

REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL PARA TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – RELATO DE CASO

GLOBAL POSTURAL REEDUCATION FOR TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDER – CASE REPORT

Mirian Ilda da SILVA^{1*}, Sérgio SPEZZIA², Roberto Calvo JÚNIOR³

1. Fisioterapeuta e Especialista em Saúde da Mulher no Climatério pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP); 2. Cirurgião Dentista e Especialista em Saúde da Mulher no Climatério pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Especializando em Gestão em Saúde e em Adolescência para Equipe Multidisciplinar pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP). 3. Médico. Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor do Curso de Especialização de Saúde da Mulher no Climatério da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

* Rua Caetano Ruggiero, 335, Vila Butantã, São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 05360-040. luznairim@hotmail.com

Recebido em 14/05/2013. Aceito para publicação em 18/06/2013

RESUMO

Sabe-se que o Sistema Estomatognático age de forma integrada e harmônica, participando de forma interdependente da mastigação, deglutição, respiração, fonação e da postura corporal. Uma lesão em qualquer uma das suas partes, seja morfológica ou funcional, pode influenciar negativamente no padrão funcional de todo o sistema, podendo gerar, dentre outros transtornos, disfunção temporomandibular (DTM). O método da Reeducação Postural Global (RPG), tem como objetivo exercer ação sobre o músculo, bem como sobre as dores presentes, relaxando a contratatura e permitindo desbloqueio articular, restituindo a forma correta da postura. Paciente, sexo feminino, 46 anos apresentou-se, relatando dores crônicas em região cervical, dorsal e ombros bilateralmente com cefaléia matinal. Na avaliação postural, detectou-se anteriorização de cabeça e lateralização à esquerda acentuada. O tratamento fisioterápico dispensado foi RPG, com inclusão do Reequilíbrio Craniano, inicialmente durante 10 sessões de 45 minutos. Passados 6 meses, paciente retornou com cefaléia matinal e com tensão na região do masseter detectada à palpação. Realizaram-se novas sessões de RPG e sugeriu-se à paciente, avaliação odontológica por suspeitar-se de DTM, sendo constatado bruxismo, partindo-se para o uso de placa de mordida. Foi possível com o tratamento interdisciplinar promover o alívio da sintomatologia dolorosa.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema estomatognático, hábitos, postura.

ABSTRACT

It is known that the stomatognathic system acts in an integrated and harmonious, participating in an interdependent way of chewing, swallowing, breathing, speech and body posture.

Damage to any one of its parts, either morphological or functional, can negatively affect the functional pattern of the whole system, which can generate, among other disorders, temporomandibular dysfunction (TMD). The method of the Global Postural Reeducação (GPR), aims to pursue action on the muscle, as well as the present pains, relaxing and allowing release joint contracture, restoring the correct posture. Patient, female, 46 years presented, reporting chronic pain in the neck, back and shoulders bilaterally with morning headaches. Postural assessment detected a forward head and sharp left lateralization. The physical therapy was dispensed RPG, with inclusion of rebalancing cranial initially for 10 sessions of 45 minutes. After 6 months, the patient returned with morning headaches and tension in the masseter detected on palpation. There were new GPR sessions and suggested to the patient for dental evaluation is suspected of TMD, bruxism being observed, starting to use a bite plate. It was possible to promote the interdisciplinary treatment relief of painful symptoms.

KEYWORDS: Stomatognathic system, habits, posture.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Estomatognático age de forma integrada e harmônica e participa de forma interdependente da mastigação, deglutição, respiração, fonação e por consequência, da postura corporal. Uma lesão em qualquer uma das suas partes, seja morfológica ou funcional, pode influenciar negativamente no padrão funcional de todo o sistema e pode gerar, dentre outros transtornos, a disfunção temporomandibular (DTM)^{1,2}.

