

# A Função Multiprofissional da Fisioterapia 4

**Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari  
(Organizadora)**



**Atena**  
Editora  
Ano 2020

# A Função Multiprofissional da Fisioterapia 4

**Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari  
(Organizadora)**



**Atena**  
Editora  
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo

**Edição de Arte:** Luiza Batista

**Revisão:** Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof<sup>a</sup> Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof<sup>a</sup> Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof<sup>a</sup> Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Prof<sup>a</sup> Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Prof<sup>a</sup> Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Prof<sup>a</sup> Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College  
Prof<sup>a</sup> Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA  
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior  
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo  
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana  
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
F979	<p>A função multiprofissional da fisioterapia 4 [recurso eletrônico] / Organizadora Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF            Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader            Modo de acesso: World Wide Web            Inclui bibliografia            ISBN 978-65-5706-166-4            DOI 10.22533/at.ed.497203006</p> <p>1. Fisioterapia – Brasil. 2. Fisioterapia – Profissão. I. Ferrari, Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa.</p> <p style="text-align: right;">CDD 615.82</p>
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária. A fisioterapia e a terapia ocupacional fazem parte dessas equipes e a cada dia que passa a inserção e o papel do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional crescem e são imprescindíveis no trabalho multiprofissional.

Olhar para o paciente através dos olhos de uma equipe e trabalho multiprofissional torna o atendimento humanizado e os resultados positivos e satisfatórios são vistos mais rapidamente.

Nesta coleção “A Função Multiprofissional da Fisioterapia 4” trazemos como objetivo a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe seus capítulos. O volume abordará de forma categorizada, interdisciplinar e multiprofissional, através de demandas atuais de conhecimento, trabalhos, pesquisas, e revisões de literatura nas áreas de fisioterapia e terapia ocupacional.

Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para a exposição e divulgação dos resultados científicos.

Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A INFLUÊNCIA DA INTERFACE E DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA UTILIZADA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA: REVISÃO SISTEMÁTICA	
Fernanda Ferreira de Sousa Gustavo Henrique Melo Sousa José Francisco Miranda de Sousa Júnior Renato Dias da Silva Junior Jonas Silva Diniz Antonia Jaírla Oliveira da Silva Elielton Sousa Montelo Rosangela Lago da Silva Thamires da Silva Lopes Bianca Vasconcelos Aragão	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4972030061</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>13</b>
ATUAÇÃO FISIOTERÁPICA NO TRATAMENTO DO VAGINISMO: RELATO DE CASO	
Thaís Braga Da Silva Suelem Costa Felix Angelise Mozerle	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4972030062</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>25</b>
AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL, EQUILÍBRIO, TÔNUS E ATIVIDADES FUNCIONAIS DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN SUBMETIDAS AO CONCEITO DE TERAPIAS BASEADAS EM ATIVIDADES	
Aida Carla Santana de Melo Costa Clara Carolinne Azevedo Santos Jordana Borges Brota Michely Tubias Santos Rebeca Maria Santos Araujo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4972030063</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>38</b>
AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA CORRELAÇÃO COM A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (ICF)	
Murilo Rezende Oliveira Tania Cristina Malezan Fleig	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4972030064</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>52</b>
EFETIVIDADE DO MÉTODO PILATES NA REDUÇÃO DO RISCO E PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS	
Meyrian Luana Teles de Sousa Luz Soares Bárbara Jessie de Oliveira Lima Isabela Regina de Lima Andrade Jéssica Maria Nogueira de Souza	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4972030065</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>62</b>
UTILIZAÇÃO DO MÉTODO PILATES NO TRATAMENTO DA DOR LOMBAR CRÔNICA: REVISÃO	

INTEGRATIVA

Meyrian Luana Teles de Sousa Luz Soares

Wilyama Cristina Nogueira de Araújo

**DOI 10.22533/at.ed.4972030066**

**CAPÍTULO 7 ..... 70**

EFEITO COMPARATIVO DA VENTOSATERAPIA E TERAPIA MANUAL EM ATLETAS DE TRIATHLON AMADOR

Meyrian Luana Teles de Sousa Luz Soares

Carolline Cristine Gomes Barbosa

Carolina Costa Cavalcanti

Mayara Rafaella Medeiros Andrade

Tamires Mirelle César de Oliveira

Wenderson Silva Santos

**DOI 10.22533/at.ed.4972030067**

**CAPÍTULO 8 ..... 77**

INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NAS CEFALÉIAS TENSIONAIS CAUSADAS POR DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR

Carla Matheus Lopes

Andréa Carmen Guimarães

Laila Cristina Moreira Damázio

**DOI 10.22533/at.ed.4972030068**

**CAPÍTULO 9 ..... 90**

DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES EM CIRURGIÕES-DENTISTAS E FISIOTERAPEUTAS - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Daniele Vieira da Silva Blamires

Daniela Cristian Costa Da Silva

Angélica Gomes Coelho

Adrielly Caroline Oliveira

Conceição de Maria Aguiar Carvalho

Samuel Guerra Torres

Carolina Pereira Tavares

Rodrigo Braga Fernandes Vieira

Francisco Valmor Macedo Cunha

**DOI 10.22533/at.ed.4972030069**

**CAPÍTULO 10 ..... 107**

FISIOTERAPIA NA COMUNIDADE UNIGRAN TEXT NECK – SÍNDROME DO “PESCOÇO DE TEXTO”

Leonardo Lobo Fernandes

Juliana Loprete Cury

**DOI 10.22533/at.ed.49720300610**

**CAPÍTULO 11 ..... 110**

TERAPIA OCUPACIONAL E CARDIO COMUNIDADE INTEGRATIVA FASE IV

Paula Tanara Boroski Lunardi

Bruna Iolanda Altermann

Maria Elizabeth Antunes de Oliveira

Tamiris Leal Tonetto

Alexandre Boroski Lunardi

Fernando Boroski Lunardi

Quelen Medianeira Bonini

Viviane Acunha Barbosa

<b>SOBRE A ORGANIZADORA.....</b>	<b>118</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>119</b>

## INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NAS CEFALÉIAS TENSIONAIS CAUSADAS POR DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR

*Data de aceite: 01/06/2020*

### **Carla Matheus Lopes**

Fisioterapeuta, Pós Graduada em Terapias Manuais pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

### **Andréa Carmen Guimarães**

Educadora Física/Professora da Universidade Federal de São João del-Rei/Departamento de Ciências da Educação Física e Saúde (DCEFS)

### **Laila Cristina Moreira Damázio**

Fisioterapeuta/Professora de Anatomia e Neuroanatomia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN) e da Universidade Federal de São João del-Rei/ Departamento de Medicina (DEMED)

**RESUMO:** A cefaléia consiste em dor de forma aguda na cabeça que pode ocorrer em qualquer parte ou no todo, tendo classificação de primária, quando a dor é o próprio motivo ou secundária quando a mesma é derivada de um problema. A cefaléia do tipo tensional é a mais presente na maioria das queixas da população e por vezes uma de suas causas está ligada às Disfunções ou desordens Temporomandibulares (DTM's). O presente trabalho visa investigar intervenções fisioterapêuticas aplicadas no tratamento de cefaléias ocorridas devido a disfunção temporomandibular (DTM). Diversos

autores abordam a cefaléia como a dor que mais limita os trabalhadores, podendo ser resultado de distorção, inflamação, estiramento ou destruição de alguma das estruturas nervosas que apresentam sensibilidade à dor. A DTM é regularmente definida como um conjunto de situações dolorosas por vezes disfuncionais envolvendo os músculos que compõem a mastigação bem como as articulações temporomandibulares (ATM's); tem caráter multifatorial; os sintomas mais comuns da DTM, são: dor intra-articular, dor ou até mesmo zumbido no ouvido, como também dor excessiva ao abrir ou fechar a boca, dor com irradiação no pescoço e a mais presente as cefaléias. Um dos principais tratamentos da fisioterapia que auxiliam em diversos casos de dores musculares e suporte para melhora da circulação e do metabolismo é a massoterapia. A terapia manual propicia melhora e restauração da mobilidade dos tecidos cranianos equilibrando a tensão membranosa, melhorando o fluxo sanguíneo, reduzindo a compressão neural e por conseguinte a dor, assim as técnicas de terapias manuais são de grande importância no auxílio da redução e até mesmo da remissão do quadro doloroso dos pacientes.

**PALAVRAS CHAVE:** Cefaléia tensional, disfunção temporomandibular, fisioterapia, tratamento.

## PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS IN TENSION HEADACHES CAUSED BY TEMPOROMANDIBULAR DISORDER

**ABSTRACT:** Headache consists of acute pain in the head that can occur anywhere or in all, being classified as primary, when the pain is the reason itself or secondary when it is derived from a problem. Tension-type headache is the most common in most of the population's complaints and sometimes one of its causes is linked to Temporomandibular disorders (TMDs). The present work aims to investigate physical therapy interventions applied in the treatment of headaches that occur due to temporomandibular disorders (TMD). Several authors approach headache as the pain that most limits workers, and may be the result of distortion, inflammation, stretching or destruction of any of the nervous structures that are sensitive to pain. TMD is regularly defined as a set of painful, sometimes dysfunctional situations involving the muscles that make up chewing as well as the temporomandibular joints (TMJ's); it has a multifactorial character; the most common symptoms of TMD are: intra-articular pain, pain or even ringing in the ear, as well as excessive pain when opening or closing the mouth, pain with irradiation in the neck and the most common headache. One of the main physiotherapy treatments that help in several cases of muscle pain and support to improve circulation and metabolism is massage therapy. Manual therapy improves and restores mobility of cranial tissues by balancing membranous tension, improving blood flow, reducing neural compression and therefore pain, so manual therapy techniques are of great importance in helping to reduce and even reduce pain. remission of patients' painful condition.

**KEYWORDS:** Tension headache, temporomandibular disorder, physiotherapy, treatment.

### 1 | INTRODUÇÃO

A cefaléia consiste em dor de forma aguda na cabeça, que pode ocorrer em qualquer parte ou no todo, sendo incomoda e frequente, levantando assim um sinal de alerta visto que a mesma pode ser consequência de outros problemas de maior gravidade ou até mesmo não tão grave. Conforme citado por Gomes (2006) consiste em uma manifestação dolorosa do segmento cefálico muito comum, por sua vez Rabello (2000) nos aponta que durante o decorrer da vida, no que tange a população em geral a presença da cefaleia chega ser maior que 90% dos diagnósticos nos consultórios neurológicos.

Como a mesma apresenta-se de diversas formas e variados sintomas, em 1998 a Sociedade Internacional de Cefaléias (IHS), as classificou em primária e secundária levando em consideração as suas causas. Tendo classificação de primária, quando a dor é o próprio motivo, dentre as quais enquadram-se: a enxaqueca (migrânea) com e sem aura, cefaleia em salvas, cefaleia do tipo tensional episódica e cefaleia do tipo tensional crônica, nas quais as últimas são de maior constância em uma variante de 30% a 78% considerando o todo da população, ocorrendo com maior incidência nas mulheres: 90%, e na população masculina 67%; ou secundária quando a mesma é derivada de

um problema com associação de outras doenças, como a cefaleia derivada da sinusite (Krymchantowsk, 2001; Speciali, 1997; Garanhani, 2003).

A cefaléia do tipo tensional (CTT) é a mais presente na maioria das queixas da população e por vezes uma de suas causas está ligada às DTM's, visto que essa é uma das maiores causas de grande parte das dores orofaciais apresentadas pelo indivíduo. Apesar de haver pouco material sobre essa associação, atualmente muito tem se buscado e observado na ligação dessas duas condições.

