



# DTM

## BRUXISMO

*O que você precisa saber?*

Um E-book com dicas práticas sobre os principais pontos de conhecimento sobre disfunção temporomandibular e bruxismo.



Anna Luiza Delmondes de Lima  
Bruna de Souza Guedes  
Giovanna Mota Souza  
Sophia Rocha Barros  
Evelyn Mikaela Kogawa  
Rodrigo Antonio de Medeiros



**Universidade de Brasília**

Decanato de Extensão

## **AUTORIA**

Anna Luiza Delmondes de Lima

Bruna de Souza Guedes

Giovanna Mota Souza

Sophia Rocha Barros

Evelyn Mikaela Kogawa

Rodrigo Antonio de Medeiros

Este material é um guia clínico básico para suporte ao atendimento inicial de pacientes com DTM no consultório odontológico geral, desenvolvido por dentista especializados integrantes do **Projeto de Extensão “Atendimento de pacientes com disfunções temporomandibulares e dor orofacial” da Universidade de Brasília**. Não substitui avaliação especializada.

# DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM): MANEJO CLÍNICO INICIAL E ENCAMINHAMENTO

## 1. Introdução

### O que é DTM?

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é uma condição multifatorial que afeta as articulações temporomandibulares (ATM) e os músculos da mastigação, impactando a qualidade de vida dos pacientes (1, 2). Está associada a dor, ruídos articulares e limitações funcionais. Fatores genéticos, hormonais, traumas, hábitos parafuncionais e psicossociais estão envolvidos (3).

A padronização diagnóstica, com base nos Critérios de Diagnóstico para DTM (DC/TMD) (4), permite uniformizar as avaliações clínicas, facilitar a comunicação científica e guiar as decisões terapêuticas (1).

## 2. Diagnóstico Clínico

O clínico geral deve identificar sinais e sintomas sugestivos de DTM (3, 5, 6).

### 2.1 Anamnese Detalhada

- Investigar hábitos parafuncionais: bruxismo, apertamento, mastigação unilateral, etc.
- Avaliar fatores psicossociais: estresse, ansiedade, percepção de dor.
- Questionar sobre sintomas relacionados: dor na face, mandíbula ou músculos mastigatórios, especialmente ao mastigar, falar ou abrir a boca; dor irradiada para pescoço, ombros ou ouvido; travamento mandibular, estalos, zumbido, cefaleia.
- Registro detalhado da história clínica para orientar manejo e necessidade de encaminhamento (1).

## 2.2 Exame Clínico (5, 6):

- Palpação da musculatura mastigatória e ATM para identificar dor ou sensibilidade.
- Avaliação da amplitude de abertura bucal e movimentações mandibulares.
- Observação de desvios ou deflexões durante a abertura da boca.
- Detecção de ruídos articulares (estalidos, crepitação).
- Identificação de sinais de alerta que justifiquem encaminhamento para avaliação especializada.

Para uma informação mais detalhada, confira os protocolos propostos pelo DC/TMD



## 3. Condutas Conservadoras Iniciais

A literatura recomenda intervenções conservadoras como primeira abordagem para DTM (2, 6).

Entre as estratégias mais consolidadas destacam-se:

**Educação e aconselhamento:** A orientação ao paciente acerca dos hábitos parafuncionais, fatores de risco comportamentais e estratégias de autocuidado é um componente essencial e está associada à melhora clínica e à redução da recorrência dos sintomas (6, 8, 9).

Inclui:

- 1.Reduzir hábitos parafuncionais, como apertamento diurno, roer unhas/cutículas, morder objetos, apoiar a mandíbula com a mão e/ou manter os dentes em contato.
- 2.Evitar mastigar alimentos duros ou chicletes.
- 3.Evitar abrir a boca excessivamente (bocejar ou cantar alto).
- 4.Incentivar postura adequada da mandíbula, pescoço e técnicas de relaxamento muscular.

