

Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro
Josicléia Leôncio da Silva
Renata de Souza Coelho Soares



**DIRETRIZ SOBRE
ASSISTÊNCIA À PESSOA
COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR
E DOR OROFACIAL,
USUÁRIA DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DO
ESTADO DA PARAÍBA**



Campina Grande
2023

Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro
Josicléia Leôncio da Silva
Renata de Souza Coelho Soares



**DIRETRIZ SOBRE
ASSISTÊNCIA À PESSOA
COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR
E DOR OROFACIAL,
USUÁRIA DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DO
ESTADO DA PARAÍBA**



Campina Grande
2023



Universidade Estadual da Paraíba
Prof^a. Célia Regina Diniz | *Reitora*
Prof^a. Ivonildes da Silva Fonseca | *Vice-Reitora*



Editora da Universidade Estadual da Paraíba
Cidoval Morais de Sousa | *Diretor*

Conselho Editorial

Alessandra Ximenes da Silva (UEPB)
Alberto Soares de Melo (UEPB)
Antonio Roberto Faustino da Costa (UEPB)
José Etham de Lucena Barbosa (UEPB)
José Luciano Albino Barbosa (UEPB)
Melânia Nóbrega Pereira de Farias (UEPB)
Patrícia Cristina de Aragão (UEPB)



Editora indexada no SciELO desde 2012



Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500
Fone: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: eduepb@uepb.edu.br



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Cidival Morais de Sousa (*Diretor*)

Expediente EDUEPB

Design Gráfico e Editoração

Erick Ferreira Cabral
Jefferson Ricardo Lima A. Nunes
Leonardo Ramos Araujo

Revisão Linguística e Normalização

Antonio de Brito Freire
Elizete Amaral de Medeiros

Assessoria Técnica

Carlos Alberto de Araujo Nacre
Thaise Cabral Arruda
Walter Vasconcelos

Divulgação

Danielle Correia Gomes

Comunicação

Efigênio Moura

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro - CDL

R484d Ribeiro, Ana Isabella Arruda Meira.
Diretriz sobre assistência à pessoa com disfunção temporomandibular e dor orofacial, usuária do sistema único de saúde do estado da Paraíba / Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro, Josicléia Leôncio da Silva, Renata de Souza Coelho Soares. – Campina Grande: EDUEPB, 2023.
219 p.: il.; 10000KB.

ISBN: 978-85-7879-889-5 (E-book)

1. Odontologia . 2. Disfunção temporomandibular. 3. Dor orofacial I. Silva, Josicléia Leôncio da II. Soares, Renata de Souza Coelho. III. Título.

CDD 617.3

Ficha catalográfica elaborada por Ana Virginia de Queiroz Melo Leite – CRB-15/378

Copyright © EDUEPB

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

APOIO

Comissão de Saúde Pública da Sociedade Brasileira de Dor Orofacial (SBDOF), Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde (NUTES), Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO

Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro, Josicléia Leôncio da Silva, Renata de Souza Coelho Soares.

COLABORAÇÃO

André Ulisses Dantas Batista, Cassandra Gomes de Lima, Danilo de Almeida Vasconcelos, Gilma Serra Galdino, Iaciara Mendes de Alcântara, José Pereira da Silva, Kátia Elizabete Galdino, Luciana Barbosa Sousa de Lucena, Marcilio Ferreira de Araújo, Ramon Targino Firmino, Roberto Brígido de Nazareth Pedras, Sílvia Damasceno Benevides.

COLABORAÇÃO EXTERNA

(DIAGRAMAÇÃO, CAPA E PROJETO GRÁFICO)

Coordenadoria de Comunicação da UEPB.

APRESENTAÇÃO

Considerando a necessidade de que sejam elaborados documentos oficiais contendo informações relevantes que sirvam para atualizar a população, os gestores e profissionais da saúde que lidam com pessoas acometidas pelas Disfunções Temporomandibulares e Dor Orofacial, um grupo de profissionais (preocupados com a assistência prestada a esse perfil populacional) se uniu para desenvolver esta Diretriz. Espera-se que as informações contidas neste documento possam fornecer elementos importantes para melhorar e ampliar o nível da assistência prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado da Paraíba.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Etapas de elaboração da Diretriz	20
Figura 2	Instrumentos auxiliares, conforme ordem cronológica	32
Figura 3	Aplicativos móveis auxiliares, Saúde Bucal, PB.	40
Figura 4	QR Code para acessar os aplicativos móveis, Saúde Bucal, PB	41
Figura 5	Estratificação, conforme os níveis de atenção à Saúde Bucal	44
Figura 6	Sistema integrado das RAS	46
Figura 7	Fluxo de acesso e da longitudinalidade do cuidado do usuário na APS	49
Figura 8	Composições de equipes de Saúde Bucal	50
Figura 9	Algumas atribuições dos profissionais de saúde da APS	53
Figura 10	Algumas atribuições dos cirurgiões-dentistas da APS	54
Figura 11	Considerações sobre a elaboração do PTS	58
Figura 12	Distribuição dos LRPD entre os Estados brasileiros	69
Figura 13	Municípios com LRPD, segundo as Macrorregiões de Saúde, PB/Brasil	70
Figura 14	Distribuição dos CEOs, segundo os municípios e as Macrorregiões de Saúde, PB/Brasil	73
Figura 15	Atributos a serem considerados na assistência prestada ao usuário do SUS	91

Figura 16	Fatores de risco para DTM e DOF	92
Figura 17	Dicas sobre cuidados com a higiene do sono	94
Figura 18	Fatores psicossociais relacionados com a piora e perpetuação da DTM	96
Figura 19	Organização da Tabela de Procedimentos do SUS	114
Figura 20	Estrutura de codificação da Tabela de Procedimentos do SUS	115
Figura 21	Habilidades e competências necessárias às equipes interdisciplinares	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação das DTMs, segundo a CID-10	28
Tabela 2	Classificação Taxonômica das DTMs	29
Tabela 3	Classificação Internacional de DOF	36
Tabela 4	Atendimentos odontológicos na APS, regiões de saúde, PB, 2019	51
Tabela 5	Procedimentos de próteses ofertados pelos LRPD	67
Tabela 6	Municípios com LRPD, segundo as Regiões de Saúde, PB/Brasil	71
Tabela 7	Municípios com CEOs, segundo as Regiões de Saúde, PB/Brasil	74
Tabela 8	Relação dos CEOs, 1ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil	76
Tabela 9	Relação dos CEOs, 2ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil	78
Tabela 10	Relação dos CEOs, 3ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil	81
Tabela 11	Distribuição das unidades de atenção terciária que prestam serviços de atenção à saúde bucal, segundo a Unidade Federativa e Região, Brasil	85
Tabela 12	Relação das unidades de atenção terciária que prestam serviços de atenção à Saúde Bucal, PB/Brasil	86
Tabela 13	Lista de códigos, valores e procedimentos clínicos e cirúrgicos	117

Tabela 14	Lista de códigos, valores e procedimentos com finalidades diagnósticas	120
Tabela 15	Lista de códigos, valores e procedimentos segundo as ações de promoção e prevenção em saúde	121
Tabela 16	Lista de códigos, valores e procedimentos de órteses, próteses e materiais especiais em odontologia	122
Tabela 17	Lista de materiais odontológicos de uso profissional restrito	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAOP	<i>American Academy of Orofacial Pain</i>
AINEs	Anti-inflamatórios Não Esteroides
<i>Apps</i>	<i>Applications</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
ATM	Articulação Temporomandibular
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidada
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEDC	Centro Estadual de Diagnóstico do Câncer
<i>CENTRAL</i>	<i>The Cochrane Central Register of Controlled Trials</i>
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
<i>CINAHL</i>	<i>The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<i>DC/TMD</i>	<i>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DMF	Índice Anamnésico de Fonseca
DOF	Dor Orofacial

DTM	Disfunção Temporomandibular
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
eSB	equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAP	Fundação Assistencial da Paraíba
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<i>ICOP</i>	<i>International Classification of Orofacial Pain</i>
IDCCM	Índice de Disfunção Clínica Craniomandibular
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
<i>MEDLINE</i>	<i>Medical Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
PcD	Pessoas com Deficiência
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNE	Pessoa com Necessidade Especial
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
<i>RDC/TMD</i>	<i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>
ReCLIO	Residência Uniprofissional em Clínica Integrada em Odontologia

SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBD OF	Sociedade Brasileira de Dor Orofacial
SCDOR	Serviço de Controle da Dor Orofacial
<i>SciELO</i>	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES-PB	Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIGTAP/SUS	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SOU	Serviços Odontológicos de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TabNet	Tabulador para <i>Internet</i>
<i>TENS</i>	<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Introdução.....	15
Objetivos	17
Métodos	18
Definição	22
Epidemiologia	23
Etiologia	25
Classificação	27
Diagnóstico.....	31
DTM no Sistema Único de Saúde	42
Promoção da saúde e prevenção de agravos.....	90
Tratamento	102
Procedimentos disponibilizados no SUS.....	114
Equipe Interdisciplinar.....	128
Lacunas, desafios e implicações para o SUS	139
Benefícios esperados	143
Referências	145

1

INTRODUÇÃO

As Disfunções Temporomandibulares (DTMs) compreendem um conjunto de mais de 30 distúrbios de saúde que podem estar associados tanto à Articulação Temporomandibular (ATM), quanto aos músculos da mastigação e demais estruturas associadas. Apresentando-se de forma transitória ou de longa duração, podendo estar associadas a problemas que vão desde um clique ocasional da mandíbula até dores crônicas intensas, envolvendo toda a região orofacial (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING AND MEDICINE, 2020).

Os sinais e sintomas mais prevalentes são dor, restrição dos movimentos da mandíbula e ruídos na ATM (TORRES et al., 2020; MADARIAGA et al., 2021). Já o tratamento, pode ser não invasivo, minimamente invasivo ou invasivo. Várias são as possibilidades terapêuticas apontadas na literatura, entretanto, ainda não há um consenso sobre qual abordagem possui maior eficácia (ZHANG et al., 2021a).

No que diz respeito à Dor Orofacial (DOF), entende-se que esta condição gera prejuízos significativos na qualidade de vida das pessoas (FERREIRA et al., 2021a), sendo também um importante desafio a ser enfrentado pela saúde pública (ASQUINI et al., 2021). Uma problemática na qual as

particularidades anatômicas da região orofacial, dentre outros fatores, faz com que seja desafiador a realização do diagnóstico e tratamento adequado (ROTPENPIAN; YAKKAPHAN, 2021).

Associado a isso, o escasso conhecimento dos profissionais da saúde sobre a DTM faz com que esta condição seja erroneamente diagnosticada e mal conduzida nas unidades primárias de saúde, gerando atrasos no tratamento (AL-HURAIISHI et al., 2020). Na assistência prestada, os cirurgiões-dentistas, na maioria das vezes, são os profissionais de primeiro contato, sendo de suma importância que saibam identificar e tratar essas disfunções e, sempre que necessário, realizar encaminhamentos para especialistas (MOZHDEH et al., 2020).

Diante do exposto, optou-se pela elaboração desta Diretriz que tem por objetivo fornecer informações relevantes para auxiliar no manejo dos indivíduos com DTM e DOF, o que permitirá reduzir o sofrimento e o ônus emocional sobre as pessoas acometidas e seus familiares, permitindo aos gestores uma adequada racionalização de recursos, assim como, fornecendo aos profissionais de saúde subsídios que os auxiliem na tomada de decisão sobre a forma mais adequada de cuidado com a saúde dessa população.

2

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Fornecer informações que possam melhorar a qualidade da assistência prestada à pessoa com DTM e DOF, de modo a atender integralmente às necessidades de saúde do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado da Paraíba (PB).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disponibilizar aos profissionais e gestores da saúde esclarecimentos que possam ser úteis para melhorar a condução do usuário com DTM e DOF nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS do Estado da PB, visando à integralidade nas ações de cuidado;
- Sintetizar sistematicamente as informações científicas disponíveis sobre a disfunção, diagnóstico, meios de prevenção e promoção da saúde. Bem como as possíveis intervenções e os níveis de atenção em que poderá ocorrer o cuidado.

3

MÉTODOS

Para elaboração desta Diretriz foram realizadas buscas estruturadas por publicações científicas e dados relacionados aos indicadores de saúde, a fim de que fossem encontradas evidências que pudessem responder aos questionamentos levantados durante a fase de planejamento (escopo), executada junto à equipe de colaboradores:

- Como são definidas a DTM e a DOF?
- Qual etiologia e epidemiologia da DTM?
- Quais instrumentos podem ser usados para triagem e diagnóstico?
- Quais são as possibilidades de tratamento oferecidas no SUS?
- Como deve ser o fluxo do usuário nas RAS do Estado da PB?
- Quais os desafios e lacunas existentes sobre a assistência prestada?

Visando encontrar respostas para essas questões, realizou-se um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: *The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)*; *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*; *Embase (Elsevier)*; *Google Scholar*; Literatura Latino-Americana e do Caribe em

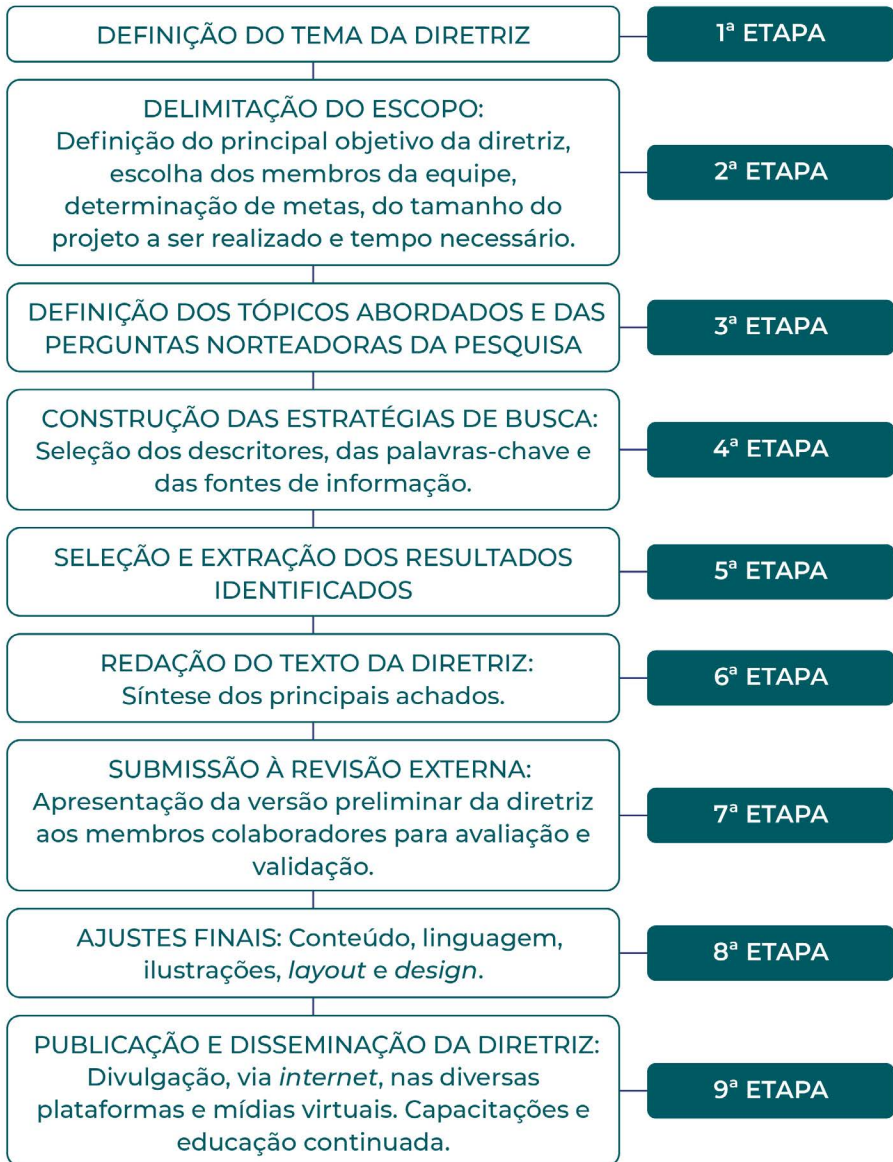
Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*.

Algumas páginas do Ministério da Saúde (MS), bem como ferramentas administradas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram consultadas para obtenção de dados, dentre elas: o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP/SUS) e o Tabulador para *Internet* (TabNet).

O conjunto das evidências selecionadas foi utilizado para responder aos desfechos de interesse, contextualizando cada tópico abordado. No que se refere às informações relacionadas ao tratamento (intervenções terapêuticas), houve uma triagem das publicações direcionadas à população adulta (≥ 18 anos), de ambos os sexos, com diagnóstico de DTM e DOF. Foram desconsiderados os estudos duplicados, sem relação com o tema, com dados incompletos ou resultados inconclusivos, bem como os protocolos de pesquisas futuras.

As diversas etapas empregadas durante o processo de construção desta Diretriz estão sumarizadas na Figura 1:

Figura 1 - Etapas de elaboração da Diretriz



Fonte: Elaboração própria (2023).

É importante destacar que, devido à nítida escassez de artigos científicos que abordassem o cuidado prestado aos usuários com DTM e DOF nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS, etapas importantes como, por exemplo, a avaliação da qualidade das evidências, bem como a direção e a força das recomendações fornecidas não foram possíveis de ser executadas. Fato este, que denota a grande relevância deste trabalho pioneiro e aponta para necessidade de que mais investigações na área precisam ser realizadas.

4

DEFINIÇÃO

A Academia Americana de Dor Orofacial (*American Academy of Orofacial Pain - AAOP*) define a Disfunção Temporomandibular (DTM) como sendo um grupo de condições que acomete a ATM e/ou os músculos da mastigação, além de estruturas adjacentes (RESTREPO et al., 2021). Enquanto a Dor Orofacial (DOF) é definida como qualquer dor que esteja relacionada às estruturas da cavidade oral, da face, da cabeça e pescoço como, por exemplo, ossos, músculos e vasos (LIU et al., 2021).

Tanto a DTM, quanto a DOF são caracterizadas pela dor (incluindo alodinia e hiperalgesia), disfunção mandibular, fadiga e distúrbios psicológicos (SMITH et al., 2019).

5

EPIDEMIOLOGIA

Não há como estimar, exatamente, qual a prevalência e incidência da DTM, principalmente, por se tratar de uma condição, por vezes, subdiagnosticada. Pesquisas têm apontado que ela seja prevalente entre 10% a 15% da população adulta (LAM; SVENSSON; ALSTERGREN, 2020; GREENE; MANFREDINI, 2021). Contudo, essa estimativa pode variar conforme a metodologia do estudo epidemiológico realizado, dos critérios diagnósticos adotados e a população-alvo investigada. O que se sabe é que as mulheres são mais acometidas, além dos indivíduos adultos, na faixa etária dos 20 aos 40 anos (SEO et al., 2020).

Já o principal sintoma relatado nas DTMs é a dor, prevalente em até 15% dos adultos e 7% dos adolescentes. A dor costuma evoluir para forma crônica em, aproximadamente, 1,6% da população, sendo também mais frequente nas mulheres (15%) do que nos homens (8%) (DIAZ-SAEZ et al., 2020). No Brasil, estima-se que 39,2% da população apresente, pelo menos, um sinal ou sintoma relacionado à DOF, com incidência aproximada de três mulheres para cada homem (3:1) (SOUSA et al., 2019a).

Entre 57% a 71% das pessoas que realizam tratamento na fase aguda da DTM, podem continuar queixando-se de

dor após seis meses do tratamento (FILLINGIM et al., 2018). Considera-se ainda que a prevalência da DTM possa variar de 1% a 75% para os sinais e de 5% a 33% para sintomas, mas é importante ressaltar que, apesar de possuir predominância entre as mulheres, uma maior prevalência no sexo masculino pode ocorrer nos casos em que a DTM possua etiologia traumática (LEE et al., 2019).

Quanto aos custos atribuídos aos cuidados com a saúde, compreende-se que a significativa prevalência das DTMs combinada ao subtratamento e à probabilidade desses indivíduos apresentarem comorbidades associadas (a exemplo de cefaleias e outras dores idiopáticas), certamente resultam em um elevado ônus significativo para a saúde, tanto pública como individual (DURHAM et al., 2016). Ainda sim, aproximadamente 70% da população costuma manifestar pelo menos um sinal ou sintoma de DTM, entretanto, apenas 10% destes buscam tratamento (LANGELLA et al., 2018).

6

ETIOLOGIA

A etiologia da DTM é complexa e multifatorial (LIST; JENSEN, 2017), mas já se sabe que as condições comportamentais e psicológicas exercem importante papel, assim como, a intensidade da dor é um dos principais motivos que levam à procura por tratamento (ZHANG et al., 2020a). Apesar de ser bastante heterogênea, de difícil diagnóstico e de etiologia ainda obscura, diversos fatores de risco já foram identificados, dentre eles: parafunções, frouxidão ligamentar, idade, gênero, alterações anatômicas (JEDYNAK et al., 2021), trauma, neoplasia, estresse e ansiedade (CARVALHO et al., 2019).

Os fatores etiológicos podem estar relacionados intimamente com a interação entre diversas variáveis biopsicossociais (CHEN et al., 2019; KUĆ; SZAREJKO; GOŁĘBIEWSKA, 2021). A complexidade da DTM é agravada por sua relação com outras afecções dolorosas e, os aspectos emocionais e psicossociais também podem interferir na percepção da dor (BRAIDO et al., 2020). A DTM, frequentemente, está associada aos distúrbios sistêmicos: fibromialgia, fadiga, síndrome do intestino irritável, distúrbios do sono, enxaqueca e alergias (LEE et al., 2020).

Os fatores etiológicos mais comuns podem ser considerados como: a) Predisponentes, pois elevam o risco de DTM (sistêmicos, estruturais, psicológicos e genéticos); b) Desencadeantes, por contribuírem para o surgimento da disfunção (traumas e sobrecarga da estrutura articular, parafunções); c) Perpetuantes, porque inviabilizam a cura ou atrapalham o tratamento (perturbações mecânicas e musculares, além de complicações metabólicas) (MAINI; DUA, 2022).

De modo geral, as investigações epidemiológicas têm demonstrado que fatores físicos, socioeconômicos, demográficos e psicossociais parecem ter grande impacto na etiologia das DTMs. Essas condições incluem o gênero, idade, nível educacional, classe econômica, renda familiar, presença de dor e depressão. O sexo feminino, além do mais prevalente, também é considerado um fator predisponente (WAKED et al., 2020). Vários fatores biopsicossociais podem elevar o risco de desenvolvimento e cronificação da DTM (FILLINGIM et al., 2018).

Com relação aos fatores de risco, é importante esclarecer que, apesar de ter existido controvérsia, a oclusão dentária não deve ser considerada como fator primário para o surgimento das DTMs, pois já foi estabelecido que não existe correlação clínica relevante entre a etiologia da DTM e oclusão. Portanto, esse tipo de associação não se baseia em evidências científicas contundentes (MANFREDINI; LOMBARDO; SICILIANI, 2017; SALES et al., 2021) e esforços para demistificar e desviar o foco da oclusão são medidas indispensáveis na prática clínica e na educação dos profissionais (OHRBACH, GREENE, 2022).

7

CLASSIFICAÇÃO

Em um contexto amplo, as DTMs podem ser classificadas em dois grandes grupos, que são eles: intra-articulares e extra-articulares. Destes, os distúrbios musculoesqueléticos são as causas mais frequentes de DTM extra-articular, correspondendo à, aproximadamente, 50% dos casos. Enquanto, o deslocamento do disco articular (envolvendo a relação côndilo-disco) representa a causa intra-articular mais comum (GAUER; SEMIDEY, 2015).

Outra maneira de classificar a DTM, se dá pelo uso da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (Tabela 1). Um instrumento de investigação epidemiológica utilizado para monitorar a prevalência de doenças, agravos à saúde e morbimortalidade (GOUVEIA; CARIELLO; DEUSDARA, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a utilização da CID, visando alcançar uma padronização internacional que facilite a organização e compreensão das informações relacionadas à saúde. Por isso, é importante que os profissionais também estejam familiarizados com essa codificação (BENEDICTO et al., 2013).

Tabela 1 - Classificação das DTMs, segundo a CID-10

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS	
CID	DESCRIÇÃO
K07.6	Distúrbios da Articulação Temporomandibular
K07.60	Síndrome da Dor e Disfunção da Articulação Temporomandibular
K07.61	Click dos Mandibulares
K07.62	Deslocamento e Subluxação Recorrentes da Articulação Temporomandibular
K07.63	Dor na Articulação Temporomandibular (não classificada em outra parte)
K07.64	Rigidez da Articulação Temporomandibular (não classificada em outra parte)
K07.65	Osteófito da Articulação Temporomandibular
K07.66	Outras Doenças Especificadas da Articulação Temporomandibular
K07.67	Distúrbio da Articulação Temporomandibular (não especificado)

Fonte: Autoria própria (2023).

De uma forma mais específica e organizada, existe a Classificação Taxonômica das DTMs (Tabela 2) que passou a ser utilizada em ambientes clínicos e de pesquisa, conforme publicado (em 2014) nas *Recommendations of the International Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Dysfunction Consortium Network*, junto com a *Internacional Association of the Study of Pain* (SCHIFFMAN et al., 2014).

Tabela 2 - Classificação Taxonômica das DTMs

CLASSIFICAÇÃO DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

EIXO I - Transtornos da Articulação Temporomandibular

1. Dor articular	2. Distúrbios articulares	3. Doenças articulares	4. Fraturas	5. Transtornos congênitos do desenvolvimento
<p>a) Artralgia b) Artrite</p>	<p>a) Disfunções do disco: - Deslocamento do disco com redução; - Deslocamento do disco com redução com travamento intermitente; - Deslocamento do disco sem redução com abertura limitada; - Deslocamento do disco sem redução sem abertura limitada. b) Outros distúrbios de hipomobilidade: - Adesões/aderência; - Anquilose: fibrosa ou óssea. c) Transtornos de hiper mobilidade: - Deslocamentos; - Subluxação; - Luxação.</p>	<p>a) Doença articular degenerativa: - Osteoartrose; - Osteoartrite. b) Artrites sistêmicas c) Condilólise / reabsorção condilar idiopática d) Osteocondrite dissecante e) Osteonecrose f) Neoplasma g) Condromatose sinovial</p>		<p>a) Aplasia b) Hipoplasia c) Hiperplasia</p>

Continua...

Tabela 2 - Classificação Taxonômica das DTMs (Continuação)

CLASSIFICAÇÃO DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

EIXO II - Disfunções dos Músculos da Mastigação

1. Dor muscular	2. Contratura	3. Hipertrofia	4. Neoplasia	5. Distúrbios do movimento	6. Mialgia atribuída às disfunções centrais / sistêmicas
a) Mialgia: - Mialgia local; - Dor miofascial; - Dor miofascial com dor referida. b) Tendinite c) Miosite d) Espasmo				a) Discinesia orofacial b) Distonia oromandibular	a) Fibromialgia / dor difusa

EIXO II - Disfunções dos Músculos da Mastigação

1. Cefaleia atribuída à Disfunção Temporomandibular

Fonte: Elaboração própria (2023). Adaptado de Schiffman e colaboradores (2014).

8

DIAGNÓSTICO

Na investigação diagnóstica, deve-se realizar uma avaliação minuciosa, com anamnese e exame físico detalhado (QUEK et al., 2018). A avaliação física deve incluir a palpação dos músculos orofaciais, a análise (estática e dinâmica) da mandíbula, a avaliação da amplitude de abertura da boca e ausculta das ATMs. Também possuem importante valor diagnóstico, a história pregressa e atual de distúrbios sistêmicos, parafuncionais e oclusais, bem como as condições psicossociais (BASTO et al., 2017).

Frequentemente, o indivíduo com DTM poderá se queixar de dor (nos músculos da mastigação e na ATM) e cefaleia. Já os sinais mais observados são as alterações dos movimentos mandibulares, que podem estar acompanhados de ruídos articulares. Distúrbios estes que costumam se tornar crônicos, contribuindo para perpetuação da experiência dolorosa (CHOI et al., 2021). De modo geral, o diagnóstico da DTM é, essencialmente, clínico, baseado em sinais e sintomas que podem ser avaliados com auxílio de ferramentas específicas (índices e questionários) (BARROS et al., 2020).

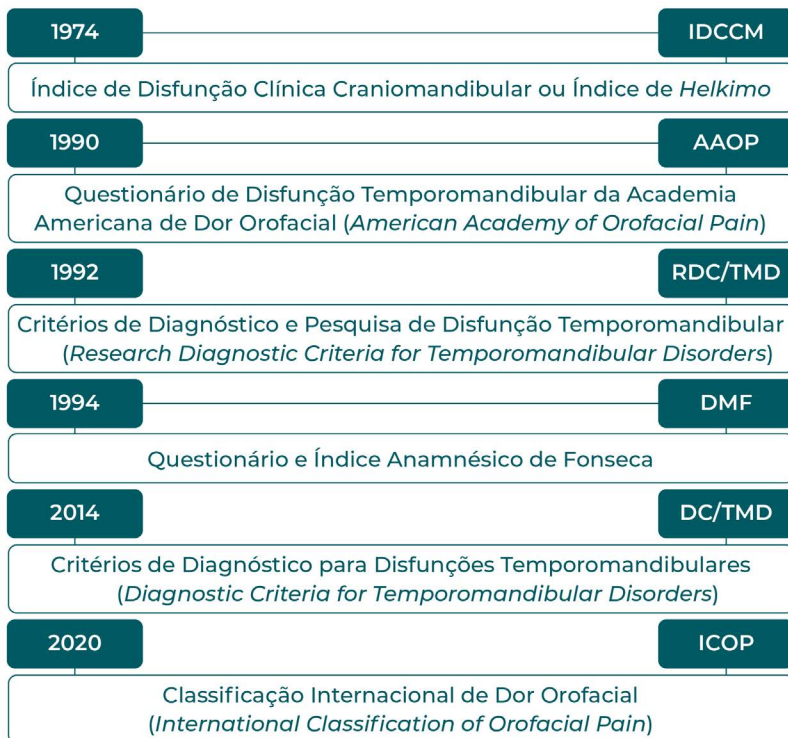
Contudo, há uma grande variedade desses instrumentos, o que dificulta a padronização diagnóstica nos serviços públicos de saúde, pois a maioria é extensa e exige conhecimento

especializado. Por este motivo, é imprescindível que sejam desenvolvidos novos instrumentos de fácil aplicação (validados no Brasil) para que o planejamento de ações terapêuticas e preventivas seja uma realidade (MENDONÇA, 2020).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Seguindo uma ordem cronológica, os instrumentos auxiliares (de triagem e classificação) frequentemente citados na literatura são (Figura 2):

Figura 2 - Instrumentos auxiliares, conforme ordem cronológica



Fonte: Elaboração própria (2023).

O Índice de *Helkimo* (ou Índice de Disfunção Clínica Craniomandibular - IDCCM) permite uma estratificação por categorias de severidade de sinais clínicos de DTM. É subdividido em cinco itens: limitação na amplitude de movimento mandibular, limitação na função da ATM, dor muscular, dor na ATM e dor no movimento mandibular. Para cada item, são atribuídas pontuações: 0, 1 e 5; a somatória das pontuações classifica o paciente em quatro categorias: “sem sintomas de DTM” (0 ponto), “sintomas leves” (1 a 4 pontos), “moderados” (5 a 9 pontos) e “severos” (10 a 25 pontos) (HELKIMO, 1974; CHAVES; OLIVEIRA; GROSSI, 2008).

Já o Questionário de Disfunção Temporomandibular da AAOP, costuma ser usado na triagem inicial das pessoas com dores orofaciais. O número de respostas positivas auxilia os clínicos a decidirem se uma avaliação mais detalhada seria necessária para uma possível investigação diagnóstica (FRANCO-MICHELONI et al., 2014; MENDONÇA, 2020). Esse instrumento é composto por dez questões relacionadas à DTM, que devem ser correlacionadas com as informações sobre a história clínica e os dados da avaliação física (CHAVES; OLIVEIRA; GROSSI, 2008).

O Índice Anamnésico de Fonseca (DMF) tem sido, frequentemente, usado, no Brasil, para avaliar a gravidade da DTM, com base em sinais e sintomas (BICAJ et al., 2017). Composto por dez perguntas que permitem três opções de respostas (“sim”: 10 pontos, “às vezes”: 5 pontos e “não”: 0 pontos). Estas respostas resultam em um escore, determinado pela soma dos pontos de todos os itens, que permite a seguinte classificação: ausência de sinais e sintomas de DTM (0–15 pontos), DTM leve (20–40 pontos), DTM moderada

(45–65 pontos) e DTM grave (70–100 pontos) (FONSECA et al., 1994; BERNI; DIBAI-FILHO; RODRIGUES-BIGATON, 2015).

O DMF foi desenvolvido pelo Doutor Dickson Martins da Fonseca, no ano de 1992, em São Paulo, Brasil (FONSECA, 1992). Considerada como uma ferramenta acessível, simples e de rápida aplicação para triagem e acompanhamento dos pacientes (RODRIGUES-BIGATON; CASTRO; PIRES, 2017). Ao longo dos anos, tem sido traduzida, validada e submetida à adaptação transcultural para diversas populações do mundo, a exemplo da Espanha (SÁNCHEZ-TORRELO et al., 2020), China (ZHANG et al., 2020b), Malásia (YAP et al., 2022), Turquia (ARIKAN; CITAKER; UCOK, 2023; KAYNAK; TAŞ; SALKIN, 2023) e Arábia (ALYESSARY; YAP; ALMOUSAWI, 2023).

Por sua vez, o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)* é um protocolo diagnóstico subdividido em duas partes: Eixo I (diagnóstico físico) e Eixo II (avaliação para dor relacionada à deficiência e *status* psicológicos) (DWORKIN; LERESCHE, 1992). O Eixo I baseia-se em uma avaliação clínica que permite classificar os indivíduos em três grupos: distúrbios musculares, deslocamento do disco articular e artralguas. O Eixo II inclui uma avaliação dos fatores psicológicos, comportamentais e psicossociais, considerando os sinais e sintomas percebidos, assim como, as limitações da função mandibular (FUJIWARA et al., 2013; TALAAT; ADEL; BAYATTI, 2018).

Esse instrumento possui elevada acurácia e confiabilidade, sendo amplamente difundido como ferramenta diagnóstica validada e padronizada. No entanto, sua utilização apresenta algumas limitações, dentre elas: o longo tempo de aplicação, necessidade de avaliação presencial e de um avaliador devidamente treinado (PIRES et al., 2018).