As DTMs constituem um grupo de condições dolorosas que provocam dores crônicas na região da cabeça,

articulações temporomandibulares (ATMs), músculos mastigatórios, região sub-occipital e musculatura supra-escapular e atingem cerca de 6 % da população brasileira³. Caracterizam-se por não apresentar obrigatoriamente patologias sintomáticas, mas alterações funcionais do sistema mastigatório. Existe uma classificação básica das mesmas em musculares, articulares e mistas⁴. Entende-se por dor orofacial (DOF), o conjunto de condições dolorosas provenientes da boca e face, incluindo a dor de dente, as DTM, as neuralgias, alguns tipos de cefaléias e outros quadros dolorosos⁴.

A origem da DTM é multifatorial com diagnóstico dificultoso. Sabe-se que seu tratamento engloba intervenção multiprofissional e que se deve evitar o emprego de terapias irreversíveis^{6,7}.

O corpo humano é uma unidade sincrônica e indissociável. Desta forma, a postura é um reflexo da eficiência do corpo em manter as estruturas e articulações em relações tais que exijam o mínimo de esforço e energia para exercer sua tarefa⁸.

Maus hábitos posturais adquiridos ao longo da vida, hábitos oclusais, parafuncionais, como morder agulhas, lápis, cachimbo, além da língua, lábios e bochechas podem ocasionar posicionamento anormal dos dentes e levar à oclusão traumática predispondo à disfunção na ATM^{9,10}.

Dentre os hábitos parafuncionais mais comuns temos o bruxismo, que consiste em um atrito rítmico dos dentes em movimentos não mastigatórios da mandíbula, ocorridos especialmente durante o sono¹¹.

O desequilíbrio postural da mandíbula é visto como fator contribuinte para as DTMs, já que o repouso dos músculos inseridos é afetado pela posição mandibular. Essa diferença de comprimento muscular irá causar mudanças compensatórias em outros músculos, como os da cintura escapular e coluna cervical e assim pode alterar todo equilíbrio musculoesquelético.

As disfunções crânio-mandibulares podem originar-se de patologias ascendentes e descendentes. Ascendentes quando se considera que problemas posturais situados abaixo do complexo craniomandibular são os responsáveis pela patologia. Descendentes quando se considera que a etiologia da disfunção está na região estomatognática. Uma terceira causa são as patologias mistas¹².

Alguns autores relataram tais comportamentos praticados em estudos realizados, como segue.

Okeson (1988)¹³ afirmou que para a cabeça ser mantida na posição ereta, os músculos anteriores que prendem o crânio à coluna cervical e a região dos ombros (trapézio, esternocleidomastoídeo, esplênio e outros) devem contrair-se. Na elevação da cabeça, há contração desses músculos contrabalançados pelos antagonistas (masseter, supra e infra-hióideos).

Rocabado (1979)¹⁴ relatou a importância da relação entre o sistema estomatognático, crânio e coluna cervical.

A estabilidade ortostática posterior do crânio sobre a coluna cervical é um fator importante no diagnóstico dos transtornos das funções crânio-mandibulares, tanto na criança como no adulto. Os músculos da cintura escapular também são fundamentais para manutenção postural correta da cabeça e do corpo, já que a região posterior é mais potente que a anterior e devem contrabalançar as forças da gravidade em sua totalidade.

Sabe-se que essas alterações posturais levam os pacientes a desenvolver algum tipo de sintomatologia ou de desconforto, o que os leva a buscar tratamento, este que muitas vezes assume caráter interdisciplinar (odontológico, fisioterapêutico, médico, psicológico, entre outras terapias na área de saúde que possam vir a ser requisitadas).

A dor é o principal sintoma que leva o paciente a procurar atendimento odontológico. Comumente relaciona-se com músculos hiperativos e com limitação do movimento mandibular, provocado pelo encurtamento e diminuição da flexibilidade muscular, com comprometimento da funcionalidade. O trauma e a fixação intermaxilar de prazo prolongado podem da mesma forma, desencadear contratura¹³.