## **TERAPIAS FÍSICAS E EXERCÍCIOS MANDIBULARES**

Protocolos de exercícios específicos para a musculatura mastigatória e técnicas de fisioterapia manual demonstraram eficácia na melhora da mobilidade mandibular e na redução da dor miofascial. Estas abordagens apresentam respaldo robusto como tratamento conservador de primeira escolha(6, 8).

## **TERMOTERAPIA**

Aplicação de compressas mornas sobre a musculatura mastigatória por 20 minutos, duas vezes ao dia, e compressas frias sobre a ATM por 20 minutos, duas vezes ao dia, visando reduzir dor, inflamação e tensão muscular (10, 11).

## **PLACAS OCLUSAIS ESTABILIZADORAS**

O uso de dispositivos interoclusais rígidos em acrílico, ajustados individualmente, é eficaz na redução da dor e na proteção das estruturas temporomandibulares e dentárias. A literatura reforça que tais dispositivos devem ser diferenciados de placas em materiais termoplásticos (acetato), que carecem de suporte científico para uso prolongado (9).

# FARMACOTERAPIA ADJUVANTE

Analgésicos, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e relaxantes musculares podem ser utilizados em casos selecionados, visando ao controle sintomático a curto prazo. Todavia, sua utilização deve sempre estar integrada a estratégias conservadoras e sob monitoramento clínico (8).

## 4. Critérios de Encaminhamento para Especialistas

O clínico geral deve encaminhar pacientes para avaliação especializada em DTM/Dor Orofacial ou áreas correlatas quando houver (8, 12, 13).

1. Dor persistente por mais de 3 a 6 meses;
2. Sintomas persistentes ou que interferem nas atividades diárias, como: alimentação, fala, sono;
3. Travamentos mandibulares frequentes ou deslocamento de disco;
4. Sinais de desgaste dentário associados ao bruxismo;
5. Indicação de tratamento com placas oclusais individualizadas;
6. Suspeita de alterações estruturais significativas na ATM;
7. Impacto emocional ou psicológico relevante.

## 5. Profissionais para Encaminhamento

Dependendo do quadro clínico, recomenda-se encaminhar para (13, 14):



Profissional de referência para diagnóstico e manejo completo (ideal);

Profissional especializado em fisioterapia aplicada a DTM. Abordagem conservadora e reabilitação funcional;



Quando fatores emocionais ou psicológicos contribuem para o quadro clínico;

Quando há alterações funcionais associadas, como fala ou deglutição;



Quando há queixas otológicas ou manifestações neurológicas associadas.

# BRUXISMO

**Bruxismo** é definido como uma **atividade repetitiva** dos músculos mastigatórios, caracterizada pelo apertamento, ranger dos dentes e/ou pelo tensionamento ou projeção da mandíbula. Podendo ser classificada como **bruxismo do sono** ou **bruxismo em vigília**. (15, 16)

O bruxismo do sono consiste na atividade dos músculos mastigatórios durante o sono, podendo se apresentar de forma rítmica (fásica) ou não rítmica (tônica) e não é um distúrbio do movimento ou do sono. O bruxismo em vigília, por sua vez, envolve a atividade dos músculos mastigatórios durante o estado de vigília, caracterizando-se pelo contato dentário repetitivo ou sustentado e/ou pelo movimento de contração ou propulsão da mandíbula e não é um distúrbio do movimento. (17)

A presença de disfunção temporomandibular (DTM) **não** deve ser considerada sinônimo de bruxismo.

## Uma vez que nem todos os pacientes com DTM apresentam bruxismo.

Apesar da ampla discussão sobre a relação entre essas condições, as evidências atuais indicam que o diagnóstico de DTM não implica necessariamente na presença de bruxismo.

Embora o bruxismo, tanto do sono quanto de vigília, possa elevar o risco de desenvolvimento de subtipos específicos de DTM, essa associação é modulada por fatores como qualidade do sono, níveis de estresse, depressão e outros aspectos psicossociais (18-20).

### DO SONO

Durante o sono



### DE VIGÍLIA

Enquanto acordado



# BRUXISMO

A fisiopatologia do bruxismo é **multifatorial** e ainda não está completamente elucidada.