Em 2014, o *RDC/TMD* foi atualizado para os Critérios de Diagnóstico para Disfunções Temporomandibulares (*Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders - DC/TMD*), com o objetivo de aprimorar a descrição dos procedimentos e o diagnóstico para a prática clínica e pesquisa (GIL-MARTÍNEZ et al., 2018). Considerado como padrão ouro para o diagnóstico da DTM (RODRIGUES-BIGATON; CASTRO; PIRES, 2017), esse instrumento oferece melhorias relacionadas à objetividade de sua aplicação, pois a versão anterior era mais direcionada ao âmbito da pesquisa, deixando a desejar na praticidade de sua aplicabilidade clínica (SCHIFFMAN et al., 2014; STEENKS; TÜRP; WIJER, 2018).

Apesar do DC/TMD ser 'padrão ouro', sua aplicação demanda tempo. Logo, seria benéfico se também houvesse uma ferramenta simples e rápida, apropriada para utilização em serviços de atenção primária (ALONSO-ROYO et al., 2021). A versão traduzida para o português do Brasil (2020) está disponibilizada no site do *International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology* (<http://www.rdc-tmdinternational.org/>).

Além dos instrumentos mencionados anteriormente, em 2020, foi publicada, em inglês, a primeira edição da Classificação Internacional de DOF (*International Classification of Orofacial Pain, 1st edition - ICOP*). Nela, também está descrita a DOF relacionada à ATM e estruturas adjacentes. Essa ferramenta consiste em um sistema hierárquico que inclui seis capítulos sobre as condições da DOF e mais um destinado à avaliação dos fatores psicossociais (Tabela 3). Apesar de não ser necessário consultá-la nos atendimentos de rotina, é importante conhecê-la, pois ela

se mostra um instrumento valioso para auxiliar no raciocínio clínico em situações menos comuns e diagnósticos desafiadores, a exemplo da DOF de etiologias não odontogênicas (ICOP, 2020; PIGG et al., 2021).

Tabela 3 - Classificação Internacional de DOF

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOR OROFACIAL	
CAPÍTULO PRINCIPAL	DESCRIÇÃO
1. Dor orofacial atribuída a distúrbios de estruturas dentoalveolares e anatomicamente relacionadas.	Dor causada por doença, lesão ou funcionamento anormal da polpa do dente, periodontal, gengival, mucosa oral, glândulas salivares e tecido do maxilar.
2. Dor orofacial miofascial	Dor localizada nos músculos mastigatórios, com ou sem comprometimento funcional.
3. Dor na articulação temporomandibular	Dor localizada na articulação temporomandibular, ocorrendo em repouso ou durante o movimento ou palpação da mandíbula.
4. Dor orofacial atribuída à lesão ou doença dos nervos cranianos	Dor localizada na área de distribuição de um dos nervos cranianos sensoriais (ou seja, o nervo trigêmeo e glossofaríngeo) com história de trauma ou doença conhecida por causar lesão do nervo.
5. Dores orofaciais que se assemelham a apresentações de cefaleias primárias	Dor na área orofacial, semelhante a um dos tipos de cefaleia primária em caráter, duração e intensidade da dor, com ou sem os sintomas associados a esses tipos de cefaleia, mas sem cefaleia concomitante.
6. Dor orofacial idiopática	Dor intraoral ou facial unilateral ou bilateral na distribuição de um ou mais ramos dos nervos trigêmeos cuja etiologia é desconhecida.
7. Avaliação psicossocial de pacientes com dor orofacial	Não aplicável.

Fonte: Elaboração própria (2023). Adaptado de Pigg e colaboradores (2021).

O *ICOP*, uma ferramenta que visa aprimorar a pesquisa e o manejo clínico da DOF, foi traduzido para diferentes idiomas. A tradução para língua portuguesa, do Brasil, contou com a participação de diversos membros, dentre eles, os professores Paulo César Rodrigues Conti e Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves, Coordenadores do Comitê de Tradução *ICOP*-Brasil. O projeto faz parte de uma iniciativa da OMS (por meio da CID) e teve o apoio da Sociedade Brasileira de Cefaleia (CONTI et al., 2022). O documento está disponível, na íntegra, e pode ser acessado gratuitamente na página eletrônica do Periódico: “*Headache Medicine*” (<https://doi.org/10.48208/HeadacheMed.2022.2>).

EXAMES DE IMAGEM

Embora, em alguns casos, possa ser necessária a realização de exames de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética ou radiografias) (KIM et al., 2021a) para obtenção de um diagnóstico definitivo relacionado às alterações da ATM, essa prática não deve ser usada rotineiramente, mas sim considerada quando são importantes para uma pessoa específica ou uma questão de pesquisa (SCHIFFMAN et al., 2014).

Em ocasiões especiais, o exame de imagem poderá auxiliar na exclusão de afecções dentárias ou periodontais que possam ocasionar dor referida em outras regiões orofaciais, podendo até indicar a existência de outras doenças (WATANABE, 2014). Porém, a solicitação de imagens de rotina para triagem das DTMs ainda é controversa, pois os resultados obtidos podem ser irrelevantes para o tratamento, ou até mesmo fazer com que indivíduos assintomáticos sejam submetidos a intervenções desnecessárias (BEECROFT et al., 2019).

EXAMES COMPLEMENTARES

Outras possibilidades de exames que podem auxiliar no diagnóstico das DTMs incluem: ultrassonografia, tomografia computadorizada de feixe cônico, axiografia (ou condilografia) computadorizada (BUDURU et al., 2020) e a eletromiografia de superfície. A investigação eletromiográfica pode ser empregada nos distúrbios musculares, pois é um exame capaz de captar os impulsos elétricos que são gerados durante ativação do músculo, sinalizando a ocorrência da contração, tensão ou até mesmo da fadiga muscular (CHOI et al., 2021).

O diagnóstico e tratamento da DTM é desafiador, especialmente, em virtude da sua complexidade e das etiologias pouco esclarecidas. O desenvolvimento de novas ferramentas diagnósticas acuradas é essencial para melhorar o atendimento prestado à população (SHRIVASTAVA; BATTAGLINO; YE, 2021). Lembrando que, o diagnóstico inadequado e a falta de encaminhamentos para especialistas podem tornar o tratamento ineficaz, resultando na piora clínica do indivíduo (KALLADKA et al., 2018).

APLICATIVO MÓVEL

Nos últimos anos, os avanços nas tecnologias da informação e comunicação em saúde têm contribuído para elaboração de sistemas e aplicativos (*Applications - Apps*) destinados a melhorar os cuidados com a saúde da população. No Estado da PB, alguns aplicativos móveis foram desenvolvidos (ou estão em fase de aprimoramento) com a finalidade de melhorar a assistência em Saúde Bucal, sendo um deles destinado exclusivamente para auxiliar no diagnóstico e manejo da DTM.

O App “Teleinterconsulta em DTM” é fruto do projeto de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPB, idealizado pela Dra. Isis de Araújo Ferreira Muniz, juntamente com os professores Drs.: Paulo Rogério Ferreti Bonan, André Ulisses Dantas Batista e Edson Hilan Gomes de Lucena. A ferramenta desenvolvida pode ser utilizada para auxiliar o Cirurgião-dentista no diagnóstico e manejo da pessoa com DTM. O App está disponível e é possível instalá-lo por meio do *link*: <https://dtmapp.glideapp.io>.

Outro instrumento interessante é o App “Cuidado com as Próteses Dentárias” (<https://cuidadoprotese.glideapp.io/dl/d0a5f4>), de autoria dos professores da UFPB, Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan, Dr. Luciano Elias da Cruz Perez, Dr. André Ulisses Dantas Batista e Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena. Um *software* criado para fornecer informações quanto aos tipos de próteses existentes, cuidados necessários e quando é preciso trocá-las, além de permitir (sem custos) o esclarecimento de dúvidas com especialistas.

A Figura 3 apresenta um compilado dos principais Apps desenvolvidos, no Estado da PB, com objetivo de melhorar a assistência em Saúde Bucal prestada à população. Todos estão disponíveis gratuitamente e podem ser facilmente acessados (Figura 4).

Figura 3 - Aplicativos móveis auxiliares, Saúde Bucal, PB.

TELEINTERCONSULTA EM DTM

2022

Objetivo: Auxiliar o Cirurgião-dentista no diagnóstico remoto da DTM, permitindo sua comunicação com um Consultor que irá fornecer opções de cuidado e atenção.

Como funciona? O profissional deverá se cadastrar no App e disponibilizar informações detalhadas sobre algum caso clínico (anamnese, imagens, exames). Em seguida, um Consultor irá entrar em contato.

Acesso: Gratuito.

Idealizadores: Dra. Isis de Araújo F. Muniz; Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan; Dr. André Ulisses D. Batista e Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena.

Apoio: Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO); Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB).

Link: <https://dtmapp.glideapp.io>.

CUIDADOS COM AS PRÓTESES DENTÁRIAS

2022

Objetivo: Auxiliar o usuário de prótese dentária quanto a sua limpeza, cuidados e necessidade de troca.

Como funciona? Por meio do App, o usuário acessa informações sobre os tipos de próteses dentárias, assim como os cuidados necessários. Além disso, é possível enviar fotos ao Consultor para que ele opine.

Acesso: Gratuito.

Idealizadores: Dr. Paulo Rogério F. Bonan; Dr. Luciano Elias da Cruz Perez; Dr. André Ulisses D. Batista e Dr. Edson Hilan G. de Lucena.

Apoio: Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO); Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB).

Link: <https://cuidadoproteses.glideapp.io/dl/d0a5f4>.

TELEINTERCONSULTA EM ESTOMATOLOGIA NA PARAÍBA

2020

Objetivos: Realizar interconsultas na Área de Estomatologia com Profissionais de Odontologia que trabalham em Unidades Públicas da Paraíba. Discutir casos clínicos complexos com Consultores experientes que poderão auxiliar no diagnóstico e manejo.

Como funciona? O profissional deverá se cadastrar no App e disponibilizar informações sobre algum caso clínico (anamnese, imagens, exames). Em seguida, um Consultor irá entrar em contato.

Acesso: Gratuito.

Idealizadores: Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan; Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena e demais colaboradores.

Apoio: Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO); Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB).

Link: <https://fuschia-silver-8134.glideapp.io/>.

Fonte: Elaboração própria (2023).

Figura 4 - QR Code para acessar os aplicativos móveis, Saúde Bucal, PB



Fonte: Elaboração própria (2023).

9

DTM NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As investigações sobre o impacto das DTMs na saúde pública são crescentes. Isso se deve ao elevado número de casos, dos gastos atrelados ao tratamento, do absenteísmo laboral e da sua forte correlação com os fatores psicológicos, como também das consequências negativas sobre a funcionalidade e qualidade de vida. Tudo isso, ressalta a grande necessidade de que sejam ampliadas as possibilidades de suporte terapêutico para as pessoas acometidas, que precisam ter acesso facilitado aos tratamentos existentes (MOURA et al., 2017).

Com relação às terapêuticas que podem ser empregadas, a maioria não necessita de alta-tecnologia ou de custo elevado, tendo demonstrado bons resultados, proporcionando redução da sintomatologia dolorosa e melhora da qualidade de vida (RESENDE et al., 2021).

No que diz respeito ao SUS, suas diretrizes deixam claro que o cuidado prestado ao usuário precisa ser integral. Logo, a assistência fornecida às pessoas com DTM e DOF necessita incluir um adequado manejo (diagnóstico e tratamento) que tenha por objetivo atender às demandas existentes, conforme a complexidade de cada caso (KOTIRANTA; FORSELL; KAUPPILA, 2019).

Nesse sentido, com intuito de integralizar, ampliar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde bucal disponibilizados pelo SUS, em 2004, definiram-se as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente (PUCCA JÚNIOR et al., 2020), um marco teórico para saúde bucal brasileira. Uma política que chama atenção para a necessidade de que as ações e os serviços de saúde precisam se adequar à realidade de saúde da população (SILVA; PERES; CARCERERI, 2020).

Dentre as linhas de ação da PNSB, destacam-se as ações de promoção, prevenção, recuperação e preservação da saúde bucal. Além da reorganização da Atenção Básica e da Atenção Especializada, mediante a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Portanto, o Brasil Sorridente propôs uma mudança radical no formato assistencial, por meio da adoção de uma assistência que, além dos três níveis de atenção, envolve, principalmente, ações interdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais (BRASIL, 2018a).

Sobre os níveis de atenção à saúde, costumavam ser estruturados conforme suas densidades tecnológicas, seguindo um sistema fragmentado e hierarquizado. Nesse modelo, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupava o nível de menor densidade, ou seja, de baixa complexidade. Enquanto, os demais níveis se subdividiam em média (atenção secundária) e alta complexidade (atenção terciária) (Figura 5) (MENDES, 2010).

Figura 5 – Estratificação, conforme os níveis de atenção à Saúde Bucal



Fonte: Elaboração própria (2023).

Essa estratificação dos cuidados com a saúde se tornou um grande desafio para o fornecimento de uma assistência integralizada, considerando que lacunas no gerenciamento do cuidado resultam em barreiras de acesso e continuidade. Especialmente, para os usuários que possuem condições complexas, necessitando ser atendidos pelos vários níveis de atenção. Tais dificuldades de coordenação, frequentemente, costumam resultar em duplicidade de exames, polifarmácia, referenciamentos indevidos e divergências sobre tratamentos, aumentando as chances de intervenções desnecessárias (BATISTA et al., 2019a).

Em vista disso, visando combater a fragmentação da assistência e da gestão do cuidado com a saúde, em 2010, o SUS estabeleceu as Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que, dentre outros objetivos, buscam garantir a integralidade do cuidado por meio da construção de sistemas integrados de saúde que se inter-relacionam

em todos os níveis de atenção à saúde, sob a coordenação da APS (Figura 6) (BRASIL, 2010a; ARRUDA et al., 2015).

Nessa esfera, o sistema de referência-contrarreferência passou a ser considerado como uma das principais ferramentas usadas na APS para garantir a articulação entre os diferentes níveis de atenção (MOLINI-AVEJONAS et al., 2018; MEDEIROS et al., 2021a).

Nesse sistema, a referência consiste no encaminhamento do usuário do SUS para níveis de especialização mais complexos como, por exemplo, os CEOs e as unidades hospitalares. Já a contrarreferência, se dá quando o usuário é reencaminhado para um serviço de menor complexidade (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2020; PEREIRA; MACHADO, 2016).

Infelizmente, em alguns serviços, a carência de uma rede local e organizada de referência e contrarreferência (MELO; CRISCUOLO; VIEGAS, 2016), falhas na comunicação e articulação entre os níveis de atenção, assim como desconhecimento dos profissionais sobre esse sistema, são fatores que acabam limitando a integralidade do cuidado (BRONDDANI et al., 2016; COUTO et al., 2018; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Figura 6 – Sistema integrado das RAS



Fonte: Elaboração própria (2023). Nota: Os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) são prestados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e demais serviços de urgência 24h, não hospitalares.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Desde 1978 (Declaração de Alma-Ata), a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido definida como a prestação de cuidados em saúde fundamentados em métodos e técnicas cientificamente comprovadas e, universalmente, acessíveis, estando intimamente relacionada com alguns atributos, dentre eles: atendimento no primeiro contato, atenção integral, continuidade e coordenação do cuidado. Para isso, desenvolve, principalmente, ações ligadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos. Estratégias que costumam gerar benefícios econômicos e melhores resultados de saúde (ANDERSON et al., 2018).

Boa parte das pessoas com DTM procuram por atendimento na APS, o que torna evidente a necessidade de que os profissionais que prestam serviços nesses locais saibam identificar, triar e manejá-las de maneira adequada (KOTIRANTA et al., 2015). É nesse ambiente que ocorre a primeira etapa da prestação de cuidados com a saúde (BLANCO-HUNGRÍA et al., 2012), o cenário ideal para garantir que o usuário compreenda que o autocuidado é a base para a gestão dos sinais e sintomas (DURHAM, 2015).

É na APS que deverá ocorrer à facilitação do acesso aos serviços de saúde. Nesta perspectiva, o acolhimento se apresenta como uma valiosa ferramenta a ser usada, uma medida que consiste na recepção e escuta qualificada do usuário, desde sua chegada. É neste momento, em que a equipe possibilita que o indivíduo relate suas queixas, responsabilizando-se pelo cuidado integral, identificando suas reais necessidades, de modo a garantir uma atenção resolutiva. Quando necessário, promoverá também uma articulação com os demais pontos de atenção à saúde, para que possa promover a continuidade da assistência (OLIVEIRA et al., 2016).

Nas RAS, a APS é a porta de entrada do sistema. Nesse local, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) são responsáveis por fornecer atenção contínua e integralizada aos usuários, mediante um conjunto de ações (individuais e coletivas) direcionadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos (RHODEN et al., 2020). Algumas dessas iniciativas incluem: ações educativas, estímulo ao envolvimento ativo da população na tomada de decisões (planejamento, implementação e fiscalização) e uso de procedimentos terapêuticos que sejam cientificamente comprovados (AERTS; ABEGG; CESA, 2004).

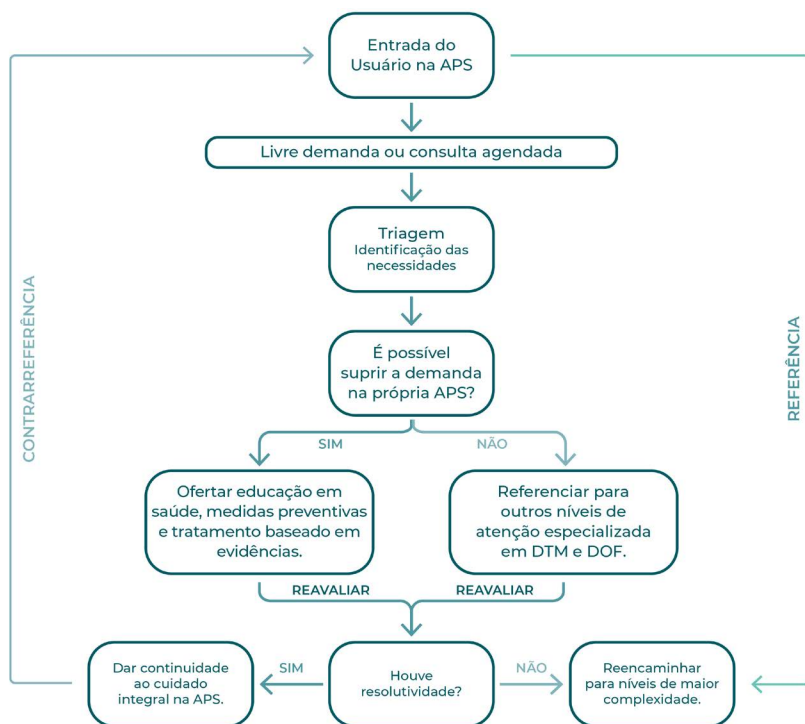
Nesse nível de atenção, os casos suspeitos necessitam ser adequadamente triados e, se preciso, as pessoas devem ter acesso ao diagnóstico clínico da DTM, as informações sobre os fatores de risco e possibilidades de tratamentos. Já para os casos de DTM, em que não há sucesso após a terapêutica disponibilizada, e para aqueles indivíduos com DOF não odontogênica ou não relacionada à DTM, se faz necessário o encaminhamento para especialistas que atuam em outros níveis de atenção. Entretanto, o acompanhamento do usuário continuará sendo responsabilidade da APS (PEDRAS; DIAS, 2021).

Nos encaminhamentos, o profissional da APS deverá fornecer um relatório descrevendo detalhadamente o caso clínico (anamnese, avaliação física e exames complementares), assim como, as necessidades que foram identificadas. Enquanto, na contrarreferência, para continuidade do cuidado na unidade de origem, o especialista responsável também precisará informar o diagnóstico e sugerir um plano terapêutico. Quando houver necessidade de intervenções mais complexas, a equipe da atenção básica irá trabalhar de forma conjunta com a atenção especializada (MEDEIROS et al., 2021a).

Cabe ressaltar que o trabalho desenvolvido pelos profissionais da APS, sendo resolutivo, deveria ser capaz de sanar aproximadamente 80% a 90% das suas demandas (CUNHA et al., 2020). Isso exige da equipe de saúde uma interação interdisciplinar, caracterizada pela prestação do cuidado de forma colaborativa, complementar e coordenada, com compartilhamento de saberes para elaboração conjunta da avaliação e das condutas adotadas, desenvolvendo ações coletivas com intuito de garantir uma assistência de qualidade (ALVES et al., 2021a).

Propõe-se que a assistência prestada na APS tenha potencial de definir as necessidades individuais e coletivas da população, selecionando as prioridades de atendimento para cada caso. Nesse sentido, é importante que o acesso do usuário siga um fluxo que contemple as singularidades da atenção básica, no âmbito da RAS, dentre elas: integração dos setores e trabalho em equipe; identificação das necessidades; resolutividade e coordenação de um sistema de referência e contrarreferência com os demais pontos que fazem parte da RAS (Figura 7) (BRASIL, 2018b).

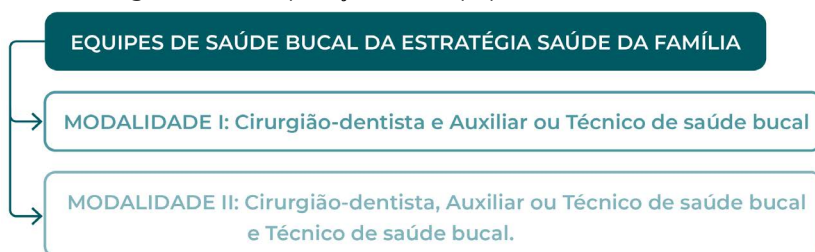
Figura 7 - Fluxo de acesso e da longitudinalidade do cuidado do usuário na APS



Fonte: Elaboração própria (2023).

Segundo informações disponibilizadas na plataforma *online* do 'e-Gestor - Atenção Básica' (<https://egestorab.saude.gov.br/>), no Estado da PB, o cuidado com a saúde bucal da população ocorre, principalmente, por meio da equipe de Saúde Bucal (eSB) da ESF, sendo esta responsável pela cobertura estimada de 79.87% dos paraibanos, de modo que, dos 223 municípios do Estado, todos possuem, pelo menos, uma eSB em sua abrangência. No geral, a APS paraibana conta com 1.367 eSB, sendo 1.337 da Modalidade I e 30 da Modalidade II (Figura 8) (e-GESTOR, 2022).

Figura 8 - Composições de equipes de Saúde Bucal



Fonte: Elaboração própria (2023).

No contexto nacional, apesar do SUS ofertar programas e ações na atenção básica (a exemplo do Brasil Sorridente), a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), identificou que 75% das prestações de serviços de saúde bucal no país ocorreram, principalmente, nos consultórios particulares ou em clínicas privadas. Enquanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da APS foram responsáveis por suprir apenas 19,1% dos atendimentos (IBGE, 2020).

Por outro lado, segundo o Boletim de Saúde Bucal referente ao monitoramento dos indicadores de saúde bucal na APS da Paraíba, no período de janeiro a dezembro de 2019, as eSB foram responsáveis por um total de 1.240.974 atendimentos odontológicos realizados nas diversas unidades de atenção básica existentes nas dezesseis regiões de saúde paraibanas, sendo 54,36% (674.595) desses atendimentos ocorridos mediante consulta agendada e 45,64% (566.379) por demanda espontânea (Tabela 4) (PARAÍBA, 2019).

Tabela 4 - Atendimentos odontológicos na APS, regiões de saúde, PB, 2019

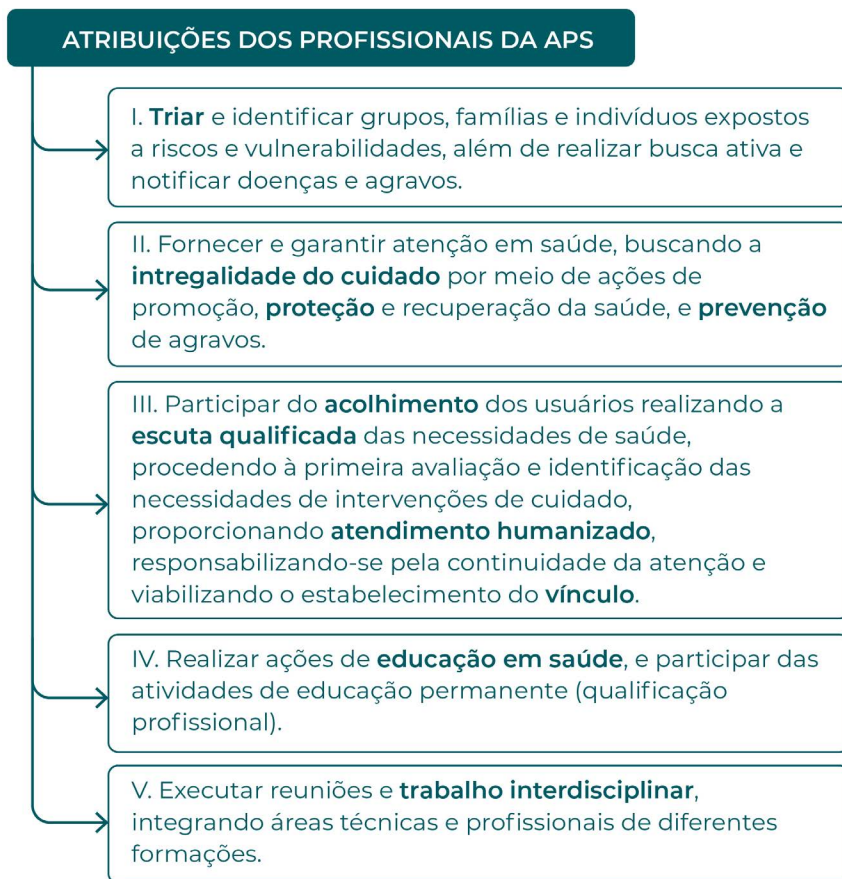
REGIÃO DE SAÚDE	CONSULTA AGEDADA	DEMANDA ESPONTÂNEA	TOTAL
1ª	87.892	112.007	199.899
2ª	86.142	54.706	140.848
3ª	60.416	27.601	88.017
4ª	39.856	26.972	66.828
5ª	24.360	34.349	58.709
6ª	33.801	44.212	78.013
7ª	25.665	33.990	59.655
8ª	26.802	21.855	48.657
9ª	20.684	40.602	61.286
10ª	23.158	24.240	47.398
11ª	18.256	14.680	32.936
12ª	52.184	34.120	86.304
13ª	23.893	9.840	33.733
14ª	41.146	22.615	63.761
15ª	61.544	29.737	91.281
16ª	48.796	34.853	83.649
TOTAL	674.595	566.379	1.240.974

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Boletim de Saúde Bucal da APS, PB, 2019.

É importante destacar que o manejo dos pacientes com doenças crônicas tem sido um enorme desafio para as equipes da APS. Essas doenças são prevalentes, multifatoriais e complexas, influenciadas pelos determinantes biológicos e socioculturais. Sua abordagem, para ser efetiva, envolve diferentes áreas, exige a participação ativa dos indivíduos e um cuidado compartilhado. Para tanto, é imprescindível que ocorra uma reorganização dos processos de trabalho, considerando que “equipes que atuam de forma coordenada, capacitadas para orientar e apoiar os pacientes a gerenciar suas condições, alcançam melhores resultados” (BRASIL, 2014b).

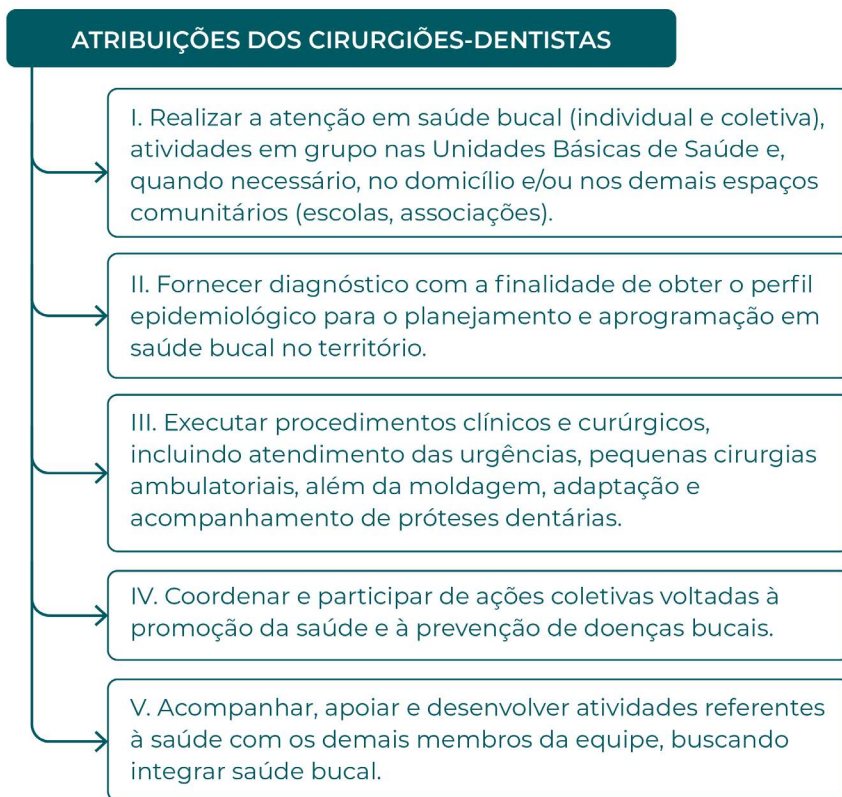
Quanto às atribuições dos profissionais das equipes que atuam na APS, deverão seguir normativas específicas do MS, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além das normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federais, estaduais e municipais. Contudo, algumas delas costumam ser comuns a todos os membros (Figura 9), enquanto outras são específicas de cada profissão, a exemplo do cirurgião-dentista, conforme apresentado a seguir (Figura 10) (BRASIL, 2017b).

Figura 9 – Algumas atribuições dos profissionais de saúde da APS



Fonte: Elaboração própria (2023).

Figura 10 - Algumas atribuições dos cirurgiões-dentistas da APS



Fonte: Elaboração própria (2023).

Em suma, no que se refere à coordenação do cuidado e à ordenação das RAS, a APS se caracteriza como um centro de comunicação, com a proposta de ser a porta de entrada prioritária, e ofertar um cuidado integral, gratuito e contínuo à população que está sob sua responsabilidade, conforme as necessidades identificadas e demandas existentes no território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2018b).

CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA

Melhores resultados com os cuidados prestados em saúde podem ser alcançados a partir do momento em que a equipe passa a adotar uma visão holística do usuário, considerando não apenas a sua história clínica, mas também os determinantes biopsicossociais (SABATO et al., 2018), uma medida de suma importância, especialmente, no que se refere às DTM e DOF, que possuem etiologia complexa e multifatorial (PIHUT et al., 2022). Condição na qual alguns fatores já conhecidos (estresse, ansiedade, depressão e a catastrofização) podem piorar a sintomatologia dolorosa, prolongar o distúrbio, comprometer o funcionamento físico e psicossocial e, conseqüentemente, a qualidade de vida (SINDONA et al., 2021).

Tendo em mente esses pressupostos, entende-se que uma assistência integral exige o uso de práticas relacionais, o fortalecimento de vínculos, acolhimento com escuta qualificada, o compartilhamento e a corresponsabilização do cuidado. O resultado desses processos é o que se denomina como sendo a Clínica Ampliada, centrada no usuário, em suas necessidades (QUEIROZ et al., 2021). Ciente dessa realidade, desde 2003, o MS já incluiu nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), a concepção de Clínica Ampliada e Compartilhada, uma ferramenta usada para combater a fragmentação e a verticalização das ações em saúde (BRASIL, 2013a).

No contexto da saúde bucal, a prática da clínica ampliada contribui para prevenção e resolução das demandas reais de usuários, que nem sempre são apontadas nos levantamentos epidemiológicos. Ampliar a clínica significa mudar

o foco (das doenças e procedimentos) para a pessoa, que além da doença possui particularidades, demandas e necessidades. Essa clínica reconhece o valor da escuta, do saber e do trabalho interprofissional colaborativo, mas sem deixar de lado a importância dos avanços tecnológicos, da qualificação profissional e da prática baseada em evidências científicas (FONSÊCA et al., 2018).

Para isso, os membros da equipe de saúde precisam favorecer a troca de saberes e ampliar suas habilidades reflexivas. Trabalhar de forma conjunta, estabelecendo uma rede de cuidados, exige a percepção de que todo conhecimento é limitado (BAETA; MELO, 2020). Por este motivo, as políticas públicas sugerem que os profissionais da APS orientem seus processos de trabalho priorizando uma assistência compartilhada e interdisciplinar, mantendo sempre a atenção voltada para a integralidade, humanização e promoção da saúde (SANTOS, UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Nesse sentido, para se alcançar uma prática colaborativa e interdisciplinar, os trabalhadores da saúde precisam aprender a atuar como membros efetivos das equipes. Essas ações transcendem um atendimento em equipe e favorecem um melhor manejo das necessidades de saúde da população local (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas pela equipe interdisciplinar de saúde com vistas ao acompanhamento de um caso ou situação específica, geralmente, usado em condições complexas que necessitam de atenção

ampliada. Composto por quatro etapas: a) Diagnóstico; b) Definição de metas; c) Divisão de responsabilidades e d) Reavaliação (BRASIL, 2007d). É uma estratégia que facilita o cuidado, possibilita o atendimento humanizado e o aprimoramento das práticas assistenciais (SOUSA et al., 2019b).

No âmbito do trabalho interdisciplinar, o PTS é uma ferramenta de cuidado que permite o emprego de intervenções direcionadas às demandas de saúde dos indivíduos em seu contexto social (ROCHA; LUCENA, 2018). Isso porque, além de considerar as dimensões individuais, culturais, econômicas e sociais, também contempla as vulnerabilidades do usuário (BAPTISTA et al., 2020). Logo, o PTS (associado à Clínica Ampliada) é um potente instrumento a ser usado pelos profissionais da equipe da ESF atuantes na APS (SILVA et al., 2016).

