

DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES: ABORDAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Iasmin Nathane da Silva, Marinara de Paula Rodrigues, Wanessa Marques Oliveira Dias¹
Rafaela Ladeira Bonato²
Letícia Ladeira Bonato³**

RESUMO

As desordens temporomandibulares (DTM) caracterizam-se por alterações que podem comprometer os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) ou ambos, gerando dor e/ou disfunção. Sua prevalência vem aumentando consideravelmente com o passar dos anos, porém, frequentemente, o diagnóstico desta condição não é feito de forma precoce. Assim sendo, como consequências, temos a cronificação dos estados dolorosos, auto medicação, afastamentos no trabalho pelos indivíduos acometidos, utilização aumentada dos serviços de saúde, e outros. Desta forma, a atenção básica em saúde, considerada a porta de entrada dos pacientes, deve atuar de forma ativa no diagnóstico e prevenção das desordens temporomandibulares. A atuação considerando os ciclos de vida (bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos) se mostra uma forma organizada de atuação de diversos profissionais da saúde. Desta forma, o objetivo do presente estudo é descrever os principais fatores de risco das DTM associadas aos ciclos de vida, de forma a orientar as condutas clínicas na atenção básica em saúde baseadas em evidências científicas.

¹ Acadêmica do curso de Odontologia do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora. E-mails: iasmin2510@hotmail.com; marydepaula2010@hotmail.com; wanessamelquiades@hotmail.com;

² Professora do curso de Odontologia do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora. Especialista em Prótese Dentária – Associação Brasileira de Odontologia/ JF. E-mail: bonato.rafaela@estacio.com;

³ Professora do curso de Odontologia do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora. Doutora em Odontologia – Universidade Federal Fluminense. E-mail: bonato.leticia@estacio.br;

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos da Articulação Temporomandibular. Dor facial. Atenção Primária à Saúde. Estágios do Ciclo de Vida.

1. INTRODUÇÃO

A implementação das ações no sistema único de saúde (SUS), se faz considerando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização (GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIDA, 2020). A atenção primária à saúde (APS) apresenta-se como uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde em seu primeiro nível de atenção, e um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (FERTONANI et al., 2015).

Acompanhando tais modificações político-sociais, as diretrizes nacionais curriculares do curso de Odontologia sinalizam uma mudança paradigmática na formação, de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de levar em conta a realidade social. Nessa perspectiva, a formação do cirurgião-dentista passa a contemplar o sistema de saúde vigente no país, preparando-o, em especial, para o trabalho na atenção básica em saúde, bem como para a atuação em outros níveis de atenção dentro de um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência (TOASSI, DAVOGLIO, LEMOS, 2012).

Dentro deste contexto, cita-se a necessidade da abordagem das DTM na atenção básica de saúde. Estas representam um desafio para os profissionais, devido à complexidade da condição, evidente em vários aspectos, incluindo métodos diagnósticos, tratamentos, comorbidades associadas e impacto socioeconômico que podem acarretar aos acometidos. Os casos de DTM são ainda mais complexos quando a patologia se torna crônica ou persistente (GARRIGÓS-PEDRÓN et al., 2019).

Por apresentar etiologia multifatorial, a odontologia não desenvolveu diretrizes educacionais para lidar efetivamente com as DTM. Sendo assim, há uma necessidade de se planejar uma base de conhecimentos científicos para melhor compreensão do diagnóstico, tratamento da dor e da disfunção do sistema mastigatório e estruturas

relacionadas, bem como a capacitação de clínicos de modo a proporcionar tratamento de qualidade e precoce aos pacientes (NILNER et al., 2003). Assim sendo, o presente estudo objetiva descrever os principais fatores de risco das DTM associadas aos ciclos de vida, de forma a orientar as condutas clínicas na atenção básica em saúde, baseadas em evidências científicas.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa na qual não utiliza critérios sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A seleção de artigos foi realizada no banco de dados PubMed (US National Library of Medicine), Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo por meio dos descritores “Transtornos da Articulação Temporomandibular”, “Dor facial”, “Atenção Primária à Saúde” e “Estágios do Ciclo de Vida”. A busca foi realizada em Abril e Outubro de 2020. Os critérios de inclusão foram todos os estudos que apresentaram informações sobre fatores de risco das DTM associados aos ciclos de vida, e também aqueles que pudessem elucidar o mecanismo fisiopatológico envolvido na desordem. Foram excluídos do estudo artigos duplicados e inadequados ao objetivo proposto.