A ATM é uma junção entre o osso temporal e a mandíbula, de tipagem sinovial, inter-relacionada de forma anatômica e cinesiológica às articulações adjacentes e a coluna cervical. Estando em constante movimento durante o dia, tal articulação não suporta sobrecarga, porém devido ao seu uso acentuado, com 2000 movimentos aproximadamente ao longo de todo o dia, ela também está mais suscetível a disfunções das quais podemos citar como uma das principais, a DTM, que gera um desequilíbrio dinâmico de toda a estrutura do complexo, com uma sintomática diversificada nas quais podemos enquadrar: dor muscular na mastigação, zumbido, exaustão, limitação da abertura da boca, dor facial, otalgia, limitação funcional e até mesmo a cefaléia.

O presente trabalho visa investigar intervenções fisioterapêuticas aplicadas no tratamento de cefaléias ocorridas devido a DTM buscando através de revisão de literatura, elucidar sobre intervenções que auxiliem a aliviar as dores ocorridas nessa região.

## 2 | REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Cefaléia: etiologia e fisiopatologia

As cefaléias ou dores de cabeça são atualmente um dos sintomas neurológicos mais presentes na população, acometendo cerca de 90% da população global conforme estudos apontados por Fernandez et. al. (2010). Atuando negativamente e ocasionando limitações nas rotinas do indivíduo, afetando assim seu bem estar, comprometendo sua produtividade e qualidade de vida como nos relatou Morais e Bensor (2009).

Em 1998, a IHS classificou a cefaléia em primária e secundária, conforme suas causas. As primárias quando a dor é o sintoma principal por si só, dentre as quais enquadram-se: a migrânea ou enxaqueca, subdividida em com aura e sem aura, cefaleias em salvas e cefaleias tensionais como nos apontou Krymchantowski, (2001).

As cefaléias secundárias como nos apresentou Speciali, (1997), são aquelas associadas a outras doenças apresentadas em exames clínicos ou laboratoriais, na qual a dor por sua vez seria a consequência de uma infecção ou agressão ao organismo, podendo ser de ordem neurológica ou geral como intoxicações, meningites, encefalites entre outros.

A CTT é a mais frequente nos diagnósticos na maioria dos casos, com caracterização

de dor bilateral, constritivo e com intensidade entre leve e moderada, sendo diferenciada da migrânea que apresenta características como vômito, aversão a luminosidade e ao som e agravamento quando em estado de atividade física (Bendtsen 2006).

Diversos autores abordam que a cefaléia é a dor que mais limita os trabalhadores, causando a redução da produtividade tanto no âmbito profissional como em tarefas domésticas de rotina, deixando comprometido assim a qualidade de vida e o bem estar do indivíduo (Magnusson e Carlsson, 1978; Schokker et al., 1990; De Rossi et al., 2005; Morais e Bensenor, 2009). Nos estudos de Bigal et al., (2001) apontam que anualmente o Brasil tem um gasto de 7,5 bilhões de dólares, além dos custos indiretos que não são contabilizados como os prejuízos no trabalho.

A cefaléia geralmente tem sua caracterização como sensação de pressão, latejante, aperto, pontadas entre outras, geralmente localizada na região frontal, como também occipital e bilateral. Segundo Lacroce et al., (2002) o quadro de cefaleia tem probabilidade de ser resultado de distorção, inflamação, estiramento ou destruição de alguma das estruturas nervosas que apresentam sensibilidade à dor.

Rasmussen e Jensen (1991) elucidou que há duas modalidades de ocorrência da CCT, sendo elas a episódica (CCTE), cujo quadro doloroso acontece em período inferior a 15 dias mensais e a crônica (CCTC) com período superior a 15 dias no mês, em período mínimo de aproximadamente 6 meses.

O grupo de diagnóstico apontado por Rowland (1986) ao qual se enquadra a CCT, trata como uma das causas mais frequentes; a contração muscular na região cervical, gerada por estresse emocional que atuam nos músculos do pescoço, da face e da cabeça, deixando os portadores inaptos a relaxar. No estudo de Montal e Guimarães, (2001) foi evidenciado que uma das principais queixas entre os 121 pacientes diagnosticados com DTM foi a cefaleia.

## **2.2 Correlação entre desordem temporomandibular e cefaléia**

A DTM regularmente definida conforme Bove et al., (2005), em um conjunto de situações dolorosas por vezes disfuncionais envolvendo os músculos que compõem a mastigação bem como as articulações temporomandibulares. Considerada como a mais frequente das dores orofaciais, considerando os relatos de Silva et. al. (2011), pontuou a estimativa de 50 a 75% dos indivíduos em geral relatam um sinal ou mais, quando 25% demonstram sintomas associados.

A etiologia da DTM tem caráter multifatorial dos quais englobam problemas oclusais, lesões traumáticas ou degenerativas da ATM, próteses mal adaptadas, alterações esqueléticas, mastigação unilateral, hábitos orais inadequados e fatores psicoemocionais como o estresse que geram um desequilíbrio na função do aparelho estomatognático e/ou alterações na biomecânica da ATM, levando a predisposição do indivíduo a sintomas da DTM, tais como: dor intra-articular, dor no ouvido ou até mesmo zumbido, dor excessiva

ao abrir ou fechar a boca, irradiação da dor na extensão do pescoço e a mais presente nas queixas de pacientes diagnosticados com DTM, as cefaléias (Martins et. al., 2007; Macedo, 2008).

As cefaléias que são relacionadas à DTM são classificadas conforme IHS (2004) da seguinte forma: cefaleia ou dor facial associada com distúrbios do crânio, pescoço, desordens da ATM, músculos mastigatórios e outras estruturas crânio faciais. Sendo a CTT mais frequente, geralmente com características de pressão ou aperto, com uma carga de intensidade entre leve e moderada, sem piora no exercício de atividades rotineiras e/ou exercícios físicos, porém apresentando fotofobia e fonofobia.