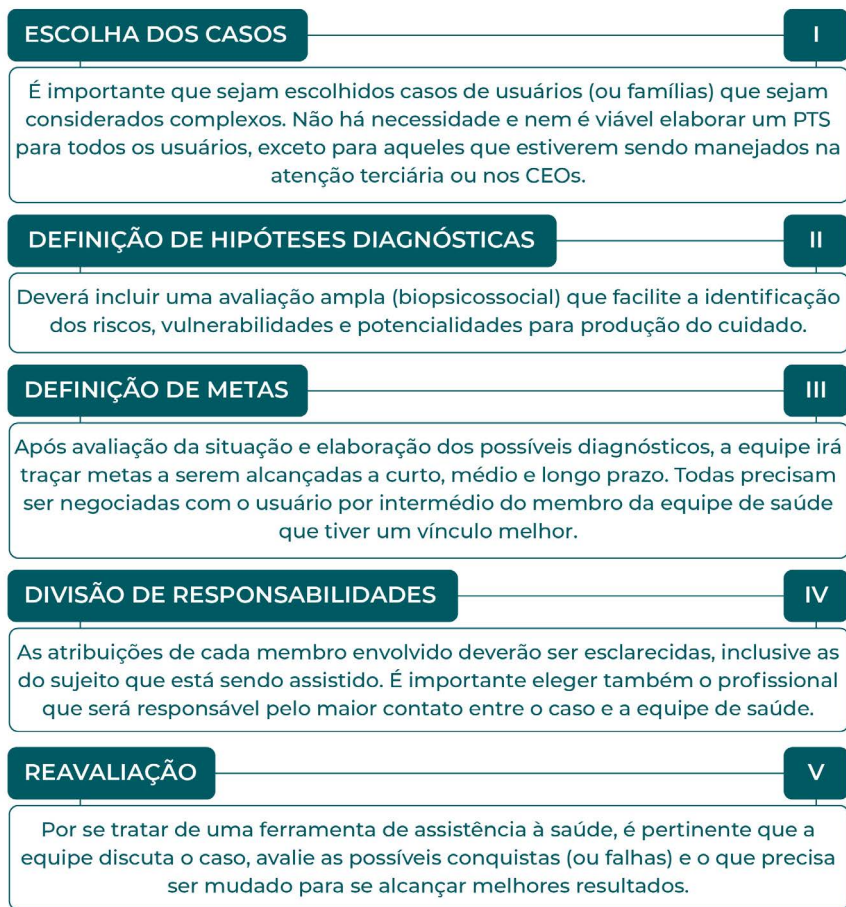
Em vista disso, compreender a importância de implementar o PTS na APS é primordial, principalmente, quando se leva em consideração o fato de que condições de saúde complexas são frequentes nesse ambiente. Revelando a necessidade de que os membros da equipe consigam se articular (por meio de reuniões, reflexões, troca de saberes, elaboração de propostas) a fim de encontrar possíveis soluções para garantia do cuidado integral em saúde (FERREIRA et al., 2022).

Segundo a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, também fazem parte do processo de trabalho das equipes da ESF a elaboração, o acompanhamento e a gestão dos PTS (BRASIL, 2011a).

Nesta perspectiva, considerando que as pessoas acometidas por DTM e DOF, constantemente, enfrentam prejuízos relacionados à função social, ao bem-estar físico e psicológico, que interferem negativamente sobre a qualidade de vida

(TRIZE et al., 2018), esta Diretriz recomenda que o manejo terapêutico desses indivíduos passe a incluir a utilização dessa importante ferramenta, sempre que julgar necessário. Para tanto, o PTS pode ser realizado tomando com base os apontamentos a seguir (Figura 11):

Figura 11 - Considerações sobre a elaboração do PTS



Fonte: Elaboração própria (2023).

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Na atenção secundária, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tem a responsabilidade de promover a continuidade do cuidado, fornecendo assistência pública odontológica de média complexidade, apoiando as ações da APS. No SCNES, os CEOs são classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015). Nesse sistema, a habilitação CEO dispõe de uma Regra Contratual de n.º 7.107 que declara: “Estabelecimento, sem geração de crédito, nas ações especializadas de odontologia”. Portanto, seu financiamento é realizado pela APS (CABRAL; FLÓRIO; ZANIN, 2019).

Os CEOs funcionam como pontos de referência para as equipes da APS, ofertando intervenções clínicas complementares, atuando dentro de um sistema de referência e contrarreferência, fundamental para permitir a organização das necessidades de saúde da população. Em vista disso, cabe aos profissionais da APS estabelecer o primeiro contato com os usuários, identificar as demandas, implementar ações de saúde e, sempre que necessário, realizar os devidos encaminhamentos para os centros especializados (SOUZA et al., 2015).

Tradicionalmente, os CEOs oferecem, no mínimo, cinco especialidades, dentre elas: diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento à Pessoa com Necessidade Especial (PNE) (STEIN et al., 2019). Alguns municípios com CEO tiveram a possibilidade de aderir à uma linha de financiamento para ofertar os serviços de ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares e implantodontia (BRASIL, 2010b).

No Brasil, o manejo odontológico atribuído à atenção secundária ainda é uma discussão recente no meio científico, apresentando-se como um importante desafio para os gestores do sistema de saúde bucal (FONSECA et al., 2018).

Grande parte da demanda dos CEOs ocorre por agendamento e, para facilitar o fluxo de informações, o MS recomenda o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (versão 5.0), bem como o registro do usuário na agenda do CEO. Desse modo, as pessoas, ao fazerem *check-in* no serviço, poderão passar por uma avaliação inicial e depois, pelo atendimento em si. Logo, o profissional responsável pela assistência odontológica poderá visualizar o que foi realizado no pré-atendimento e o histórico de saúde do indivíduo, colaborando assim, para a continuidade do cuidado. O PEC está disponibilizado na versão 5.0 do e-SUS APS (<https://sisaps.saude.gov.br/esus/>), um instrumento desenvolvido como estratégia para reestruturar as informações da APS, em nível nacional (BRASIL, 2022a).

Além deste, outros instrumentos disponibilizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) podem ser utilizados como, por exemplo, o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Essa ferramenta consiste em um aplicativo de captação do atendimento ambulatorial que permite ao prestador de serviço, vinculado ao SUS, registrar os procedimentos realizados no estabelecimento de saúde, em regime ambulatorial, seja ele realizado de forma consolidada (BPA-C) ou individualizada (BPA-I) (BRASIL, 2016). Sendo o BPA-I, recomendado para todos os procedimentos realizados em Pessoas com Deficiência (PcD) (BRASIL, 2022a).

Outro ponto relevante, que precisa ser debatido, se dá pelo fato de que a inclusão do profissional especialista em DTM e DOF nos CEOs é de fundamental importância para que os usuários possam receber um tratamento adequado às suas necessidades. O manejo clínico realizado por um especialista poderá garantir a integralidade do cuidado, prevenindo a piora do quadro e proporcionando melhora na qualidade de vida. No SUS, as unidades de tratamento voltadas a esse perfil de paciente são escassas, geralmente, instituições direcionadas à pesquisa (Universidades ou Clínicas-escola) (PAULINO et al., 2018).

Na cidade de Campina Grande (PB), por exemplo, a Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (Campus I), desde 2004, oferta serviços odontológicos assistenciais em saúde por meio de um Projeto de Extensão denominado: “Atenção ao Portador de DTM e DOF”. Em 2013, este projeto se transformou em um Programa que presta assistência à população que procura pelos serviços de Controle da DOF, Cefaleia e Quiropraxia, disponibilizados nos Departamentos de Odontologia e Fisioterapia da referida instituição. A partir de 2016, o programa passou a implementar o atendimento psicológico através do serviço de escuta, com a participação do departamento de psicologia. Diante a sua atuação, a Universidade institucionalizou este programa em 2018.

Desde o início do programa até o final de 2019, foram contempladas 1.363 pessoas da cidade de Campina Grande, distritos circunvizinhos e outros municípios da PB, encaminhadas por unidades de saúde estaduais e municipais. A demanda atendida engloba pacientes de consultórios particulares, além de docentes e discentes da UEPB, assim como de outras instituições de ensino superior.

Além dos atendimentos, o Programa tem desenvolvido ações sociais, a exemplo do “Dia de Combate à DOF”, que visou orientar e informar à população sobre DTM e DOF, e a importância do diagnóstico precoce. Outro ponto importante, é que, a partir dos dados obtidos durante as ações desse projeto, também são realizadas exposições de casos clínicos e elaborados artigos científicos, contribuindo para ampliação e desenvolvimento de estudos no que tange ao diagnóstico e tratamento de DTM e DOF.

O projeto objetiva, principalmente, promover o diagnóstico especializado da DTM e DOF. Conta com auxílio de uma equipe interdisciplinar que, além de contribuir para manutenção de um serviço, que é referência na área, realiza atividades tanto de ensino, como pesquisa e extensão. Nele, a população recebe atendimento clínico especializado, conforme previamente estabelecido no plano de tratamento elaborado por profissionais qualificados, dentre eles: odontólogos, fisioterapeutas, neurologistas e psicólogos.

Essa equipe multiprofissional e interdisciplinar, coordenada pela professora Dra. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro, do Departamento de Odontologia (Câmpus I da UEPB), também promove diversas atividades *online*, em que são planejados e produzidos materiais educativos e informativos sobre a saúde em geral, incluindo, principalmente, assuntos relevantes sobre DTM e DOF. Esse conteúdo pode ser acessado pelo *Instagram*, por meio das páginas: @extensaodoruepb (<https://www.instagram.com/extensaodoruepb/>) e @lacidof_uepb (https://www.instagram.com/lacidof_uepb/).

Devido à pandemia, o programa precisou se reinventar e passou a fazer uso ativo das mídias sociais (*Instagram*,

Youtube e *Whatsapp*), considerando que essas tecnologias, são ferramentas de fácil acesso, que abrangem um público amplo. Desde 2020, a página do *Instagram* “Clínica da Dor” (@extensaodoruepb), tem sido usada como um importante instrumento auxiliar para divulgar conteúdo científico, estimular o censo crítico, promover à saúde, prevenir agravos melhorar a qualidade de vida e os cuidados com a saúde, mediante a disseminação de informações educativas e orientações gerais.

Já os webinários (seminários transmitidos pela *internet*), denominados pelo programa como: “ReabilitaDOR: Reabilitando com qualidade de vida”, são frutos de uma iniciativa dos extensionistas, junto à coordenadora, que desenvolveram esse projeto com a finalidade favorecer um espaço virtual para discussão de temas atuais relacionados as DTMs e DOF, sob a perspectiva de diferentes profissionais (professores e pesquisadores) que atuam nessa área. Desde o seu princípio, há mais de dois anos, a atividade, já ultrapassou à XXXI edição. Os eventos, geralmente, acontecem nas sextas-feiras, às 15h, no canal Rede UEPB do *YouTube* (<https://www.youtube.com/@RedeUEPB>). As inscrições são *online*, gratuitas e com direito a certificado.

Enquanto no ano de 2022, outra iniciativa desenvolvida pelo programa, em parceria com a Liga Acadêmica Interdisciplinar de DTM e DOF do Departamento de Odontologia da UEPB (LACIDOF), tem sido as capacitações destinadas a estudantes, gestores e demais profissionais de saúde (cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e médicos) que atuam na rede pública, uma demanda do Governo do Estado da PB e das prefeituras. Com

o tema “Abordagem interdisciplinar sobre DTM e DOF”, as capacitações têm como objetivo fornecer os conhecimentos que possibilitam aos profissionais a atuarem com mais precisão no diagnóstico e tratamento do problema.

Além das capacitações, os egressos do programa, extensionistas que atuam na rede de atenção à saúde e integrantes da LACIDOF, executam ações de educação em saúde por meio de palestras, distribuição de *folders* e cartazes sobre DTM e DOF. Tais atividades já foram realizadas em hospitais, nas UBS, em um Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação, e nos departamentos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UEPB. Essas ações, aos poucos, vêm ultrapassando os muros institucionais paraibanos e alcançando outras regiões como, por exemplo, os municípios de Montes Claros (Minas Gerais), Maceió (Alagoas) e Mossoró (Rio Grande do Norte).

Os integrantes desta diretriz apoiam essas ações e incentivam às demais instituições acadêmico-científicas a formar parcerias e desenvolverem projetos semelhantes, pois a assistência prestada às pessoas com DTM e DOF, sem sombra de dúvidas, ficará melhor.

Ainda sobre a condução do usuário nos CEOs, sua avaliação deverá objetivar o estabelecimento do diagnóstico clínico e etiológico das afecções dolorosas orofaciais. O profissional deve investigar a presença de outras comorbidades como, por exemplo, dores crônicas, disfunções endócrinas e hormonais, doenças reumáticas e mentais. Quando detectada alguma dessas alterações, o indivíduo deve ser encaminhado para receber atendimento multidisciplinar. O manejo terapêutico poderá incluir intervenções conservadoras para

o controle da dor, como as ações educativas e preventivas, terapias comportamentais, exercícios, termoterapia, uso de medicamentos, dispositivos interoclusais, bloqueio anestésico local e agulhamento a seco (PEDRAS; DIAS, 2021).

Os usuários também podem ser submetidos a outros cuidados disponibilizados pelo SUS, a exemplo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que contemplam diversas possibilidades de intervenção, dentre as suas 29 modalidades terapêuticas (ANTUNES; FRAGA, 2021).

Após a conclusão do tratamento nos CEOs, deverá ocorrer a contrarreferência desse indivíduo para APS. No Brasil, os CEOs são a principal referência da atenção secundária. Mas apesar de esses centros serem os mais conhecidos quanto à prestação de serviços públicos especializados de média complexidade, na atenção secundária, também estão incluídos os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Os SOUs costumam ser prestados em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), consideradas como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária (entre a UBS e a Rede Hospitalar), integrando uma rede organizada de atenção às urgências. Nesses serviços, apesar de não haver nenhum protocolo de referência e contrarreferência, é imprescindível que sejam realizados os devidos encaminhamentos (para APS ou CEO), de modo a favorecer a continuidade do cuidado e integralidade dos serviços (AUSTREGÉSILO et al., 2015).

Sobre o fluxo de usuários nos SOUs, sabe-se que ocorre por demanda espontânea, já o objetivo desses estabelecimentos de saúde consiste em fornecer atendimento

imediatamente e ininterrupto, de forma resolutiva para os casos de urgência. De acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, esses serviços também são considerados como porta de entrada do SUS (BRASIL, 2011b).

Quanto aos LRPD, em 2004, o MS lançou a Portaria nº 1.570, contendo os critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação destes estabelecimentos. Estes são cadastrados no SCNES como sendo unidades de saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) (BRASIL, 2004a). Inicialmente, poderia ser cadastrado um estabelecimento para cada grupo de 500.000 mil habitantes por região de saúde. Mas, a partir de 2009, qualquer município passou a poder requerer o credenciamento, independente de sua base populacional (ALVES et al., 2020).

Caso o gestor local (municipal/estadual) tenha interesse em disponibilizar em seu município os serviços de próteses dentárias por meio dos LRPD do Brasil Sorridente, poderá acessar a plataforma *online* do sistema 'e-Gestor' (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/login.xhtml>) e solicitar o credenciamento. Após a aprovação, e emissão da portaria específica, o gestor deverá cadastrar o LRPD no SCNES e enviar a produção mensal, por meio do SIA/SUS. Mais informações podem ser acessadas no documento do MS, intitulado: "Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal" (BRASIL, 2022b).

Salienta-se que, os LRPD são caracterizados como estabelecimentos que realizam a fase laboratorial das próteses dentárias dos usuários atendidos pelas eSB da APS e pelos profissionais dos CEOs (BRASIL, 2022c). Essas unidades têm por objetivo ofertar, no mínimo, algum serviço de próteses

dentárias, conforme descrito na tabela a seguir (Tabela 5) (BRASIL, 2012):

Tabela 5 - Procedimentos de próteses ofertados pelos LRPD

PROCEDIMENTOS DE PRÓTESES OFERTADOS PELOS LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES DENTÁRIAS		
PROCEDIMENTO	CÓDIGO	MODALIDADE DE ATENDIMENTO
Prótese total mandibular	07.01.07.012-9	Ambulatorial
Prótese total maxilar	07.01.07.013-7	Ambulatorial
Prótese parcial mandibular removível	07.01.07.009-9	Ambulatorial
Prótese parcial maxilar removível	07.01.07.010-2	Ambulatorial
Próteses coronárias Intrarradiculares fixas Adesivas (por elemento)	07.01.07.014-5	Ambulatorial

Fonte: Elaboração própria (2023).

A correlação entre o uso de próteses e DTM é controversa (SILVA et al., 2018). Por um lado, afirmou-se que a perda de dentes e a falta de suporte oclusal posterior têm pouca associação com as DTMs. Ao mesmo tempo em que, indivíduos parcialmente desdentados (usando próteses parciais removíveis) poderiam apresentar mais sinais de DTM quando comparados com os portadores de próteses totais (KATYAYAN; KATYAYAN; PATEL, 2016). Ainda sim, perdas dentárias e a idade avançada já foram associadas com a alta prevalência de sintomas de DTM (CZERNAIK et al., 2018), e a

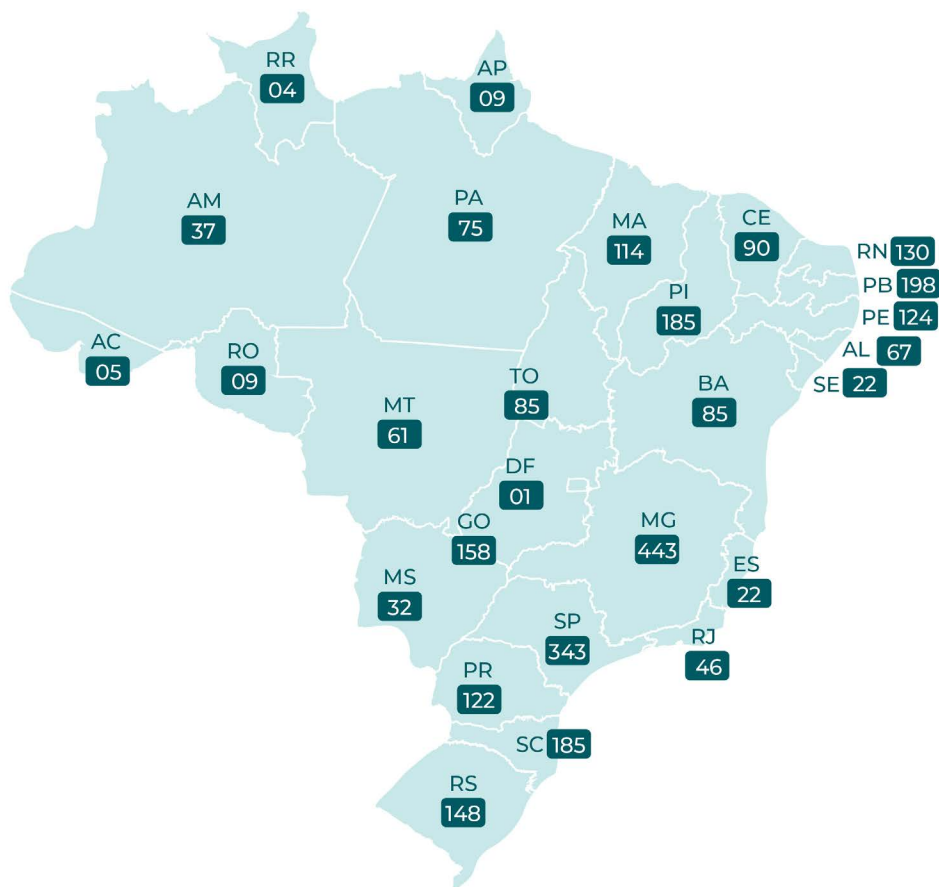
ausência dos dentes poderia resultar em alterações anatômicas, contribuindo para o surgimento de sinais e sintomas na ATM (ANDRADE et al., 2016).

Todavia, o mais importante é que as pessoas com DTM e DOF que necessitem de reabilitação oral, inicialmente, sejam submetidas a um correto diagnóstico e adequado controle dos sintomas dolorosos. Após isso, deverá ser iniciada a fase protética. Só assim poderá ser alcançado o sucesso no tratamento. É imprescindível que o cirurgião dentista e os LRPD consigam realizar um bom trabalho durante a fase de planejamento e execução da reabilitação protética, considerando que negligências resultam em iatrogenias que podem favorecer o surgimento das DTMs. O uso de próteses, em condições clínicas apropriadas é primordial para redução de possíveis complicações (PARDIM; CUNHA, 2019).

Em alguns casos, os usuários poderão ser encaminhados para receber tratamento na atenção terciária, desde que atendam pelo menos um dos seguintes critérios: 1) Possuir DTM muscular e/ou articular que não apresente melhora após o tratamento realizado pelo especialista da atenção secundária; 2) Apresentar DOF não odontogênica ou relacionada à DTM; 3) Ser acometido por comorbidades sistêmicas que necessitem de tratamento complexo (PEDRAS; DIAS, 2021).

Segundo dados obtidos na página do Brasil Sorridente do MS (<http://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/mapas/LAB/PB>), junto com as informações disponibilizadas no SCNES, até Junho de 2022, 2.891 municípios brasileiros possuíam serviços de LRPD habilitados. Destes, 198 (6,85%) estão localizados no Estado da PB (Figura 12) (BRASIL, 2022d).

Figura 12 - Distribuição dos LRPD entre os Estados brasileiros



Fonte: Elaboração própria (2023).

Conforme a Secretaria de Estado da Saúde da PB (SES-PB), todas as Regionais de Saúde são contempladas com, pelo menos, um CEO e um LRPD (BRASIL, 2021a). A distribuição dos 198 LRPD entre os municípios paraibanos das três Macrorregiões de Saúde, e suas respectivas dezesseis Regiões de Saúde, está representada na Figura 13 e na Tabela 6, respectivamente.

Figura 13 - Municípios com LRPD, segundo as Macrorregiões de Saúde, PB/Brasil



Fonte: Elaboração própria (2023). *Sedes das Macrorregiões de Saúde, PB, Brasil.

Tabela 6 - Municípios com LRPD, segundo as Regiões de Saúde, PB/Brasil

MUNICÍPIOS PARAIBANOS COM LRPD, SEGUNDO AS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE		
MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIOS	TOTAL
1ª	1ª → Alhandra; Bayeux; Caaporã; Cabedelo; Conde; João Pessoa (02); Lucena; Mari; Pitimbu; Riachão do Poço; Santa Rita; Sapé.	13
1ª	2ª → Araçagi; Bananeiras; Belém; Borborema; Caiçara; Casserengue; Cuitegi; Duas Estradas; Guarabira; Lagoa de Dentro; Logradouro; Pilões; Pilõezinhos; Pirpirituba; Riachão; Serra da Raiz; Serraria; Sertãozinho; Solânea; Tacima.	20
2ª	3ª → Alagoa Nova; Algodão de Jandaíra; Arara; Areia; Areial; Esperança; Lagoa Seca; Matinhas; Montadas; Remígio; São Sebastião de Lagoa de Roça.	11
2ª	4ª → Baraúna; Barra de Santa Rosa; Cubati; Cuité; Damião; Frei Martinho; Nova Floresta; Pedra Lavrada; Picuí; Sossêgo.	10
2ª	5ª → Amparo; Camalaú; Caraúbas; Congo; Gurjão; Monteiro; Ouro Velho; Prata; São João do Tigre; São José dos Cordeiros; São Sebastião do Umbuzeiro; Serra Branca; Sumé.	13
3ª	6ª → Areia de Baraúnas; Cacimba de Areia; Cacimbas; Catingueira; Condado; Mãe d'Água; Malta; Maturéia; Passagem; Patos; Quixabá; Salgadinho; Santa Luzia; Santa Teresinha; São José de Espinharas; São José do Sabugi; São Mamede; Várzea; Vista Serrana.	19
3ª	7ª → Aguiar; Boa Ventura; Conceição; Coremas; Curral Velho; Diamante; Ibiara; Igaracy; Itaporanga; Nova Olinda; Olho d'Água; Pedra Branca; Piancó; Santa Inês; Santana de Mangueira; Santana dos Garrotes; São José de Caiana; Serra Grande.	18
3ª	8ª → Belém do Brejo do Cruz; Bom Sucesso; Brejo do Cruz; Brejo dos Santos; Catolé do Rocha; Jericó; Mato Grosso; São Bento; São José do Brejo do Cruz.	09

Continua...

Tabela 6 - Municípios com LRPD, segundo as Regiões de Saúde, PB/Brasil (Continuação)

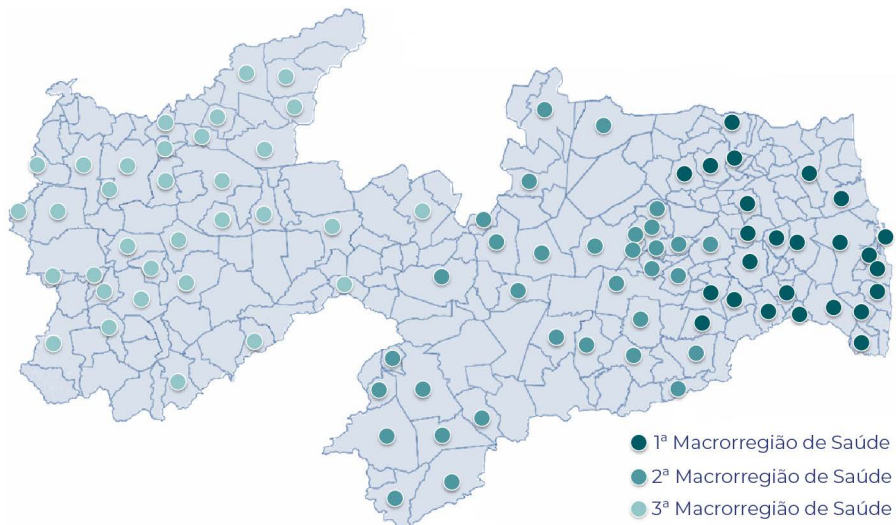
MUNICÍPIOS PARAIBANOS COM LRPD, SEGUNDO AS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE		
MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIOS	TOTAL
3 ^a	9 ^a → Bernardino Batista; Bom Jesus; Cachoeira dos Índios; Cajazeiras; Carrapateira; Joca Claudino; Poço Dantas; Poço de José de Moura; Santa Helena; São João do Rio do Peixe; São José de Piranhas; Triunfo; Uiraúna.	13
3 ^a	10 ^a → Aparecida; Lastro; Marizópolis; Nazarezinho; Santa Cruz; São Francisco; São José da Lagoa Tapada; Sousa; Vieirópolis.	09
3 ^a	11 ^a → Água Branca; Imaculada; Juru; Manaíra; Princesa Isabel; São José de Princesa; Tavares.	07
1 ^a	12 ^a → Caldas Brandão; Gurinhém; Ingá; Itabaiana; Itatuba; Juarez Távora; Juripiranga; Mogeiro; Pedras de Fogo; Pilar; Salgado de São Félix; São José dos Ramos; São Miguel de Taipu.	13
3 ^a	13 ^a → Cajazeirinhas; Lagoa; Paulista; Pombal; São Bentinho; São Domingos.	06
1 ^a	14 ^a → Baía da Traição; Capim; Cuité de Mamanguape; Curral de Cima; Itapororoca; Jacaraú; Mamanguape; Marcação; Mataraca; Pedro Régis; Rio Tinto.	11
2 ^a	15 ^a → Alcantil; Aroeiras; Barra de Santana; Barra de São Miguel; Boqueirão; Cabaceiras; Natuba; Queimadas; Riacho de Santo Antônio; Santa Cecília; São Domingos do Cariri; Umbuzeiro.	12
2 ^a	16 ^a → Assunção; Campina Grande; Fagundes; Juazeirinho; Livramento; Massaranduba; Olivedos; Pocinhos; Puxinanã; Santo André; Serra Redonda; Soledade; Taperoá; Tenório.	14

Fonte: Elaboração própria (2023).

Com relação aos CEOs, até janeiro de 2020, o Brasil contava com 1.159 unidades registradas no SCNES (GALVÃO; RONCALLI, 2021). Já o Estado da PB, até junho de 2022, contava com 98 centros credenciados e 11 em fase de implantação, estando distribuídos entre os seus 223 municípios (Figura 14 e Tabela 7), sendo João Pessoa e Campina Grande, as cidades com o maior número de CEOs, respectivamente, cinco e quatro unidades cada uma. Os dados apresentados a seguir estão de acordo com as informações disponibilizadas no site do MS (acessado em 24/06/2022) (BRASIL, 2022d).

Conforme divulgado pela SES-PB, dentre o quantitativo total de CEOs paraibanos, 57 unidades (58%) aderiram, junto ao MS, à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) e, por isso, passaram a receber um adicional de 20% no custeio mensal (BRASIL, 2021a).

Figura 14 - Distribuição dos CEOs, segundo os municípios e as Macrorregiões de Saúde, PB/Brasil



Fonte: Elaboração própria (2023).

Tabela 7 - Municípios com CEOs, segundo as Regiões de Saúde, PB/Brasil

MUNICÍPIOS PARAIBANOS COM CEOs, SEGUNDO AS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE		
MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIOS	TOTAL
1ª	1ª → Alhandra; Bayeux; Caaporã; Cabedelo; Conde; João Pessoa (05); Mari; Santa Rita; Sapé.	13
1ª	2ª → Bananeiras; Belém; Guarabira; Mulungu; Solânea; Tacima.	06
2ª	3ª → Alagoa Grande, Alagoa Nova; Areial; Esperança; Lagoa Seca; Montadas; Remígio; São Sebastião de Lagoa de Roça.	08
2ª	4ª → Cuité; Pedra Lavrada; Picuí.	03
2ª	5ª → Amparo; Camalaú; Congo; Gurjão; Monteiro; Prata; São João do Tigre; São Sebastião do Umbuzeiro; Sumé.	09
3ª	6ª → Condado; Patos; Santa Luzia; Teixeira.	04
3ª	7ª → Aguiar; Conceição; Coremas; Diamante; Igaracy; Itaporanga; Piancó; São José de Caiana; Serra Grande.	09
3ª	8ª → Brejo do Cruz; Catolé do Rocha; Jericó; São Bento.	04
3ª	9ª → Cachoeira dos Índios; Cajazeiras; Monte Horebe; Santa Helena; São João do Rio do Peixe.	05
3ª	10ª → Aparecida; Marizópolis; Santa Cruz; São Francisco; Vieirópolis.	05
3ª	11ª → Água Branca; Princesa Isabel.	02

Continua...

Tabela 7 - Municípios com CEOs, segundo as Regiões de Saúde, PB/Brasil (Continuação)

MUNICÍPIOS PARAIBANOS COM CEOs, SEGUNDO AS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE		
MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIOS	TOTAL
1ª	12ª → Gurinhém; Ingá; Itabaiana; Itatuba; Juripiranga; Mogeiro; Pedras de Fogo; Pilar.	08
3ª	13ª → Cajazeirinhas; Lagoa; Paulista; Pombal.	04
1ª	14ª → Mamanguape; Rio Tinto.	02
2ª	15ª → Aroeiras; Barra de Santana; Boqueirão; Cabaceiras; Queimadas; Umbuzeiro.	06
2ª	16ª → Campina Grande (04); Juazeirinho; Massaranduba; Pocinhos; Soledade; Taperoá; Tenório.	10

Fonte: Elaboração própria (2023).

Lembrando ainda que, houve uma modificação na configuração das Macrorregiões de Saúde do Estado da PB. Segundo a resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de N° 43/18 de 25 de junho de 2018, ficaram estabelecidas a partir desta data, a definição de apenas 03 Macrorregiões de Saúde: A primeira, com sede em João Pessoa, a segunda com sede em Campina Grande, e a terceira com duas sedes: uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão) (PARAÍBA, 2018).

A seguir serão apresentadas as distribuições por município, assim como os nomes dos CEOs paraibanos, segundo a abrangência das 1ª (Tabela 8), 2ª (Tabela 9) e 3ª (Tabela 10) Macrorregiões de Saúde:

Tabela 8 - Relação dos CEOs, 1ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil

1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		29 CEO em 25 municípios	
MUNICÍPIO	NOME DO CEO	TIPO	CNES
11. Alhandra	CEO Joaquina Francisca do Nascimento Dona Quina	1	7441983
2. Bananeiras	CEO Dr. José Constantino Silveira	1	6193366
3. Bayeux	CEO II Centro de Especialidades Odontológicas	2	3549348
4. Belém	Centro de Especialidades Odontológicas de Belém	1	3937615
5. Caaporã	Centro de Especialidades Odontológicas de Caaporã	1	6519938
6. Cabedelo	CEO Centro de Especialidades Odontológicas	2	6057772
7. Conde	Centro de Especialidade Odontológica de Conde	1	5887402
8. Guarabira	Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Hugo B. de Paiva	2	3693309
9. Gurinhém	CEO Centro Especializado de Odontologia de Gurinhém	1	0050164
10. Ingá	Centro de Especialidades Odontológicas de Ingá	1	7179766
11. Itabaiana	Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Aglair da Silva	2	5048583
12. Itatuba	Centro de Especialidades Odontológicas de Itatuba CEO I	1	2364050

Continua...

Tabela 8 - Relação dos CEOs, 1ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil (Continuação)

1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		29 CEO em 25 municípios	
MUNICÍPIO	NOME DO CEO	TIPO	CNES
13. João Pessoa (n.º 05)	Policlínica Municipal Cristo	1	2398915
	Centro Odontológico Cruz das Armas	3	2399652
	Centro de Especialidades Odontológicas CEO Jaguaribe	3	3524566
	Policlínica Municipal Mangabeira	1	3442063
	Centro de Especialidades Odontológicas CEO Torre	3	7038224
14. Juripiranga	CEO Roselia Machado Leite Costa	1	6087809
15. Mamanguape	Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Renato Fonseca	1	3742679
16. Mari	Centro de Especialidades Odontológicas de Mari	1	9433767
17. Mogeiro	Centro de Especialidades Odontológicas de Mogeiro	1	7983565
18. Mulungu	Centro de Especialidades Odontológicas	1	6450512
19. Pedras de Fogo	Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Kilza R Alves	1	3882683
20. Pilar	CEO Centro de Especialidades Odontológicas	1	5979463
21. Rio Tinto	Centro de Saúde Dr. Raul Nobrega Filho	1	2607786
22. Santa Rita	Centro de Espec Odontológicas CEO Dra. Ana Virginia de Lucena	2	3718867
23. Sapé	Centro de Especialidades Odontológicas Simplício Coelho	1	6530583
24. Solânea	Centro de Especialidades Odontológicas de Solânea	1	7355645
25. Tacima	Centro de Especialidades Odontológicas de Tacima	1	9824278

Fonte: Elaboração própria (2023). Elaborado com dados do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de APS - SAPS, Brasil Sorridente (<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>). Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES (<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>).

Nota: É importante destacar que, os dados apresentados nesta Diretriz, estão exatamente como são mostrados no SCNES/DATASUS. Portanto, alguns serviços podem não estar mais funcionando, porém foram mantidos aqui por ainda estarem com cadastro “ativo” nos registros das plataformas governamentais consultadas.