3. REVISÃO DE LITERATURA

As DTM são caracterizadas por um heterogêneo grupo de condições dolorosas e/ou não funcionais envolvendo a musculatura mastigatória e/ou as ATM (BENDER, 2014). Cerca de 10% destas desordens evoluem de maneira não satisfatória, com prognóstico desfavorável, associadas à cronificação e disseminação da dor para áreas circunvizinhas (VELLY et al., 2011). Além do comprometimento biológico causado pela disfunção, a manutenção prolongada da dor pode vir acompanhada de outras comorbidades psicossociais e comportamentais, como comprometimento da qualidade de vida, depressão e distúrbios do sono (CONTI et al., 2012).

A atuação considerando os ciclos de vida (bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos) se mostra uma forma organizada de atuação de diversos

profissionais da saúde, e é escassamente discutida em relação às DTM. Contudo, estas informações evitam afirmações genéricas em relação aos sinais e sintomas dos grupos acometidos, podendo ser fundamental para obter diagnósticos precoces, atuar em prevenção e obter dados fiéis sobre a epidemiologia das DTM (GUARDANARDINI et al., 2012).

BEBÊS (0 a 2 anos)

A anatomia das ATM consiste em um disco, superfícies articulares, cápsula articular, líquido sinovial, cartilagem e ligamentos. Cada ATM é dependente dessas estruturas e depende da articulação oposta para facilitar a função mandibular apropriada. A ATM é única em comparação com outras articulações sinoviais em sua derivação embriológica e em termos de seu início posterior de desenvolvimento e da quantidade de crescimento ainda necessária após o nascimento. O desenvolvimento das ATM é complexo, dependente de processos separados, mas coordenados, envolvendo músculos, o osso temporal e a mandíbula (BENDER, LIPIN, GOUDY, 2018).

Durante a amamentação, o movimento intenso dos lábios, língua, mandíbula, maxila e bochechas ocorrem, com efeitos benéficos no desenvolvimento motor oral. Os movimentos mandibulares envolvidos na extração de leite da mama fornecem grandes estímulos para o crescimento das ATM e, conseqüentemente, estimulam o crescimento e o desenvolvimento harmonioso da região facial (SANCHES, 2004). Os músculos envolvidos na amamentação, principalmente o masseter, são os mesmos músculos que mais tarde (a partir dos 6 meses em diante) realizarão a mastigação (GOMES et al., 2006). Há associação positiva entre a duração do tempo de amamentação e a qualidade mastigatória em pré escolares com dentição decídua completa (PIRES, GIUGLIANI, SILVA, 2012), enquanto o uso da chupeta associa-se negativamente com tais habilidades (SILVEIRA, 2013).

Embora o início dos movimentos mastigatórios ocorra por volta dos seis meses, a habilidade para a mastigação, com rotação da mandíbula e lateralização da língua, é observada a partir dos 7-8 meses (SILVEIRA, 2013). Acredita-se que alimentos duros exerçam influência em diversas estruturas, tal como a força da musculatura oral

aumentando a carga de função sobre os dentes, atuando não apenas na qualidade da mastigação como também no desenvolvimento e manutenção dos ossos maxilares, dos arcos dentários e de todo sistema estomatognático. Já os alimentos macios têm efeito atrófico sobre os ossos maxilares contribuindo para o aparecimento de má oclusões (PENA, PEREIRA, BIANCHINI, 2008). Desta forma, deve haver preocupação não apenas com o aspecto nutritivo, mas também quanto à forma como é oferecido o alimento, principalmente em termos de consistência e textura. Estas são características que favorecerão mudanças anatomofuncionais do sistema estomatognático do bebê (VIEIRA, ARAÚJO, JAMELLI, 2016).