A fisioterapia integrou-se à abordagem interdisciplinar advogada no tratamento da dor e das disfunções associadas com a desordem temporomandibular e outras condições de dor orofacial¹⁵. Tem como objetivo evitar a cirurgia, reposicionar a mandíbula com relação ao crânio para melhorar a função, minimizar a dor muscular, melhorar a amplitude de movimento, melhorar a postura, reeducar o paciente em relação ao posicionamento correto da mandíbula, reduzir a inflamação, reduzir a carga na articulação temporomandibular e fortalecer o sistema músculo-esquelético¹⁶.

O recurso fisioterápico é reconhecido como um método conservador efetivo de tratamento empregado em vários problemas disfuncionais e dolorosos do sistema mastigatório, advindo da sua natureza conservadora e reversível, o tratamento fisioterápico, portanto, possui utilidade efetiva para uso odontológico^{17,18}.

A Reeducação Postural Global (RPG) é uma das técnicas empregadas nesses tratamentos e no tratamento das DTMs. O método consiste em propiciar ao paciente a possibilidade da realização de posturas específicas, que tem como objetivo exercer ação sobre o músculo, promovendo relaxamento da contratura, permitindo desbloqueio articular¹⁹.

Souchard (1986)²⁰ afirmou que uma tensão inicial nas cadeias musculares é responsável por uma sucessão de tensões associadas. Cada vez que um músculo se encurta, aproxima suas extremidades e desloca os ossos sobre os quais ele se insere, assim, as articulações se bloqueiam e o corpo se deforma. Em contrapartida, promovendo a resolução dessas deformidades e bloqueios articulares, podemos encontrar na fisioterapia um recurso válido para

o cirurgião dentista frente a certos distúrbios dolorosos e disfuncionais do sistema mastigatório, sendo esta usada, em muitos casos, concomitantemente a outros tratamentos.

Nesse contexto empregam-se as posturas de RPG, que são orientadas por um fisioterapeuta, através de tratamento individualizado, não tendo restrição de idade, possuindo indicação para pessoas de qualquer faixa etária.

O presente artigo procurou demonstrar o importante papel que a terapêutica interdisciplinar desempenha na resolução clínica dos casos.

2. RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 46 anos, 1,58m, 68 kg, raça branca, educadora física, sem história congênita de alteração postural, compareceu ao consultório devido indicação médica com relato de dores crônicas em região cérvico-torácica e dores de cabeça matinais.

Na anamnese clínica, paciente relatou dor de cabeça matinal, persistente há quase um ano e algia em região cervical, dorsal e ombros. Relatou ainda grande desconforto em região escapular à esquerda, onde apresentava travamentos mecânicos, com dificuldade, inclusive, na realização de movimentos simples como pentear o cabelo ou colocar uma blusa. Foram descartados problemas estomacais, sinusites e rinites, bem como problemas oftalmológicos que pudessem interferir nas dores de cabeça relatadas. Considerando-se exames complementares com laudo médico, trazidos pela paciente, como ressonância magnética e RX de região cervical, foi descartada a presença de protrusão, osteófitos, estenoses, hérnia de disco, ou qualquer comprometimento das vértebras cervicais.

Foi realizada avaliação postural clássica do método da RPG por fisioterapeuta experiente na área.

Paciente foi colocada em posição ortostática clássica para detectarmos as possíveis alterações posturais. Foram observadas as faces dorsal, ventral e lateral direita e esquerda. Detectaram-se as seguintes alterações posturais: anteriorização de cabeça, retificação de coluna cervical, lateralização de cabeça à esquerda acentuada, com rotação do mesmo lado, ombros protrusos, assimetria em espinha ilíaca antero superior de 0,5 cm, retroversão pélvica, retopé valgo, antepé varo e arco plantar diminuído.