No entanto, o consenso atual indica um predomínio de **fatores centrais**, com participação do sistema nervoso autônomo, neurotransmissores, fatores genéticos e psicossociais, além de alterações na arquitetura do sono e microdespertares.

Enquanto os fatores periféricos, como a oclusão dentária, apresentam relevância reduzida e são atualmente considerados irrelevantes para a gênese do distúrbio (21, 22)



## SINAIS E SINTOMAS

Os principais sintomas e sinais clínicos incluem **desgaste dentário** (especialmente em caninos e incisivos), impressões dentárias na língua e mucosa jugal, **fraturas dentárias e de restaurações**, **dor ou fadiga nos músculos mastigatórios**, **cefaleia** (especialmente matinal), **dor ou desconforto na articulação temporomandibular (ATM)**, **sensibilidade ou dor dentária**, e **hipertrofia** dos músculos da mastigação (23-25).

O desgaste dentário **não** deve ser considerado isoladamente como critério diagnóstico de bruxismo ativo, pois pode representar **apenas** uma seqüela de episódios prévios da condição. O diagnóstico dessa condição requer abordagem multifatorial, que inclui relato do paciente e exame clínico minucioso (26, 27).

Embora possa constituir um dos sinais associados ao bruxismo, o desgaste dentário **não é patognomônico** nem suficiente para confirmar a presença da atividade parafuncional (27, 28).

O bruxismo pode estar relacionado a diferentes condições de saúde.

Conforme o consenso de 2018, essa condição pode ser classificada em três categorias de associação com desfechos específicos:

- (1) fator de risco, quando vinculada a um ou mais efeitos adversos à saúde;
- (2) fator de proteção, quando associada a efeitos benéficos;
- (3) fator neutro, quando não exerce influência significativa como risco ou proteção. (15)

A forma mais frequentemente descrita de bruxismo é a de **fator de risco**, associada ao desenvolvimento de condições como dor relacionada à disfunção temporomandibular e desgaste mecânico dentário.

A literatura ainda sugere que o bruxismo do sono pode atuar como um fator protetor em subgrupos de pacientes com hipopneia obstrutiva do sono ao induzir protrusão mandibular, facilitando a interrupção de eventos respiratórios (29-31) e restaurando a permeabilidade das vias aéreas, prevenindo assim o colapso.

Além disso, pode auxiliar no aumento da salivação em caso de refluxo gastroesofágico, podendo até exercer efeito positivo na função cognitiva.

Por fim, o bruxismo pode ser considerado um fator neutro, referindo-se a situações em que não exerce influência significativa sobre a saúde, não atuando como fator de risco nem como fator protetor. (17)

## MANEJO DO BRUXISMO

Conforme o consenso atual de 2025, **não** existe tratamento específico, curativo ou universalmente eficaz para o bruxismo.

O **manejo é individualizado**, com foco principalmente na redução das consequências clínicas, como desgaste dentário, dor muscular ou cefaleia, e na proteção dos tecidos orais, em vez de buscar a eliminação completa da atividade de bruxismo.

O aconselhamento envolve, em grande parte, a explicação aos pacientes sobre o bruxismo e atividade parafuncional.

Recomendar que evitem hábitos parafuncionais, como roer unhas, morder lábios/lingua/bochecha e/ou objetos, e desenvolvam consciência tanto desses comportamentos quanto do apertamento dentário durante o dia (32).

Adicionalmente, abordagens comportamentais devem ser apresentadas e explicadas ao paciente, como técnicas de relaxamento, higiene do sono, biofeedback e psicoterapia (24).

## DISPOSITIVOS INTEROCCLUSAIS

As placas oclusais são aparelhos dentários que funcionam como barreiras protetoras, embora **não** atuem sobre a causa central do bruxismo.

Seu objetivo principal é minimizar as consequências prejudiciais do bruxismo, obstruindo o contato dente a dente durante o sono (33).