Contudo ainda não há muita compreensão e estudos que comprovem a correlação da DTM com o quadro das cefaleias, mas diversos estudos apontam grande tendência na presença da combinação das mesmas, sugerindo que em casos que apresentam enxaqueca (migrânea) e de CTT são fatores de risco no desenvolvimento ou na agravação da DTM (Ballegaard et al., 2008). Schiffman et al. (2014) em seus estudos demonstraram que a classificação de cefaleia secundária apresenta-se como dor presente na região temporal sendo secundária a DTM, onde essa dor tem a replicação provocada pelo sistema de mastigação, enquanto a dor dita orofacial é apontada com origem muscular que se espalha além da área de palpação, mas no limite muscular.

Em achados clínicos realizados por Requião e Macêdo (2008) foi constatado nos prontuários de 232 pacientes previamente diagnosticados com DTM ocorrência da cefaléia em 70,25%, onde 74,78% eram em mulheres com a presença de flacidez nos tecidos ocasionada pelos níveis altos de estrogênio.

Segundo estudos de Molina et al. (1997), indivíduos com diagnóstico de DTM apresentaram frequentemente cefaleia e no estudo de Lund et al. (2002) foi relatado que a hiperatividade do músculo ocasiona a cefaléia e a presença da dor pode causar a hiperatividade tônica.

No estudo de Schokker et al. (1990) constatou-se que os indivíduos com queixas de DTM dolorosa, apresentavam também cefaleia permanente, além de redução na abertura bucal e problemas na região cervical na extensão do pescoço.

Em relatos de Haley *et al.* (1993) diversos pacientes que apresentam CTT apresentavam sinais e/ou também sintomas comuns aos da DTM, com aumento da sensibilidade muscular. Esse aumento da sensibilização central seria por sua vez uma manifestação da neuroplasticidade ocorrida devido à ampliação do potencial sináptico, sabendo-se que essa sensibilização é responsável pela hiperalgesia que pode ser seguida de danos nos tecidos maciços ou lesão a um nervo periférico.

A correlação entre a presença de dores de cabeça e a DTM não é comprovada cientificamente, apesar de que na maioria das vezes são associadas, como relatou Costa et. al. (2015), em seus estudos a enxaqueca (migrânea), sendo que a CTT e a DTM seguem a mesma premissa, pois ambas as dores podem ser afetadas devido aos

processos onde há elevado grau de sensibilidade tanto central, quanto periférica, gerando uma certa dificuldade na diferenciação e/ou na associação da patologia das mesmas.

### **2.3 Tratamentos fisioterapêuticos em casos de desordem temporomandibular e cefaléia do tipo tensional**

Um dos principais tratamentos fisioterapêuticos que auxiliam em diversos casos de dores musculares e suporte para melhora da circulação e do metabolismo é a massoterapia. Segundo Jonas e Levin, (2001) a massagem tem propriedade que amplia a elasticidade e melhora o tônus da pele, alivia dores nas musculaturas bem como as articulares, promove o relaxamento muscular, melhora a circulação sanguínea e linfática, facilita a respiração, melhorando assim o bem estar do paciente, o que propicia uma regulação da função imunológica e reduzindo os hormônios que provocam o estresse.

Dentre as técnicas abrangidas pela massoterapia temos a liberação miofascial (LMF) que auxilia no correto alinhamento corporal, com a capacidade de reduzir a constrição e o quadro álgico sem comprometer a resistência muscular. Mourad (2005) relata que a realização da LMF deve ser feita com pressões suaves e aplicação de forças de tração a restrições faciais por tempo suficiente até a obtenção da remodelagem do tecido. Essa técnica causa uma resposta vasomotora aumentando o fluxo sanguíneo o que acaba por ampliar os nutrientes e o oxigênio, realinha os planos faciais reestabelecendo o mecanismo sensorial do tecido mole, o que gera um aumento da amplitude do movimento funcional (Oliveira, 2008).

A terapia manual propicia melhora quanto a restauração da mobilidade dos tecidos cranianos equilibrando a tensão membranosa, melhorando o fluxo sanguíneo, reduzindo a compressão neural e a dor (Pires et. al., 2003). Ribeiro (2006) relata que as técnicas de massagens manuais deverão ter um aumento progressivo da tensão em grupos musculares com a finalidade da indução da redução da tensão muscular presente.

No estudo de Carlsson et al. (2001) foi observado a utilização de exercícios terapêuticos com a associação da reeducação postural onde pode constatar que esses procedimentos demonstraram redução da síndrome dolorosa miofascial e DTM miogênica.

A DTM tem possibilidade de ser associada à anteriorização da cabeça, assim sendo, os exercícios para correções posturais e alongamentos contribuem para a diminuição dos sintomas dentre os quais se encontra a CTT e a migrânea (Augustine et al. 2008).

Outro tratamento fisioterapêutico para os casos de CTT associada a DTM é o da placa miorrelaxante associada aos exercícios terapêuticos que promovem diminuição das dores e da disfunção (Magnusson et al., 2002). Sato et al., (2008) constataram diminuição da cefaleia e da intensidade da dor quando tratados com placa miorrelaxante e exercícios por dois anos.

No estudo de Arenhart et al., (2013) foi utilizado como tratamento da subluxação

da ATM os exercícios para alívio da dor, como liberação dos pontos de gatilhos e alongamentos dos músculos masseteres, como também os pterigoideos laterais e mediais com a finalidade de aliviar o quadro álgico, estimulação elétrica transcutânea (TENS), relaxamento e exercícios de fortalecimento muscular.

Rodrigues et al., (2008) no tratamento da DTM utilizaram para a redução das dores a TENS, visto que, com a estimulação de baixa frequência obtêm-se um aumento da circulação sanguínea local que por conseguinte auxiliou na redução das dores de cabeça. Também foi utilizado o laser para relaxamento e diminuição da dor gerado pelo aumento na produção de endorfinas.

Tratando-se da massagem terapêutica para desativação de pontos de gatilhos miofasciais, Moraska e Chandler, (2008) em suas análises científicas observaram a redução da frequência e da intensidade da dor e a melhora dos aspectos físicos, mentais e a vitalidade dos indivíduos.

