apenas de 20% com baixa frequência (quadro 5).

Quadro 5: Frequência da aplicação das terapias conservadoras.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem Cumulativa
baixa (1 a 2 vezes por semana)	1	20,0	20,0	20,0

média (3 vezes por semana)	2	40,0	40,0	60,0
alta (todos os dias)	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Frequência da aplicação das terapias

Com relação à satisfação do uso das terapias conversadoras associada ao uso do dispositivo oclusal, e melhoria do quadro clínico, 100% dos pacientes apontaram estar contentes com as terapias, utilizando todos os dias para dormir o dispositivo oclusal, melhorando 75% do quadro álgico; 66,67% dos pacientes apontaram estar muito contentes com as terapias, utilizando todos os dias para dormir o dispositivo oclusal, melhorando em 100% do quadro álgico, e 33,33% dos pacientes apontaram estar muito contentes com as terapias, utilizando de vez em quando o dispositivo oclusal, melhorando em 100% do quadro álgico .

4. DISCUSSÃO

As DTMs acometem de 15 a 20% dos pacientes adultos, entre a segunda e a quarta décadas de vida, com maior incidência em mulheres.^{11,12} Embora a Disfunção Temporomandibular não seja uma ameaça para a vida, ela pode impactar na qualidade de vida do paciente.¹³ Considera-se a DTM um distúrbio multifatorial que envolve fatores biológicos, ambientais, sociais, neuromusculares, razões emocionais e cognitivas. ^{13,14} Os relatos mais comuns desses pacientes são dores na face, articulação e músculos da mastigação, hábitos de ranger e apertar os dentes.^{15,16} Exemplo disso são os estudos realizados por Santos e Pereira (2016), sendo que 100% dos indivíduos apresentaram este tipo de sintomatologia.¹⁷

Devido a complexidade de tal distúrbio, diversos tratamentos podem ser aplicados, entre eles, os dispositivos oclusais removíveis, os quais são ajustadas sobre a superfície oclusal e incisal dos dentes, tornando-se um tratamento conservador e não invasivo, diminuindo a hiperatividade muscular mastigatória durante a parafunção.^{15,17} Mesmo que ainda haja dúvidas relacionadas a eficácia do uso das placas oclusais, Okeson (2000) mostra um alto índice de sucesso, entre 70% a 90% na diminuição das algias relacionadas a DTM.^{12,18,19} De acordo com Okeson (2000), na maioria das vezes, os dispositivos oclusais alteram a posição condilar para um posicionamento musculoesquelético mais estável.^{18,19} Strinit et al (2009) mostram que os dispositivos oclusais apresentam-se como um tratamento conservador de baixo custo que traz resultados satisfatórios.¹⁵

Existe uma variada diversidade de aparelhos para o tratamento de DTMs, porém, sua indicação depende do tipo de ação, material utilizado para sua confecção e localização. ¹⁵ Dividem-se em placas reposicionadoras, que reposicionam a maxila com a mandíbula ou placas estabilizadoras, que estabilizam a maxila com a mandíbula, sem modificar a estrutura.¹⁵ Segundo Strini et al (2009),

a placa estabilizadora consiste em eliminar interferências oclusais, diminuindo hipertonicidade muscular, reduzindo sintomatologia dolorosa, levando o côndilo para uma posição estável.¹⁵

O benefício da fisioterapia é o alívio dos sintomas para restabelecer as normalidades da ATM, a terapia manual pode estar inclusa nesse processo de reabilitação. ^{17,19} Freitas et al (2011) ressaltam que a fisioterapia, utilizando terapias manuais, auxiliam na correção das disfunções musculoesqueléticas, por meio de relaxamento miofascial, mobilização, manipulações articulares e reeducação postural.^{17,19} Ribeiro et al (2018) afirmam que a terapia manual aplicada sobre os músculos da mastigação aumenta a amplitude mandibular, se tornando benéfica no tratamento da disfunção, recomenda-se esse método por ser de baixo custo, não invasivo, e reversível, devendo ser considerada como uma das terapias na redução da dor de origem muscular relacionada às DTMs. ^{17,19} Martins et al (2018) apontam que a terapia manual isolada traz grandes benefícios, mas associada com a fisioterapia tem uma efetividade superior.¹⁷⁻¹⁹ Outro método aplicado e estudado ao longo dos anos em relação ao tratamento das DTMs, é a termoterapia, consistindo em uma aplicação de calor úmido na hemiface, apresentando benefícios, tais como alívio e diminuição da algia, redução da tensão muscular e melhora em relação às funções mandibulares.^{15,17,19}