**Indicação:** Pacientes diagnosticados com bruxismo do sono.

## DISPOSITIVOS INTEROCLUSAIS

### Características de uma placa oclusal ideal

- Rígida
- Estabilidade e retenção
- Sem báscula
- Lisa, sem marcas edentadas
- Se possível, fazer lateralidade em canino e guia anterior
- Espaço de 2 a 2,5mm no último dente

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática odontológica segura e eficiente exige atuação baseada em **evidências** robustas. O reconhecimento precoce, diagnóstico padronizado, educação do paciente e abordagem conservadora da DTM e do bruxismo são fundamentais para reduzir morbidade, prevenir complicações e otimizar resultados clínicos.

# Referências Bibliográficas

1. Nykänen L, Sipilä K, Eli I, Freidman-Rubin P, Keren L, Kämppi A, et al. Brief Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Sensitivity and Specificity of Clinical Diagnoses (A Multi-Center Study). *J Oral Rehabil.* 2025.
2. Carrara S, Conti P, Stuginski-Barbosa J. Statement of the 1st Consensus on Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. *Dental Press Journal of Orthodontics.* 2010;15:114-20.
3. Warzocha J, Gadomska-Krasny J, Mrowiec J. Etiologic factors of temporomandibular disorders: a systematic review of literature containing diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) and research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) from 2018 to 2022. *Healthcare (Basel).* 2024;12(5):575.
4. Pereira Jr FJ, Godoi Gonçalves DA, Camparis CM, Tesch R, Hirata F, Bair E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments – Brazilian Portuguese Version (DC/TMD). São Paulo, Brasil: International RDC/TMD Consortium Network; International Association for Dental Research (IADR); 2020 2020/07/14.
5. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, 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†. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(1):6-27.
6. Pimentel G, Bonotto D, Hilgenberg-Sydney PB. Self-care, education, and awareness of the patient with temporomandibular disorder: a systematic review. *BrJP.* 2018;1.
7. Ahmad M, Schiffman EL. Temporomandibular Joint Disorders and Orofacial Pain. *Dent Clin North Am.* 2016;60(1):105-24.
8. Al-Moraissi EA, Farea R, Qasem KA, Al-Wadeai MS, Al-Sabahi ME, Al-Iryani GM. Effectiveness of occlusal splint therapy in the management of temporomandibular disorders: network meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2020;49(8):1042-56.
9. Leeuw Rd, Klasser GD. Orofacial pain : guidelines for assessment, diagnosis, and management. Fifth edition. ed. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc; 2013.
10. Furlan RM, Giovanardi RS, Britto AT, Oliveira e Britto DB. The use of superficial heat for treatment of temporomandibular disorders: an integrative review. *Codas.* 2015;27(2):207-12.