Assim, verificou-se que nos estudos que relatam sobre os efeitos benéficos da terapia manual no tratamento da CTT existem pouco embasamento científico sobre as técnicas mais utilizadas e as formas de utilizá-las.

### 3 | RESULTADOS

Foram analisados 21 artigos tratando a problemática proposta, sendo deles 10 revisões de literatura e 11 de estudos de casos, dentre os estudos observados pode-se compreender que as causas que correlacionam a CTT e a DTM não são bem delimitadas pela literatura e que os diversos estudos encontrados, em sua maioria ainda em língua inglesa, demonstram que ainda há muito o que ser aprofundado neste tema.

Contudo pode-se observar que a fisiopatologia das dores apresentadas possuem uma afinidade relevante quanto suas causas; podendo ser pontuado que a DTM causa em sua extensão quadros de dores cervicais e na musculatura orofacial que por sua vez ampliam as probabilidades do aparecimento das cefaleias do tipo primária, como a migrânea (enxaqueca) e a CTT, que quando não tratada devidamente acabam cronificando-se. Relatando também maior presença desse quadro em mulheres, principalmente na faixa etária de 20 a 45 anos, devido a flacidez existente nos tecidos, relacionado ao nível elevado de estrogênio e a composição articular ser mais flexível.

Schokker et. al., (1990) relatam que os indivíduos com DTM apresentam cefaleia permanente, dores na abertura bucal e extensão da coluna cervical. Por sua vez Ballegaard et. al. (2008) observaram uma incapacidade relevante nos indivíduos com diagnóstico de DTM que apresentaram cefaleia associada, conforme a tendência da cronificação da dor, apresentando alto risco aos pacientes. Tendo como base complementar os achados de Mongini et. al., (2004) aos quais mostraram altos índices depressivos, estresse e ansiedade, motivados pela mesma cronificação das cefaleias nos indivíduos com relatos

de DTM.

Em estudos de Rossi et. al., (2005) foram relatados que demais fatores associados a DTM, tais como o apressamento dentário diurno e bruxismo durante o sono, levavam à liberação de serotonina e norepinefrina, ampliavam uma sequência de inflamações que por sua vez causavam a piora de cefaleias já existentes, tal como a enxaqueca e contribuía para a generalização da tensão muscular.

Quanto as motivações e associações das cefaleias às DTM's Molina et. al., (1997) apontou que a tensão psicológica, mal oclusão, hiperatividade muscular, fatores sistêmicos, endócrinos, locais, postura anormal do pescoço e cabeça, poderiam ser favoráveis ao aparecimento da DTM tal como a evolução do quadro de dores cefálicas.

Segundo Jensen, (2001) relatou que por sua vez a presença da dor não pode ser compreendida apenas na observância dos mecanismos envolvidos na lesão, como o modelo cognitivo-comportamental sugere, visto que tanto os fatores cognitivos, como expectativa e memória; quanto os comportamentais, como ambiente de interação quer seja o social, quanto o profissional e até mesmo as atividades de rotina, interferem nos estímulos nocivos. Assim sendo, os mecanismos tanto inibitórios quanto excitatórios modulam as respostas intrínsecas de transmissão da dor.

Buscou-se investigar também tipos de tratamentos fisioterapêuticos mais utilizados especificamente nesses quadros clínicos, onde pode-se encontrar de forma consonante abordada por diversos autores que as técnicas de terapias manuais são de grande importância no auxílio da redução e até mesmo da remissão do quadro doloroso dos pacientes, tanto na presença de cefaleias intermitentes quanto nos casos crônicos.

## 4 | DISCUSSÃO

Diversos autores em seus estudos e achados apontam a cefaleia como um dos sintomas mais presentes em pacientes diagnosticados com DTM, destacando principalmente a migrânea (enxaqueca) e a CTT (Magnusson e Carlsson, 1978; Schokker et al., 1990; De Rossi et al., 2005).

A fisioterapia entra como fator principal no que tange o tratamento de ambos os casos, quer sejam associados ou não, visto que o uso da terapia manual apresenta significativa melhora e por vezes a anulação do quadro doloroso, restaurando a mobilidade dos tecidos cranianos, permitindo um equilíbrio da tensão das membranas gerada pelos mecanismos homeostáticos, reduzindo a compressão neural, com uma melhora do fluxo sanguíneo e assim aliviando a dor (Pires *et. al.*, 2003).

Dentre as diversas técnicas fisioterapêuticas citadas para aplicações nos pacientes que possuam diagnóstico de cefaleia e DTM, encontramos a massoterapia, exercícios para o fortalecimento craniocervical, a reeducação postural, técnicas de relaxamento e alongamento como também as mobilizações passivas (Santos *et al.*, 2008). Torelli et al.,

(2004) por sua vez, apresentaram uma redução significativa em dias a sintomatologia dos pacientes que sequenciaram tratamentos fisioterápicos com base em relaxamentos musculares e alongamentos.

Relatando os benefícios da massagem na estabilização do quadro geral de dor da DTM e da cefaleia, Jonas e Levin, (2001) concluiu que a massagem age no sistema completo, abrangendo desde o metabolismo até a circulação, passando por melhora das dores musculares, aliviando a pressão, propiciando maior elasticidade e o tônus da pele, além de gerar bem estar, o que faz com que haja diminuição dos níveis hormonais de estresse e melhorando por sua vez a função imunológica.

Dentre as técnicas analisadas destacou-se: a liberação miofascial, com técnicas de suave pressão e com aumento gradativo, visto que esta apresentou melhora já a curto prazo em diversos pacientes, devido sua ação ser direta nos pontos gatilhos da dor, oferecendo avanço tanto no quadro da cefaleia quanto da DTM, por melhorar o fluxo sanguíneo, remodelar o tecido, gerar amplitude de movimento, reduzindo a tensão muscular facial, como também a compressão nervosa, relaxando assim os tecidos moles relacionados. Outras técnicas aliadas que também proporcionaram melhora nos quadros algícos da dor, foram técnicas de alongamento e relaxamento, reeducação postural e fortalecimento muscular. Outras técnicas ainda foram experimentadas como a TENS mas com abordagem ainda pobre dos benefícios causados e com grande discordância entre os autores que a citaram, devido ao desconforto apresentado por alguns pacientes submetidos a este procedimento, além do mesmo apresentar alívio momentâneo e pouco ou quase nenhum efeito a médio e longo prazo.