Tabela 9 - Relação dos CEOs, 2ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil

2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		36 CEO em 33 municípios		
MUNICÍPIO	NOME DO CEO	TIPO	CNES	
1. Alagoa Grande	Centro de Especialidades Odontológicas de Alagoa Grande	2	6245897	
2. Alagoa Nova	Centro de Especialidades Odontológicas	1	6931863	
3. Amparo	CEO Centro de Especialidades Odontológicas de Amparo	1	9147020	
4. Areal	Centro de Especialidades Odontológicas de Areal	1	7768540	
5. Aroeiras	CEO Centro de Especialidades Odontológicas	1	7199600	
6. Barra de Santana	Centro de Especialidades Odontológicas	1	7906390	
7. Boqueirão	Centro de Especialidades Odontológicas	1	6762336	
8. Cabaceiras	Centro de Especialidades Odontológicas de Cabaceiras	1	9421335	
9. Camalaú	Centro de Especialidades Odontológicas de Camalaú	1	7375387	

Continua...

Tabela 9 - Relação dos CEOs, 2ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil (Continuação)

2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		36 CEO em 33 municípios	
MUNICÍPIO	NOME DO CEO	TIPO	CNES
10. Campina Grande (n.º 04)	Centro de Saúde São José da Mata	1	2362376
	Unidade Mista de Galante	1	2362260
	Centro de Saúde Dr. Francisco Pinto	3	2362252
	UEPB Clínica de Odontologia	2	2363062
11. Congo	Centro de Especialidades Odontológicas CEO I	1	9117520
12. Cuité	Centro de Especialidade Odontológica Tipo I	1	6408206
13. Esperança	Centro de Especialidades Odontológicas de Esperança	1	5079306
14. Gurjão	Centro de Especialidades Odontológicas	1	7873964
15. Juazeirinho	Centro de Especialidades Odontológicas CEO	1	5041554
16. Lagoa Seca	Centro de Especialidades Odontológicas de Lagoa Seca	2	7354517
17. Massaranduba	Centro de Especialidades Odontológicas	1	6567452
18. Montadas	Centro de Especialidades Odontológicas	1	7408528
19. Monteiro	Centro de Especialidades Odontológicas de Monteiro	2	3732509
20. Pedra Lavrada	CEO Margarida Cordeiro Costa	1	7599307
21. Picuí	Centro de Especialidades Odontológicas	1	5828279
22. Pocinhos	Centro de Especialidades Odontológicas Cloves Chaves	1	6752586
23. Prata	Centro de Especialidades Odontológicas CEO I	1	7295170
24. Queimadas	Centro de Especialidades Odontológicas	1	7070632

Continua...

Tabela 9 - Relação dos CEOs, 2ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil (Continuação)

2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		36 CEO em 33 municípios	
MUNICÍPIO	NOME DO CEO	TIPO	CNES
25. Remígio	Centro de Especialidades Odontológicas de Remígio	1	7753608
26. São João do Tigre	Centro de Especialidades Odontológicas CEO	1	7592795
27. São Sebastião de Lagoa de Roça	Centro de Especialidades Odontológicas	1	6395201
28. São Sebastião do Umbuzeiro	CEO de São Sebastiao do Umbuzeiro	1	7574517
29. Soledade	Centro de Especialidades Odontológicas	2	3783006
30. Sumé	CEO Imaculada Conceição	2	3738558
31. Taperoá	CEO Tipo II Taperoá	2	5006651
32. Tenório	Centro de Especialidades Odontológicas CEO	1	7325436
33. Umbuzeiro	Centro de Especialidades Odontológicas de Umbuzeiro	1	7500416

Fonte: Elaboração própria (2023). Elaborado com dados do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de APS - SAPS, Brasil Sorridente (<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>). Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES (<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>).

Tabela 10 - Relação dos CEOs, 3ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil

3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		33 CEO em 33 municípios	
MUNICÍPIO	NOME DO CEO	TIPO	CNES
1. Água Branca	Centro de Especialidade Odontológica José de Oliveira Sobrinho	1	3866025
2. Aguiar	Centro de Especialidades Odontológicas de Aguiar CEO	1	7485700
3. Aparecida	Centro de Especialidades Odontológicas Iraci Trajano	1	7441924
4. Brejo do Cruz	Centro de Especialidades Odontológicas de Brejo do Cruz	1	7481772
5. Cachoeira dos Índios	Centro de Especialidades Odontológicas Cachoeira dos Índios	1	7578261
6. Cajazeiras	Centro de Especialidades Odontológicas de Cajazeiras	2	5477654
7. Cajazeirinhas	CEO Centro de Especialidades Odontológicas de Cajazeirinhas	1	9109846
8. Catolé do Rocha	Centro de Especialidades Dr. Maria Daluz Marques Barreto	2	2606364
9. Conceição	Centro de Especialidades Odontológicas José Moroni Frade	1	3973409
10. Condado	Centro de Especialidades Odontológicas de Condado CEO I	1	7446853
11. Coremas	Centro de Especialidades Odontológicas	1	6363083
12. Diamante	Centro de Especialidades Odontológicas	1	9009795
13. Igaracy	Centro de Especialidades Odontológicas CEO I	1	5585511
14. Itaporanga	CEO Centro de Especialidades Odontológicas	1	7213328
15. Jericó	Centro de Especialidades Odontológicas CEO I	1	7982801
16. Lagoa	Centro de Especialidades Odontológicas José de Oliveira Melo	1	7827296
17. Marizópolis	CEO I Francisco Afonso de Carvalho	1	7405537

Continua...

Tabela 10 - Relação dos CEOs, 3ª Macrorregião de Saúde, PB/Brasil (Continuação)

3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		33 CEO em 33 municípios	
MUNICÍPIO	NOME DO CEO	TIPO	CNES
18. Monte Horebe	Setor Vigilância Sanitária	1	7493010
19. Patos	Centro de Especialidades Odontológicas de Patos CEO	2	5010330
20. Paulista	Centro de Especialidades Odontológicas de Paulista	1	6806864
21. Piancó	Centro de Especialidades Odontológicas de Piancó	2	3456153
22. Pombal	CEO Centro de Especialidades Odontológicas de Pombal	1	3990931
23. Princesa Isabel	CEO Tipo I Princesa Isabel	1	5860431
24. Santa Cruz	Centro de Especialidades Odontológicas CEO I	1	5837790
25. Santa Helena	Centro de Especialidades Odontológicas Elair Diniz Brasileiro	1	7661592
26. Santa Luzia	Policlínica Dr. Kival Gorgonio	2	3121976
27. São Bento	Centro de Especialidades Odontológicas	1	7015909
28. São Francisco	Centro de Especialidades Odontológicas Francisca G. Oliveira	1	7961014
29. São João do 29. Rio do Peixe	Centro de Especialidades Odontológicas CEO Tipo I	1	5549884
30. São José de 30. Caiana	Centro de Especialidades Odontológicas do Caiana	1	7834144
31. Serra Grande	Centro de Especialidades Odontológicas de Serra Grande	1	7764898
32. Sousa	Centro de Especialidades Odontológicas de Sousa CEO	2	2680556
33. Teixeira	Centro de Especialidades Odontológicas CEO	1	7271751

Fonte: Elaboração própria (2023). Elaborado com dados do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de APS - SAPS, Brasil Sorridente (<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>). Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES (<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>).

ATENÇÃO TERCIÁRIA

Deverão ser referenciados para a atenção terciária (hospitais ou centros cirúrgicos adaptados) apenas os indivíduos impossibilitados de receber atendimento na APS e nos CEOs devido às suas necessidades específicas como, por exemplo, uso de anestesia geral, distúrbios severos da ATM que precisam de intervenção cirúrgica, preparo prévio com hemoderivados, cardiopatas ou hepatopatas graves, dentre outros (BRASIL, 2018a).

Em 2010, o MS publicou a Portaria Ministerial n.º 1.032/GM, incluindo os procedimentos odontológicos no SIGTAP/SUS. Essa medida viabilizou o acesso das Pessoas com Necessidades Especiais (PNE) à assistência odontológica prestada em ambiente hospitalar, principalmente, quando o procedimento envolve o uso de anestesia geral ou sedação em indivíduos com limitações (intelectuais, físicas, mental, sensorial e/ou emocional), que inviabilizam o manejo nos demais níveis de atenção (BRASIL, 2010c).

De modo semelhante, para garantir que os cuidados com a saúde bucal também pudessem ser ofertados para outros perfis de pacientes que necessitam de cuidados na atenção terciária/hospitalar, em 2013, o MS lançou uma Nota Técnica (n.º 01/2014) afirmando que, a partir de janeiro de 2014, todos os procedimentos odontológicos realizados no âmbito hospitalar poderiam ser registrados através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e não mais apenas os que eram realizados em PNE (BRASIL 2013b).

Uma medida importante, considerando que, desde 2004, o próprio documento da PNSB já chamava atenção para o fato de que a ampliação e a disponibilização dos cuidados

com a saúde bucal do paciente na atenção terciária não estavam sendo capazes de acompanhar a expansão da oferta de serviços disponibilizados na APS (BRASIL, 2004b). Em vista disso, se faz necessário evidenciar a real importância de se ter a presença do profissional de saúde bucal como parte integrante da equipe da atenção hospitalar, de forma a garantir a integralidade do cuidado e a melhoria da saúde do usuário (AMARAL et al., 2018).

Vale ressaltar que, mesmo se tratando de um ambiente hospitalar, o usuário poderá receber atendimento tanto à beira leito, quanto no próprio ambulatório do hospital, porém, o ambulatório se apresenta como local mais adequado, considerando as medidas de segurança e as barreiras físicas do ambiente. Apenas quando houver impossibilidade de transportar o paciente para receber tratamento nesse local, o mesmo deverá ser atendido à beira leito (SOUZA et al., 2021).

Conforme levantamento realizado no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES), acerca do quantitativo de estabelecimentos brasileiros de atenção terciária que ofertam o “Serviço de atenção à Saúde Bucal” (registrado com o código de nº 114), até novembro de 2022, estavam cadastradas 550 unidades. Destas, 122 alocadas na Região Nordeste, sendo 11 no Estado da PB (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição das unidades de atenção terciária que prestam serviços de atenção à saúde bucal, segundo a Unidade Federativa e Região, Brasil

QUANTITATIVO DOS ESTABELECIMENTOS BRASILEIROS QUE OFERTAM SERVIÇOS DE ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE BUCAL						
UNIDADE DA FEDERAÇÃO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
Rondônia	10	-	-	-	-	10
Acre	04	-	-	-	-	04
Amazonas	11	-	-	-	-	11
Amapá	00	-	-	-	-	00
Roraima	01	-	-	-	-	01
Pará	15	-	-	-	-	15
Tocantins	08	-	-	-	-	08
Maranhão	-	08	-	-	-	08
Piauí	-	06	-	-	-	06
Ceará	-	17	-	-	-	17
Rio Grande do Norte	-	10	-	-	-	10
Paraíba	-	11	-	-	-	11
Pernambuco	-	22	-	-	-	22
Alagoas	-	12	-	-	-	12
Sergipe	-	04	-	-	-	04
Bahia	-	32	-	-	-	32
Minas Gerais	-	-	53	-	-	53
Espírito Santo	-	-	04	-	-	04
Rio de Janeiro	-	-	63	-	-	63
São Paulo	-	-	119	-	-	119
Paraná	-	-	-	20	-	20
Santa Catarina	-	-	-	32	-	32
Rio Grande do Sul	-	-	-	38	-	38
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	10	10
Mato Grosso	-	-	-	-	09	09
Goias	-	-	-	-	17	17
Distrito Federal	-	-	-	-	14	14
TOTAL	49	22	39	90	50	50

Fonte: Elaboração própria (2023). A partir dos dados do Ministério da Saúde (MS) e do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - SCNES (<https://bityli.com/hqtavXee>).

Quanto aos estabelecimentos paraibanos que fornecem serviços especializados em Saúde Bucal, em nível de atenção terciária, as onze unidades cadastradas no SCNES estão distribuídas entre os municípios de Tenório (n.º = 01), Camalaú (n.º = 01), São Francisco (n.º = 01), Cabedelo (n.º = 01), João Pessoa (n.º = 03) e Campina Grande (n.º = 04) (Tabela 12).

Tabela 12 - Relação das unidades de atenção terciária que prestam serviços de atenção à saúde bucal, PB/Brasil

ESTABELECIMENTOS DE ATENÇÃO TERCIÁRIA QUE OFERTAM SERVIÇOS EM SAÚDE BUCAL		
MUNICÍPIO	NOME DO ESTABELECIMENTO	CNES
1. Tenório	Centro de Especialidades Odontológicas CEO	7325436
2. Camalaú	Centro de Especialidades Odontológicas de Camalaú	7375387
3. São Francisco	Centro de Especialidades Odontológicas Francisca G. Oliveira	7961014
4. Cabedelo	Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa	2342170
5. João Pessoa	Hospital Edson Ramalho	2400324
6. João Pessoa	Hospital Infantil Arlinda Marques	2399318
7. Campina Grande	Hospital Municipal Pedro I	2363070
8. Campina Grande	Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	2362856
9. Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro UFCG	2676060
10. João Pessoa	Hospital Universitário Lauro Wanderley	2400243
11. Campina Grande	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida	2362287

Fonte: Elaboração própria (2023). A partir dos dados do Ministério da Saúde (MS) e do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - SCNES (<https://bityli.com/oEFnsaasg>).

Ainda de acordo com o publicado no Plano Estadual de Saúde (2020-2023), no âmbito da atenção terciária, o Estado da PB presta assistência em cirurgia e traumatologia bucomaxilo-facial, ofertadas nos hospitais de Emergência e Trauma de João Pessoa e Campina Grande, além dos Hospitais Regionais de Patos e Monteiro. Nesse nível de atenção, são disponibilizados também serviços especializados no diagnóstico e tratamento do câncer bucal, tendo como pontos de referência: o Centro Estadual de Diagnóstico do Câncer (CEDC); a Universidade Federal da

Paraíba (UFPB) e a Fundação Napoleão Laureano, em João Pessoa; a UEPB e o Hospital Escola da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em Campina Grande; assim como a UEPB do município de Araruna (BRASIL, 2021a).

Informações disponibilizadas pelo coordenador Estadual de Saúde Bucal da PB, Marcílio Ferreira de Araújo, esclareceram que, a fim de suprir a demanda de um perfil populacional diferenciado, alguns hospitais paraibanos já disponibilizam assistência odontológica voltada à PcD ou PNE como, por exemplo: o Hospital Arlinda Marques, em João Pessoa; o Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, em Santa Rita, que presta serviços a pacientes com cardiopatias e neuropatias; o Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho, em João Pessoa; e o Hospital das Clínicas, em Campina Grande.

Quanto aos serviços em nível de atenção terciária que são prestados, especificamente às pessoas com DTM e DOF, no âmbito do SUS do Estado da PB, o manejo clínico desses indivíduos é disponibilizado por uma Instituição de Ensino Superior (UFPB - Campus I) e realizado no Setor de Saúde Bucal do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa. Uma iniciativa que foi implementada em 2006, após o desenvolvimento de um Projeto de Extensão intitulado: “Serviço de Controle da Dor Orofacial - SCDOR”, que foi fundado e é coordenado pela Professora Doutora Luciana Barbosa de Sousa Lucena e promove ações sociais, educativas e curativas transdisciplinares, de modo a atender as necessidades e demandas provenientes da sociedade.

O SCDOR proporciona atendimento e tratamento especializados aos usuários do SUS, os quais recebem diagnóstico

precoce e intervenção imediata, objetivando controlar o problema, debelar possíveis sequelas da doença e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Por se tratar de uma ação de extensão contínua ininterrupta (desde a sua fundação), o referido projeto se consolidou como mais um Serviço de referência para a população paraibana. Destacando-se por estabelecer a aproximação entre a Instituição de Ensino Superior (UFPB) e a sociedade. Desempenhando, com propriedade, o papel fundamental da relação extramuros da extensão universitária, com a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, que se retroalimentam continuamente, além de construir o empoderamento social, com a conscientização e a participação com relação a dimensões da vida social.

Deste modo, há a participação efetiva de uma equipe transdisciplinar estabelecida por distintos profissionais da saúde, envolvendo a Odontologia (em diferentes especialidades), a Fonoaudiologia e a Fisioterapia, com a integração de docentes da UFPB, servidores da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) do HULW, assim como discentes da graduação e pós-graduação (Mestrado, Doutorado, Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofaciais e Residência Uniprofissional em Clínica Integrada em Odontologia – ReCLIO).

Essa equipe robusta de profissionais qualificados oferece consistência teórica e prática aos atores do processo de intervenção da ação na realidade social e realizações de condutas clínicas e intervencionistas, abrangendo os mais complexos procedimentos realizados em âmbito hospitalar e bloco cirúrgico, além de favorecer o aperfeiçoamento das

relações entre os participantes, construindo grupos de estudo, discussão e pesquisas sobre o tema.

Portanto a existência desse tipo de projeto, voltado à DTM e ao controle da DOF, é de extrema relevância, visto sua importância social, pois se trata de um serviço público especializado que recebe demanda de todo o Estado da PB. Além de promover a interdisciplinaridade entre as diversas especialidades odontológicas com as demais áreas da saúde, alicerçando os conhecimentos, desenvolvendo habilidades e promovendo a troca de saberes e experiências entre usuários e equipe de saúde.

10

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM n.º 687, de 30 de março de 2006, e atualizada pela Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014, que por sua vez foi revogada pela Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014a).

Essa política aponta a promoção da saúde como sendo um conjunto de estratégias para produzir saúde (individual e coletiva). Ressalta ainda que a assistência prestada ao usuário precisa atender a determinados valores, princípios e diretrizes como, por exemplo: ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, equidade, inclusão social, autocuidado, empoderamento, integralidade do cuidado nas RAS, articulação de políticas públicas intra e inter-setoriais, estímulo à pesquisa, apoio à formação e à educação permanente, produção e disseminação de conhecimentos e saberes (Figura 15) (BRASIL, 2014a).

Figura 15 - Atributos a serem considerados na assistência prestada ao usuário do SUS



Fonte: Elaboração própria (2023).

No que se refere à prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a promoção da saúde já é uma prioridade no contexto da saúde pública (ESSAY et al., 2021). Compreende-se que alguns fatores de risco modificáveis possam levar a alterações fisiológicas que favorecem o surgimento dessas doenças (VAN ZYL et al., 2020). Do mesmo modo em que a combinação de fatores de vulnerabilidade do indivíduo e danos iatrogênicos são contribuintes para o surgimento e cronificação das DTM (GREENE; MANFREDINI, 2021).

Diversos são os fatores de risco para DTM e DOF (Figura 16), uma maneira de prevenir ou amenizar essa disfunção consiste no adequado gerenciamento dessas condições (OKAMOTO et al., 2021).

Figura 16 - Fatores de risco para DTM e DOF



Fonte: Elaboração própria (2023).

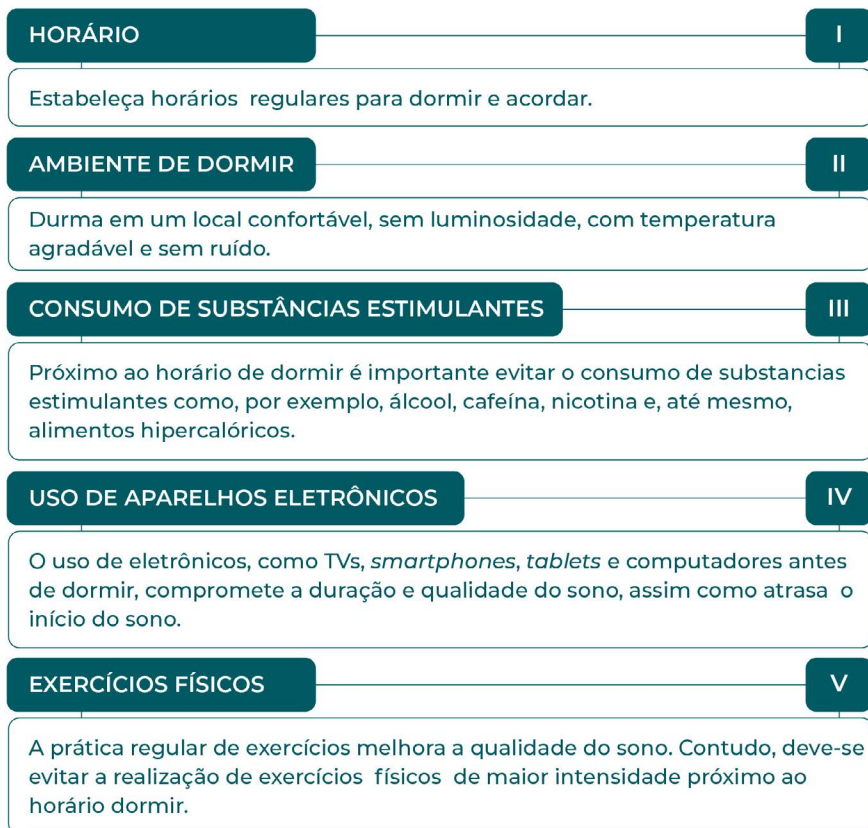
Desse modo, facilitar o acesso da população às informações sobre os cuidados com a saúde e aos serviços de saúde, principalmente, os disponibilizados na APS, consiste em uma importante ação que deve ser empregada na tentativa de reduzir as consequências negativas das DCNT (MWANGI et al., 2020). Monitorar os fatores de risco é imprescindível para fundamentar as políticas públicas de prevenção (MALTA et al., 2020). Portanto, priorizar uma visão ampla sobre os problemas de saúde pública é crucial em todo serviço de saúde, considerando que é dever do Estado fornecer um cuidado integral que priorize ações preventivas (FRANCISCO et al., 2019).

DISTÚRBIOS DO SONO

Os distúrbios do sono se apresentam como um fator de risco independente para o surgimento e perpetuação das DTMs (KIM; KIM, 2021), pois em algumas pessoas a qualidade subjetiva do sono fica gradativamente comprometida antes mesmo do início da DTM (SANDERS et al., 2016). Portanto, indivíduos que apresentam alguma alteração primária do sono precisam ser triados quanto aos sinais e sintomas sugestivos de DTM e DOF, de modo a identificar e prevenir os efeitos adversos relacionados à má qualidade do sono (KIM et al., 2021b).

Entende-se que a DOF e o sono possuem correlação direta, considerando que a dor pode comprometer o sono que, estando alterado, pode agravar a dor. Um sono de má qualidade contribui para o aumento da sensibilidade dolorosa (SLADE et al. 2016; ZAMANI; HAGHNEGAHDAR; VOSSOUGH, 2019), pois interfere na produção de neurotransmissores que modulam a dor e atuam também na regulação do humor, estresse e ansiedade. Por isso, os distúrbios do sono, frequentes em pacientes com DTM, são fatores perpetuantes para as DTMs. Logo, os cuidados com a higiene do sono (Figura 17), adoção de estratégias de relaxamento e terapias cognitivo-comportamentais podem ser benéficas (ALMOZNINO et al., 2017).

Figura 17 - Dicas sobre cuidados com a higiene do sono



Fonte: Elaboração própria (2023).

FATORES PSICOSSOCIAIS

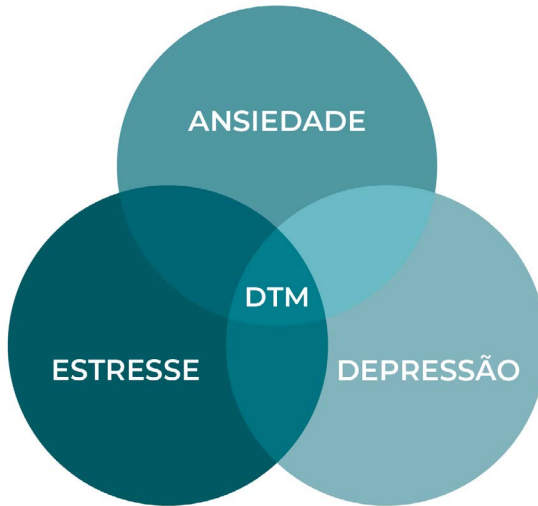
Pessoas com distúrbios psicológicos (a exemplo da depressão e/ou ansiedade) possuem maior probabilidade de desenvolver DTM (CHUINSIRI; JITPRASERTWONG, 2020). Acredita-se que a ansiedade e a depressão exerçam um importante papel nas DTMs, tanto no desenvolvimento quanto na perpetuação, possivelmente, porque esses fatores

interferem na modulação da dor, reduzindo o limiar doloroso ou alterando a percepção desse sintoma álgico (NAZERI et al., 2018; RESENDE et al., 2021).

Indivíduos ansiosos costumam ficar hipervigilantes à sensação dolorosa, condição que contribui para amplificação da sensibilidade à dor (TOURNAVITIS et al., 2017). Sabe-se que há uma correlação direta entre níveis elevados de ansiedade e a piora dos sintomas da DTM. Por isso, intervenções cognitivas e comportamentais, voltadas ao controle da ansiedade, podem ser benéficas (THEROUX et al., 2019). É importante destacar que a ansiedade, de forma isolada, não é capaz de causar DTM, pois ela atua como um fator predisponente ou agravante (DAHER et al., 2018).

Estresse, ansiedade e depressão contribuem também para o aumento da intensidade, duração e frequência dos hábitos parafuncionais, causando hiperatividade dos músculos da mastigação e sobrecarga da ATM (RESENDE et al., 2013). Esses fatores psicossociais (Figura 18) estão relacionados com a piora e a perpetuação dos sintomas clínicos da DTM, influenciando, negativamente, sobre a resposta ao tratamento, apresentando-se como importantes preditores prognósticos (PICCIN et al., 2016). Então, pacientes que possuem algum desses distúrbios psicossociais precisam receber suporte psicológico para que o gerenciamento da DTM seja eficaz (PINTO et al., 2017).

Figura 18 - Fatores psicossociais relacionados com a piora e perpetuação da DTM



Fonte: Elaboração própria (2023).

CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

O consumo de tabaco e álcool contribui para a piora dos sintomas de DTM (MIETTINEN et al., 2017). Fumar está associado ao aumento da percepção dolorosa e do sofrimento psicológico global das pessoas (WEBER et al., 2016). O tabagismo resulta em efeitos nocivos sobre o sistema musculoesquelético, dentre eles: redução da densidade mineral óssea; aumento do risco de fraturas e da incidência de doenças articulares; alterações estruturais e funcionais em músculos, tendões, cartilagens e ligamentos (AL-BASHAIREH et al., 2018); complicações pós-cirúrgicas; redução da microcirculação, má oxigenação e cicatrização tecidual (TARAKJI et al., 2018).

OBESIDADE

A obesidade se tornou um sério problema de saúde pública mundial (XU et al., 2021b). O excesso de tecido adiposo resulta em inflamação crônica de baixo grau que aumenta o risco de desenvolvimento e/ou agravamento de diversas doenças crônicas (VICTORIO et al., 2021) e dor musculoesquelética. Indivíduos obesos possuem níveis elevados de citocinas inflamatórias. Essa condição poderia ser também um fator contribuinte para DTM, considerando que as células do tecido adiposo, além de armazenar energia, atuam na mediação inflamatória e sintetizam moléculas pró-inflamatórias (LEE et al., 2021).

Apesar de ainda não existirem estudos comprovando a associação entre obesidade e DTM, sugere-se que um bom condicionamento físico possa atuar como fator protetor para DOF relacionada à DTM. Portanto, pessoas com DTM devem ser orientadas e incentivadas quanto à importância da prática de exercícios físicos (MIETTINEN et al., 2021), pois o treinamento físico reduz o estresse oxidativo e inflamação do tecido adiposo (SAXTON et al., 2021). Uma dieta que contribua para redução do tecido adiposo, também pode ter um impacto positivo, restaurando o equilíbrio da produção e liberação das adipocinas inflamatórias (peptídeos bioativos secretados pelos adipócitos) (STANEK; BROŻYNA-TKACZYK; MYŚLIŃSKI, 2021).

HÁBITOS PARAFUNCIONAIS

Entende-se como hábito, qualquer ação executada com frequência durante as atividades de vida diária. Enquanto as parafunções são ações anormais do sistema mastigatório como, por exemplo: onicofagia (roer unhas), sugar o dedo e pressionar a língua contra os dentes (ALMUTAIRI et al., 2021). Acredita-se que essas atividades resultam em danos à ATM e suas estruturas adjacentes (KHAYAMZADEH et al., 2019). Os hábitos parafuncionais também possuem etiologia pouco esclarecida, complexa e multifatorial (CARRILLO-DIAZ et al., 2021).

Dentre os fatores contribuintes e perpetuantes para as DTMs, as parafunções orais exercem um importante papel (DONNARUMMA et al., 2021). Quando esses hábitos extrapolam a tolerância estrutural e fisiológica do indivíduo, podem causar danos consideráveis aos músculos da mastigação e ATM (ATSÜ et al., 2019). Uma simples mastigação diária de goma de mascar, por exemplo, pode contribuir para exacerbação dos sinais e sintomas de DTM, pois gera uma hiperatividade dos músculos, resultando em hipertrofia e DOF (OLCHOWY et al., 2021).

De modo geral, os hábitos parafuncionais prejudicam o equilíbrio funcional do sistema estomatognático, contribuindo ou agravando as DTMs. A intensidade, frequência e duração das parafunções podem prever a gravidade dos sinais e sintomas disfuncionais da ATM (PERROTTA et al., 2019).

Uma forma de prevenir as consequências dos hábitos parafuncionais consiste na intervenção precoce, onde é preciso incentivar e conscientizar o indivíduo sobre a importância

das mudanças comportamentais (a partir do momento em que o início do hábito for observado). O manejo precoce irá ajudar a reduzir e prevenir o impacto nocivo das parafunções, minimizando os custos com o tratamento e contribuindo para melhora da qualidade de vida do paciente (BAESHEN, 2021). Para aqueles que já apresentam sinais e sintomas (moderados a graves) de DTM, intervenções preventivas e interdisciplinares também devem ser adotadas (YADAV et al., 2020).

É importante frisar que muitos profissionais de saúde ainda estão familiarizados com alguns conceitos antigos sobre DTM e costumam confundir essa disfunção com bruxismo, o que pode resultar em um manejo terapêutico inadequado e pouco efetivo (LIBERATO et al., 2022). Inclusive, na maioria das vezes, os próprios pacientes acreditam na existência dessa associação controversa. Talvez, isso ocorra em consequência da ampla gama de sintomas, diagnósticos e exames que são compartilhados entre ambas as condições clínicas (OHLMANN et al., 2020).

Em vista disso, é importante esclarecer que, o bruxismo é conceituado como um comportamento motor, de etiologia multifatorial, caracterizado por uma atividade muscular mastigatória que pode acontecer durante o sono (bruxismo do sono) ou em vigília (bruxismo de vigília) (LOBBEZOO et al., 2018). Esse comportamento muscular (que possui origem central, não periférica) pode ser inofensivo ou representar um fator de risco (e/ou protetor) para consequências clínicas, não estando, necessariamente, associado à uma condição patológica (MANFREDINI et al., 2019).

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Condições socioeconômicas (renda, escolaridade e ocupação) possuem importante papel na saúde, pois limitam o acesso a exames, ao tratamento de doenças e a informações (MAGALHÃES et al., 2014). Esses fatores também podem ser influenciados por crenças, pelo entendimento sobre estilo de vida saudável e por práticas alimentares, refletindo diretamente na saúde (ELLAKANY et al., 2021). Um exemplo disso se dá pelo fato de que a baixa escolaridade junto às práticas inadequadas de higiene oral geram prejuízos à saúde bucal (ZUMPE et al., 2021).

Sabe-se que a pobreza, inacessibilidade à educação, atividades de lazer e aos serviços de saúde são fatores que repercutem no estresse, podendo resultar no desenvolvimento, agravamento e perpetuação da DOF e DTM (WAKED et al., 2020). Indivíduos menos favorecidos apresentam elevados índices de sintomas depressivos e dor recorrente. Na China, por exemplo, a DOF relacionada à DTM foi mais evidenciada nesse perfil populacional (HONGXING et al., 2016). Enquanto no Brasil, as políticas públicas voltadas à garantia de acesso à atenção odontológica de qualidade, ainda não são uma prioridade, resultando na desassistência dos pacientes mais vulneráveis (PROBST et al., 2019).

Apesar de existirem avanços na ampliação da assistência à saúde bucal, algumas barreiras assistenciais permanecem inalteradas, dentre elas, as dificuldades no acesso aos serviços odontológicos na APS, tanto por questões organizacionais, quanto individuais. Para garantir uma oferta igualitária a esses serviços, é preciso facilitar o acesso da população, adotando-se estratégias organizacionais e implementando

políticas públicas que tenham por objetivo combater as disparidades socioeconômicas (FREIRE et al., 2021).

É fundamental que o MS, junto às associações odontológicas, intensifique as ações dos programas de saúde bucal nas unidades de APS e também nas escolas (TESHOME; MUCHE; GIRMA, 2021). As políticas de promoção à saúde bucal precisam estar atreladas às políticas públicas distributivas para que sejam atendidas as diretrizes propostas pelo SUS (equidade e integralidade) (SEERIG et al., 2020). A melhora progressiva da assistência à saúde será uma realidade quando a qualidade da saúde bucal passar a ser prioridade para os gestores, profissionais da saúde, governo e sociedade civil (ARRAIS; RONCALLI; ROSENDO, 2021).

TRATAMENTO

Na prática clínica, os pacientes com DTM podem estar sendo mal conduzidos. Especialmente, em virtude de essa condição possuir etiologia complexa e estar relacionada às manifestações clínicas diversas (XIANG et al., 2021). Para que a assistência ofertada ao paciente seja adequada, é fundamental que haja um melhor entendimento sobre as DTMs (ZWIRI et al., 2020), e que também seja reconhecida a importância da avaliação biopsicossocial (com instrumentos validados) e adoção de estratégias terapêuticas multidisciplinares, preferencialmente, conservadoras (KAPOS et al., 2020).

Os tratamentos existentes são diversos e podem ser agrupados em três categorias: (1) não invasivos; (2) minimamente invasivos e (3) invasivos (TRINDADE et al., 2021). Ainda não há consenso sobre qual seria a terapêutica mais eficaz e custo-efetiva, que pudesse ser amplamente recomendada e utilizada (LAM; SVENSSON; ALSTERGREN, 2020). Apesar disso, a primeira recomendação consiste no incentivo ao autocuidado. Os pacientes precisam ser educados quanto aos fatores contribuintes e seu próprio papel central na condução da DTM (MICHIELS et al., 2018).