CRIANÇAS (2 a 9 anos)

A perda precoce de dentes decíduos ainda é um problema muito comum na sociedade e um dos principais desafios para o cirurgião-dentista, com diversos impactos sobre a saúde das crianças. Os principais fatores etiológicos da perda precoce de dentes decíduos são as lesões de cárie e o traumatismo, este atingindo com maior frequência crianças com idade entre 1 a 4 anos devido à sua pouca habilidade psicomotora. A perda precoce desses dentes causa a diminuição do comprimento do arco, a migração dos dentes vizinhos para o espaço criado, tendo como consequência alterações na mastigação, fonação, comprometendo a estética e afetando o psicológico da criança (NÓBREGA, BARBOSA, BRUM, 2018).

Quando há fraturas condilares pediátricas, a tomografia computadorizada é a principal modalidade de imagem para diagnosticar e classificar as lesões. A avaliação e o tratamento do paciente pediátrico traumatizado incluem questionamentos sobre violência doméstica, status neurológico e efeitos psicológicos. A maioria das fraturas condilares pediátricas é tratada com observação e dieta macia, contudo as complicações quando existentes, incluem dor nas ATM, ruídos, restrição de abertura mandibular, disfunção mastigatória, assimetria facial, má oclusão e anquilose. Os principais objetivos do tratamento incluem restauração da oclusão pré-traumática, simetria facial, amplitude de movimento mandibular e função mastigatória (BAE, 2017).

As DTM crônicas em crianças podem também estar associadas a transtornos de estresse pós-traumático (reação psicológica frente a um evento negativo). A abordagem da dor facial pediátrica e de dores de cabeça deve ser abrangente para descartar graves distúrbios ou lesões neurológicas subjacentes. É necessário um histórico completo e avaliação física, muitas vezes em várias visitas, para identificar a causa e extensão da dor crônica (HORSWELL, SHEIKH, 2018).

Em relação aos tumores, cabe aos profissionais conhecerem o potencial de tumores e condições semelhantes envolvendo as ATM de crianças. Tumores benignos, malignos e pseudotumores apresentam achados semelhantes. A triagem pode ser realizada através de exames de imagem, como radiografias panorâmicas, embora na maior parte dos casos sejam necessárias imagens de tomografia computadorizada, ressonância magnética, PET ou tecnécio para diagnóstico (BOULOUX, ROSER, ABRAMOWICZ, 2018). A prevalência de artrite idiopática juvenil (AIJ) envolvendo as ATM, varia amplamente, com relatos variando de 11% a 87% (GRANQUIST, 2018).

ADOLESCENTES (10 a 19 anos)

Os fatores etiológicos associados à presença das DTM em adolescentes são pouco estudados, sendo os macrotraumas, a influência hormonal e o comprometimento psicológico, causas representativas (LEE et al., 2019). No entanto, a adolescência é um período único em que o desenvolvimento físico, psicológico e socioemocional ocorre simultaneamente, e esses fatores interagem entre si de forma complexa (JAWORSKA, MACQUEEN, 2015).

Dentre os macrotraumas, lesões causadas devido a acidentes de veículos automotores, intubações, extrações de terceiros molares, abuso físico e a prática de esportes devem ser considerados (SHARMA et al., 2011). Em relação aos traumas esportivos, os adolescentes são os responsáveis pelo maior número de lesões, devido principalmente ao aumento da participação em esportes coletivos nessa faixa etária, sendo que devido aos mesmos motivos, há maior prevalência de lesões em meninos do que meninas (TOZOGLU, TOZOGLU, 2006; WANMAN, 2012). A maioria dos traumas na mandíbula não resulta em fraturas (WANMAN, 2012), porém, quando

estas ocorrem, acometem mais as regiões subcondilar, seguida pelo ângulo e pelo corpo da mandíbula (TOZOGLU, TOZOGLU, 2006).