Apresentando grandes resultados no que tange a diminuição da dor a liberação miofascial, que segundo Mourad, (2005) tem bases em movimentações inerentes do tecido, manifestando várias amplitudes e proporções. Permeando a estimulação dos mecanorreceptores da fáscia quando aplicado sobrecarga biomecânica do tecido mole, gera um reflexo de ampliação do fluxo sanguíneo, liberando as camadas faciais e reduzindo a tensão, levando a uma melhor funcionalidade das fibras musculares. Oliveira, (2008) corrobora elucidando que o tratamento é realizado diretamente sem a aplicação de óleos, cremes ou máquinas, para que assim permita ao terapeuta uma precisa detecção dos pontos onde se localiza as restrições faciais, amparando-o dessa forma para que ele possa saber a quantidade adequada de pressão aplicada, facilitando a liberação da fáscia com mais precisão.

Carlsson et al., (1990) em seus estudos comprovaram que em pacientes com cefaléia, o tratamento fisioterápico com associação de cinesioterapia e eletroterapia demonstrou mais eficácia do que a aplicação da acupuntura. Para Grossmann et al., (2012), a utilização da TENS em pacientes diagnosticados com DTM's age principalmente no controle da dor crônica, bem como no relaxamento muscular do sistema mastigatórios. Quando há aplicação da TENS, essa por sua vez gera alívio da dor apresentando redução simultânea

na atividade mioelétrica do músculo em repouso.

A cinesioterapia possui técnicas de analgesia, que inclui atividades de relaxamento, bem como reeducação postural o que leva a melhora significativa dos sintomas, principalmente em casos dolorosos, objetivado a fortalecer, alongar, promover a propriocepção e a coordenação da ATM, reeducando assim funcionalmente os componentes musculoesqueléticos do sistema estomatognático (Castro, 2011).

Garcia e Oliveira (2011), relataram a laserterapia como uma opção muito usada, devido a obtenção de ótimas respostas nos quadros dolorosos da ATM, caracterizada por apresentar emissão de luz coerente, monocromática, unidirecional onde há notória concentração de fótons, o que minimiza a algia e promove a melhora da função mastigatória, bem como nos processos inflamatórios presente nas camadas intra-articulares.

Em seu estudo de caso Bastos et al., (2013) submeteram um paciente a 12 sessões de técnicas de massagem clássica e pompagem sendo executada na seguinte sequência: deslizamento superficial; deslizamento profundo; amassamento e deslizamento superficial até a diminuição da tensão muscular. Tal técnica apresentou eficácia no controle do quadro algico da dor e melhora no bem estar do indivíduo.

## 5 | CONCLUSÃO

Conclui-se então que a DTM possui relação com casos de cefaleias primárias preexistentes, que deixam o indivíduo propenso a alta carga de estresse, depressão, dentre outros fatores psicológicos, devido a sua queda na produtividade profissional e auto exclusão social e que as terapias manuais auxiliam na redução do quadro doloroso, propiciando por sua vez melhora no bem estar do paciente, promovendo assim a reintegração do indivíduo no meio social.

## REFERÊNCIAS

- ARENHART R, LAZAROTTO R, THOMÉ K. **Tratamento Fisioterapêutico Na Disfunção Temporomandibular: um estudo de caso.** FisiSenectus, Unochapecó, Ano 1 - Edição especial – 2013 p. 109-117
- AUGUSTINE C, MAKOFSKY HW, BRITT C, ADOMSKY B, DESHLER JM, RAMIREZ P, DOURIS P. **Use of the occipitor for the correction of forward head posture, and implications for temporomandibular disorders: a pilot study.** Cranio. 2008; 26(2):136-43.
- BALLEGAARD V, THEDE-Schmidt-Hansen P, SVENSSON P, JENSEN R. **Are headaches and temporomandibular Disorders Related? A blinded study.** Cephalalgia. 2008; 28:832-41.
- BASTOS A.F.C., MELO L.G., REZENDE A.A.B., HERRERA S.D.S.C., UEDA T.K. **Intervenção fisioterapêutica na melhora da qualidade de vida de paciente portador de cefaleia do tipo tensional crônica.** Revista Amazônia. 2013; 1(1):25-31.

BENDTSEN L., JENSEN R., **Tension-type headache**: the most common, but also the most neglected, headache disorder. *Cur Opin Neurol.* 2006; 19.

BIGAL, M.E. BIGAL, Janaína O.M. BORDINI, Carlos A. SPECIALI José G. **Prevalence and costs of headaches for the public health system in a town in interior of the state of São Paulo.** *Arq Neuropsiquiatr.* v. 59 n.3 p. 504-11, 2001.

BOVE Sonia Regina Kretly, GUIMARÃES Antonio Sérgio, SMITH Ricardo Luiz. **Caracterização dos pacientes de um ambulatório de Disfunção Temporomandibular e dor orofacial.** *Rev. Latino Amer. Enfermagem* 2005; 13:686-91.

CARLSSON J, AUGUSTINSSON LE, BLOMSTRAND C, SULLIVAN M. **Health status in patients with tension headache treated with acupuncture or physiotherapy.** *Headache.* 1990;30:593-9.

CARLSON CR, BERTRAND PM, EHRLICH AD, MAXWELL AW, BURTON RG. **Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders.** *J Orofac Pain.* 2001; 15(1):47-55.

CASTRO, A. P. **Proposta de recursos fisioterapêutico em pacientes portadores de bruxismo.** *Revista Hórus.* V. 5, n. 1. Jan-Mar, 2011.