Dentre as várias opções de tratamento que têm sido sugeridas, podem ser citadas: acupuntura, fisioterapia,

terapias comportamentais, fotobiomodulação, uso de fármacos (SOBRAL et al., 2021), placa oclusal, osteopatia (RAM; SHAH, 2021), injeções articulares de ácido hialurônico, injeções musculares de toxina botulínica (KUĆ; SZAREJKO; GOŁĘBIEWSKA, 2021) e cirurgias. Contudo, intervenções invasivas devem ser usadas apenas quando as medidas conservadoras falharem. Na maioria das vezes, o tratamento conservador consegue amenizar os sintomas (SUNG et al., 2021).

Considerando a variedade das modalidades de tratamento, cabe ao profissional decidir sobre qual intervenção será mais adequada para suprir as demandas individuais de cada indivíduo (DUTRA et al., 2016).

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento medicamentoso da DTM pode incluir uso de analgésicos (acetaminofeno), opiáceos leves (cloridrato de tramadol), anti-inflamatórios (ibuprofeno e diclofenaco), relaxantes musculares (tetrazepam) e, até mesmo, antidepressivos. A escolha criteriosa dos pacientes e a prescrição correta, seguindo intervalos regulares e a duração específica, devem ser respeitadas (KARKAZI; ÖZDEMIR, 2020). Esse tipo de intervenção tem sido utilizada há anos. Caberá ao profissional considerar os riscos e benefícios de cada um desses fármacos, antes de prescrevê-los (OUANOUNOU; GOLDBERG; HAAS, 2017).

ANTI-INFLAMATÓRIOS

Os Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs), administrados por via oral, são os medicamentos mais prescritos no tratamento da DOF. É importante que eles sejam utilizados na menor dose efetiva, por um curto período de tempo, de modo a prevenir eventos adversos (gástricos, cardiovasculares, hepáticos, renais e pulmonares) (DERWICH; MITUS-KENIG; PAWLOWSKA, 2021). Quando se deseja reduzir reações adversas, o uso tópico pode ser uma opção (KULKARNI; THAMBAR; ARORA, 2020), considerando que esse método de aplicação resulta em reabsorção mínima do fármaco pela corrente sanguínea (MENA et al., 2020).

Outra opção consiste na aplicação de injeções intra-articulares na ATM. Essa via de administração pode ser uma alternativa eficaz no que se refere aos efeitos anti-inflamatórios e analgésicos, além de ser relativamente segura, pois limita a exposição sistêmica e, portanto, oferece redução na incidência dos efeitos nocivos (WU et al., 2021). Mas vale considerar que é um procedimento invasivo e doloroso, por isso, pode haver baixa aceitação e adesão por parte dos pacientes (TARTAGLIA et al., 2020).

Injeções intra-articulares de corticosteroides, geralmente diluídos com anestésico local, também têm sido adotadas em diversas disfunções da ATM (SOUSA et al., 2020). Para os casos em que há inflamação muscular, podem ser administrados corticosteroides (com ação anti-inflamatória) por via intramuscular. De modo geral, o uso de medicamentos não deve ser considerado como um tratamento único, mas sim, uma medida de suporte para reduzir a inflamação e aliviar a dor (WIECKIEWICZ et al., 2015). O manejo da DTM e DOF

deve ser multidisciplinar, conforme o modelo biopsicossocial (KURITA et al., 2015).

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

A terapia primária da DTM deve ser conservadora, considerando que aproximadamente 90% dos pacientes respondem bem às medidas reversíveis. Portanto, a assistência inicial deverá: Incentivar o autocuidado (mediante ações de educação em saúde), reduzir a sintomatologia dolorosa (BEECROFT et al., 2019), melhorar a função do sistema mastigatório e prevenir os fatores de risco que possam ser prejudiciais. Já é consenso na literatura que os tratamentos não invasivos devem ser indicados, pois os benefícios alcançados resultam em melhora na qualidade de vida das pessoas (ALBRECHT; GROTO; CÉSAR, 2021; OOI, 2022).

EDUCAÇÃO E TÉCNICAS DE AUTOCUIDADO

Incertezas do indivíduo sobre sua condição clínica podem resultar em cuidados inadequados, piora significativa da disfunção e da qualidade de vida. Portanto, é essencial que ele receba informações sobre diagnóstico, tratamento, etiologia e a influência dos fatores psicossociais na DTM. Técnicas de autocuidado, a exemplo da cessação dos hábitos parafuncionais (roer unhas, mascar chiclete), redução do consumo de cafeína, higiene do sono, exercícios respiratórios e meditação, precisam ser ensinadas (PALMER; DURHAM, 2021).

É necessário considerar que o indivíduo possui um papel fundamental na autogestão da dor, por isso, ele precisa ser instruído quanto ao autocontrole dos pensamentos catastróficos e dos fatores psicológicos que potencializam

a experiência dolorosa (DARNALL; COLLOCA, 2018). A educação sobre a neurofisiologia da dor, DTM e técnicas de relaxamento, sejam em grupo ou individual (GOKHALE et al., 2020), mostram-se essenciais no manejo conservador das DTMs, pois podem contribuir para aumentar a adesão ao tratamento, bem como a satisfação dos pacientes (XU et al., 2021a).

Intervenções de autocuidado geram resultados benéficos, diminuindo a incidência de DOF, melhorando a qualidade de vida das pessoas (FIGUEIRÓ et al., 2021). Mudanças de comportamento e controle dos hábitos parafuncionais podem ser pontos-chaves para o sucesso do tratamento (CANALES et al., 2017). Desse modo, a inclusão de medidas educativas e de autogerenciamento precisam ser priorizadas na assistência prestada ao indivíduo com DTM, especialmente, durante o cuidado prestado na APS (AGGARWAL et al., 2019).

USO DE DISPOSITIVOS INTRAORAIS

Existiram controvérsias sobre a relação entre má oclusão e DTM, o que tornava desafiador o tratamento ortodôntico dos pacientes. Acreditava-se que problemas oclusais resultariam em disfunções na ATM e dor. Por isso, a reabilitação oral poderia reduzir complicações (YU et al., 2022). No entanto, compreende-se que “não há evidências entre a má oclusão e DTM, ou que o ajuste oclusal possa melhorá-la ou evitá-la.” Por este motivo, os profissionais de saúde precisam ser desencorajados a permanecer executando condutas baseadas em conceitos ultrapassados (ARAÚJO et al., 2019).

A inter-relação entre oclusão e DTM é considerada uma

teoria ultrapassada, e o tratamento irreversível por meio do ajuste oclusal não é mais indicado (LI; LEUNG, 2021). Apesar disso, uma intervenção intraoral, frequentemente, adotada para DTM é a placa oclusal, dispositivo desenvolvido para cobrir as superfícies oclusivas dos dentes, amenizando tensões na ATM. Embora existam inconsistências sobre seus possíveis benefícios, acredita-se que seu uso não deva gerar alterações irreversíveis no posicionamento mandibular ou nos dentes (GREENE; MANFREDINI, 2021).

Uma metanálise (publicada em 2021) sugeriu que esses dispositivos, especialmente, os de estabilização, poderiam ter alguma eficácia terapêutica, mostrando-se como uma alternativa dentre as intervenções iniciais empregadas nas DTMs (ALKHUTARI et al., 2021). Apesar de existirem diversos modelos, os mais usados são os de estabilização e os de reposicionamento anterior. Contudo, o mecanismo de ação, as indicações, os efeitos adversos e materiais mais adequados para cada tipo, ainda não foram totalmente esclarecidos (ZHANG et al., 2021b).

FISIOTERAPIA

A Fisioterapia está entre as terapêuticas conservadoras mais empregadas no tratamento das DTMs. Por meio da terapia manual, os fisioterapeutas utilizam técnicas de relaxamento muscular, acionando mecanismos neurofisiológicos que contribuem para redução das restrições miofasciais e das tensões dos músculos da mastigação, minimizando a sensação dolorosa (URBAŃSKI; TRYBULEC; PIHUT, 2021) e melhorando da abertura da boca. Quando a terapia manual é associada aos exercícios terapêuticos, esses benefícios

podem ser alcançados em médio e longo prazo (HERRERA-VALENCIA et al., 2020).

As modalidades de tratamento usadas na fisioterapia (ultrassom, laser, eletroanalgesia, acupuntura, exercícios terapêuticos e manipulações) (ARMIJO-OLIVO et al., 2016) têm se mostrado eficazes na reabilitação funcional oral (KULESA-MROWIECKA; PIECH; GAŹDZIK, 2021). Fisiologicamente, essas intervenções melhoram a elasticidade das fibras musculares, estimulam a produção de líquido sinovial e a propriocepção. O tratamento fisioterápico também aborda a reeducação postural e inclui orientações quanto à prática de exercícios terapêuticos (PRIEBE; ANTUNES; CORRÊA, 2015).

RECURSOS ELETROFÍSICOS

A *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)* é uma modalidade de tratamento não invasivo para dor aguda e crônica. Sua utilização modula (inibe) a transmissão de impulsos dolorosos na medula espinhal, resultando na liberação de opióides endógenos (analgésicos) e melhora das funções do sistema mastigatório em pacientes com dor muscular relacionada à DTM (ABE et al., 2020). Logo, a *TENS* tem se mostrado uma alternativa eficaz para o manejo em curto prazo da dor miofascial mastigatória em indivíduos com DTM (FERREIRA et al., 2017).

Outro recurso promissor, o *laser* de baixa potência (ou fotobiomodulação), tem mostrado bons resultados no tratamento da DTM. Isso se deve aos seus efeitos analgésicos, anti-inflamatórios, estimulantes das funções celulares (biomoduladores) (SHOUSHI; ALAYAT; MOUSTAFA, 2021) e promotores da regeneração tecidual. A laserterapia pode ser

uma opção terapêutica auxiliar no manejo da DTM, promovendo conforto, bem-estar e melhora na qualidade de vida dos pacientes (SOBRAL et al., 2021). Entretanto, evidências mais concretas são necessárias para esclarecer a real ação terapêutica desse recurso (AISAITI et al., 2021).

Já o ultrassom terapêutico, também empregado no tratamento das DTMs, consiste em um equipamento que pode ser usado nos modos contínuo (térmico) ou pulsado (não térmico), programados com uma série de parâmetros pré-estabelecidos. Ao que parece, a modalidade contínua eleva a temperatura tecidual, aumenta a permeabilidade capilar, estimula o metabolismo, melhora a extensibilidade do tecido fibroso e promove o alívio da dor. Enquanto a modalidade pulsada, modula a permeabilidade da membrana celular, potencializando a síntese de proteína e a resposta imune local (DANTAS; OSANI; BANNURU, 2021).

Com isso, o ultrassom consegue produzir um efeito analgésico e anti-inflamatório, induzir a cicatrização e amenizar os espasmos musculares (relaxamento muscular), além de reduzir a rigidez articular e a fibrose tecidual (RAI et al., 2012). Incluí-lo no manejo da DTM pode melhorar os sintomas (UCAR et al., 2014). Contudo, usar essa terapia de forma isolada não é suficiente, sendo recomendável associá-la com outras opções de tratamento (KARUMURI et al., 2016).

ACUPUNTURA

A acupuntura é uma terapia antiga em que pontos específicos da pele são estimulados por meio da inserção de agulhas (WANG et al., 2020). Segundo a Medicina Tradicional Chinesa, no corpo humano existem canais (ou meridianos) em que circula uma energia vital. A desorganização desse fluido energético estaria relacionada com o surgimento de doenças, e a acupuntura seria capaz de promover uma reorganização (PORPORATTI et al., 2015). Durante o procedimento, respostas sensitivas podem ser percebidas (calor, formigamento, dormência, latejamento). Acredita-se que elas sejam fundamentais para que seja alcançada a melhora terapêutica (GRILLO et al., 2018).

Essa modalidade de tratamento, uma terapia complementar, vem sendo usada para reduzir a dor e melhorar a função oral dos pacientes com DTM (ZOTELLI et al., 2018). Além do método tradicional (o mais estudado na DOF), existe a eletroacupuntura, que acrescenta estímulos elétricos nas agulhas com objetivo de induzir o organismo a produzir opióides (analgésicos) endógenos. Os mecanismos pelos quais essa técnica gera benefícios terapêuticos nos distúrbios da ATM, ainda não foram esclarecidos (SERRITELLA et al., 2021).

Em suma, a acupuntura tradicional tem contribuído para melhora na qualidade de saúde geral (COSTA; BAVARESCO; GROSSMANN, 2017) e no controle da dor em pessoas com DTM (principalmente na dor miofascial) (WU et al., 2017) (BOSCAINE et al., 2019), além de possuir baixa incidência de efeitos adversos, podendo ser usada de forma contínua (GARBELOTTI et al., 2016). Portanto, pode ser considerada como uma alternativa complementar no manejo das DTMs (ŞEN et al., 2020).

AGULHAMENTO SECO

O agulhamento seco (*dry needling*) vem sendo empregado na prática clínica de vários profissionais de saúde que atuam no tratamento da DTM (PESSOA et al., 2018). É uma terapia que faz uso da aplicação de agulhas em pontos dolorosos miofasciais (pontos-gatilhos). Esse método se fundamenta nos conceitos da Medicina Baseada em Evidências, não devendo ser confundido com acupuntura (DALEWSKI et al., 2019). Os pontos-gatilhos são bandas musculares que, quando ativadas, resultam em tensão muscular e dor profunda (local ou referida), com alta probabilidade de torna-se crônica, limitando a abertura da boca e contribuindo para fraqueza muscular (LOPEZ-MARTOS, et al., 2018).

Essa intervenção tem sido sugerida como uma terapia promissora para amenizar a dor e a hiperatividade dos músculos da mastigação (BOTTICCHIO et al., 2021), podendo atuar como um coadjuvante efetivo no tratamento da síndrome miofascial (NOWAK et al., 2021). Em pessoas com disfunção dos músculos mastigatórios, o agulhamento seco se mostrou eficaz na redução da dor e na melhora dos movimentos da boca (abertura máxima, lateralidade e protrusão) (GONZALEZ-PEREZ et al., 2015), assim como redução das incapacidades relacionadas à DTM (BLASCO-BONORA; MARTÍN-PINTADO-ZUGASTI, 2017).

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS MINIMAMENTE INVASIVOS

Em torno de 85 a 90% dos pacientes respondem bem ao tratamento conservador. Esse tipo de manejo precisa ser continuado por, pelo menos, três a seis meses, antes que sejam consideradas modalidades invasivas, a exemplo da Artroscopia e Artrocentese, intervenções que são empregadas como estratégia de tratamento para os casos de DTM refratária (VERVAEKE et al., 2022). Os principais objetivos são restaurar a função da ATM e reduzir a dor (CHOI et al., 2020).

Na artrocentese, duas agulhas hipodérmicas são inseridas no espaço articular superior da ATM, com intuito de injetar solução salina, promover a lise (quebra) de aderências e adesões, bem como favorecer a remoção de citocinas inflamatórias (ABBOUD et al., 2016). Essa técnica mostrou-se benéfica em alguns indivíduos com desarranjos internos da ATM que falharam na terapia conservadora, considerando que eles apresentaram melhora na amplitude de abertura da boca e redução da dor (SILVA; LOPES; FREIRE, 2015).

Já o procedimento de artroscopia, além de ser usado para injetar substâncias que estimulam a regeneração tecidual e a lubrificação da ATM, utiliza o auxílio visual que permite o diagnóstico em tempo real dos achados macroscópicos e facilita a biópsia dos tecidos (LOPEZ, 2021). É uma abordagem empregada em menos de 10% dos casos, indicada para aqueles em que a dor não consegue ser amenizada com outras terapias, sendo um fator limitante para as atividades de vida diária, e/ou quando a função oral encontra-se prejudicada (FERNANDEZ-FERRO et al., 2021).

Preferencialmente, as intervenções cirúrgicas da ATM devem ser minimamente invasivas. Com isso, a recuperação será mais rápida, haverá redução das morbidades cirúrgicas e menor ocorrência de complicações como, por exemplo, lesão do nervo facial, hemorragias, perfuração do meato acústico externo ou da cavidade articular (KRAUSE et al., 2021).

PROCEDIMENTOS DISPONIBILIZADOS NO SUS

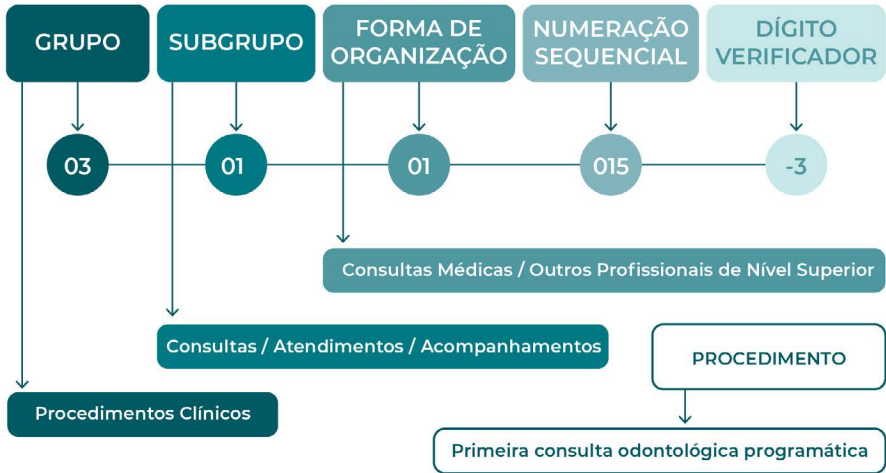
Com objetivo de melhorar a gestão dos custos dos procedimentos realizados no SUS, assim como qualificar as informações e subsidiar as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde; em 2007, foi instituída a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (ou Tabela de Procedimentos do SUS); através da Portaria n.º 321, de 8 de fevereiro de 2007. Esse instrumento reúne uma série de códigos, representados por dez dígitos numéricos, estruturados por níveis: grupos, subgrupos, forma de organização e procedimento (Figuras 19 e 20) (BRASIL, 2007a).

Figura 19 - Organização da Tabela de Procedimentos do SUS



Fonte: Elaboração própria (2023).

Figura 20 - Estrutura de codificação da Tabela de Procedimentos do SUS



Fonte: Elaboração própria (2023).

A Tabela de Procedimentos do SUS entrou em vigor a partir de janeiro de 2008 (BRASIL, 2007b). Segundo a Portaria n.º 2.848, de 06 de novembro de 2007, caberia ao DATASUS adotar medidas técnicas e operacionais necessárias para sua implantação, bem como a atualização/gestão do SIGTAP/SUS (BRASIL, 2007c). Portanto, o SIGTAP agrega informações relacionadas a todas as ações de saúde que são executadas no âmbito do SUS, utilizadas e atualizadas, periodicamente, pelas áreas técnicas do MS (BRASIL, 2016).

Por meio dos dados contidos no SIGTAP/SUS, é possível identificar as particularidades de cada procedimento como, por exemplo: tipo de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade), instrumento de registro, valores, CID-10, profissões, serviço/classificação, habilitações e complexidade (BRASIL, 2013b).

Informações disponibilizadas pelo coordenador Estadual de Saúde Bucal da PB, Marcílio Ferreira de Araújo, esclareceram que a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) que está em vigor, data de 2010, estando, atualmente sendo revisada por uma equipe técnica da SES-PB, entre os quais, o coordenador faz parte. O mesmo frisou que já foram realizados levantamentos de todos os procedimentos odontológicos e seus respectivos valores. Segundo ele, a ideia é que seja possível reprogramar os serviços, identificando as capacidades instaladas (municípios sem CEOs e LRPD, terão prioridade).

O coordenador ainda destacou que não haverá aumento de Teto, portanto, será otimizado o montante dos recursos para pactuar os serviços, por Regiões de Saúde. Quanto aos procedimentos de tratamento direcionados à PcD/PNE, tratar-se-á de recurso novo, então, de acordo com a operacionalização dos serviços nos hospitais, será necessário solicitar ao MS a fixação dos valores.

Salienta-se que a PPI é um instrumento de planejamento instituído no âmbito do SUS, que visa estruturar as ações de saúde por território e orientar a distribuição dos recursos financeiros, conforme os critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Essa programação é realizada, prioritariamente, por áreas de atuação, iniciando pelas ações básicas de saúde até chegar naquelas de maior complexidade. Deverá ocorrer a cada gestão e ser revisada, periodicamente, ou sempre que necessário como, por exemplo, nas alterações de fluxo no atendimento ao usuário, na oferta de serviços, na tabela de procedimentos, no teto financeiro, dentre outras (BRASIL, 2006).

De modo geral, com relação aos valores, a Tabela de Procedimento do SUS apresenta apenas uma referência mínima. Quando houver necessidade, os gestores locais poderão complementar o valor atribuído aos procedimentos (RACHED; MATHIAS, 2018). Alguns códigos de procedimentos disponibilizados pelo SUS, que podem ser úteis no manejo dos pacientes com DTM e DOF, estão listados a seguir (Tabelas 13, 14, 15 e 16):

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

Tabela 13 - Lista de códigos, valores e procedimentos clínicos e cirúrgicos

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR	COMPLEXIDADE
Adaptação de prótese dentária	03.07.04.014-3	R\$ 0,00	Atenção Básica
Ajuste oclusal	03.07.04.015-1	R\$ 0,00	Atenção Básica
Artrocentese de pequenas articulações	03.03.09.002-2	R\$ 0,00	Média
Artroplastia da ATM (redicivante ou não)	04.04.02.056-9	R\$ 363,33	Média
Assistência domiciliar por equipe multiprofissional	03.01.05.002-3	R\$ 0,00	Atenção Básica
Atendimento de urgência em Atenção Básica	03.01.06.003-7	R\$ 0,00	Atenção Básica
Atendimento em grupo na atenção primária	03.01.04.008-7	R\$ 0,00	Atenção Básica
Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções musculoesqueléticas	03.02.05.001-9	R\$ 6,35	Média

Continua...

Tabela 13 - Lista de códigos, valores e procedimentos clínicos e cirúrgicos (Continuação)

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR	COMPLEXIDADE
Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras	03.02.05.002-7	R\$ 4,67	Média
Busca ativa	03.01.05.013-9	R\$ 0,00	Atenção Básica
Cimentação de prótese dentária	03.07.04.013-5	R\$ 0,00	Atenção Básica
Colocação de placa de mordida	03.07.04.001-1	R\$ 1,59	Não se Aplica
Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	Média
Consulta de profissionais de nível superior na atenção primária (exceto médico)	03.01.01.003-0	R\$ 0,00	Atenção Básica
Consulta/atendimento domiciliar	03.01.01.013-7	R\$ 0,00	Atenção Básica
Fototerapia (por sessão)	03.03.08.010-8	R\$ 4,00	Média
Instalação de prótese dentária	03.07.04.016-0	R\$ 0,00	Atenção Básica
Moldagem dento-gengival com finalidade ortodôntica	03.07.04.017-8	R\$ 0,00	Atenção Básica
Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentaria	03.07.04.007-0	R\$ 0,00	Atenção Básica
Práticas corporais em centro de atenção psicossocial	03.01.08.027-5	R\$ 0,00	Média
Primeira consulta odontológica programática	03.01.01.015-3	R\$ 0,00	Atenção Básica
Reembasamento e conserto de prótese dentária	03.07.04.008-9	R\$ 1,16	Média
Retirada de pontos de cirurgias (por paciente)	03.01.10.015-2	R\$ 0,00	Atenção Básica

Continua...

Tabela 13 - Lista de códigos, valores e procedimentos clínicos e cirúrgicos (Continuação)

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR	COMPLEXIDADE
Sessão de acupuntura, aplicação de ventosas / moxa	03.09.05.001-4	R\$ 3,67	Média
Sessão de acupuntura com inserção de agulhas	03.09.05.002-2	R\$ 4,13	Média
Sessão de auriculoterapia	03.09.05.004-9	R\$ 0,00	Atenção Básica
Sessão de eletroestimulação	03.09.05.003-0	R\$ 0,77	Média
Sessão de massoterapia	03.09.05.005-7	R\$ 0,00	Atenção Básica
Teleconsulta na atenção primária	03.01.01.025-0	R\$ 0,00	Atenção Básica
Terapia fonoaudiológica individual	03.01.07.011-3	R\$ 10,90	Média
Tratamento cirúrgico de anquilose da ATM	04.04.02.064-0	R\$ 522,33	Alta
Tratamento de nevralgias faciais	03.07.01.005-8	R\$ 10,82	Média
Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais	04.14.02.041-3	R\$ 328,34	Média
Visita domiciliar por profissional de nível superior	03.01.05.014-7	R\$ 0,00	Atenção Básica

Fonte: Elaboração própria (2023). Com base nos dados disponibilizados pelo SIGTAP/SUS (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301010048/01/2022>).

PROCEDIMENTOS COM FINALIDADES DIAGNÓSTICAS

Tabela 14 - Lista de códigos, valores e procedimentos com finalidades diagnósticas

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR	COMPLEXIDADE
Eletrodiagnóstico cinético funcional	02.11.03.008-2	R\$ 1,26	Média
Eletroneuromiograma (ENMG)	02.11.05.008-3	R\$ 27,00	Média
Radiografia da ATM bilateral	02.04.01.005-5	R\$ 8,38	Média
Radiografia interproximal (Bite Wing)	02.04.01.021-7	R\$ 0,00	Atenção Básica
Radiografia oclusal	02.04.01.016-0	R\$ 3,51	Média
Radiografia panorâmica	02.04.01.017-9	R\$ 9,03	Média
Radiografia periapical	02.04.01.022-5	R\$ 0,00	Atenção Básica
Ressonância magnética da ATM (bilateral)	02.07.01.002-1	R\$ 268,75	Alta
Tomografia computadorizada da face / seios da face / ATM	02.06.01.004-4	R\$ 86,75	Alta
Ultrassonografia de articulação	02.05.02.006-2	R\$ 24,20	Média

Fonte: Elaboração própria (2023). Com base em dados disponibilizados pelo SIGTAP/SUS (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301010048/01/2022>).

PROCEDIMENTOS SEGUNDO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE

Tabela 15 - Lista de códigos, valores e procedimentos segundo as ações de promoção e prevenção em saúde

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR	COMPLEXIDADE
Oficina de massagem / automassagem	01.01.05.005-4	R\$ 0,00	Atenção Básica
Orientação de higiene bucal	01.01.02.010-4	R\$ 0,00	Atenção Básica
Orientação de higienização de próteses dentárias	01.01.02.012-0	R\$ 0,00	Atenção Básica
Práticas corporais em medicina tradicional chinesa	01.01.05.001-1	R\$ 0,00	Atenção Básica
Sessão de arteterapia	01.01.05.006-2	R\$ 0,00	Atenção Básica
Sessão de meditação	01.01.05.007-0	R\$ 0,00	Atenção Básica
Sessão de musicoterapia	01.01.05.008-9	R\$ 0,00	Atenção Básica
Terapia comunitária	01.01.05.002-0	R\$ 0,00	Atenção Básica
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	01.01.03.002-9	R\$ 0,00	Atenção Básica
Oficina de massagem / automassagem	01.01.05.004-6	R\$ 0,00	Atenção Básica

Fonte: Elaboração própria (2023). Com base em dados disponibilizados pelo SIGTAP/SUS (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301010048/01/2022>).

PROCEDIMENTOS DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA

Tabela 16 - Lista de códigos, valores e procedimentos de órteses, próteses e materiais especiais em odontologia

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR	COMPLEXIDADE
Aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema	07.01.07.001-3	R\$ 10,00	Não se aplica
Aparelho ortopédico e ortodôntico removível	07.01.07.002-1	R\$ 60,00	Não se aplica
Mantenedor de espaço	07.01.07.006-4	R\$ 10,00	Não se aplica
Placa oclusal	07.01.07.007-2	R\$ 23,54	Não se Aplica
Plano inclinado	07.01.07.008-0	R\$ 5,00	Não se aplica
Prótese parcial mandibular removível	07.01.07.009-9	R\$ 150,00	Não se aplica
Prótese parcial maxilar removível	07.01.07.010-2	R\$ 150,00	Não se aplica
Prótese temporária	07.01.07.011-0	R\$ 24,15	Não se aplica
Prótese total mandibular	07.01.07.012-9	R\$ 150,00	Não se aplica
Prótese total maxilar	07.01.07.013-7	R\$ 150,00	Não se aplica

Fonte: Elaboração própria (2023). Com base em dados disponibilizados pelo SIGTAP/SUS (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301010048/01/2022>).

Além dos procedimentos supracitados, em outubro de 2022, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), por meio da Resolução de n.º 248 publicada no Diário Oficial da União, divulgou uma lista de materiais odontológicos de uso profissional restrito, com a finalidade de prevenir danos à saúde, nos termos do que disciplina a Lei Distrital n.º 6.757, de 14 de dezembro de 2020 (BRASIL, 2022e). Ao todo, foram listados 118 materiais, conforme apresentado a seguir (Tabela 17).

Tabela 17 - Lista de materiais odontológicos de uso profissional restrito

MATERIAIS ODONTOLÓGICOS DE USO PROFISSIONAL RESTRITO

Agente de adesão de próteses dentais

Aparelho a laser para diagnóstico odontológico

Aparelho a laser para tratamento odontológico

Aparelhos alinhadores ortodônticos para movimentação de dentes

Arco de fio ortodôntico

Arco facial ortodôntico

Articulador para próteses dentária

Artigos odontológicos abrasivos

Auxiliares elastoméricos para uso em ortodontia

Barreira gengival

Braço de força ortodôntico

Bráquetes, bandas e tubos para uso ortodôntico

Cadeira odontológica

Cartucho de seringa para anestesia dentária

Ceras de fundição e placas de base odontológicas

Clareadores dentais de uso profissional odontológico

Componente de equipamento pneumático odontológico

Componente de obturador para sistema de obturação endodôntica por termoadesão

Componente de sistema cirúrgico odontológico ultrassônico

Continua...

Tabela 17 - Lista de materiais odontológicos de uso profissional restrito (Continuação)

MATERIAIS ODONTOLÓGICOS DE USO PROFISSIONAL RESTRITO

Componente de sistema de destartarização pneumático

Componente de sistema de destartarização ultrassônico

Componente de sistema de obturação endodôntica

Componentes de implante odontológico

Componentes de sistema de sucção odontológico

Componentes para prótese dentaria

Condicionador de superfície de raiz dental

Corantes para próteses dentais

Curativo periodontal

Dentes artificiais para próteses dentárias

Detector de cáries dentárias por fluorescência

Dispositivo de crioanestesia para uso odontológico

Dispositivo ortodôntico extra-oral

Dispositivo ortodôntico para aplicação de forças no mento

Distrator odontológico

Equipamento para clareamento dental de uso profissional

Equipamento para clareamento dental e fotopolimerização de resinas

Equipamento para profilaxia odontológica bicarbonato de sódio/ultrassom

Equipo odontológico

Expansor ortodôntico

Fio afastador odontológico

Fios para uso em ortodontia

Foco cirúrgico odontológico

Fotopolimerizador odontológico

Gancho ortodôntico

Gerador de sistema de produção de ozônio para uso odontológico

Guia de feixe do sistema de laser cirúrgico odontológico

Continua...

Tabela 17 - Lista de materiais odontológicos de uso profissional restrito
(Continuação)

MATERIAIS ODONTOLÓGICOS DE USO PROFISSIONAL RESTRITO
Implante transgengival
Implante transmandibular
Implantes de matriz óssea para uso odontológico (enxerto ósseo)
Implantes dentários
Localizador de ápice - equipamento odontológico
Malha cirúrgica odontológica
Mantenedor de espaço ortodôntico
Marcador fiducial de navegação/ registro de cirurgia guiada odontológica
Materiais cerâmicos para confecção de próteses odontológicas
Materiais combinados para confecção de próteses odontológicas
Materiais de moldagem odontológicos
Materiais de reembasamento de próteses odontológicas
Materiais metálicos para confecção de próteses odontológicas
Materiais obturadores endodônticos
Materiais para regeneração de tecido de uso exclusivo em odontologia
Materiais para selamento de canal radicular
Materiais para verificação da oclusão dental
Materiais poliméricos para confecção de próteses, aparelhos ortodônticos, goteiras e outros dispositivos odontológicos
Materiais restauradores e cimentos odontológicos
Material de acabamento e polimento odontológico
Material para desinfecção e obturação canal radicular
Material para fabricação de implante dentário sob medida
Material reconstrutor de tecido periodontal

Continua...

Tabela 17 - Lista de materiais odontológicos de uso profissional restrito
(Continuação)

MATERIAIS ODONTOLÓGICOS DE USO PROFISSIONAL RESTRITO

Material termoplástico para fabricação de dispositivos odontológicos

Micro motor odontológico

Mola ortodôntica

Moldeira para odontologia

Motor cirúrgico odontológico

Peça de mão para sistema de jato de ar com abrasivo para uso odontológico

Peça de mão para sistema de produção de ozônio para uso odontológico

Película radiográfica para uso odontológico

Pigmento para detecção de cárie

Pino de referência para cirurgia dental guiada

Pinos intraradiculares odontológicos

Placas para confecção de moldeiras odontológicas e protetores bucais

Pontas absorventes odontológicas

Proteção de disco abrasivo para odontologia

Retratores gengivais e hemostáticos odontológicos

Secador odontológico

Selantes para fôssulas/fissuras dentais

Sistema cirúrgico odontológico ultrassônico

Sistema de cirurgia estereotáxica para odontologia

Sistema de destartarização pneumático

Sistema de destartarização ultrassônico

Sistema de escaneamento óptico intraoral

Sistema de imagem digital, radiografia computadorizada, para uso odontológico

Sistema de laser a dióxido de carbono para uso odontológico

Continua...

Tabela 17 - Lista de materiais odontológicos de uso profissional restrito
(Continuação)

MATERIAIS ODONTOLÓGICOS DE USO PROFISSIONAL RESTRITO

Sistema de laser nd: yag para uso odontológico

Sistema de obturação endodôntica

Sistema de produção de ozônio para uso odontológico

Sistema de raios X odontológico

Sistema de sucção odontológico

Sistema odontológico de abrasão a ar

Sistema óptico tipo cad/cam (topografia) para uso odontológico

Sistema para solda odontológica intraoral

Software de aplicação para tratamento odontológico

Software interpretativo de imagem radiográfica odontológica

Solução de destarização

Solução de limpeza dentária de uso profissional

Solução para a remoção de cáries dentárias

Spray criogênico odontológico

Subst.P/tratamento hipersensibilidade dentinária de uso profissional odontológico

Testador de polpa dentária

Unidade de controle para sistema de desinfecção fotoativada odontológica

Unidade de controle para sistema de jato de ar com abrasivo para uso odontológico

Unidade de injeção de anestesia assistida por computador para uso odontológico

Fonte: Elaboração própria (2023).