Sabe-se que os hormônios possuem papel importante nas DTM (QUINELATO et al., 2018), e o desenvolvimento das ATM pode ser afetado por diferenças de sexo (ATSU et al., 2019). Apesar de envolver distintos mecanismos, acredita-se que a influência ocorra diretamente sobre o metabolismo e homeostase da articulação temporomandibular (ATM) (WU et al., 2019), e também na modulação dolorosa, através de sua atuação sobre o sistema nervoso central e periférico (BI, DING, GAN, 2015). Desta forma, em relação a presença de sinais e sintomas, há maior percentual de acordo com o avançar da idade, em meninas, bem como no estágio de dentição mista, um período que corresponde ao crescimento e desenvolvimento do complexo craniofacial, quando há alterações fisiológicas adaptativas nas ATM. A análise do comportamento da DTM em relação à idade é muito importante para determinar tratamentos preventivos (SENA et al., 2013).

A realização de hábitos parafuncionais, como o bruxismo (em vigília e/ou do sono), estão também frequentemente associados à DTM dolorosa em adolescentes, sendo a realização de hábitos parafuncionais comuns nesta faixa etária. Em adolescentes, além de alterações emocionais, predominaram as anormalidades comportamentais e os distúrbios do sono como fatores associados à realização do bruxismo (FERNANDES et al., 2016).

ADULTOS (20 a 59 anos)

Em adultos, deve-se considerar que a dor por DTM possa estar frequentemente associada a sintomas físicos de outras desordens e comorbidades crônicas da dor, como dores generalizadas nos músculos e articulações (LORDUY et al., 2013). No passado, o diagnóstico de indivíduos com múltiplas queixas de dor era subestimado e a presença de condições difusas de dor era atribuída a fatores psicológicos ou irrealis (YUNUS, 2008). Desta forma, como já demonstrado em estudo prévio, indivíduos com DTM apresentaram alta prevalência de dor em outras articulações do corpo quando comparados aos indivíduos sem o distúrbio, sendo a dor no joelho a queixa de dor mais prevalente (BONATO et al., 2017).

A automedicação neste grupo também deve ser considerada. Esta, tem sido relatada como uma opção que as pessoas escolhem para aliviar o sofrimento de condições que causam dor. As DTM podem causar dor intensa e afetar a vida diária de um indivíduo, principalmente ao falar e mastigar. Portanto, não é surpresa que esses pacientes relatem automedicação às vezes. No entanto, a porcentagem da população com DTM que se automedica e como esse comportamento afeta a gravidade de sua condição na primeira consulta permanece incerta. Nos pacientes que se auto medicam há um grande intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a procura por profissionais, o que pode agravar os quadros da desordem (PASTORE et al., 2018).

O bruxismo do sono representa atualmente a terceira mais frequente parassonia realizada por indivíduos adultos (OHAYON, LI, GUILLEMINAULT, 2001), sendo influenciado por diversos fatores, tais como distúrbios neurológicos e psiquiátricos, transtornos do sono, e utilização de medicamentos (HERRERO BABILONI, LAVIGNE, 2018). O hábito parafuncional de ranger e/ou apertar os dentes é também uma das principais causas de estresse mecânico excessivo ou anormal nas ATM e está associado com o aparecimento de alterações ósseas degenerativas nesta articulação (MORI et al., 2010). Estudos consideram que a privação do sono aumenta os níveis séricos de estrogênio e também induz alterações nos fatores relacionados à dor na ATM e na regulação de citocinas inflamatórias (WU et al., 2014). Desta forma, considera-se que o bruxismo do sono deva ser avaliado não apenas pelas suas consequências sobre o sistema estomatognático, mas sim como parte importante de um ciclo complexo influenciado e influenciando o padrão do sono e características emocionais dos indivíduos. Frequentemente, a intervenção de profissionais de diversas áreas torna-se necessária para o adequado controle da realização e das consequências deste hábito parafuncional (OMMERBORN et al., 2012).