COSTA Yuri Martins, PORPORATTI André Luís, BARBOSA Juliana Stuginski, BONJARDIM Leonardo Rigoldi, SPECIALI José Geraldo, CONTI Paulo César Rodrigues. **Headache attributed to masticatory myofascial pain: clinical features and management outcomes.** *J Oral Facial Pain Headache.* 2015; 29. 323-330.

De ROSSI Scott S., STOOPLER Eric T., SOLLECITO Thomas P. **Temporomandibular Disorders And Migraine Headache: Comorbid Conditions?** *The Internet Journal of Dental Science.* 2005; v. 2, n. 1.

FERNANDEZ-de-las-Peñas C, CLELAND JA, PALOMEQUE-del-Cerro C, CAMINERO AB, GUILLERM-MESADO A, JIMÉNEZ-GARCÍA R. **Development of a Clinical Prediction Rule for Identifying Women With Tension-Type Headache Who Are Likely to Achieve Short-Term Success With Joint Mobilization and Muscle Trigger Point Therapy.** *Headache,* 2010; 51: 246-26.

FRANCO AL, GODOI DA, CASTANHARO SM, CAMPARIS CM. **Interação entre cefaleias e disfunção temporomandibular: uma revisão de literatura.** *Rev. Odont. Unesp* 2008; 37(4):401-406.

GARANHANI, M.R.; **Eficácia do tratamento fisioterapêutico aplicado a pacientes com cefaléia tipo-tensional: ensaio clínico randomizado [dissertação].** São Paulo: UNIFESP. 2003.

GARCIA Juliane Dias, OLIVEIRA Alessandra Andrea de Castro. **A fisioterapia nos sinais e sintomas da disfunção da articulação temporomandibular (ATM).** *Revista Horus,* 2011 v.6, n.1, p.111-122

GOMES MB, GUIMARÃES FC, GUIMARAES SMR, CLARO Neves AC. **Limiar de dor à pressão em pacientes com cefaléia tensional e disfunção temporomandibular.** *Cienc. Odontol. Bras.* 2006; 9(4):84-91.

GROSMANN Eduardo, TAMBARA Joseane Steckel, GROSMANN Thiago Kreutz, SIQUEIRA José Tadeu de. **O uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea na disfunção temporomandibular.** *Rev. Dor. São Paulo,* 2012 jul.-set; 13(3):271-6.

International Headache Society Committee on Clinical Trials in Tension-type Headache. Guidelines for trials of drug treatments in tension-type headache. **International Headache Society Member's Handbook** 1998/1999:134-160.

JENSEN TS. **Recent advances in pain research: implications for chronic headache.** *Cephalgia.* 2001; 21:765-9.

JONAS, Wayne B. LEVIN, Jeffrey S. **Tratado de Medicina Complementar e Alternativa**. 3. ed. Manoele, São Paulo. 2001.

KEMPER JT, OKENSON JP. **Craniomandibular Disorders And Headaches**. J Prosthet Dent. 1983; 49:702-705. KRYMCHANTOWSKI, A.V.; **Cefaléias primárias**. Rev. Bras. Med. v. 58, n.12, p. 59-79, 2001.

LACROCE, Sabrina. OLIVEIRA, Santiago & CARVALHO, Deusvenir de Souza. **Cefaléia e Articulação Temporomandibular (ATM)**. Revista Neurociência, v. 10, n. 3. São Paulo, 2002.

LUND JP. **Dor e movimento**. In: Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ. Dor Orofacial – da ciência básica à conduta clínica. São Paulo: Quintessence. 2002:151-63.

MACEDO CR. **Bruxismo do sono**. Rev Dent Press Ortod Ortop Fac 2008; 13:18-22.

MAGNUSSON T, CARLSSON GE. **Recurrent Headaches in Relation to Mandibular Joint Pain Dysfunction**. Acta Odontol Scand. 1978; 36:333-338.

MAGNUSSON T, EGEMARK I, CARLSSON G.E. **Treatment received, treatment demand, and treatment need for temporomandibular disorders in 35-year-old subjects**. Cranio. 2002; 20(1):11-7.

MARTINS R.J., GARCIA A.R., GARBIN C.A.S., SUNDEFELD M.L.M.M. **Associação entre Classe Econômica e Estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular**. Rev BrverEpidem. 2007; 10:215-22.

MOLINA O.F., SANTOS J. Jr, NELSON S.J., GROSSMAN E. **Prevalence of Modalities of Headaches and Bruxism Among Patients With Craniomandibular Disorder**. Cranio. 1997; 15:314-325.

MONGINI F, CICCONE G, DEREGIBUS A, FERRERO L, MONGINI T. **Muscle Tenderness in Different Headache Types and its Relation to Anxiety and Depression**. Pain. 2004; 112:59-64.

MONTAL E.M., GUIMARÃES J.P. **Análise Epidemiológica da Sintomatologia da Desordem Temporomandibular e Especialidade Médica Procurada para Tratamento**. Rev. Serviço ATM. 2001; 1:16-20.

MORAIS, M.S.B.B.F.; BESEÑOR, I.M. **Cefaléias primárias**. Rev. Bras. Med. v.66, n.6, p. 138-47, 2009.

MORASKA A., CHANDLER C. **Changes in clinical parameters in patients with tension-type headache following massage therapy: A pilot study**. J.Man.Manip.Ther. v.16, n.2, p.106-12. 2008.

MOURAD, M. R. **Terapia miofascial no tratamento de contusão por trauma direto do trato iliotibial em jogadores de futebol profissional de Osasco**. Terapia Manual, v.3, n.12, p. 431-437, 2005.

OLIVEIRA G.C. **A Manipulação do Tecido Conjuntivo no Tratamento da Dor Lombar Crônica de Origem Miofascial**. Rev Ter Man. 2008; 6(27):307-313.