13

EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Devido à complexidade das DTMs e à sua correlação com outras doenças sistêmicas (JEDYNAK et al., 2021), bem como, o impacto negativo sobre a qualidade de vida e o estado de saúde das pessoas acometidas, destaca-se a necessidade de que o manejo da disfunção seja realizado por uma equipe composta por diversos profissionais como, por exemplo: cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e neurologistas. Essa conformação irá propiciar um cuidado integral, evitando sua fragmentação (URBANI; COZENDEY-SILVA; JESUS, 2019).

No entanto, a adoção de práticas interdisciplinares é um desafio a ser enfrentado. Essa forma de atuação necessita de habilidades e competências referentes à comunicação, tomada de decisão clínica, acolhimento, escuta, formação de vínculos, liderança, respeito às diferenças e abertura para novos aprendizados (Figura 21) (MAFI et al., 2017). Nenhum profissional consegue desenvolver sozinho um cuidado integral em saúde, pois ele não detém de todos os saberes necessários para suprir as demandas dos usuários (GALVÊAS et al., 2016).

Figura 21 - Habilidades e competências necessárias às equipes interdisciplinares



Fonte: Elaboração própria (2023).

CIRURGIÕES-DENTISTAS

Pessoas que sofrem de DOF de origem não odontogênica são um verdadeiro desafio para prática clínica odontológica (ZIEGELER; WASILJEFF; MAY, 2019). Por isso, a assistência prestada a esses indivíduos exige a adoção de condutas que sejam baseadas em evidências científicas (KAKUDATE et al., 2017). Para aqueles com sintomas relacionados à DTM, é preciso que o cirurgião-dentista considere a importância da realização de uma abordagem psicossocial e da prevenção de intervenções desnecessárias (RAUCH et al., 2021).

No contexto da APS, os cirurgiões-dentistas realizam o acolhimento, a escuta e o diálogo com o usuário, de modo que seja possível estabelecer um plano de cuidado terapêutico compartilhado (GRAFF; TOASSI, 2018). Esse ambiente é primordial para que sejam implantadas ações de promoção

da saúde, respeitando as diferenças sociais e culturais (BROCKVELD; VENANCIO, 2020). A atuação desse profissional envolve uma assistência que inclui desde o atendimento clínico até as ações educativas, além do apoio ao trabalho interdisciplinar (MATOS et al., 2020).

O cirurgião-dentista costuma ser, na maioria das vezes, o profissional de primeiro contato, sendo imprescindível que saiba identificar e manejar as DTMs (MOZHDEH et al., 2020). Ele é o responsável por realizar a avaliação inicial, investigar as possíveis causas relacionadas à disfunção, empregar medidas terapêuticas conservadoras e, quando necessário, encaminhar os usuários para outras especialidades (VILELA; VASCONCELOS; CASTRO, 2020).

A atuação desse profissional nas DTMs começa pela busca do correto diagnóstico, assim como na investigação dos fatores desencadeantes, perpetuantes e agravantes. Após isso, será possível determinar a conduta clínica mais adequada (ABBREU et al., 2021).

É importante ressaltar que, a associação das intervenções odontológicas com outras terapêuticas (a exemplo dos medicamentos, laserterapia, viscosuplementação, acupuntura e terapia manual) consegue potencializar os benefícios resultantes do tratamento. Na assistência inicial à pessoa com DTM e DOF, o cirurgião-dentista possui um papel fundamental para garantir bons resultados no tratamento e prevenir a cronificação dessas disfunções (SILVA et al., 2021a).

Os cirurgiões-dentistas precisam estar atentos aos sinais sugestivos de DTM, estando cientes do seu papel fundamental na triagem e tratamento. Quando as terapêuticas convencionais falharem, é obrigação do profissional o adequado

encaminhamento do usuário para outras especialidades, a exemplo do especialista em DOF, neurologista, psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta, dentre outros (ALKHUDHAIRY et al., 2018).

Contudo, apesar da DTM ser uma condição que possui grande relevância social para as ações de saúde, a desinformação sobre a complexidade da disfunção por parte de muitos profissionais acaba resultando em iatrogenias e erros na condução do indivíduo (RAHMEIER et al., 2021).

Estima-se que o nível de informação dos cirurgiões-dentistas sobre as DTMs ainda seja insuficiente e a educação continuada desses profissionais poderia contribuir, consideravelmente, para um adequado diagnóstico, tratamento e encaminhamento (OSIEWICZ et al., 2020). A falta de esclarecimentos pode levar à má gestão clínica dos indivíduos (AL-HURAIISHI et al., 2020). Logo, o sucesso do tratamento é prejudicado por déficits no conhecimento do profissional, o que pode resultar em piora clínica (CANDIRLI et al., 2016).

Todo processo de ensino e aprendizagem é mutável, e a educação continuada surge como uma importante ferramenta facilitadora. Por meio dela, o profissional é capaz de adotar uma postura reflexiva e crítica, adquirir novos saberes e desenvolver potencialidades, em busca de qualidade, integralidade e eficiência nas suas responsabilidades coletivas e individuais (COSWOSK et al., 2018). É um meio de preencher as lacunas existentes entre a tradicional formação e as reais demandas encontradas nos serviços de saúde (CARDOSO; PALUDETO; FERREIRA, 2018).

Portanto, para que seja possível empregar uma prática odontológica baseada em evidências, é preciso que os

profissionais sejam corretamente instruídos. Assim, será possível reduzir a ocorrência de erros, assegurando maior assertividade na tomada de decisão, quanto ao tratamento adotado (ARAÚJO et al., 2019).

FISIOTERAPEUTAS

A intervenção do fisioterapeuta tem sido apontada como uma medida eficaz para o tratamento conservador da DTM, isso se deve ao fato da ATM fazer parte do sistema musculoesquelético, região na qual os fisioterapeutas podem tratar com terapêuticas, frequentemente, empregadas nas demais articulações do corpo (GADOTTI et al., 2018). Esses profissionais são especialistas no manejo das afecções musculoesqueléticas, estando aptos a intervir de modo a promover o movimento, reduzir a dor, restaurar a função e prevenir incapacidades (MEER et al., 2020).

No tratamento de pessoas com DTM, os fisioterapeutas utilizam diversas técnicas da terapia manual, exercícios terapêuticos e estratégias educativas (MEER et al., 2020), condutas que têm se mostrado efetivas na melhora da qualidade de vida das pessoas (VIANA et al., 2016). A intervenção fisioterapêutica conta com a participação mais ativa do paciente, o que pode contribuir para o sucesso do tratamento (GROOTEL et al., 2017). Em vista disso, a atuação do fisioterapeuta pode ser valiosa, especialmente nos distúrbios musculares e nas cefaleias relacionadas à DTM (LI; LEUNG, 2021; RELA et al., 2021).

No âmbito da APS, a fisioterapia pode, junto à outras profissões, trabalhar de modo a garantir a integralidade do cuidado, visando à funcionalidade humana (BIM et al.,

2021), atendendo populações específicas, realizando visitas domiciliares e executando práticas integrativas, assim como, ações educativas e promotoras da saúde (BRAGHINI; FERRETTI; FERRAZ, 2016). Contudo, o fisioterapeuta, além da reabilitação, deve preconizar o desenvolvimento de atividades coletivas e preventivas, a fim de promover uma assistência integral ao usuário (BRASIL, 2014c).

No âmbito SUS, desde o dia 28 de outubro de 2021, foi sancionada a Lei. de n.º 14.231, que passou a incluir os fisioterapeutas na ESF. Mesmo assim, caberá ao gestor de cada esfera de governo definir a necessidade de inserção e como será a participação destes profissionais, segundo as demandas de saúde da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2021b).

A literatura tem demonstrado que a atuação do fisioterapeuta na APS contribui para diminuição dos danos e agravos à saúde e auxilia na redução de encaminhamentos desnecessários para atenção secundária (MORETTI; FEDOSSE, 2016). Apesar disso, esses profissionais enfrentam alguns desafios na prestação de uma assistência integral aos usuários, dentre eles: falta de infraestrutura adequada, dificuldades para atuar em equipe, lacunas quanto à formação acadêmica e carga horária insuficiente para atender a demanda de usuários referenciados (SILVA et al., 2021b).

Mesmo com as dificuldades vivenciadas, a atuação do fisioterapeuta na APS favorece a integralidade do cuidado e o reconhecimento do papel da profissão na atenção básica (SOUZA; SANTOS, 2017). Ambiente no qual esse profissional, como parte integrante da equipe interdisciplinar, deverá ser capaz de reconhecer as necessidades dos usuários,

solucionar problemas e desenvolver ações que capacitem os indivíduos para serem os principais gestores de sua saúde (FARIA; ARAÚJO; CARVALHO-PINTO, 2017).

PSICÓLOGOS

Na investigação, no tratamento e prevenção das DTMs, a psicologia tem sido fundamental, especialmente, no que se refere aos fatores comportamentais e emocionais (MOTTA et al., 2015). Por ser uma condição multifatorial, o manejo da DTM precisa seguir um modelo biopsicossocial e interdisciplinar. Nesta perspectiva, a atuação do psicólogo pode ser útil ao paciente quanto à redução dos níveis de estresse, ansiedade e depressão; bem como, no autogerenciamento da dor, controle dos hábitos parafuncionais e melhora na qualidade de vida (BODONI et al., 2018).

Intervenções psicológicas direcionadas a indivíduos adultos com dor crônica, a exemplo da terapia cognitivo-comportamental, têm contribuído para redução da dor, de incapacidades e do sofrimento emocional (WILLIAMS et al., 2020). Assim como a Terapia de Aceitação e Compromisso, a Terapia Analítico-Funcional, as técnicas relaxamento, e o treino de habilidades sociais também se mostraram efetivas na identificação dos padrões comportamentais de dor e alívio, e na aceitação da condição dolorosa (LOPES; FERRARI; JORGE, 2019).

Nessa população, os Programas Psicoeducativos implementados pelos psicólogos objetivam, principalmente: auxiliar os pacientes na compreensão da dor e sua relação com os pensamentos, emoções, comportamentos e o ambiente em que vivem; alterar crenças disfuncionais e expectativas

excessivas, potencializando a capacidade de enfrentamento; e desviar o foco da dor, direcionando-o para melhora das habilidades (físicas e cognitivas), de modo a diminuir a necessidade ou uso indevido de fármacos (LODUCA et al., 2018).

No tratamento biopsicossocial da dor crônica, os psicólogos são responsáveis por realizar avaliações amplas, favorecer uma comunicação eficiente entre a equipe interdisciplinar e acompanhar os resultados do tratamento (SCHATMAN; FORTINO, 2020). Há uma estreita correlação entre as DTMs e os distúrbios psicológicos, tanto na etiologia, quanto na perpetuação. Em vista disso, é importante que os cirurgiões-dentistas tenham o psicólogo como aliado fundamental na condução das pessoas com DTM e DOF (LIMA et al., 2020).

Antigamente, a atuação da psicologia era comum em ambientes clínicos, escolares e organizacionais. Porém aos poucos o psicólogo foi ganhando espaço na saúde pública (ALVES; BRUNING; KOHLER, 2019). Na APS, espera-se que as atividades do psicólogo atendam às necessidades particulares de cada território, devendo ser fundamentadas nos princípios do SUS, dentro do contexto da atenção básica (FERREIRA et al., 2021b).

Em articulação com a APS, esse profissional também presta serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse ambiente, o psicólogo costuma identificar e tratar transtornos psicossociais considerados graves e persistentes (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017). Os CAPS são unidades especializadas em saúde mental, com caráter de base comunitária, atendendo tanto os encaminhamentos, quanto às demandas espontâneas. Até 2021, o Brasil contava com 2.742 unidades distribuídas em 1.845 municípios, totalizando um

investimento anual de R\$ 1.234.308.138,00 (um bilhão, duzentos e trinta e quatro milhões, trezentos e oito mil e cento e trinta e oito reais) (BRASIL, 2021c).

FONOAUDIÓLOGOS

A inclusão da terapia fonoaudiológica miofuncional orofacial tem sido sugerida para melhorar a função do sistema estomatognático em pessoas com DTM (MELCHIOR et al., 2016). Esta intervenção pode ser associada ao uso da laserterapia (ALVES et al., 2021b) ou de bandagens terapêuticas (HERNANDES et al., 2017), de forma a potencializar os resultados positivos do tratamento. Apesar disto, as evidências científicas sobre a atuação do fonoaudiólogo nas DTMs ainda são escassas na literatura (BANKERSEN et al., 2021).

No tratamento das pessoas com DTM e DOF, os fonoaudiólogos costumam adotar intervenções conservadoras, a exemplo dos exercícios orofaciais, que visam reduzir a dor, restabelecer a musculatura orofacial, diminuir as sobrecargas (que atuam como fatores agravantes ou perpetuantes) e reabilitar a função oral (SASSI et al., 2018). Quanto aos benefícios da inclusão dos recursos auxiliares na intervenção desse profissional (a exemplo da laserterapia), a literatura chama atenção para necessidade de que sejam desenvolvidas novas investigações (BATISTA et al., 2019a).

No que diz respeito à saúde pública, o fonoaudiólogo pode prestar serviços à APS. Nesse nível de atenção, esse profissional exerce um trabalho interdisciplinar, contribuindo para a ampliação da assistência à saúde (SOLEMAN; MARTINS, 2015). O fonoaudiólogo pode contribuir para o reconhecimento de possíveis fatores de risco, executar ações

de promoção da saúde e prevenção de agravos, de modo a favorecer a manutenção da saúde e melhora na qualidade de vida dos usuários (MEDEIROS et al., 2021b).

A Fonoaudiologia é de suma importância por ser uma especialidade que estuda e trata o sistema estomatognático e suas funções. Em vista disso, a terapia fonoaudiológica pode complementar os tratamentos executados por outras áreas, especialmente, a odontológica. A colaboração entre essas disciplinas, assim como as demais, resulta no bem-estar e melhora na qualidade de vida dos indivíduos (BERRETTA et al., 2018). Vale ressaltar que, as DTM's também estão relacionadas com alterações vocais, o que torna evidente a necessidade da atuação dos fonoaudiólogos nesses distúrbios (KEITEL et al., 2019).

NEUROLOGISTAS

Ao longo dos anos, a especialização de neurologistas, em áreas voltadas ao tratamento da dor, tem aumentado (FERREIRA; SPECIALI, 2015). Ao mesmo tempo em que, as cefaleias passaram a se apresentar como um sério problema de saúde pública, nacional e mundial, devido aos prejuízos individuais e coletivos consequentes dessa condição, dentre eles: elevada incidência, potencial de cronificação, custos atrelados, comprometimento na qualidade de vida, subdiagnóstico e subtratamento (GALDINO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2007).

Nesse contexto, no que se refere à assistência de pessoas com DTM e DOF, os Médicos Neurologistas atuam, principalmente, nas cefaleias. Segundo Meer et al. (2020), as dores de cabeças são as queixas relatadas com maior frequência

nesses indivíduos (68-85%), quando comparados à população em geral (50%). Dentre elas, as mais prevalentes são: a cefaleia do tipo tensional, migrânea (enxaqueca) e cefaleia atribuída à DTM. Esta última, uma condição secundária, altamente prevalente naqueles acometidos pela DTM miogênica crônica (TCHIVILEVA, et al., 2021).

Em vista disso, pensando no cuidado integral dessas pessoas, esta Diretriz ressalta a grande relevância do neurologista no manejo terapêutico da DTM e DOF. Esse profissional possui as competências necessárias para estabelecer um diagnóstico mais preciso das cefaleias e, a partir dele, instituir um tratamento adequado, seja ele farmacológico ou não. Portanto, o controle das agudizações, bem como dos sinais e sintomas das cefaleias e DTMs, poderão ser significativamente melhorados quando a terapia empregada é direcionada para suprir uma demanda individual (usuário) ou coletiva (comunidade), mediante a atuação conjunta dos diferentes saberes estruturados (equipe de saúde).

14

LACUNAS, DESAFIOS E IMPLICAÇÕES PARA O SUS

Lacunas no conhecimento e falta de qualificação profissional podem contribuir para que muitas pessoas com DTM sejam erroneamente diagnosticadas e, conseqüentemente, submetidas a tratamentos e encaminhamentos inapropriados. Estas falhas, na maioria das vezes, geram frustração, insatisfação e prejuízos sobre a qualidade de vida, que já se encontra comprometida pela própria disfunção (LÓPEZ-FRÍAS et al., 2019).

Alguns conceitos desatualizados sobre o manejo da DTM parecem ainda prevalecer entre diversos profissionais de saúde, resultando em uma condução clínica inadequada e assistência não resolutiva. Mesmo sendo evidente a necessidade de que a intervenção terapêutica possua, majoritariamente, caráter multiprofissional e interdisciplinar, há uma carência de esclarecimentos, por exemplo, sobre quais modalidades de terapêuticas que podem ser instituídas pelas demais especialidades (LIBERATO et al., 2022).

Parte dessas lacunas são reflexos da falta de preparo de muitos profissionais de saúde durante a graduação, pois a maioria das instituições formadoras, principalmente, as de Odontologia, não ofertam as disciplinas de DTM e DOF em

sua grade curricular (FARIA et al., 2020). Por isso, é necessário reavaliar a importância de inclui-las, considerando que todo ensino precisa qualificar o profissional para suprir as demandas de saúde existentes na população (RAHMEIER et al., 2021).

Outra questão relevante se dá pelo fato (inquestionável) de que sejam realizados mais estudos sobre DTM e DOF, tendo em vista o grande valor de seus resultados para condução terapêutica eficaz dos usuários dos serviços de saúde (DANTAS et al., 2015). As evidências científicas disponibilizadas nas publicações são primordiais para fundamentar a prática clínica diária (ASNAKE, 2015), assim como, para auxiliar na formulação de novas políticas públicas e para melhoria do sistema de saúde com um todo (DANSKI et al., 2017).

Com relação à integração dos três níveis de atenção em saúde bucal, são diversos os desafios que necessitam ser enfrentados. É primordial que ocorra uma adequada cooperação e comunicação entre os profissionais que fazem parte desse sistema, pois a organização dessas RAS não se resume apenas à disponibilização de serviços e à determinação das responsabilidades inerentes a cada profissional, mas também, da cooperação e articulação entre esses indivíduos (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

É importante deixar claro que os estabelecimentos de saúde que almejam oferecer uma assistência em saúde com equidade, eficiência e qualidade, precisam se empenhar em desenvolver ações que contemplem efetivamente a integração do cuidado (BATISTA et al., 2019b).

Mas, para que isso seja possível, é necessário que ocorram melhorias nas políticas públicas e nos programas de saúde em todas as esferas do governo, visando ampliar (de forma equitativa) os serviços de saúde bucal e aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada. Tais medidas poderão fornecer desfechos positivos em relação à acessibilidade e resolutividade, trazendo benefícios para saúde bucal da população (CASCAES; DOTTO; BOMFIM, 2018).

Diante do exposto, segue algumas sugestões que poderão contribuir para melhoria da assistência prestada à pessoa com DTM e DOF, usuária dos serviços do SUS do Estado da PB:

1. Inclusão das disciplinas de DTM e DOF na grade curricular das instituições responsáveis pela formação dos profissionais que irão atuar no cuidado com a saúde da população;
2. Elaboração de novas pesquisas epidemiológicas e clínicas sobre o tema;
3. Disseminação de informações relevantes acerca das DTM e DOF entre a população, os gestores e profissionais da saúde;
4. Realização de treinamentos e capacitação profissional continuada nas unidades que prestam serviços de saúde à população paraibana, no âmbito do SUS;
5. Disponibilização de recursos, incentivo e apoio financeiro a instituições e projetos de pesquisa que tenham por finalidade fomentar o desenvolvimento técnico-científico e a inovação, tendo em vista a redução das desigualdades no campo da saúde,

ciência e tecnologia, mediante a incorporação dos resultados e produtos gerados pelas pesquisas financiadas nas ações, programas e serviços de saúde que irão, conseqüentemente, contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários dos serviços do SUS paraibano.

15

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Espera-se que as informações contidas nesta Diretriz possam fornecer elementos importantes para melhorar e ampliar o nível da assistência prestada ao usuário com DTM e DOF, no âmbito do SUS do Estado da PB. Considerando que, compete aos serviços públicos de saúde prover um cuidado humanizado, abrangente, qualificado, resolutivo e centrado no indivíduo.

Durante todo o processo de estruturação e desenvolvimento deste documento, houve um cuidado especial para que fosse possível ofertar (aos profissionais e gestores da saúde) um melhor entendimento sobre as possibilidades de cuidados com a saúde dos usuários com DTM e DOF.

Em vista disso, a validação desta Diretriz contou com as considerações de uma equipe de colaboradores (professores, pesquisadores, especialistas em DTM e DOF, profissionais de saúde e gestores), o que concedeu qualidade e confiabilidade durante todas as etapas de construção deste trabalho. A contribuição dos membros com expertise em diferentes áreas de atuação foi essencial, pois permitiu reunir saberes distintos, garantindo a interdisciplinaridade e assegurando maior acurácia à seleção, avaliação e validação do material produzido.

Outra questão importante se dá pelo fato de que, conforme identificado no processo de construção deste trabalho, a literatura analisada evidenciou que o cuidado prestado ao usuário do SUS com DTM e DOF, ainda é uma temática pouco explorada no meio científico, o que comprova a relevância desta Diretriz e reforça a grande necessidade de que mais estudos sejam realizados, tendo vista a escassez de artigos que tratem especificamente sobre esse tema.

Os dados fornecidos no presente trabalho poderão servir também para subsidiar o gerenciamento e planejamento das próximas ações, voltadas aos cuidados com a saúde dessa população, que serão desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde da PB, no âmbito da RAS.

REFERÊNCIAS

ABBOUD, W. *et al.* Arthroscopy of the temporomandibular joint for the treatment of chronic closed lock. **Isr Med Assoc J**, [s. l.], v. 18, n. 07, p. 397-400, jul. 2016. Disponível em: <https://www.ima.org.il/Medicine/MAJ/viewarticle.aspx?year=2016&-month=07&page=397>. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABBREU, G. C. *et al.* Associação da odontologia e fisioterapia no tratamento da disfunção temporomandibular: revisão da literatura. **RvACBO**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 87-89, set. 2021. Disponível em: <http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/514/582>. Acesso em: Abr. 2022.

ABE, S. *et al.* Immediate effect of masticatory muscle activity with transcutaneous electrical nerve stimulation in muscle pain of temporomandibular disorders patients. **J Clin Med**, Switzerland, v. 9, n. 10, p. 01-12, oct. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm9103330>. Acesso em: 24 mar. 2021.

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Cienc Saude Colet**, [s. l.], v. 9, n. 01, p. 131-138, jun. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100013>. Acesso em: 12 out. 2021.

AGGARWAL, V. R. *et al.* The effectiveness of self-management interventions in adults with chronic orofacial pain: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. **Eur J Pain**, England, v. 23, n. 05, p. 849-865, may 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejp.1358>. Acesso em: 24 mar. 2022.

AISAITI, A. *et al.* Effect of photobiomodulation therapy on painful temporomandibular disorders. **Sci Rep**, [s. l.], v. 11, n. 01, p. 01-12, apr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87265-0>. Acesso em: 24 mar. 2022.

AL-BASHAIREH, A. M. *et al.* The effect of tobacco smoking on musculoskeletal health: a systematic review. **J Environ Public Health**, United States, v. 2018, n. 01, p. 1-16, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/4184190>. Acesso em: 16 feb. 2022.

ALBRECHT, B. P.; GROTO, A. D.; CÉSAR, A. R. A. Temporomandibular Disorder sub-diagnosis as a possible cause of headache. **Res Soc Dev**, [s. l.], v. 10, n. 7, p. 1-6, jun. 2021. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16810>. Acesso em: 19 sep. 2021.

AL-HURAIISHI, H. A. *et al.* Newly graduated dentists' knowledge of temporomandibular disorders compared to specialists in Saudi Arabia. **BMC Oral Health**, England, v. 20, n. 1, p. 1-9, oct. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7542860/>. Acesso em: 20 dec. 2021.

ALKHUDHAIRY, M. W. *et al.* A self-reported association between temporomandibular joint disorders, headaches, and stress. **J Int Soc Prev Community Dent**, India, v. 8, n. 4, p. 371-380, jul. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jispcd.jispcd_177_18. Acesso em 04 abr. 2022.

ALKHUTARI, A. S. *et al.* Is the therapeutic effect of occlusal stabilization appliances more than just placebo effect in the management of painful temporomandibular disorders? A network meta-analysis of randomized clinical trials. **J Prosthet Dent**, [s. l.], v. 126, n. 01, p. 24-32, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2020.08.015>. Acesso em: 16 mar. 2022.

ALMOZNINO, G. *et al.* Sleep disorders and chronic craniofacial pain: characteristics and management possibilities. **Sleep Med Rev**, England, v. 33, n. 01, p. 39-50, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.04.005>. Acesso em: 06 feb. 2022.

ALMUTAIRI, A. F. *et al.* Association of oral parafunctional habits with anxiety and the big-five personality traits in the saudi adult population. **Saudi Dent J**, Saudi Arabia, v. 33, n. 02, p. 90-98, feb. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2020.01.003>. Acesso em: 16 feb. 2022.

ALONSO-ROYO, R. *et al.* Validity and reliability of the helkimo clinical dysfunction index for the diagnosis of temporomandibular disorders. **Diagnostics (Basel)**, Switzerland, v. 11, n. 03, p. 1-10, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/diagnostics11030472>. Acesso em: 12 nov. 2021.

ALVES, F. C. S. *et al.* Produtividade dos laboratórios de prótese dentária do SUS no estado da Bahia. **J Public Health Dent**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 18-24, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2596-3368dentistry.v11i1.2860>. Acesso em: 08 jan. 2022.

ALVES, H. F. C. *et al.* Interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 30, n. 03, p. 1-11, jul. 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200648>. Acesso em 24 jul. 2022.

ALVES, G. Â. S. *et al.* Efeitos da fotobiomodulação associados à terapia miofuncional orofacial na disfunção temporomandibular muscular. **CoDAS**, [s. l.], v. 33, n. 06, p. 1-7, jun. 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020193>. Acesso em: 05 abr. 2022.

ALVES, R. B.; BRUNING, N. O.; KOHLER, K. C.. “O Equilibrista”: Atuação do Psicólogo no NASF no Vale do Itajaí. **Psicol Ciênc Prof**, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 1-13, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186600>. Acesso em: 08 jun. 2023.

ALYESSARY, A. S.; YAP, A. U.; ALMOUSAWI, A. The Arabic Fonseca Anamnestic Index: Psychometric properties and use for screening temporomandibular disorders in prospective orthodontic patients. **Cranio**, England, v. 41, n. 2, p. 131-138, mar. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08869634.2020.1827627>. Acesso em: 07 jun. 2023.

AMARAL, C. O. F. *et al.* The importance of hospital dentistry: oral health status in hospitalized patients. **Rev Gaúch Odontol**, [s. l.], v. 66, n. 01, p. 35-41, mar. 2018. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-863720180001000053410>. Acesso em: 14 nov. 2021.

ANDERSON, M. *et al.* **Building the economic case for primary health care: a scoping review**. WHO Technical Series on Primary Health Care. ORGANIZATION, W. H.: World Health Organization, 2018. *Ebook* (46 p.). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48>. Acesso em 24 jul. 2022.

ANDRADE, D.H. *et al.* Redução parcial de zumbido por reabilitação protética: relato de caso clínico. **Rev Gest Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 01, p. 46-53, 2016. Disponível em: <https://herrero.com.br/files/revista/file8de039fc4446072aeae2311782832a62.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. **Sal Transf Soc**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 54-64, 2020. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/5281/5636>. Acesso em: 16 dez. 2021.

ANTUNES, P. C.; FRAGA, A. B. Práticas corporais integrativas: proposta conceitual para o campo das práticas integrativas e complementares em saúde. **Cienc Saude Colet**, [s. l.], v. 26, n. 9, p. 4217-4232, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.14082020>. Acesso em: 05 abr.

2022.

ARAÚJO, I. R. S. *et al.* Conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre a relação entre disfunção temporomandibular e fatores oclusais. **Rev Odontol UNESP**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 1-10, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.06519>. Acesso em: 16 abr. 2022.

ARIKAN, H.; CITAKER, S.; UCOK, C. Psychometric properties of the Fonseca Anamnestic Index (FAI) for temporomandibular disorders: Turkish version, responsiveness, reliability, and validity study. **Disabil Rehabil**, England, p.1-8, apr. 2023. *Epub online ahead of print*. Doi: 10.1080/09638288.2023.2199221. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2199221>. Acesso em 07 jun. 2023.

ARMIJO-OLIVO, S. *et al.* Effectiveness of manual therapy and therapeutic exercise for temporomandibular disorders: systematic review and meta-analysis. **Phys Ther**, United States, v. 96, n. 1, p. 9-25, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20140548>. Acesso em: 26 mar. 2022.

ARRAIS, M. G. S.; RONCALLI, A. G.; ROSENDO, T. S. Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil. **Physis**, [s. l.], v. 31, n. 02, p. 1-24, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310203>. Acesso em: 09 dez. 2021.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 01, p. 169-173, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>. Acesso em: 03 out. 2021.

ASNAKE, M. A importância da publicação científica para o desenvolvimento da saúde pública. **Ciênc Saúde Colet.** [s. l.], v. 20, n. 7 p. 1972-1973, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.08562015>. Acesso em: 19 jul. 2022.

ASQUINI, G. *et al.* The effectiveness of manual therapy applied to craniomandibular structures in the treatment of temporomandibular disorders: protocol for a systematic review. **Syst Rev**, England, v. 10, n. 1, p. 1-7, mar. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7941703/> . Acesso em: 20 dec. 2021.

ATSÜ, S. S. *et al.* Oral parafunctions, personality traits, anxiety and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in the adolescents. **Afr Health Sci**, Uganda , v. 19, n. 1, p. 1801-1810, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i1.57>. Acesso em: 02 feb. 2022.

AUSTREGÉSILO, S. C. *et al.* A interface entre a atenção primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Cienc Saude Colet**, [s. l.], v. 20, n. 10, p. 3111-3120, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.12712014>. Acesso em: 06 nov. 2021.

BAESHEN, H. A. Malocclusion trait and the parafunctional effect among young female school students. **Saudi J Biol Sci**, Saudi Arabia, v. 28, n. 1, p. 1088-1092, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2020.11.028>. Acesso em: 14 feb. 2022.

BAETA, S. R.; MELO, W. O apoio matricial e suas relações com a teoria da complexidade. **Cienc Saude Colet.** [s. l.], v. 25, n. 6, p. 2289-2295, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19912018>. Acesso em: 26 jul. 2022.

BANKERSEN, C. N. *et al.* Terapia fonoaudiológica nas disfunções temporomandibulares (DTM): uma revisão de literatura. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 239-248, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i2p239-248>. Acesso em: 05 abr. 2022.

BAPTISTA, J. Á. *et al.* Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. **Rev Bras Enferm.** [s. l.], v. 73, n. 2, p. 1-10, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>. Acesso em: 26 jul. 2022.

BARROS, B. M. *et al.* Is there a difference in the electromyographic activity of the masticatory muscles between individuals with temporomandibular disorder and healthy controls? A systematic review with meta-analysis. **J Oral Rehabil**, England, v. 47, n. 5, p. 672-682, may 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.12941>. Acesso em: 26 nov. 2021.

BASTO, J. M. *et al.* Disfunção temporomandibular: uma revisão de literatura sobre epidemiologia, sinais e sintomas e exame clínico. **Rev Sau Biotecn**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 66-77, jul. 2017. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/saudebiotecnologia>. Acesso em: 02 maio 2022.

BATISTA, S. L. *et al.* Amplitude oral e dor orofacial em pacientes com disfunção temporomandibular submetidos a laserterapia e a terapia miofuncional orofacial. **Rev Bras Ciênc Saúde**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 85-94, dez. 2019a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n2.48415>. Acesso em: 05 abr. 2022.

BATISTA, S. R. *et al.* O Complexo regulador em saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Cienc Saude Colet**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 2043-2052, jun. 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>. Acesso em: 03 out. 2021.

BEECROFT, E. *et al.* Temporomandibular disorder for the general dental practitioner. **Prim Dent J**, United States, v. 7, n. 4, p. 62-70, feb. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F205016841800700413>. Acesso em: 12 nov. 2021.

BENEDICTO, R. P. *et al.* Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da classificação internacional de doenças. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 25-32, jan. 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/77411/81267>. Acesso em: 18 out. 2021.

BERNI, K. C.; DIBAI-FILHO, A. V.; RODRIGUES-BIGATON, D. Accuracy of the Fonseca anamnestic index in the identification of myogenous temporomandibular disorder in female community cases. **J Bodyw MovTher**, United States, v. 19, n. 3, p. 404-409, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.08.001>. Acesso em: 14 nov. 2021.

BERRETTA, F. *et al.* Atuação fonoaudiológica nas disfunções temporomandibulares: um relato de experiência. **Extensio R Eletr Extensão**, Florianópolis, v. 15, n. 28, p. 182-192, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2018v-15n28p182>. Acesso em: 05 abr. 2022.

BICAJ, T. *et al.* Frequency of symptoms of temporomandibular disorders among prishtina dental students. **Open Access Maced J Med Sci**, [s. l.], v. 5, n. 6, p. 781-784, oct. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.165>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BIM, C. R. *et al.* Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. **Fisioter Mov**, [s. l.], v. 34, n. 01, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2021.34109>. Acesso em: 01 maio 2022.

BLANCO-HUNGRÍA, A. *et al.* Influence of sociodemographic factors upon pain intensity in patients with temporomandibular joint disorders seen in the primary care setting. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Spain, n. 17, v. 6, p. 1-8, nov. 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4317%2Fmedoral.17576>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BLASCO-BONORA, P. M.; MARTÍN-PINTADO-ZUGASTI, A. Effects of myofascial trigger point dry needling in patients with sleep bruxism and temporomandibular disorders: a prospective case series. **Acupunct Med**, England, v. 35, n. 1, p. 69-74, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/acup-med-2016-011102>. Acesso em: 16 jan. 2022.

BODONI, P. S. B. *et al.* Grupo terapêutico cognitivo comportamental em pacientes com disfunção temporomandibular. **Rev bras ter cogn**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 141-148, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20180019>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BOSCAINE, E. F. *et al.* Acupuncture in the treatment of temporomandibular muscle dysfunction. **BrJP**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 348-355, dec. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190064>. Acesso em: 06 mar. 2022.