IDOSOS (ACIMA DE 60 ANOS)

Durante o processo de envelhecimento do indivíduo pode ocorrer sobrecarga funcional nas ATM, provocada pela falta de reposição de dentes perdidos, hábitos

parafuncionais ou por traumas. Tais alterações podem dar origem às DTM no indivíduo idoso (OLIVEIRA, DELGADO, BRESCOVICI, 2014). Dentre os principais sinais e sintomas apresentados pelos idosos estão a dor localizada na região das ATM e os ruídos articulares, que podem, por sua vez, estar relacionadas às alterações ou limitações da dinâmica mandibular (UNELL et al., 2012).

Mudanças fisiológicas no tônus dos músculos faciais e mastigatórios, manifestações orais de doenças sistêmicas e diminuição da percepção sensorial e das habilidades motoras das demais estruturas da cavidade oral decorrentes do envelhecimento também contribuem para o desenvolvimento de DTM crônicas neste grupo (MURRIETA et al., 2016). Há alta prevalência de deslocamentos de disco associados à presença de osteoartrose (OGURA et al., 2012). Contudo, cada organismo tem a capacidade de se adaptar a eventos que afetam a estabilidade ortopédica. A adaptação pode ocorrer mesmo quando os sinais e os sintomas da DTM são evidentes. Isso pode acontecer ao longo da vida do sujeito, em muitos casos por meio da geração de um pseudo disco articular que tenta restaurar a função articular que acabou perdida. Pacientes com mais de sessenta anos podem ter DTM, porém, estão tão bem adaptados a ela que não relatam sintomas, como costumam fazer os pacientes mais jovens (MURRIETA et al., 2016).

Desta forma, o que se observa é que os sintomas das DTM em idosos se apresentam de forma leve, percebidos através da palpação das ATM e dos músculos mastigatórios e cervicais, o que torna a realização de um exame clínico detalhado fundamental (CAMACHO et al., 2014).

4. DISCUSSÃO

As DTM apresentam-se de forma heterogênea entre os indivíduos, sendo influenciadas por fatores ambientais e sistêmicos (BENDER, 2014). Há frequentemente relatos de profissionais sobre a dificuldade em realizar a orientação e diagnóstico de pacientes com DTM, contribuindo para a complexidade e cronificação dos casos (DURHAM et al., 2011). A análise do ciclo de vida do indivíduo pode favorecer a compreensão de tais fatores de risco ambientais e sistêmicos, assim

como para a construção e fortalecimento dos cuidados em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Contudo, há escassa literatura sobre as DTM e os ciclos de vida. Paralelamente, indivíduos que experimentam sinais e sintomas das DTM, devido a limitação de conhecimento sobre as mesmas, tendem a atribuir origens mais sinistras ou graves à queixa, causando maior sofrimento psicológico, que pode ser agravado pela demora do diagnóstico definitivo (DURHAM et al., 2011).

Neste contexto, serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal. Desta forma, é extremamente importante que aos atores tradicionais da saúde incorpore-se a população como sujeito na construção desse modelo, dirigindo a atenção para danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e da saúde e não apenas para o atendimento de queixas e doenças (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

No estudo de Maia et al., 2008 (MAIA et al., 2008), 181 profissionais que atendiam crianças e adolescentes foram avaliados, relatando que destes, 20% faziam diagnóstico de DTM raramente ou nunca, 62% ocasionalmente e 16% com frequência. Embora o tema "DTM" despertasse muito interesse para 44,19% dos sujeitos, somente 4,97% correlacionaram a motivação com a graduação, na qual a DTM foi abordada superficialmente (70,16%) ou nunca (15,46%). Quanto às DTM em crianças e adolescentes, o tema nunca foi discutido (54%) ou o foi superficialmente (38%). Desta forma, é relevante capacitar os cirurgiões-dentistas, para o cuidado das DTM em todas as idades e, em especial, na infância, considerando o grande potencial preventivo de lesões mais graves.

Além dos prejuízos associados ao sistema estomatognático, o impacto da dor crônica pode ir além, estendendo-se para áreas circunvizinhas, e comprometendo a qualidade de vida de forma geral (VELLY et al., 2011). Nogueira et al., 2018, avaliaram 106 indivíduos com DTM em relação ao impacto da dor crônica nas atividades laborais. A maioria registrou níveis altos de intensidade da dor e baixos de interferência na capacidade de trabalhar. Entretanto, quanto maior a classificação do

grau de dor crônica, mais dias de falta ao trabalho foram relatados. Houve ainda uma correlação positiva de média a forte entre ausência do trabalho, a interferência nas atividades diárias e a mudança na capacidade laboral.