PIRES R.C.C.K., BAREA L.M., STRIEBEL V.L.W., PERLA A.S., BRITO C.I.B., HAUSSEN D.C., et al. **Terapia manual: uma alternativa para o tratamento coadjuvante das cefaléias crônicas**. Migrêneas & Cefaléias. 2003; 6(3):69-91.

RABELLO G.D., FORTE L.V., GALVÃO A.C.R. **Avaliação clínica da eficácia da combinação paracetamol e cafeína no tratamento da cefaléia tipo tensão**. Arq. Neuropsiquiatr. 2000; 58(1):1-13.

RASMUSSEN B.K., JENSEN R., SCHROLL M. OLESEN J. **Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study**. J Clin Epidemiol. 1991; 44(11): 1147-57.

REQUIÃO Fabiana Maria Oliveira, MACEDO Candice Ribeiro Santos de. **Prevalência de Cefaleia em Pacientes Portadores de Disfunção Temporomandibular.** R. Ci. méd. biol., Salvador, v.7, n.3, p. 220-227, set./dez. 2008.

RIBEIRO C.A.F., ESPERANÇA P., SOUSA L.D. **Cefaleias tipo tensão:** fisiopatogenia, clínica e tratamento. Rev. Port. Clin Geral 2006; 22:483-490.

RODRIGUES-BIGATON D, ALMEIDA A.F.N., BERNI K.C.S., PEDRONI C.R., GONÇALVES R.N., BÉZIN F. **Utilização de diferentes estimulações elétricas para o tratamento da dor em mulheres com disfunção temporomandibular.** Rev. Bras. Fisioter, São Carlos, vol.12, n.6, p.476-481. 2008.

ROWLAND, L. P. **Merrit tratado de neurologia.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara 1986.

SANTOS CMT, PEREIRA CU, LIMA PTMR, SANTOS EAS, MONTEIRO JTS. **Cefaleia tensional.** Rev.Bras. Med. 2008; 65(5):112-7

SATO S, KAWAMURA H. **Evaluation of mouth opening exercise after pumping of the temporomandibular joint in patients with nonreducing disc displacement.** J Oral Maxillofac Surg. 2008; 66(3):436-40.

SCHIFFMAN E., OHRBACH R., TRUELOVE E., LOOK J., ANDERSON G., GOULET J.P., et al. **Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain special interest group.** Journal of Oral & Facial Pain and Headache 2014; 28:6–27.

SCHOKKER R.P., HANSSON T.L., ANSINK B.J.J. **Craniomandibular Disorders in Patients With Different Types of Headache.** J Craniomandib Disord. 1990; 4:47-51.

SILVA L.S., BARRA L.H.T., PACHIONI C.A.S., FERREIRA D.M.A., PEREIRA J.D.A.S. **Avaliação Preventiva da Disfunção Temporomandibular.** Colloquium Vitae. 2011;3:11-16.

SPECIALI, J.G.; **Classificação das cefaléias.** Simpósio: Cefaléia. v. 30, p. 421-7, 1997.

TORELLI P, JENSEN R, OLESEN J. **Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study.** Cephalalgia. 2004; 24:29-36

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Assistência 110  
Assoalho Pélvico 13, 14, 15, 16, 17, 20, 23  
Atenção Primária à Saúde 107  
Atividades de Vida Diária 48, 51, 67, 110, 112, 113, 116  
Atleta 70, 71

### C

Capacidade Funcional 25, 26, 28, 29, 35, 38, 40, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 51, 52, 54, 55, 118  
Cefaléia 77, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 87, 88, 89  
Cirurgiões-Dentistas 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 104, 105  
Classificação Internacional de Funcionalidade 38, 40, 49, 50, 51

### D

Disfunção Sexual 13, 14, 15, 16  
Disfunção Temporomandibular 77, 86, 87, 88, 89  
Distúrbios Osteomusculares 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 104, 105, 106  
Dor Lombar 62, 63, 64, 67, 68, 69, 75, 88

### E

Envelhecimento 38, 48, 52, 53, 54, 55, 58  
Epidemiologia 107  
Equilíbrio Postural 26, 27, 35, 36  
Exercício 8, 9, 11, 57, 58, 62, 64, 69, 81, 90, 101, 118

### F

Fisioterapeutas 15, 90, 91, 92, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 113  
Fisioterapia 2, 13, 15, 16, 20, 23, 24, 27, 29, 33, 36, 37, 38, 51, 52, 53, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 77, 84, 87, 90, 98, 101, 105, 106, 107, 109, 115, 118

### H

Hipotonia Muscular 26, 27, 33, 34

### I

Idoso 38, 40, 42, 48, 53  
Incapacidade 15, 36, 38, 40, 42, 49, 50, 51, 63, 69, 83, 91, 95, 104, 111

Institucionalização 38, 49

Insuficiência Respiratória 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11

Insuficiência Respiratória Aguda 1, 2, 3, 4, 9, 11

## L

Locomoção 26, 35, 45, 50

## M

Método Pilates 52, 55, 61, 62, 63, 68

Modalidades de Fisioterapia 62, 63, 64, 70

Movimento 13, 18, 19, 20, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 49, 51, 52, 53, 55, 57, 59, 60, 62, 64, 67, 68, 71, 79, 82, 85, 88, 92, 97, 112

## P

Pilates 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69

## Q

Quedas 49, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61

## R

Reabilitação Cardíaca 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118

## S

Saúde 2, 4, 13, 14, 15, 23, 25, 28, 36, 38, 39, 40, 42, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 62, 64, 68, 77, 90, 91, 92, 93, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118

Saúde Coletiva 90, 107

Saúde Ocupacional 91

Síndrome de Down 25, 26, 27, 36, 37

## T

Terapia Ocupacional 110, 113, 114, 115, 116, 117

Tratamento 3, 7, 8, 9, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 53, 60, 62, 64, 67, 68, 69, 72, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 111, 113, 114, 115, 116

## V

Vaginismo 13, 14, 15, 16, 20, 23, 24

Ventilação não invasiva 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11

 **Atena**  
Editora

**2 0 2 0**