Wänman e Marklund (2019) justificam os efeitos da placa oclusal que atua de forma passiva, alterando a carga biomecânica da ATM, afim de diminuir a atividade parafuncional, já os exercícios fisioterapêuticos supervisionados agem de forma ativa, tendo como objetivo de mobilizar a disfunção e a dor do paciente.^{12,18,19} Ambas as abordagens dependem muito das circunstâncias, onde a adesão, decisões e motivação do paciente são importantes para concluir os tratamentos.^{12,18,19} Segundo os autores Wänman e Marklund , concluíram com os resultados de seus estudos que a associação de exercícios mandibulares associados ao uso de placa oclusal nos casos de deslocamento de disco com redução surtiu melhora na intensidade de sons da ATM, nos quais 2/3 apontaram redução de 30% e metade apontaram melhora de 50% dos sons da ATM. ^{12,19}

Wieckiewicz et al. (2015), salientam que as terapias conservadoras devem ser a primeira escolha no tratamento das DTMs, visando o baixo risco nos efeitos adversos.¹⁸ Corroborando com o estudo de Torres et al (2012), que afirmam como primeira escolha de tratamento o emprego da educação/orientação para o paciente em relação ao diagnóstico, exercícios ativos e passivos, terapias manuais e uso de dispositivos oclusais. ¹⁹ Shaffer et al. (2014), afirmam que a fisioterapia é um método conservador benéfico para o tratamento das DTMs.²⁰ A mobilização articular é um componente central para o tratamento de várias disfunções, facilitando a inibição da dor, aumentando a amplitude de movimentos e a diminuição dos espasmos na musculatura. ²⁰ Ekberg e Nilner (2006) avaliaram os efeitos a curto e a longo prazo de um dispositivo de estabilização e um aparelho de

controle, em pacientes com dor miofascial e cefaleia.²¹ Demonstrou-se que houveram diferenças em relação às melhorias para a cefaleia entre os grupos tratamento e controle durante as reavaliações.²¹ Assim, o dispositivo de estabilização parece apresentar um efeito positivo no que se refere à cefaleia, tanto em curto, quanto em longo prazo, em pacientes com dor miofascial.²¹

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dispositivos oclusais apresentaram uma grande efetividade quando associados as terapias manuais. Os participantes da pesquisa relataram uma melhora positiva, com redução de sintomatologias das DTMs. A colaboração dos pacientes durante o tratamento foi imprescindível para a pesquisa, pois a combinação desses tratamentos acarretou bons resultados quando realizada diariamente, trazendo benefício para a melhor qualidade de vida dos pacientes, relacionada a mobilidade mandibular, diminuição de algias, melhorando a função oral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sassi FC, Silva AP, Santos RK, Andrade CR. Tratamento para disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática. *Audiol Commun Res.* 2018;23:e1871: 1-13.
2. Pelicioli M, Simon R, Florianovicz C, Batista JS. Tratamento fisioterapêutico nas desordens temporomandibulares. *Rev. dor.* 2017;18(4):355-61.
3. Beaumont S, Garg K, Gokhale A, Heaphy N. Temporomandibular Disorder: A practical guide for dental practitioners in diagnosis and management. *Aust Dent.* 2020;65(3):172-180.
4. Costa AM. Disfunção temporomandibular e dores orofaciais: dos princípios básicos à prática clínica. Uso do dispositivo interoclusal no tratamento da disfunção temporomandibular. Brasília. Monografia [Especialização em Disfunção Temporomandibular e Dores Orofaciais] - Faculdade UnYLeYa, 2017.
5. Dimitroulis G. Management of temporomandibular joint disorders: A surgeon's perspective. *Aust. Dent. J.* 2018; 63:(1): S79-S90.
6. Lima DG, Oliveira DW, Oliveira ES, Gonçalves PF, Flecha OD. Placas estabilizadoras em pacientes portadores de DTM: relato de dois casos -*Rev. Bras. Odontol.* 2016; 73(3): 261-64.
7. Melo GM. Mecanismo de ação dos dispositivos interoclusais – *Rev.Sul-Bras Odontol.* 2010; 7(2):216-25.
8. Nishimori LE, Martins JR, Marson FC, Sábio S, Silva CO, Corrêa GO. Utilização de placas oclusais em resina Acrílica no auxílio do tratamento de DTM's .*Rev. Uningá.* 2014; 17(1): 59-64.
9. Sartoretto S, Bello YD, Bona AD. Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia. *RFO.* 2012; 17(3): 352-359.
10. Michiels S, Wall AC, Nieste E, Heyning PV, Braem M, Visscher C, Topsakal V, Gille A, Jaquemin L, Hesters M, Hertogh W. Conservative therapy for the treatment of patients with somatic tinnitus attributed to temporomandibular dysfunction: study protocol of a randomised controlled trial. *Trials.* 2018; 12;19(1):1-10.
11. Donnarumma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nembr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev. CEFAC* 2010; 12(5):788-794.