BOTTICCHIO, A. *et al.* Short-Term morphological changes in asymptomatic perimandibular muscles after dry needling assessed with rehabilitative ultrasound imaging: a proof-of-concept study. **J Clin Med**, Switzerland, v. 10, n. 2, p. 1-10, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm10020209>. Acesso em: 06 jan. 2022.

BRAGHINI, C. C.; FERRETTI, F.; FERRAZ, L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. **Fisioter move**, Curitiba, v. 29, n. 4, p. 767-776, oct. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.029.004.AO13>. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRAIDO, G. V. D. V. *et al.* Temporomandibular disorder, body pain and systemic diseases: assessing their associations in adolescents. **J Appl Oral Sci**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 1-10, sep. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2019-0608>. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1570, de 29 de janeiro de 2004**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 29 jan. 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, p.1-16, 2004b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 321, de 08 de fevereiro de 2007**. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 08 fev. 2007a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007_comp.html. Acesso em: 06 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.541 de 27 de junho de 2007**. Prorroga a implantação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 27 jun. 2007b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1541_27_06_2007.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.848 de 06 de novembro de 2007**. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 06 nov. 2007c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: DF, 2007d. *Ebook* (60 p.). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010a. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 718, de 20 de dezembro de 2010**. Inclui ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares e implantodontia no rol das especialidades odontológicas atendidas pelo SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2010b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718_20_12_2010.html. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.032, de 05 de maio de 2010**. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 05 maio 2010c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html. Acesso em: 24 set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República, Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 jun. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.825/GM, de 24 de agosto de 2012.** Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 ago. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1825_24_08_2012.html. Acesso em: 05 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: DF, 2013a. *Ebook* (16 p.). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 24 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica MS/SAS nº 01/2014, de 26 de dezembro de 2013**. Registro de procedimento odontológico realizado em Ambiente Hospitalar. Brasília: DF, 26 dez. 2013b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_procedimentos_odontologicos_aih.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 11 nov. 2014a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 05 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. *Ebook* (162 p.) (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf. Acesso em: 07 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. *Ebook* (118 p.). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Operação do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - Versão 2.0**. Brasília: DF, 2016. *Ebook* (43 p.). Disponível em: ftp://ar-poador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/sia/Manual_Operacional_SIA_v2.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 out. 2017a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>. Acesso em: 05 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 21 set. 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. *Ebook* (350 p.). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 16 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica - Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: DF, 2018b. *Ebook* (70 p.). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pnab_. Acesso em: 07 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - **DATASUS**. Brasília: DF, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qaCE.def>. Acesso em: 13/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **1º Ciclo: CEO**. Brasília: DF, 2021a. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1ceo/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 14.231, de outubro de 2021b. Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 out. 2021b. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.231-de-28-de-outubro-de-2021-355728885>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. *Ebook* (20 p.). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo - PEC CEO**. Brasília: DF, 2022a. *Ebook* (23 p.). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjEzNQ==>. Acesso em: 24 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. *Ebook* (51 p.). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde balanço das ações 2020**. Brasília: DF, 2022c. *Ebook* (136 p.). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA3Mg==>. Acesso em: 24 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Cidades atendidas com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária**. Brasília: DF, 2022d. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. Resolução CFO-248, de 25 de outubro de 2022. Dispõe sobre a lista de materiais odontológicos de uso profissional restrito, com a finalidade de prevenir danos à saúde, nos termos do que disciplina a Lei Distrital nº 6.757, de 14 de dezembro de 2020. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27 out. 2022e. Disponível em: <https://transparencia.cfo.org.br/ato-normativo/?id=3672>. Acesso em: 11 set. 2022.

BROCKVELD, L. S. M.; VENANCIO, S. I. Avanços e desafios na formação do cirurgião-dentista para sua inserção nas práticas de promoção da saúde. **Physis**, [s. l.], v. 30, n. 03, p. 1-18, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300326>. Acesso em: 04 mar. 2022.

BRONDDANI, J. E. *et al.* Desafio da referência e contrarreferência da atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 01-08, jan. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>. Acesso em: 08 dez. 2021.

BUDURU, S. *et al.* Temporomandibular dysfunction diagnosis by means of computerized axiography. **Med Pharm Rep**, Romania, n. 93, v. 4, p. 416-421, oct. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.15386%2Fmpr-1754>. Acesso em: 16 nov. 2021.

CABRAL, D. C. R.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Análise do desempenho dos centros de especialidades odontológicas da região sudeste brasileira. **Cad Saúde Colet**, [s. l.], v. 27, n. 02, p. 241-24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020205>. Acesso em: 26 set. 2022.

CANALES, G. T. *et al.* Therapeutic effectiveness of a combined counseling plus stabilization appliance treatment for myofascial pain of the jaw muscles: a pilot study. **Cranio**, England, v. 35, n. 3, p. 180-186, may 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08869634.2016.1168071>. Acesso em: 18 mar. 2022.

CANDIRLI, C. *et al.* Dentists' knowledge of occlusal splint therapy for bruxism and temporomandibular joint disorders. **Niger J Clin Pract**, India, v. 19, n. 4, p. 496-501, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/1119-3077.183310>. Acesso em: 06 abr. 2022.

CARDOSO, R. B.; PALUDETO, S. B.; FERREIRA, B. J. Programa de educação continuada voltado ao uso de tecnologias em saúde: Percepção dos profissionais de saúde. **Rev Bras Ciênc Saúde**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 277-284, mar. 2018 Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acesso em: 11 jun. 2023.

CARRILLO-DIAZ, M. *et al.* Lockdown impact on lifestyle and its association with oral parafunctional habits and bruxism in a Spanish adolescent population. **Int J Paediatr Dent**, England, v. 32, n. 2, p. 185-193, may 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ipd.12843>. Acesso em: 20 feb. 2022.

CARVALHO, F. R. *et al.* Photobiomodulation therapy on the palliative care of temporomandibular disorder and orofacial/cervical skull pain: study protocol for a randomized controlled clinical trial. **Trials**, England, v. 20, n. 1, p. 1-8, apr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3294-7>. Acesso em: 16 set. 2021.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional. **Interface**. [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1325-1337, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>. Acesso em: 26 jul. 2022.

CASCAES, A. M.; DOTTO, L.; BOMFIM, R. A. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 1-10, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100015>. Acesso em: 12 abr. 2022.

CHAVES, T. C.; OLIVEIRA, A. S.; GROSSI, D. B. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte II: critérios diagnósticos; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. **Fisioter Pesqui**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 101-106, maio 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502008000100016>. Acesso em: 22 nov. 2021.

CHEN, Y. Y. *et al.* The association between Parkinson's disease and temporomandibular disorder. **PLoS One**, United States, v. 14, n. 6, p. 1-13, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217763>. Acesso em: 18 set. 2021.

CHOI, D. D. *et al.* Is temporomandibular joint arthroscopy effective in managing pediatric temporomandibular joint disorders in the short- and long-term? **J Oral Maxillofac Surg**, United States, v. 78, n. 1, p. 44-51, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2019.07.011>. Acesso em: 26 jan, 2022.

CHOI, K. H. *et al.* Electromyographic changes in masseter and sternocleidomastoid muscles can be applied to diagnose of temporomandibular disorders: an observational study. **Integr Med Res**, Netherlands, v. 10, n. 4, p. 1-6, dec. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.imr.2021.100732>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CHUINSIRI, N.; JITPRASERTWONG, P. Prevalence of self-reported pain-related temporomandibular disorders and association with psychological distress in a dental clinic setting. **J Int Med Res**, England, v. 48, n. 9, p. 1-12, sep. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0300060520951744>. Acesso em: 05 feb. 2022.

CONTI, P. C. R. *et al.* Classificação Internacional de Dor Orofacial, Primeira Edição (ICOP) - versão Português Brasileiro. **J Headache Pain**, England, v. 13, n. 1, p. 3-97, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.48208/HeadacheMed.2022.2>. Acesso em: 7 jun. 2023.

COSTA, A.; BAVARESCO, C. S.; GROSSMANN, E. The use of acupuncture versus dry needling in the treatment of myofascial temporomandibular dysfunction. **Revista dor**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 342-349, oct. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170127>. Acesso em: 18 feb. 2022.

COSWOSK, E. D. *et al.* Educação continuada para o profissional de saúde no gerenciamento de resíduos de Saúde. **RBAC**, [s. l.], v. 50, n. 3, p. 288-296, nov. 2018. Disponível em: <https://www.rbac.org.br/artigos/educacao-continuada-para-o-profissional-de-saude-no-gerenciamento-de-residuos-de-saude/>. Acesso em: 11 jun 2023.

COUTO, V. B. M. *et al.* Vivenciando a rede: caminhos para a formação do médico no contexto do SUS. **Rev Bras Educ Med**, [s. l.], v. 42, n. 2, p. 5-14, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB2016107>. Acesso em: 03 out. 2021.

CUNHA, C R. H. *et al.* Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Cienc Saude Colet**. [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1313-1326, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>. Acesso em 24 jul. 2022.

CZERNAIK, C. M. *et al.* Association between temporomandibular disorder symptoms and demographic, dental and behavioral factors in the elderly: a population-based cross-sectional study. **BrJP**, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 223-230, sep. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180044>. Acesso em: 18 jan. 2022.

DAHER, C. R. M. *et al.* Pain threshold, sleep quality and anxiety levels in individuals with temporomandibular disorders. **Rev CEFAC**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 450-458, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820414417>. Acesso em: 05 dec. 2021.

DALEWSKI, B. *et al.* Comparison of early effectiveness of three different intervention methods in patients with chronic orofacial pain: a randomized, controlled clinical trial. **Pain Res Manag**, United States, v. 2019, n. 1, p. 1-9, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2019/7954291>. Acesso em: 04 jan. 2022.

DANSKI, M. T. R. et al. Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. **Cienc Cuid Saúde**. [s. l.], v. 16, n. 2, p. 1-6, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>. Acesso em: 19 jul. 2022.

DANTAS, A. M. X. et al. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um serviço de controle da Dor Orofacial. **Rev Odontol UNESP**. [s. l.], v. 44, n. 6, p. 313-319, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.1065>. Acesso em: 19 jul. 2022.

DANTAS, L. O.; OSANI, M. C.; BANNURU, R. R. Therapeutic ultrasound for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis with grade quality assessment. **Braz J Phys Ther**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 688-697, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.07.003>. Acesso em: 22 mar. 2022.

DARNALL, B. D.; COLLOCA, L. Optimizing placebo and minimizing nocebo to reduce pain, catastrophizing, and opioid use: a review of the science and an evidence-informed clinical toolkit. **Int Rev Neurobiol**, United States, v. 139, n. 1, p. 129-157, aug. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.07.022>. Acesso em: 22 mar. 2022.

DERWICH, M.; MITUS-KENIG, M.; PAWLOWSKA, E. Orally Administered NSAIDs-general characteristics and usage in the treatment of temporomandibular joint osteoarthritis-a narrative review. **Pharmaceuticals (Basel)**, Switzerland, v. 14, n. 3, p. 1-15, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ph14030219>. Acesso em: 12 mar. 2022.

DIAZ-SAEZ, M. C. *et al.* A novel mobile application to determine mandibular and tongue laterality discrimination in women with chronic temporomandibular disorder. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Spain, v. 25, n. 6, p. 775-783, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/medoral.23785>. Acesso em: 22 set. 2021.

DONNARUMMA, V. *et al.* Association between waking-state oral behaviours, according to the oral behaviors checklist, and TMD subgroups. **J Oral Rehabil**, England, v. 48, n. 9, p. 996-1003, jul. 2021. Disponível em: Acesso em: 18 feb. 2022.

DURHAM, J. Summary of Royal College of Surgeons' (England) clinical guidelines on management of temporomandibular disorders in primary care. **Br Dent J**, England, v. 218, n. 6, p. 355-366, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.194>. Acesso em: 06 jan. 2022.

DURHAM, J. *et al.* Healthcare Cost and Impact of Persistent Orofacial Pain: The DEEP Study Cohort. **J Dent Res**, United States, v. 95, n. 10, p. 1147-54, sep. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00220345166648088>. Acesso em: 26 aug. 2021.

DUTRA, L. C. *et al.* Métodos de tratamento da disfunção temporomandibular: revisão sistemática. **Rev Aten Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 50, p. 85-95, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n50.3784>. Acesso em: 14 mar. 2022.

DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **J Craniomandib Disord**, United States, v. 6, n. 4, p. 301-55, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1298767/>. Acesso em: 16 nov. 2021.

E-GESTOR. 'e-Gestor' Atenção Básica, 2022. Página inicial. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 08 mar. 2022.

ELLAKANY, P. *et al.* The effect of parental education and socioeconomic status on dental caries among saudi children. **Int J Environ Res Public Health**, Switzerland, v. 18, n. 22, p. 1-10, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijer-ph182211862>. Acesso em: 18 feb. 2022.

ESSAY, A. M. *et al.* A scoping review of whole-of-community interventions on six modifiable cancer prevention risk factors in youth: a systems typology. **Prev Med**, United States, v. 153, n. 1, p. 1-14, dec. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106769>. Acesso em: 18 jan. 2022.

FARIA, C. D. C. M.; ARAÚJO, D. C.; CARVALHO-PINTO, B. P. B. Atendimento de fisioterapeutas da atenção primária à saúde a pacientes após acidente vascular cerebral. **Fisioter move**, Curitiba, v. 30, n. 3, p. 527-536, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.003.AO11>. Acesso em: 18 abr. 2022.

FARIA, L. V. *et al.* DTM e dor orofacial: perspectivas curriculares das faculdades de Odontologia do Sudeste brasileiro . **HU Ver.** [s. l.], v. 46, p. 1-7, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.30348>. Acesso em: 18 jul. 2022.

FERNANDEZ-FERRO, M. *et al.* Estudio descriptivo de las principales comorbilidades asociadas al dolor crónico en pacientes intervenidos mediante artroscopia de disfunción temporomandibular. **Rev Esp Cirug Oral Maxilofac**, Madrid, v. 43, n. 1, p. 4-11, mar. 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.20986/recom.2021.1193/2020>. Acesso em: 19 feb. 2022.

FERREIRA, A. P. *et al.* Short-term transcutaneous electrical nerve stimulation reduces pain and improves the masticatory muscle activity in temporomandibular disorder patients: a randomized controlled trial. **J Appl Oral Sci**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 112-120, apr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-77572016-0173>. Acesso em: 22 mar. 2022.

FERREIRA, D. M. A. O. *et al.* Effects of acute mental stress on conditioned pain modulation in temporomandibular disorders patients and healthy individuals. **J Appl Oral Sci**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 1-8, jun. 2021a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8232930/> . Acesso em: 10 dec. 2021.

FERREIRA, G. S. *et al.* As práticas da psicologia no contexto interdisciplinar no NASF: uma revisão sistemática. **Gerais Rev Interinst Psicol**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 1-24, dez. 2021b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e17386>. Acesso em: 05 abr. 2022.

FERREIRA, M. G. *et al.* Projeto terapêutico singular no manejo de casos complexos: relato de experiência no PET-Saúde interprofissionalidade. **Rev Bras Educ Méd.** [s. l.], v. 46, n. 01, p. 1-9, fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210260>. Acesso em: 26 jul. 2022.

FERREIRA, K. S.; SPECIALI, J. G. Epidemiologia da dor crônica no consultório do especialista em dor. **Arq Neuro-Psiquiatr**, [s. l.], v. 73, n. 7, p. 582-585, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20150064>. Acesso em: 10 jun. 2023.

FIGUEIRÓ, C. *et al.* Changes in oral health-related quality of life after self-care treatment in patients with myofascial pain. **Cranio**, England, v. 21, n. 1, p. 1-7, apr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08869634.2021.1922229>. Acesso em: 26 mar. 2022.

FILLINGIM, R. B. *et al.* Long-term changes in biopsychosocial characteristics related to temporomandibular disorder: findings from the OPPERA study. **Pain**. United States, v. 159, n. 11, p. 2403-2413, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000014391>. Acesso em: 24 aug. 2021.

FONSECA, D. M. **Disfunção craniomandibular - (DCM) diagnóstico pela anamnese**. 1992. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Bauru, 1992. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000736475>. Acesso em: 07 jun 2023.

FONSECA, D. M. *et al.* Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **Rev Gaucha Odontol**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 23-32, jan. 1994. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-854978>. Acesso em: 18 nov. 2021.

FONSECA, E. P. *et al.* Fatores associados às faltas em tratamentos ortodônticos em centro de especialidades odontológicas. **Ciênc Saúde Colet**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 287-294, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.26262015>. Acesso em: 18 jan. 2022.

FONSÊCA, G. S. *et al.* Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. **Saúde Soc**. [s. l.], v. 27, n. 4, p. 1174-1185, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180117>. Acesso em: 26 jul. 2022.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors in adults and older people. **Rev Saúde Públ**, [s. l.], v. 53, n. 86, p. 1-13, oct. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001142>. Acesso em: 09 dez. 2021.

FRANCO-MICHELONI, A. L. *et al.* Temporomandibular disorders among Brazilian adolescents: reliability and validity of a screening questionnaire. **J Appl Oral Sci**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 314-22, jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-775720130694>. Acesso em: 28 nov. 2021.

FREIRE, D. E. W. G. *et al.* Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, 2014 e 2018. **Epidemiol serviços saúde**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 1-13, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300016>. Acesso em: 09 dez. 2021.

FUJIWARA, M, *et al.* Comparison of joint pain in patients diagnosed with and without articular disc displacement without reduction based on the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, United States, v. 116, n. 1, p. 9-15, jul. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2012.11.012>. Acesso em: 16 nov. 2021.

GADOTTI, I. C. *et al.* Dentists' awareness of physical therapy in the treatment of temporomandibular disorders: a preliminary study. **Pain Res Manag**, United States, v. 2018, n. 1, p. 1-8, feb. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/1563716>. Acesso em: 04 abr. 2022.

GALDINO, G. S.; ALBUQUERQUE, T. I. P. E.; MEDEIROS, J. L. A. Cefaléias primárias: abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas. **Arq Neuro-Psiquiatr**, [s. l.], v. 65, n. 3, p. 681-684, set. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2007000400026>. Acesso em: 10 jun. 2023.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 1, p. 1-11, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184119>. Acesso em: 13 nov. 2021.

GALVÊAS, E. A. *et al.* Singularidades no processo de trabalho entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões-dentistas. **Trab Educ Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 273-292, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00091>. Acesso em: 06 abr. 2022.

GARBELOTTI, T. O. *et al.* Effectiveness of acupuncture for temporomandibular disorders and associated symptoms. **Rev Dor**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 223-227, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160076>. Acesso em: 18 feb. 2022.

GAUER, R. L.; SEMIDEY, M. J. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. **Am Fam Physician**, United States, v. 91, n. 6, p. 378-86, mar. 2015. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2015/0315/p378.html>. Acesso em: oct. 2021.

GIL-MARTÍNEZ, A, *et al.* Management of pain in patients with temporomandibular disorder (TMD): challenges and solutions. **J Pain Res, New Zealand**, v. 11, n. 1, p. 571-587, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/jpr.s127950>. Acesso em: 20 nov. 2021.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>. Acesso em: 12 nov. 2021.

GOKHALE, A. *et al.* Group pain education is as effective as individual education in patients with chronic temporomandibular disorders. **J Oral Pathol Med**, Denmark, v. 49, n. 6, p. 470-475, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jop.13061>. Acesso em: 26 mar. 2022.

GONZALEZ-PEREZ, L. M. *et al.* Deep dry needling of trigger points located in the lateral pterygoid muscle: efficacy and safety of treatment for management of myofascial pain and temporomandibular dysfunction. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Spain, v. 20, n. 3, p. 326-333, may 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/medoral.20384>. Acesso em: 06 jan. 2022.

GOUVEIA, M. C.; CARIELLO, T. F.; DEUSDARA, R. O registro de vulnerabilidade social de acordo com os códigos da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) nos prontuários eletrônicos dos residentes de primeiro ano de medicina de família e comunidade do Centro Municipal de Saúde Hélio Pellegrino. **Rev Inter Pens Extensão**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 29, p. 77-88, dez. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/48538/36282>. Acesso em: 29 jan. 2022.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Physis**, [s. l.], v. 28, n. 03, p. 1-24, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280313>. Acesso em: Abr. 2022.

GREENE, C. S.; MANFREDINI, D. Transitioning to chronic temporomandibular disorder pain: A combination of patient vulnerabilities and iatrogenesis. **J Oral Rehabil**, England, v. 48, n. 9, p. 1077-1088, sept. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.13180>. Acesso em: 02 oct. 2021.

GRILLO, C. M. *et al.* Would a placebo acupuncture needle be able to induce deqi? **J Acupunct Meridian Stud**, Korea (South), v. 11, N. 5, p. 273-279, oct. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jams.2018.06.007>. Acesso em: 12 mar. 2022.

GROOTEL, R. J. *et al.* Towards an optimal therapy strategy for myogenous TMD, physiotherapy compared with occlusal splint therapy in an RCT with therapy-and-patient-specific treatment durations. **BMC Musculoskelet Disord**, England, v. 18, n. 1, p. 1-17, feb. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1404-9>. Acesso em: 14 abr. 2022.

HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. **Sven Tandlak Tidskr**, Sweden, v. 67, n. 2, p. 101-21, mar. 1974. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4524733/>. Acesso em: 16 nov. 2021.

HERNANDES, N. C. *et al.* Atuação fonoaudiológica em disfunção temporomandibular em dois casos: análise comparativa dos efeitos da terapia tradicional e o uso da bandagem terapêutica associada. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 251-261, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i2p251-261>. Acesso em: 05 abr. 2022.

HERRERA-VALENCIA, A. *et al.* Efficacy of manual therapy in temporomandibular joint disorders and its medium-and long-term effects on pain and maximum mouth opening: a systematic review and meta-analysis. **J Clin Med**, Switzerland, v. 9, n. 11, p. 1-13, oct. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm9113404>. Acesso em: 26 mar. 2022.

HONGXING, L. *et al.* Prevalence of temporomandibular disorder pain in Chinese adolescents compared to an age-matched Swedish population. **J Oral Rehabil**, England, v. 43, n. 4, p. 241-248, apr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.12366>. Acesso em: 20 fev. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. *Ebook* (117 p.). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 16 dez 2021.

ICOP. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). **Cephalalgia**, England, v. 40, n. 2, p. 129-221, feb. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0333102419893823>. Acesso em: 07 jun 2023.

JEDYNAK, B. *et al.* TMD in females with menstrual disorders. **Int J Environ Res Public Health**, Switzerland, v. 18, n. 14, p. 1-11, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147263>. Acesso em: 12 set. 2021.

KAKUDATE, N. *et al.* Dentist practice patterns and therapeutic confidence in the treatment of pain related to temporomandibular disorders in a dental practice-based research network. **J Oral Facial Pain Headache**, United States, v. 31, n. 2, p. 152-158, spring, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/ofph.1730>. Acesso em: 04 abr. 2022.

KALLADKA, M. *et al.* Presentation of cysticercosis of the lateral pterygoid muscle as temporomandibular disorder: a diagnostic and therapeutic challenge. **J Indian Prosthodont Soc**, India, v. 18, n. 4, p. 377-383, oct. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jips.jips_129_18. Acesso em: 16 nov. 2021.

KAPOS, F. P. *et al.* Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. **Oral Surg**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 321-334, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ors.12473>. Acesso em: 06 mar. 2022.

KARKAZI, F.; ÖZDEMİR, F. Temporomandibular disorders: fundamental questions and answers. **Turk J Orthod**, Turkey, v. 33, n. 4, p. 246-252, dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5152/turkjorthod.2020.20031>. Acesso em: 12 mar. 2022.

KARUMURI, S. K. *et al.* Ultrasound: A revenant therapeutic modality in dentistry. **J Clin Diagn Res**, India, v. 10, n. 7, p. 8-12, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7860/jcdr/2016/18584.8190>. Acesso em: 24 mar. 2022.

KATYAYAN, P. A.; KATYAYAN, M. K.; PATEL, G. C. Association of edentulousness and removable prosthesis rehabilitation with severity of signs and symptoms of temporomandibular disorders. **Indian J Dent Res**, India, v. 27, n. 2, p. 127-36, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0970-9290.183129>. Acesso em: 22 jan. 2022.

KAYNAK, B. A.; TAŞ, S.; SALKIN, Y. The accuracy and reliability of the Turkish version of the Fonseca anamnestic index in temporomandibular disorders. **Cranio**, England, v. 41, n. 1, 78-83, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08869634.2020.1812808>. Acesso em: 07 jun. 2023.

KEITEL, C. *et al.* Relação entre a disfunção temporomandibular e a disfonia. **Rev Thêma Scientia**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 1-9, jul. 2019. Disponível em: <http://www.themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1066/980>. Acesso em: 05 abr. 2022.

KHAYAMZADEH, M. *et al.* Relationship between parafunctional habits and salivary biomarkers. **Front Dent**, Iran, v. 16, n. 6, p. 465-472, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18502/fid.v16i6.3446>. Acesso em: 08 feb. 2022.

KIM, H. K.; KIM, M. E. Disturbed sleep may be a core risk factor for jaw functional limitation in patients with painful temporomandibular disorders. **J Oral Rehabil**, England, v. 48, n. 9, p. 1013-1024, sep. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.13217>. Acesso em: 02 fev. 2022.

KIM, J. H. *et al.* Can ultrasonography be used to assess capsular distention in the painful temporomandibular joint? **BMC Oral Health**, England, v. 21, n. 1, p. 1-7, oct. 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01853-0>. Acesso em: 28 jan. 2022.

KIM, S. J. *et al.* The Relationship between primary sleep disorders and temporomandibular disorders: an 8-year nationwide cohort study in south Korea. **Int J Gen Med**, New Zealand, v. 14, n. 1, p. 7121-7131, oct. 2021b. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.2147%2FIJGM.S331387>. Acesso em: 02 fev. 2022.

KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. The "tug of war" in healthcare: psychologists' conception and practice concerning matrix-based support in the center for family health support. **Cad Saude Publica**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 1-10, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00158815>. Acesso em: 04 abr. 2022.

KOTIRANTA, U. *et al.* Subtyping patients with temporomandibular disorders in a primary health care setting on the basis of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders axis II pain-related disability: a step toward tailored treatment planning? **J Oral Facial Pain Headache**, v. 29, n. 2, p. 126-34, spring, 2015. Disponível em: Acesso em: 12 dec. 2021.

KOTIRANTA, U.; FORSELL, H.; KAUPPILA, T. Painful temporomandibular disorders (TMD) and comorbidities in primary care: associations with pain-related disability. **Acta Odontol Scand**, England, v. 77, n. 1, p. 22-27, jan 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00016357.2018.1493219>. Acesso em: 12 dec. 2021.

KRAUSE, M, *et al.* Improved access in minimally invasive temporomandibular joint surgery through a novel endaural template. **BMC Surg**, England, v. 21, n. 1, p. 2-5, feb. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01098-2>. Acesso em: 26 jan. 2022.

KUĆ, J.; SZAREJKO, K. D.; GOŁĘBIEWSKA, M. Comparative evaluation of occlusion before and after soft tissue mobilization in patients with temporomandibular disorder-myo-fascial pain with referral. **Int J Environ Res Public Health**, Switzerland, v. 18, n. 12, p. 1-21, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18126568>. Acesso em: 24 set. 2021.

KULESA-MROWIECKA, M; PIECH, J.; GAŹDZIK, T. S. The effectiveness of physical therapy in patients with generalized joint hypermobility and concurrent temporomandibular disorders-a cross-sectional study. **J Clin Med**, Switzerland, v. 10, n. 17, p. 1-10, aug. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm10173808>. Acesso em: 26 mar. 2022.

KULKARNI, S.; THAMBAR, S.; ARORA, H. Evaluating the effectiveness of nonsteroidal anti-inflammatory drug(s) for relief of pain associated with temporomandibular joint disorders: a systematic review. **Clin Exp Dent Res**, United States, v. 6, n. 1, p. 134-146, feb. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cre2.241>. Acesso em: 12 mar. 2022.

KURITA, V. F. *et al.* Analgesia evaluation of 2 NSAID drugs as adjuvant in management of chronic temporomandibular disorders. **Scientific World Journal**, United States, v. 2015, n. 1, p. 1-8, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2015/359152>. Acesso em: 22 mar. 2022.

LAM, J.; SVENSSON, P.; ALSTERGREN, P. Internet-based multimodal pain program with telephone support for adults with chronic temporomandibular disorder pain: randomized controlled pilot trial. **J Med Internet Res**, Canada, v. 22, n. 10, p. 1-26, oct 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/22326>. Acesso em: 02 ago. 2021.

LANGELLA, L. G. *et al.* Photobiomodulation versus light-emitting diode (LED) therapy in the treatment of temporomandibular disorder: study protocol for a randomized, controlled clinical trial. **Trials**, [s. l.] v. 19, n. 1, p. 1-7, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2444-7>. Acesso em: 26 aug. 2021.

LEE, Y. H. *et al.* Psychological factors that influence decision-making regarding trauma-related pain in adolescents with temporomandibular disorder. **Sci Rep**, England, v. 9, n. 1, p. 1-12, dec. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-55274-9>. Acesso em: 26 aug. 2021.

LEE, K. C. *et al.* The prevalence of first-onset temporomandibular disorder in low back pain and associated risk factors: a nationwide population-based cohort study with a 15-year follow-up. **Medicine (Baltimore)**, United States, v. 99, n. 3, p. 1-8, jan. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097%2FMD.00000000000018686>. Acesso em: 26 aug. 2021.

LEE, K. S.; JHA, N.; KIM, Y. J. Risk factor assessments of temporomandibular disorders via machine learning. **Sci Rep**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1-11, oct. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98837-5>. Acesso em: 22 feb. 2022.

LI, D. T. S.; LEUNG, Y. Y. Temporomandibular disorders: current concepts and controversies in diagnosis and management. **Diagnostics (Basel)**, Switzerland, v. 11, n. 3, p. 1-15, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/diagnostics11030459>. Acesso em: 12 abr. 2022.

LIBERATO, F. M. G. *et al.* Bruxismo e DTM: o que dentistas e fisioterapeutas sabem a respeito? **Res Soc Dev**. [s. l.], v. 11, n.4, p. 1-13, mar. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27307>. Acesso em: 18 jul. 2022.

LIMA, L. F. C. *et al.* Depression and anxiety and association with temporomandibular disorders - literature review. **Res Soc Dev**, [s. l.], v. 9, n. 7, p. 1-11, may 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4540>. Acesso em: 4 apr. 2022.

LIST, T.; JENSEN, R. H.. Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. **Cephalalgia**, England, v. 37, n. 7, p. 692-704, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0333102416686302> Acesso em: 25 ago. 2022.

LIU, Q. *et al.* Peripherally acting opioids in orofacial pain. **Front Neurosci**, Switzerland, v. 15, n. 1, p. 1-12, may, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.665445>. Acesso em: 01 ago. 2021.

LOBBEZOO, F. *et al.* International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. **J Oral Rehabil**, England, v.45, n. 11, p. 837-844, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111%2Fjoor.12663>. Acesso em: 08 jun. 2023.

LODUCA, Adrianna *et al.* How interdisciplinary psychoeducational programs with a psychodrama approach can help the chronic pain treatment compliance. **BrJP**, [s. l.], v.1, n. 2, p. 122-126, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180024>. Acesso em: 05 abr. 2022.

LOPES, C. R.; FERRARI, V.; JORGE, C. C. Dor crônica sob a ótica comportamental: compreensão e possibilidades de intervenção. **Rev Psicol Saúde**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 63-78, set. 2019. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609863970005>. Acesso em: 05 abr. 2022.

LOPEZ, R. M. G.. Arthroscopy of the temporomandibular joint in condylar fractures. **Rev Esp Cirug Oral Maxilofac**, Madrid, v. 43, n. 1, p. 20-27, mar. 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.20986/recom.2021.1275/2021>. Acesso em: 19 feb. 2022.

LÓPEZ-FRÍAS, F. J. *et al.* Knowledge and management of temporomandibular joint disorders by general dentists in Spain. **J Clin Exp Dent**, Spain, v. 11, n. 8, p. 680-685, aug. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/jced.55634>. Acesso em: 14 abr. 2022.

LOPEZ-MARTOS, R. *et al.* Randomized, double-blind study comparing percutaneous electrolysis and dry needling for the management of temporomandibular myofascial pain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Spain, v. 23, n. 4, p. 454-462, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/medoral.22488>. Acesso em: 06 jan. 2022.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. Â. F. Factors related to the performance of specialized dental care centers. **Cienc Saude Colet**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 1149-1163, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MADARIAGA, V. I. *et al.* Myogenous temporomandibular disorders and salivary markers of oxidative stress-A cross-sectional study. **J Oral Rehabil**, England, v. 48, n. 1, p. 1-9, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.13100>. Acesso em: 22 nov. 2021.

MAFI, A. *et al.* A interdisciplinaridade e seus reflexos na formação do cirurgião-dentista. **Rev ABENO**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 62-73, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i1.300>. Acesso em: abr. 2022.

MAGALHÃES, B. G. *et al.* Risk factors for temporomandibular disorder: binary logistic regression analysis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Spain, v. 19, n. 3, p. 232-238, may 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/medoral.19434>. Acesso em: 16 fev. 2022.

MAINI, K.; DUA, A. **Temporomandibular Joint Syndrome**. In: Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, jan. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551612/>. Acesso em: 26 abr. 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 8, p. 2973-2983, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.32762018>. Acesso em: 09 dez. 2021.

MANFREDINI, D. *et al.* Bruxism: a summary of current knowledge on aetiology, assessment and management. **Oral Surg**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 358-370, oct. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ors.12454>. Acesso em: 08 jun. 2023.

MANFREDINI, D.; LOMBARDO, L.; SICILIANI, G. Temporomandibular disorders and dental occlusion. A systematic review of association studies: end of an era?. **J Oral Rehabil**, England, v. 44, n. 1, p. 908-923, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.1253>. Acesso em: 05 jun. 2023.

MATOS, E. M. *et al.* A importância da atuação do cirurgião-dentista na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. **Braz J Hea Rev**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 4383-4395, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-038>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MEDEIROS, L. S. P. *et al.* Sistema de referência e contrarreferência entre centro especializado em reabilitação e atenção primária à saúde. **RSD**, [s. l.], v. 10, n. 11, p. 1-21, set. 2021a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19959>. Acesso em 24 jul. 2022.

MEDEIROS, Y. P. O. *et al.* Activities of speech-language-hearing therapists in the extended family health and primary care center from the perspective of team cooperation. **Rev CEFAC**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 1-9, fev. 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212327220>. Acesso em: 05 abr. 2022.