Desta forma, para um correto diagnóstico e indicação terapêutica, a avaliação de todos os possíveis fatores de risco e sinais e sintomas juntamente com o trabalho em equipe é fundamental. Cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, além de psicólogos, otorrinolaringologistas, neurologistas e clínicos da dor devem conjuntamente avaliar os possíveis fatores causais e, cada qual em sua área de atuação, intervir (DONNARUMMA et al., 2010). Atuar segundo o princípio da integralidade na atenção primária amplia as interfaces a gerir e coloca novas dificuldades e desafios no plano das competências, questões que devem ser consideradas ao se pensar sobre o potencial de cada profissional (SCHERER, PIRES, JEAN, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DTM frequentemente apresentam-se de forma heterogênea entre os indivíduos, dificultando a abordagem precoce e tratamentos na atenção básica de saúde. A compreensão estratificada dos fatores sistêmicos e ambientais de acordo com os ciclos de vida torna-se importante, assim como o trabalho interdisciplinar.

Considerando que as alterações, variam de acordo com os fatores de risco e também, por características do organismo, a compreensão e abordagem dos profissionais considerando os ciclos de vida se apresenta como estratégia fundamental na atenção básica em saúde, atuando em prevenção, promoção e proteção da saúde dos indivíduos.

TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS: APPROACH IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

Temporomandibular disorders (TMD) are characterized by changes that can compromise the muscles of mastication, temporomandibular joint or both, causing pain and / or dysfunction. Its prevalence has increased considerably over the years, however, the diagnosis of this condition is often not made early. Therefore, as a consequence, we have the chronicity of painful states, self-medication, sick leave from work, increased use of health services, and others. Thus, primary health care, considered the patient's gateway, must act actively in the diagnosis and prevention of temporomandibular disorders. The performance considering the life cycles (babies, children, adolescents, adults and the elderly) is an organized form of action by several health professionals. Thus, the aim of the present study is to describe the main risk factors for TMD associated with life cycles, in order to guide clinical conduct in primary health care based on scientific evidence.

KEYWORDS: Temporomandibular Joint Disorders. Facial Pain. Primary Health Care. Life Cycle Stages.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9:131-138, 2004.

Atsü SS, Güner S, Palulu N, Bulut AC, Kürkçüoğlu I. Oral parafunctions, personality traits, anxiety and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in the adolescents. **Afr Health Sci**, 19(1):1801-1810, 2019.

Bae SS. Trauma to the pediatric temporomandibular joint. **Pediatric Temporomandibular Joint Disorders, An Issue of Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, 30(1):47, 2017.

Bender SD. Orofacial pain and headache: a review and look at the commonalities. **Current pain and headache reports**, 18(3):400, 2014.

Bender ME, Lipin RB, Goudy SL. Development of the pediatric temporomandibular joint. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, 30(1):1-9, 2018.

Bi R, Ding Y, Gan Y. A new hypothesis of sex-differences in temporomandibular disorders: Estrogen enhances hyperalgesia of inflamed TMJ through modulating voltage-gated sodium channel 1.7 in trigeminal ganglion? **Med Hypotheses**, 84(2):100-103, 2015.

Bonato LL, Quinelato V, De Felipe Cordeiro PC, De Sousa EB, Tesch R, Casado PL. Association between temporomandibular disorders and pain in other regions of the body. **Journal of oral rehabilitation**, 44(1):9-15, 2017.

Bouloux GF, Roser SM, Abramowicz S. Pediatric tumors of the temporomandibular joint. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, 30(1):61-70, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica nº 17**. Brasília: MS; 2008.

Camacho JGDD, Oltramari-Navarro PVP, Navarro RDL, Conti ACDCF, Conti MRDA, Marchiori LLDM, Fernandes KBP. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in the elderly. **In CoDAS**, 26(1):76-80, 2014.