12. Wanman A, Marklund S. Treatment outcome of supervised exercise, home exercise and bite splint therapy, respectively, in patients with symptomatic disc displacement with reduction: a randomised clinical trial. *J oral rehab.* 2019; 00: 1-7.
13. Gonçalves DA, Speciali JG, Jales LC, Camparis CM, Bigal ME. Temporomandibular symptoms, migraine and chronic daily headaches in the population. *Neurology* 2009; 73(8):645-6.
14. Pessoa DR, Costa DR, Prianti BM, Delpasso, Carolina Alves, Arisawa, Emília Ângela Lo Schiavo, Nicolau, Renata Amadei, Association of facial massage, dry needling, and laser therapy in Temporomandibular Disorder: case report. *CPAF.* 2018; 30(6):e20170265
15. Strinti PJ, Sousa GC, Junior RB, Strini PJ, Neto AJ. Alterações biomecânicas em pacientes portadores de disfunção temporomandibular antes e após o uso de dispositivos oclusais. *Rev. odontol. Metod.* 2009; 17(33):42-47.
16. Ferneini E. Temporomandibular joint disorder. *J oral maxillofac surg.* 2021; 79:2171-2172.
17. Gossler MC. Terapia manual como método fisioterapêutico no tratamento das disfunções temporomandibulares (DTMs). Lages. Monografia [trabalho de conclusão de curso] - Centro universitário unifacvest, 2019.
18. Wieckiewicz M, Boening K, Wiland P, Shiao Y, Stolarz AP. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. *J. Headache Pain.* 2015;16(106): 2-12.
19. Torres F, Campos LG, Fillipini HF, Weigert KL, Vecchia GF. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. *Fisioter.Mov.* 2012; 25(1): 117-125.
20. Shaffer SM, Brismée JM, Sizer PS, Courtney CA. *J. Man. Manip. Ther.* 2014; 22(1): 13-23.
21. Ekberg EC, Nilner M. Treatment outcome of short- and long-term appliance therapy in patients with TMD of myogenous origin and tension-type headache. *J Oral Rehabil.* 2006;33(10):713-21

ANEXO 1:

Questionário da Pesquisa

1-Como esta a sua dor?

a-dor forte não constante

b-dor moderada

c-dor constante

d-dor fraca

2-Em porcentagem quanto acha que melhorou?

a- 25%

b- 50%

c- 75%

d- 100%

3-Como esta usando a placa(tempo e dias)?

a- Pra dormir diariamente

b- Pra dormir só quando tenho dor

c- Pra dormir quando lembro

d- De vez em quando

4-Esta contente com o resultado até o momento?

a- Contente

b- Muito contente

c- Razoável

d- Descontente