MEER, H. A. *et al.* Effects of physical therapy for temporomandibular disorders on headache pain intensity: a systematic review. **Musculoskelet Sci Pract**, Netherlands, v. 50, n. 1, p. 1-10, dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102277>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MELCHIOR, M. O. *et al.* Efeito do fonoaudiológico após a laserterapia de baixa intensidade em pacientes com DTM: estudo descritivo. **CoDAS**, [s. l.], v. 28, n. 6, p. 818-822, nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015099>. Acesso em: 05 Abr. 2016.

MELO, D. F.; CRISCUOLO, M. B. R.; VIEGAS, S. M. F. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária. **Rev Fund Care**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 4986-4995, out. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4986-4995>. Acesso em: 04 dez. 2021.

MENA, M. *et al.* Efficacy of topical interventions for temporomandibular disorders compared to placebo or control therapy: a systematic review with meta-analysis. **J Dent Anesth Pain Med**, Korea (South), v. 20, n. 6, p. 337-356, dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17245/jdapm.2020.20.6.337>. Acesso em: 16 mar. 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 18 dez. 2021.

MENDONÇA, L. D. R. A. **Criação, validade de conteúdo e processo de resposta do instrumento de diagnóstico epidemiológico para disfunção temporomandibular-IDE/DTM**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32199>. Acesso em: 22 nov. 2021.

MICHELOTTI, A. *et al.* Occlusion, orthodontics, and temporomandibular disorders: Cutting edge of the current evidence. **J World Fed Orthod**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 15-18, oct. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejwf.2020.08.003> Acesso em: 25 ago. 2022.

MICHIELS, S. *et al.* Conservative therapy for the treatment of patients with somatic tinnitus attributed to temporomandibular dysfunction: study protocol of a randomised controlled trial. **Trials**, England, v. 19, n. 1, p. 1-10, oct. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2903-1>. Acesso em: 18 mar. 2022.

MIETTINEN, O. *et al.* Prevalence of temporomandibular disorder symptoms and their association with alcohol and smoking habits. **J Oral Facial Pain Headache**, United States, v. 31, n. 31, p. 30-36, winter, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/ofph.1595>. Acesso em: 18 feb. 2022.

MIETTINEN, O. *et al.* Association of temporomandibular disorder symptoms with physical fitness among finnish conscripts. **Int J Environ Res Public Health**, Switzerland , v. 18, n. 6, p. 1-10, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18063032>. Acesso em: 12 feb. 2022.

MOLINI-AVEJONAS, D. R. *et al.* Caracterização dos sistemas de referência e contrarreferência em um serviço de fonoaudiologia de alta complexidade na cidade de São Paulo. **Audiology Communication Research**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 1-10, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1859>. Acesso em: 03 out. 2021.

MORETTI, P. G. S.; FEDOSSE, E. Núcleos de apoio à saúde da família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioter Pesqui**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 241-247, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14662023032016>. Acesso em: 16 abr. 2022.

MOTTA, L. J. *et al.* Disfunção temporomandibular segundo o nível de ansiedade em adolescentes. **Psic Teor Pesq**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 389-395, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-37722015031899389395>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MOURA, W. P. *et al.* Retrospective review of patients referred to a temporomandibular dysfunction care setting of a Brazilian public university. **Rev Dor**, [s. l.], v. 18, n. 02, p. 128-134, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170026>. Acesso em: 27 set. 2021.

MOZHDEH, M. *et al.* Evaluation of knowledge among dentists on symptoms and treatments of temporomandibular disorders in Italy. **Int J Environ Res Public Health**, Switzerland, v. 17, n. 23, p. 1-6, nov. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7728326/>. Acesso em: 20 dec. 2021.

MWANGI, K. J. *et al.* Socio-economic and demographic determinants of non-communicable diseases in Kenya: a secondary analysis of the Kenya stepwise survey. **Pan Afr Med J**, Uganda, v. 37, n. 1, p. 1-14, dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.351.21167>. Acesso em: 22 jan. 2022.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. **Temporomandibular Disorders: Priorities for Research and Care**. Washington, DC: The National Academies Press, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/25652>. Acesso em: 18 mar. 2022.

NAZERI, M, *et al.* Role of anxiety and depression in association with migraine and myofascial pain temporomandibular disorder. **Indian J Dent Res**, India, v. 9, n. 5, p. 583-587, sep. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0970-9290.244932>. Acesso em: 16 Feb. 2022.

NOWAK, Z. *et al.* Intramuscular injections and dry needling within masticatory muscles in management of myofascial pain: systematic review of clinical trials. **Int J Environ Res Public Health**, Switzerland, v. 18, n. 18, p. 1-19, sep. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189552>. Acesso em: 08 jan. 2022.

OHLMANN, B. *et al.* Correlations between Sleep Bruxism and Temporomandibular Disorders. **J Clin Med**, Switzerland, v. 9, n. 2, p. 2-11, feb. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm9020611>. Acesso em: 08 jun. 2023.

OHRBACH. R.; GREENE, C. Temporomandibular Disorders: Priorities for Research and Care. **J Dent Res**, United States, n. 101, v. 7, p. 742-743, jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00220345211062047>. Acesso em: 05 jun 2023.

OKAMOTO, K. *et al.* Preclinical models of deep craniofacial nociception and temporomandibular disorder pain. **Jpn Dent Sci Rev**, Netherlands, v. 57, n. 1, p. 231-241, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2021.10.002>. Acesso em: 12 jan. 2022.

OLCHOWY, C. *et al.* Monitoring of changes in masticatory muscle stiffness after gum chewing using shear wave elastography. **J Clin Med**, Switzerland, v. 10, n. 11, p. 1-7, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm10112480>. Acesso em: 04 fev. 2022.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 01, p. 1-23, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Acesso em: 03 out. 2021.

OLIVEIRA, N. R. C. *et al.* **Redes de Atenção à Saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016. *Ebook* (57 p.). Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>. Acesso em: 07 maio 2022.

OOI, K. *et al.* Therapy outcome measures in temporomandibular disorder: a scoping review. **BMJ Open**, [s. l.], v. 12, n. 8, p. 1-10, ago. 2022. Disponível em: doi: 10.1136/bmjopen-2022-061387. Acesso em: 08 jun. 2022.

OSIEWICZ, M. *et al.* Self-Perceived dentists' knowledge of temporomandibular disorders in krakow: a pilot study. **Pain Res Manag**, United States, v. 2020, n. 1, p. 1-6, may 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2020/9531806>. Acesso em: 06 abr. 2022.

OUANOUNOU, A.; GOLDBERG, M.; HAAS, D. A. Pharmacotherapy in temporomandibular disorders: a review. **J Can Dent Assoc**, Canada, v. 83, n. 1, p. 1-8, jul. 2017. Disponível em: <https://jcda.ca/h7>. Acesso em: 12 mar. 2022.

PALMER, J.; DURHAM, J. Temporomandibular disorders. **BJA Educ**, England, v. 21, n. 2, p. 44-50, feb. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.11.001>. Acesso em: 24 mar. 2022.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim de Saúde Bucal APS - PARAÍBA. **Monitoramento dos indicadores de saúde bucal na atenção primária à saúde em 2019**. Disponível em: <http://plone.ufpb.br/gtesb/contents/documentos/boletins-epidemiologicos/boletim-indicadores-e-sus-brasil-2019.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Resolução CIB N° 43/18 de 25 de junho de 2018. **Definição das Novas Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba**. Disponível em: <https://bityli.com/emMmzruZm>. Acesso em: 22 fev de 2022.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde, Paraíba, 2020-2023**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2021. *Ebook* (208 p.). Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>. Acesso em: 8 maio. 2022.

PARDIM, N. C. C.; CUNHA, D. P. Disfunção temporomandibular em pacientes desdentados reabilitados com próteses totais. **Rev Mult Psic**, [s. l.], v. 13, n. 48, p. 97-112, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v13i48.2143>. Acesso em: 16 jan. 2022.

PAULINO, M. R. *et al.* Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. **Cienc Saude Colet**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 173-186, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.18952015>. Acesso em: 27 set. 2021.

PEDRAS, R. B. N.; DIAS, I. M. S. L. (org.). **Disfunções Temporomandibulares: Uma Abordagem Dentro do Contexto da Saúde Pública**. 1. ed. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, 2021. *E-book* (81 p.). Disponível em: <https://bityli.com/YlWNP>. Acesso em: 10 de ago. 2021.

PEREIRA, J. S; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300016>. Acesso em: 20 dez. 2021.

PERROTTA, S. *et al.* Prevalence of malocclusion, oral parafunctions and temporomandibular disorder-pain in Italian schoolchildren: an epidemiological study. **J Oral Rehabil**, England, v. 46, n. 7, p. 611-616, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.12794>. Acesso em: 16 fev. 2022.

PESSOA, D. R. *et al.* Association of facial massage, dry needling, and laser therapy in temporomandibular disorder: case report. **CoDAS**, [s. l.], v. 30, n. 6, p. 1-6, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017265>. Acesso em: 02 jan. 2022.

PICCIN, C. F. *et al.* Aspectos clínicos e psicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 113-119, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161817215>. Acesso em: 05 dez. 2021.

PIGG, M. *et al.* New international classification of orofacial pain: what is in it for endodontists? **J Endod**, United States, v. 47, n. 3, p. 345-357, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.12.002>. Acesso em: 12 nov. 2021.

PIHUT, M. *et al.* Influence of ultrasound examination on diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. **J Clin Med**. Switzerland, v. 11, n. 5, p. 1-9, feb. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm11051202>. Acesso em: 26 jul. 2022.

PINTO, R. G. S. *et al.* Association between temporomandibular signs and symptoms and depression in undergraduate students: descriptive study. **Rev Dor**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 217-224, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170105>. Acesso em: 05 dec. 2021.

PIRES, P. F. *et al.* Analysis of the accuracy and reliability of the Short-Form Fonseca Anamnestic Index in the diagnosis of myogenous temporomandibular disorder in women. **Braz J Phys Ther**, United States, v. 22, n. 4, p. 276-282, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.o000.2017.11.012>. Acesso em: 26 nov. 2021.

PORPORATTI, A. L. *et al.* Acupuncture therapeutic protocols for the management of temporomandibular disorders. **Rev Dor**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 53-59, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150011>. Acesso em: 18 fev. 2022.

PRIEBE, M.; ANTUNES, A. G. F.; CORRÊA, E. C. R. Stability of physical therapy effects on temporomandibular disorder. **Rev Dor**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 6-9, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150002>. Acesso em: 16 fev. 2022.

PROBST, L. F. *et al.* Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s. l.], v.24, n.12, p.4437-4448, dez.2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23132019>. Acesso em: 09 dez. 2021.

PUCCA JÚNIOR, G. A., *et al.* Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da política nacional de saúde bucal “Brasil Sorridente”. **Tempus, Actas Saúde Colet**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 29-43, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2629>. Acesso em: 16 dec. 2021.

QUEIROZ, D. M. *et al.* Desafios e potencialidades para produção do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Rev Bras Enferm.** [s. l.], v. 74, n. 05, p. 1-11, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>. Acesso em: 26 jul. 2022.

QUEK, S. Y. P. *et al.* A new adjunctive tool to aid in the diagnosis of myogenous temporomandibular disorder pain originating from the masseter and temporalis muscles: twin-block technique. **J Indian Prosthodont Soc**, Índia, v. 18, n. 2, p. 181-185, apr. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jips.jips_293_17. Acesso em: 02 nov. 2021.

RACHED, C.D.A.; MATHIAS, D. Monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência no Sistema Único de Saúde: proposta de um roteiro para auxiliar o gestor. **Rev Gestão Sistema Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 173-188, maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistar-gss/article/view/12803/6333>. Acesso em: 16 dez. 2022.

RAHMEIER G. *et al.* Avaliação do conhecimento dos estudantes de Odontologia da UFSM sobre DTM e bruxismo. **Rev ABENO**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1253>. Acesso em: 18 jul. 2022.

RAHMEIER, G. *et al.* Avaliação do conhecimento dos estudantes de Odontologia da UFSM sobre DTM e bruxismo. **Rev ABENO**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1253-1253, dez. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1253>. Acesso em: 06 abr. 2022.

RAI, S. *et al.* Prospective utility of therapeutic ultrasound in dentistry-Review with recent comprehensive update. **Adv Biomed Res**, India, v. 1, n. 3, p. 1-7, aug. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/2277-9175.100153>. Acesso em: 22 mar. 2022.

RAM, H. K.; SHAH, D. N. Comparative evaluation of occlusal splint therapy and muscle energy technique in the management of temporomandibular disorders: a randomized controlled clinical trial. **J Indian Prosthodont Soc**, India, v. 21, n. 4, p. 356-365, oct. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jips.jips_332_21. Acesso em: 12 mar. 2022.

RAUCH, A. *et al.* Patients referred to a German TMD-specialized consultation hour-a retrospective on patients without a diagnosis according to RDC/TMD decision trees. **Clin Oral Investig**, Germany, v. 25, n. 10, p 5641-5647, oct. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00784-021-03866-z>. Acesso em: 06 abr. 2022.

RELA, M. O. V. *et al.* Análise da terapia craniossacral na disfunção temporomandibular associada a cefaleia tensional. **Rev Odontol UNESP**, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 1-9, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.03621>. Acesso em: 14 abr. 2021.

RESENDE, C. M. B. M. *et al.* Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. **Brazilian Oral Research**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 116-121, mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-83242013005000006>. Acesso em: 05 dec. 2021.

RESENDE, C. M. B. M. *et al.* Short-term effectiveness of conservative therapies in pain, quality of life, and sleep in patients with temporomandibular disorders: a randomized clinical trial. **Cranio**, England, v. 39, n. 4, p. 335-343, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08869634.2019.1627068>. Acesso em: 02 dec. 2021.

RESTREPO, C. *et al.* Association between psychological factors and temporomandibular disorders in adolescents of rural and urban zones. **BMC Oral Health**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 140, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01485-4>. Acesso em: 01 ago. 2021.

RHODEN, A. *et al.* Avaliação da ocorrência e dos conhecimentos sobre disfunção temporomandibular em profissionais da equipe de saúde da família do grupo hospitalar Conceição. **Rev Faculdade Odontol UPF**, [s. l.], n. 25, v. 1, p. 16-25, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v25i1.10285>. Acesso em: 08 jan. 2022.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto terapêutico singular e processo de enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Rev Gaúcha Enferm.** [s. l.], v. 39, n. 1, p. 1-11, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057>. Acesso em: 26 jul. 2022.

RODRIGUES-BIGATON, D.; CASTRO, E. M.; PIRES, P. F. Factor and Rasch analysis of the Fonseca anamnestic index for the diagnosis of myogenous temporomandibular disorder. **Braz J Phys Ther**, Brazil, v. 21, n. 2, p. 120-126, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.03.007>. Acesso em: 28 nov. 2021.

ROTPENPIAN, N.; YAKKAPHAN, P. Review of literatures: physiology of orofacial pain in dentistry. **eNeuro**, United States, v. 8, n. 2, p. 1-7, apr. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33820801/>. Acesso em: 20 aug. 2021.

SABATO, E. *et al.* Integrating social determinants of health into dental curricula: an interprofessional approach. **J Dent Educ.** United States, v. 82, n. 3, p. 237-245, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21815/JDE.018.022>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SALES, P. S. M. *et al.* Does the teaching of dentistry guarantee the necessary knowledge of occlusion and temporomandibular joint?. **RSD**, [s. l.], v. 10, n. 9, p. e9610917589, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17589>. Acesso em: 05 jun. 2023.

SÁNCHEZ-TORRELO, C. M. *et al.* Transcultural Adaptation and Validation of the Fonseca Anamnestic Index in a Spanish Population with Temporomandibular Disorders. **J Clin Med**, Switzerland, v. 9, n. 10, p. 1-11, oct. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm9103230>. Acesso em: 07 jun. 2023.

SANDERS, A. E. *et al.* Subjective sleep quality deteriorates before development of painful temporomandibular disorder. **J Pain**, United States, v. 17, n. 6, p. 669-677, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.004>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SASSI, F. C. *et al.* Tratamento para disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática. **Audiol Commun Res**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 1-13, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1871>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SAXTON, S. N. *et al.* Restoring perivascular adipose tissue function in obesity using exercise. **Cardiovasc Drugs Ther**, United States, v. 35, n. 6, p. 1291-1304, dec. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10557-020-07136-0>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SCHATMAN, M. E.; FORTINO, M. G. The problem (and the answer?) to the limited availability of pain psychologists: can clinical social workers help? **J Pain Res**, New Zealand, v. 13, n. 1, p. 3525-3529, dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/jpr.s297312>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SCHIFFMAN, E. *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**, United States, v. 28, n. 1, p. 6-27, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/jop.1151>. Acesso em: 18 oct. 2021.

SEERIG, L. M. *et al.* Acúmulo de risco decorrente da pobreza e perda dentária aos 31 anos, coorte de nascidos vivos de 1982, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 8, p. 1-12, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00167619>. Acesso em: 08 dez. 2021.

ŞEN, S. *et al.* Comparison of acupuncture on specific and non-specific points for the treatment of painful temporomandibular disorders: a randomised controlled trial. **J Oral Rehabil**, England, v. 47, n. 7, p. 783-795, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.12952>. Acesso em: 06 mar. 2022.

SEO, H. *et al.* Healthcare utilisation and costs for temporomandibular disorders: a descriptive, cross-sectional study. **BMJ Open**, England, v. 10, n. 10, p. 1-16, oct. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036768>. Acesso em: 02 dez. 2021.

SERRITELLA, E. *et al.* Comparison of the effectiveness of three different acupuncture methods for tmd-related pain: a randomized clinical study. **Evid Based Complement Alternat Med**, United States, v. 2021, n. 1, p. 1-10, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2021/1286570>. Acesso em: 16 mar. 2022.

SHOUSHA, T.; ALAYAT, M.; MOUSTAFA, I. Effects of low-level laser therapy versus soft occlusive splints on mouth opening and surface electromyography in females with temporomandibular dysfunction: a randomized-controlled study. **PLoS One**, United States, v. 16, n. 10, p. 1-14, oct. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258063>. Acesso em: 24 mar. 2022.

SHRIVASTAVA, M.; BATTAGLINO, R.; YE, L. A comprehensive review on biomarkers associated with painful temporomandibular disorders. **Int J Oral Sci**, India, v. 13, n. 1, p. 1-13, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41368-021-00129-1>. Acesso em: 18 nov. 2021.

SILVA, P. A.; LOPES, M. T. F. F.; FREIRE, F. S. A prospective study of 138 arthroscopies of the temporomandibular joint. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, [s. l.], v. 81, n. 4, p. 352-357, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.08.021>. Acesso em: 16 jan. 2022.

SILVA, A. I. *et al.* Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enferm**. [s. l.], v. 21, n. 3, p. 1-8, set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45437>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SILVA, M. C. V. S. *et al.* Fatores correlacionados à etiologia das disfunções temporomandibulares versus reabilitações protéticas: revisão de literatura. **Ver Campo Saber**, [s. l.], v. 4, n. 5, p. 122-133, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/172/149>. Acesso em: 16 jan. 2022.

SILVA, L. N. *et al.* A presença da disciplina de dor orofacial e disfunção temporomandibular nas faculdades de odontologia do nordeste brasileiro. **RSD**, [s. l.], v. 9, n. 10, 1-13, dez. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9049>. Acesso em: 3 abr. 2022.

SILVA, J. M. D. *et al.* Associação de terapias fisioterapêuticas e odontológicas no tratamento de disfunção temporomandibular: revisão integrativa. **Ens Ciência**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 521-527, dez. 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2021v25n4p521-527>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SILVA, D. J. R. S. *et al.* Desafios da atuação do fisioterapeuta no NASF-AB: uma revisão da literatura. **Prátic Cuid Rev Saúde Coletiva**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 1-14, mar. 2021b. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/10144>. Acesso em: 16 abr. 2022.

SILVA, R. M.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Cienc Saude Colet**. [s. l.], v. 25, n. 6, p. 2259-2270, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.15992018>. Acesso em: 16 jul. 2022.

SINDONA, C. *et al.* Temporomandibular disorders slow down the regeneration process of masticatory muscles: transcriptomic analysis. **Medicina (Kaunas)**. Switzerland, v. 57, n. 4, p. 1-12, apr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina57040354>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SLADE, G. D. *et al.* Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OPPERA studies. **J Dent Res**, United States, v. 95, n. 10, p. 1084-92, sep. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034516653743>. Acesso em: 06 feb. 2022.

SMITH, S. B. *et al.* Genome-wide association reveals contribution of MRAS to painful temporomandibular disorder in males. **Pain**, United States, v. 160, n. 3, p. 579-591, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001438>. Acesso em: 07 maio 2022.

SOBRAL, A. P. *et al.* Photobiomodulation and myofascial temporomandibular disorder: Systematic review and meta-analysis followed by cost-effectiveness analysis. **J Clin Exp Dent**, Spain, v. 13, n. 7, p. 724-732, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/jced.58084>. Acesso em: 16 mar. 2022.

SOLEMAN, C.; MARTINS, C. L. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. **Rev CEFAC**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 1241-1253, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517417114>. Acesso em: 05 abr. 2022.

SOUSA, D. F. M. *et al.* Photobiomodulation with simultaneous use of red and infrared light emitting diodes in the treatment of temporomandibular disorder: study protocol for a randomized, controlled and double-blind clinical trial. **Medicine (Baltimore)**, United States, v. 98, n. 6, p. 1-7, feb. 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000014391>. Acesso em: 24 aug. 2021.

SOUSA F. T. L. *et al.* Projeto terapêutico singular: uma ferramenta de promoção da saúde do idoso. **REAS**, [s. l.], v. 24, n. 01, p. 1-7, jun. 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e659.2019>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SOUSA, B. M. *et al.* Different treatments in patients with temporomandibular joint disorders: a comparative randomized study. **Medicina (Kaunas)**, Switzerland, v. 56, n. 3, p. 1-10, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina56030113>. Acesso em: 18 mar. 2022.

SOUZA, G. C. *et al.* Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista Salud Pública**, [s. l.], v. 17, n. 3, 416-428, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44305>. Acesso em: 02 jan. 2022.

SOUZA, M. O.; SANTOS, K. O. B. Atuação do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Fisioter move**, Curitiba, v. 30, n. 2, p. 237-246, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.002.AO04>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SOUZA, A. F. *et al.* Safety protocols for dental care during the COVID-19 pandemic: the experience of a Brazilian hospital service. **Braz oral res**, [s. l.], v. 35 n. 1, p. 1-13, may 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0070>. Acesso em: 26 jan. 2022.

STANEK, A.; BROŻYNA-TKACZYK, K.; MYŚLIŃSKI, W. The Role of obesity-induced perivascular adipose tissue (PVAT) dysfunction in vascular homeostasis. **Nutrients**, Switzerland, v. 13, n. 11, p. 2-18, oct. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu13113843>. Acesso em: 24 feb. 2022.

STEENKS, M. H.; TÜRP, J. C.; WIJER, A. Reliability and validity of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders axis i in clinical and research settings: a critical appraisal. **J Oral Facial Pain Headache**, United States, v. 32, n. 1, p. 7-18, winter, 2018. doi:10.11607/ofph.1704 Disponível em: <https://doi.org/10.11607/ofph.1704>. Acesso em: 22 nov. 2021.

STEIN, C. *et al.* Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 1-10, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054819>. Acesso em: 01 nov. 2021.

SUNG, S. H. *et al.* Electroacupuncture for temporomandibular disorders: a systematic review of randomized controlled trials. **Healthcare (Basel)**, Switzerland, v. 9, n. 11, p. 1-13, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare9111497>. Acesso em: 16 mar. 2022.

TALAAT, W. M.; ADEL, O. I.; BAYATTI, A. S. Prevalence of temporomandibular disorders discovered incidentally during routine dental examination using the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, United States, n. 125, v. 3, p. 250-259, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2017.11.012>. Acesso em: 16 nov. 2021.

TARAKJI, B. *et al.* Adverse effects of smoking on musculoskeletal health. **Mo Med**, United States, v. 114, n. 4, p. 268-271, jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140077/>. Acesso em: 22 feb. 2022.

TARTAGLIA, G. M. *et al.* Connelly ST. Electroporation technique for joint pain - Pilot feasibility study on TMD patients. **Clin Exp Dent Res**, United States, v. 6, n. 6, p. 642-649, dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cre2.327>. Acesso em: 12 mar. 2022.

TCHIVILEVA, I. E. *et al.* Clinical, psychological, and sensory characteristics associated with headache attributed to temporomandibular disorder in people with chronic myogenous temporomandibular disorder and primary headaches. **J Headache Pain**, v. 22, n. 1, p. 1-11, may 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s10194-021-01255-1>. Acesso em: 10 jun. 2023.

TESHOME, A.; MUCHE, A.; GIRMA, B. Prevalence of dental caries and associated factors in east Africa, 2000-2020: systematic review and meta-analysis. **Front Public Health**, Switzerland, v. 9, n. 1, p. 1-15, apr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.645091>. Acesso em: 26 feb. 2022.

THEROUX, J. *et al.* A cross-sectional study of the association between anxiety and temporomandibular disorder in Australian chiropractic students. **J Chiropr Educ**, United States, v. 33, n. 2, p. 111-117, oct. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7899/jce-18-3>. Acesso em: 18 feb. 2022.

TORRES, D. *et al.* Intra-articular corticosteroids for treatment of temporomandibular joint internal disorders: protocol for systematic review and network meta-analysis. **BMJ Open**, England, v. 10, n. 9, p. 1-5, sept. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32895260/>. Acesso em: 20 aug. 2021.

TOURNAVITIS, A. *et al.* Psychopathologic profiles of TMD patients with different pain locations. **Int J Prosthodont**, United States, v. 30, n. 3, p. 251-257, may 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/ijp.5155>. Acesso em: 08 Feb. 2022.

TRINDADE, D. *et al.* Biological treatments for temporomandibular joint disc disorders: strategies in tissue engineering. **Biomolecules**, Switzerland, v. 11, n. 7, p. 1-17, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/biom11070933>. Acesso em: 06 mar. 2022.

TRIZE, D. M., *et al.* Is quality of life affected by temporomandibular disorders?. **Einstein**. São Paulo, v. 16, n. 04, p. 1-6, nov. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018ao4339. Acesso em: 26 jul. 2022.

UCAR, M. *et al.* Effectiveness of a home exercise program in combination with ultrasound therapy for temporomandibular joint disorders. **J Phys Ther Sci**, Japan, v. 26, n. 12, p. 1847-1849, dec. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1589/jpts.26.1847>. Acesso em: 24 mar. 2022.

URBANI, G.; COZENDEY-SILVA, E. N.; JESUS, L. F. Temporomandibular joint dysfunction syndrome and police work stress: an integrative review. **Cienc Saude Colet**, [s. l.], v. 24, n. 7, p. 2767-2775, jul 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16162017>. Acesso em: 02 abr. 2022.

URBAŃSKI, P.; TRYBULEC, B.; PIHUT, M. The application of manual techniques in masticatory muscles relaxation as adjunctive therapy in the treatment of temporomandibular joint disorders. **Int J Environ Res Public Health**, Switzerland, v. 18, n. 24, p. 1-15, dec. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph182412970>. Acesso em: 22 mar. 2022.

VAN ZYL, S. *et al.* A comparison of the socio-behavioral-metabolic risk profiles and associated factors for chronic diseases of lifestyle in urban and rural communities in Central South Africa. **Front Public Health**, Switzerland, v. 8, n. 1, p. 1-14, oct. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3389%2F-fpubh.2020.570676>. Acesso em: 22 jan. 2022.

VERVAEKE, K. *et al.* Correlation of MRI and arthroscopic findings with clinical outcome in temporomandibular joint disorders: a retrospective cohort study. **Head Face Med**, England, v. 18, n. 2, p. 1-8, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13005-021-00305-y>. Acesso em: 15 fev. 2022.

VIANA, M. O. *et al.* Effect of a physical therapy protocol on the health related quality of life of patients with temporomandibular disorder. **Fisioter Mov**, Curitiba, v. 29, n. 3, p. 507-514, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.029.003.A008>. Acesso em: 12 mar. 2022.

VICTORIO, J. A. *et al.* Effects of high-fat and high-fat/high-sucrose diet-induced obesity on PVAT modulation of vascular function in male and female mice. **Front Pharmacol**, Switzerland, v. 12, n. 1, p. 1-11, sep. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.720224>. Acesso em: 24 fev. 2022.

VILELA, G.; VASCONCELOS, G. M.; CASTRO, M. L. Fisioterapia integrada à odontologia no tratamento da disfunção temporomandibular. **Facit Business and Technology Journal**, [s. l.], v. 3, n. 19, p. 29-41, out. 2020. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/723/527>. Acesso em: 14 abr. 2022.

WAKED, J. P. *et al.* Model for predicting temporomandibular dysfunction: use of classification tree analysis. **Braz Dent J**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 360-367, sep. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440202003279>. Acesso em: 28 sep. 2021.

WANG, L. *et al.* The effectiveness of acupuncture in management of functional constipation: a systematic review and meta-analysis. **Evid Based Complement Alternat Med**, United States, v. 2020, n. 1, p. 1-17, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2020/6137450>. Acesso em: 06 mar. 2022.

WATANABE, S. K. Diagnóstico da disfunção temporomandibular. **Rev Cienc Saude**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 1-5, jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v4i1.530>. Acesso em: 19 set. 2021.

WEBER, T. *et al.* Smoking and posttraumatic stress disorder symptomatology in orofacial pain. **J Dent Res**, United States, v. 95, n. 10, p. 1161-1168, sep. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034516661774>. Acesso em: 18 Feb. 2022.

WIECKIEWICZ, M. *et al.* Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. **J Headache Pain**, v. 16, n. 1, p. 1-12, dec. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s10194-015-0586-5>. Acesso em: 18 mar. 2022.

WILLIAMS, A. C. C. *et al.* Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. **Cochrane Database Syst Ver**, England, v. 8, n. 8, p. 101-111, aug. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007407.pub4>. Acesso em: 04 abr. 2022.

WU, J. Y. *et al.* Acupuncture therapy in the management of the clinical outcomes for temporomandibular disorders: a PRISMA-compliant meta-analysis. **Medicine (Baltimore)**, United States, v. 96, n. 9, p. 1-7, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.0000000000006064>. Acesso em: 12 set. 2021.

WU, M. *et al.* Therapeutic agents for the treatment of temporomandibular joint disorders: progress and perspective. **Front Pharmacol**, Switzerland, v. 11, n. 1, p. 1-17, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.596099>. Acesso em: 19 mar. 2022.

XIANG, T. *et al.* Animal models of temporomandibular disorder. **J Pain Res**, New Zealand, v. 14, n. 1, p. 1415-1430, may 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JPR.S303536>. Acesso em: 02 mar. 2022.

XU, L. *et al.* The Impact of education and physical therapy on oral behaviour in patients with temporomandibular disorder: a preliminary study. **Biomed Res Int**, [s. l.], v. 2021, n. 1, p. 1-7, jan. 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2021/6666680>. Acesso em: 16 mar. 2022.

XU, L. *et al.* Swertiamarin supplementation prevents obesity-related chronic inflammation and insulin resistance in mice fed a high-fat diet. **Adipocyte**, United States, v. 10, n. 1, p. 160-173, dec. 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21623945.2021.1906510>. Acesso em: 24 feb. 2022.

YADAV, U. *et al.* Influence of psychosocial factors and para-functional habits in temporomandibular disorders: a cross-sectional study. **Perm J**, United States, v. 24, n. 19, p. 1-5, apr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7812/TPP/19.144>. Acesso em: 14 feb. 2022.

YAP, A. U. *et al.* Psychometric properties of the Malay Fonseca Anamnestic Index for temporomandibular disorders. **Cranio**, England, p.1-8, apr. 2022. *Epub online ahead of print*. Doi:10.1080/08869634.2022.2059130. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08869634.2022.2059130>. Acesso em 07 jun. 2023.

YU, L. Y. *et al.* Orthodontic retreatment of an adult woman with mandibular backward positioning and temporomandibular joint disorder: a case report. **World J Clin Cases**, United States, v. 10, n. 2, p. 691-702, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i2.691>. Acesso em: 26 mar. 2022.

ZAMANI, A.; HAGHNEGAHDAR, A.; VOSSOUGH, M. Evaluation of association between the severity of temporomandibular disorders and quality of sleep in a selected Iranian population. **Front Dent**, Iran, v. 16, n. 3, p. 206-213, may 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18502/2Ffid.v16i3.1592>. Acesso em: 16 feb. 2022.

ZHANG, L. *et al.* Prognostic factor analysis in patients with temporomandibular disorders after reversible treatment: study protocol for a prospective cohort study in China. **BMJ Open**, England, v. 11, n. 7, p. 1-8, jul. 2021a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8086974/>. Acesso em: 10 dec. 2021.

ZHANG, L. *et al.* Effectiveness of exercise therapy versus occlusal splint therapy for the treatment of painful temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. **Ann Palliat Med**, China, v. 10, n. 6, p. 6122-6132, jun. 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/apm-21-451>. Acesso em: 30 mar. 2022.

ZHANG, Q. *et al.* Effectiveness of cognitive behavioral therapy on kinesiophobia and oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders, study protocol for a randomized controlled trial. **Medicine (Baltimore)**, United States, n. 99, v. 47, p. 1-9, nov. 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000023295>. Acesso em: 04 set. 2021.

ZHANG, M. J., *et al.* Psychometric evaluation of the Chinese version of the Fonseca anamnestic index for temporomandibular disorders. **J Oral Rehabil**, England, v. 47, n. 3, p. 313-318, mar. 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.12893>. Acesso em: 07 jun. 2023.

ZIEGELER, C.; WASILJEFF, K.; MAY, A. Nondental orofacial pain in dental practices - diagnosis, therapy and self-assessment of German dentists and dental students. **Eur J Pain**, England, v. 23, n. 1, p. 66-71, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejp.1283>. Acesso em: 04 abr. 2022.

ZOTELLI, V. L. R. *et al.* Patterns of energy imbalance of the meridians in patients with temporomandibular dysfunction. **J Acupunct Meridian Stud**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1-6, feb. 2018. Disponível em: Acesso em: 12 mar. 2022.

ZUMPE, L. *et al.* The oral health situation of 12-Year-Old school children in the rural region of ilembula in Southwestern Tanzania: a cross-sectional study. **Int J Environ Res Public Health**, Switzerland, v. 18, n. 22, p. 1-11, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph182212237>. Acesso em: 16 feb. 2022.

ZWIRI, A. *et al.* Biomarkers for temporomandibular disorders: current status and future directions. **Diagnostics (Basel)**, Switzerland, v. 10, n. 5, p. 1-18, may 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/diagnostics10050303>. Acesso em: 04 mar. 2022.