Conti PCR, Pinto-Fiamengui LMS, Cunha CO, Conti ACDCF. Orofacial pain and temporomandibular disorders: the impact on oral health and quality of life. **Brazilian oral research**, 26(SPE1):120-123, 2012.

Donnarumma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. **Revista Cefac**, 12(5):788-794, 2010.

Durham J, Steele J, Moufti MA, Wassell R, Robinson P, Exley C. Temporomandibular disorder patients' journey through care. **Community Dent Oral Epidemiol**, 39(6):532-541, 2011.

Fernandes G, Franco-Micheloni AL, Siqueira JT, Gonçalves DA, Camparis CM. Parafunctional habits are associated cumulatively to painful temporomandibular disorders in adolescents. **Braz Oral Res**, 30(1), 2016.

Fertonani HP, Pires DEPD, Biff D, Scherer MDDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20:1869-1878, 2015.

Garrigós-Pedron M, Elizagaray-García I, Domínguez-Gordillo AA, Del-Castillo-Pardo de JL. Temporomandibular disorders: improving outcomes using a multidisciplinary approach. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, 12:733, 2019.

Giovanella L, Franco CM, Almeida PFD. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25:1475-1482, 2020.

Gomes CF, Trezza EM, Murade EC, Padovani CR: Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. **J Pediatr**, 82(2):103–109, 2006.

Granquist EJ. Treatment of the temporomandibular joint in a child with juvenile idiopathic arthritis. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, 30(1):97-107, 2018.

Guarda-Nardini L, Piccotti F, Mogno G, Favero L, Manfredini D. Age-related differences in temporomandibular disorder diagnoses. **Cranio**, 30(2):103-109, 2012.

Herrero Babiloni A, Lavigne GJ. Sleep bruxism: a “bridge” between dental and sleep medicine. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 14(8):1281-1283, 2018.

Horswell BB, Sheikh J. Evaluation of pain syndromes, headache, and temporomandibular joint disorders in children. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, 30(1):11-24, 2018.

Jaworska N, MacQueen G. Adolescence as a unique developmental period. **Journal of psychiatry & neuroscience**, 40(5):291–293, 2015.

Lee YH, Lee KM, Kim T, Hong JP. Psychological Factors that Influence Decision-Making Regarding Trauma-Related Pain in Adolescents with Temporomandibular Disorder. **Scientific reports**, 9(1):1-12, 2019.

Lorduy KM, Liegey-Dougall A, Haggard R, Sanders CN, Gatchel RJ. The prevalence of comorbid symptoms of central sensitization syndrome among three different groups of temporomandibular disorder patients. **Pain Pract**, 13(8):604-613, 2013.

Maia JA, Boleta RE, Haramoto MM, Furukawa FI, Guimarães AS. Dentistas são qualificados e motivados para cuidar de DTM em crianças e adolescentes?. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, 62(1):39-43, 2008.

Medeiros Nogueira C, Galvão PVM, Santos RACC, Kosminsk M, Laureano Filho JR. O impacto da dor crônica por disfunção temporomandibular nas atividades laborais. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, 5(3), 2018.

Mori H, Horiuchi S, Nishimura S, Nikawa H, Murayama T, Ueda K, et al. Three dimensional finite element analysis of cartilaginous tissues in human temporomandibular joint during prolonged clenching. **Archives of Oral Biology**, 55(11):879-886, 2010.

Murrieta JF, Alvarado EL, Valdez MT, Orozco L, del Carmen Meza J, Juárez ML. Prevalence of temporomandibular joint disorders in a Mexican elderly group. **Journal of Oral Research**, 5(1):13-18, 2016.

Nilner M, Steenks M, De Boever J, Ciancaglini R, Könönen M, Orthlieb JD. European Academy of Craniomandibular Disorders. Guidelines for curriculum of undergraduate and postgraduate education in orofacial pain and temporomandibular disorders in Europe. **J Orofac Pain**, 17(4):359-362, 2003.

Nóbrega ML, Barbosa CCN, Brum SC. Implicações da perda precoce em odontopediatria. **Revista Pró-UniversUS**, 9(1):61-67, 2018.