11. Kopacz Ł, Ciosek Ż, Gronwald H, Skomro P, Ardan R, Lietz-Kijak D. Comparative Analysis of the Influence of Selected Physical Factors on the Level of Pain in the Course of Temporomandibular Joint Disorders. *Pain Res Manag.* 2020;2020:1036306.
12. Prodoehl J, Kraus S, Klasser GD, Hall KD. Temporomandibular disorder content in the curricula of physical therapist professional programs in the United States. *Cranio.* 2020;38(6):376-88.
13. Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Am Fam Physician.* 2015;91(6):378-86.
14. Missaka R, Nakazone S, Jr., Vasques MT, Zampol AG, Mendes LS, Mukai MK, et al. Clinical profile of Brazilian patients with temporomandibular joint disorder and orofacial pain: A 20-year retrospective study. *Saudi Dent J.* 2024;36(10):1344-9.
15. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil.* 2018;45(11):837-44.
16. Matusz K, Maciejewska-Szaniec Z, Gredes T, Pobudek-Radzikowska M, Glapiński M, Górna N, et al. Common therapeutic approaches in sleep and awake bruxism - an overview. *Neurol Neurochir Pol.* 2022;56(6):455-63.
17. Verhoeff MC, Lobbezoo F, Ahlberg J, Bender S, Bracci A, Colonna A, et al. Updating the Bruxism Definitions: Report of an International Consensus Meeting. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2025;52(9):1335-42.
18. Lee YH, Chon S, Auh QS, Verhoeff MC, Lobbezoo F. Clinical, psychological, and hematological factors predicting sleep bruxism in patients with temporomandibular disorders. *Sci Rep.* 2025;15(1):19148.
19. Chattratrait T, Aarab G, Su N, Blanken TF, Mitirattanakul S, Lobbezoo F. The association of self-reported awake bruxism and sleep bruxism with temporomandibular pain and dysfunction in adult patients with temporomandibular disorders. *Clin Oral Investig.* 2023;27(12):7501-11.
20. Filho RT, Progiante PS, Pattussi MP, Grossi PK, Grossie ML. The Association of Sleep, Awake, or Combined Sleep/Awake Bruxism and Temporomandibular Disorders Subtypes: A Cross- Sectional Population Study. *Int J Prosthodont.* 2025;0(0):1-27.
21. Thomas DC, Manfredini D, Patel J, George A, Chanamolu B, Pitchumani PK, et al. Sleep bruxism: The past, the present, and the future-evolution of a concept. *J Am Dent Assoc.* 2024;155(4):329-43.
22. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *J Oral Rehabil.* 2008;35(7):476-94.
23. Soares JP, Moro J, Massignan C, Cardoso M, Serra-Negra JM, Maia LC, et al. Prevalence of clinical signs and symptoms of the masticatory system and their associations in children with sleep bruxism: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2021;57:101468.

24. Beddis H, Pemberton M, Davies S. Sleep bruxism: an overview for clinicians. *British dental journal*. 2018;225(6):497-501.
25. Uchima Koecklin KH, Aliaga-Del Castillo A, Li P. The neural substrates of bruxism: current knowledge and clinical implications. *Front Neurol*. 2024;15:1451183.
26. Yoshida Y, Suganuma T, Takaba M, Ono Y, Abe Y, Yoshizawa S, et al. Association between patterns of jaw motor activity during sleep and clinical signs and symptoms of sleep bruxism. *J Sleep Res*. 2017;26(4):415-21.
27. Kapagiannidou D, Koutris M, Wetselaar P, Visscher CM, van der Zaag J, Lobbezoo F. Association between polysomnographic parameters of sleep bruxism and attrition-type tooth wear. *J Oral Rehabil*. 2021;48(6):687-91.
28. Bronkhorst H, Kalaykova S, Huysmans MC, Loomans B, Pereira-Cenci T. Tooth wear and bruxism: A scoping review. *J Dent*. 2024;145:104983.
29. Cid-Verdejo R, Domínguez Gordillo AA, Hallal-Peche F, Ardizzone García I, Martínez Orozco FJ. Is there an association between sleep bruxism and obstructive sleep apnea? A case-control polysomnographic investigation. *Sleep Med*. 2024;114:1-7.
30. Martynowicz H, Marschollek K, Nowacki D, Kanclerska J, Lachowicz G, Jodkowska A, et al. The effect of the arousal threshold on sleep bruxism intensity in coexisting sleep apnea and sleep bruxism: a polysomnographic study. *Sci Rep*. 2025;15(1):17044.
31. da Costa Lopes AJ, Cunha TCA, Monteiro MCM, Serra-Negra JM, Cabral LC, Júnior PCS. Is there an association between sleep bruxism and obstructive sleep apnea syndrome? A systematic review. *Sleep Breath*. 2020;24(3):913-21.
32. van der Meer HA, van der Wal AC, van Hinte G, Speksnijder CM. Counselling for patients with a temporomandibular disorder: A scoping review and concept analysis. *J Oral Rehabil*. 2024;51(11):2484-97.

# OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!

Em caso de dúvidas em relação à esse material ou à pesquisa, por favor telefone para: **Rodrigo Antonio de Medeiros**, no Departamento de Odontologia da FS/ UNB (61) 3107-1802, ou entre em contato pelo e-mail [rodrigo.medeiros@unb.br](mailto:rodrigo.medeiros@unb.br).