Ogura I, Kaneda T, Mori S, Sakayanagi M, Kato M. Magnetic resonance characteristics of temporomandibular joint disc displacement in elderly patients. **Dentomaxillofacial Radiology**, 41(2):122-125, 2012.

Ohayon MM, Li KK, Guilleminault C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. **Chest, Northbrook**, 119(1):53-61, 2001.

Oliveira BS, Delgado SE, Brescovici SM. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, 17(3):575-587, 2014.

Ommerborn MA, Giraki M, Schneider C, Fuck LM, Handschel J, Franz M, et al. Effects of sleep bruxism on functional and occlusal parameters: a prospective controlled investigation. **Int J Oral Sci**, 4(3):141-145, 2012.

Pastore GP, Goulart DR, Pastore PR, Prati AJ, de Moraes M. Self-medication Among Myofascial Pain Patients: A Preliminary Study. **The open dentistry journal**, 12:347-353, 2018.

Pena CR, Pereira MMDB, Bianchini EMG. Características do tipo de alimentação e da fala de crianças com e sem apinhamento dentário. **Revista CEFAC**, 10(1):58-67, 2008.

Pires SC, Giugliani ERJ, da Silva FC. Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. **BMC Public Health**, 12(1):934, 2012.

Quinelato V, Bonato LL, Vieira AR, Granjeiro JM, Tesch R, Casado PL. Association between polymorphisms in the genes of estrogen receptors and the presence of temporomandibular disorders and chronic arthralgia. **J Oral Maxillofac Surg**, 76(2):314, 2018.

Sanches MT. Clinical management of oral disorders in breastfeeding. **J Pediatr**, 80(Suppl 5):S155–S162, 2004.

Scherer MDDA, Pires DEPD, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18:3203-3212, 2013.

Sena MF, Mesquita KS, Santos FR, Silva FW, Serrano KV. Prevalence of temporomandibular dysfunction in children and adolescents. **Rev Paul Pediatr**, 31(4):538-545, 2013.

Sharma S, Gupta DS, Pal US, Jurel SK. Etiological factors of temporomandibular joint disorders. **National Journal of Maxillofacial Surgery**, 2(2):116–119, 2011.

Silveira LMD, Prade LS, Ruedell AM, Haeffner LSB, Weinmann ARM. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. **Revista de Saúde Pública**, 47(1):37-43, 2013.

Toassi RFC, Davoglio RS, Lemos VMAD. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em Odontologia. **Educação em revista**, 28(4):223-242, 2012.

Tozoglu S, Tozoglu U. A one-year review of craniofacial injuries in amateur soccer players. **J Craniofac Surg**, 17(5):825-827, 2006.

Unell L, Johansson A, Ekbäck G, Ordell S, Carlsson GE. Prevalence of troublesome symptoms related to temporomandibular disorders and awareness of bruxism in 65- and 75-year-old subjects. **Gerodontology**, 29(2):e772-e779, 2012.

Velly AM, Look JO, Carlson C, Lenton PA, Kang W, Holcroft CA, et al. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain—a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. **Pain**, 152(10):2377-2383, 2011.

Vieira VCAM, Araújo CMTD, Jamelli SR. Desenvolvimento da fala e alimentação infantil: possíveis implicações. **Revista CEFAC**, 18(6):1359-1369, 2016.

Wänman A. Endurance to physical strain in patients with temporomandibular disorders : A case-control study. **Acta Odontologica Scandinavica**, 70(6):455-462, 2012.

Wu G, Chen L, Wei G, Li Y, Zhu G, Zhao Z, et al. Effects of sleep deprivation on pain-related factors in the temporomandibular joint. **Journal of surgical research**, 192(1):103-111, 2014.

Wu Y, Kadota-Watanabe C, Ogawa T, Moriyama K. Combination of estrogen deficiency and excessive mechanical stress aggravates temporomandibular joint osteoarthritis in vivo. **Arch Oral Biol**, 102:39-46, 2019.

Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. **Semin Arthritis Rheum**, 37(6):339–352, 2008.