Também analisamos a paciente em decúbito dorsal, com extensão total de membros inferiores. Essa postura permitiu uma visualização global da paciente na referida posição, onde analisamos as compensações de cada estrutura. Paciente apresentava grande inclinação lateral de cabeça à esquerda, caracterizando um encurtamento muscular do esternocleidomastoídeo, associado a rotação de cabeça do mesmo lado, caracterizando encurtamento do músculo longo da cabeça, essa associação promoveu

deslocamento de cabeça, sinalizando uma hiperflexão de pescoço posterior. Convém frisar, que esse movimento pode prejudicar a oxigenação das cervicais, originando dores de cabeça.

As escápulas encontravam-se em assimetria e a dor-salgia foi acentuada, com retroversão pélvica evidente.

Ao avaliarmos os joelhos, notamos que a fossa poplíteia não estava em contato com a maca, caracterizando uma hiperextensão de joelhos.

Paciente não apresentou respiração espontânea ao ser colocada nessa posição, caracterizando uma retração dos músculos respiratórios, bem como padrão respiratório torácico e não diafragmático, o que promovia uma tensão em músculos auxiliares da respiração.

Em posição ereta com flexão parcial de tronco, procedeu-se a avaliação de possíveis escolioses, no entanto, no ato da realização do exame clínico, nada foi encontrado.

Iniciamos o tratamento com liberação dos músculos respiratórios, passivamente, por meio de manobras nas fâscias musculares correspondentes. Enfatizamos liberações das fâscias dos músculos inspiratórios (diafragma, escalenos e intercostais e acessórios da respiração - peitoral maior, peitoral menor, trapézio, serrátil anterior e esternocleidomastoídeo), visto que esses músculos estão intimamente ligados aos bloqueios respiratórios que, consequentemente, promovem tensões na região cranio-cervical. Em seguida, fez-se uso da postura clássica da RPG, chamada de “rã deitada”, que é caracterizada pela postura em decúbito dorsal em semi-extensão de membros inferiores.

Executamos o tratamento de acordo com os princípios da RPG, inicialmente sem carga, evoluindo gradativamente a cada sessão, caminhando até que a paciente alcançasse a postura ideal nesse primeiro momento, com extensão total dos membros inferiores. Durante o tratamento, incluímos a técnica do Reequilíbrio Craniano, que consiste na liberação do músculo masseter através de palpção pelo fisioterapeuta com pequenos movimentos na região, onde aplicou-se uma pequena pressão com o polegar, palpando a face externa da paciente. Com o indicador palpou-se a face interna, partindo-se para a realização de exercícios específicos para liberação da região mandibular, que foram executados ativamente pela paciente com orientação fisioterapêutica. Foram eles: deslocamento mandibular à direita, deslocamento mandibular à esquerda, protrusão da mandíbula centralmente e abertura de boca suavemente. Tais exercícios favoreceram o relaxamento muscular da face, bem como fortaleceram as musculaturas relacionadas.

Apesar de trabalharmos globalmente, optamos em enfatizar as assimetrias superiores, pois o relato prioritário da paciente eram dores de cabeça matinais e algias na região cervical e dorsal, pretendeu-se assim, amenizar as algias, em um primeiro momento.

Ao final de cada sessão, paciente relatava melhora nas dores musculares, relaxamento das musculaturas da face e melhora da postura corporal.

O tratamento consistiu em 10 sessões de RPG com 45 minutos cada.

Ao término das 10 primeiras sessões, paciente relatou diminuição das dores musculares, porém as dores de cabeça e tensão em região de trapézio persistiam, principalmente em situação de grande estresse e nas tensões pré-menstruais (TPMs).

Reavaliamos a paciente ao final das 10 sessões e registramos melhoras consideradas em região superior, principalmente na lateralização, rotação e hiperextensão de pescoço.

Em conjunto com a paciente, analisamos os resultados obtidos e decidimos dar continuidade ao tratamento com mais 10 sessões de 45 minutos cada.

Em uma dessas sessões, a paciente relatou que a forma como estava visualizando imagens de objetos se modificava, pois, com a inclinação de cabeça, muitos objetos estavam sendo visualizados de maneira inclinada, a exemplo, normalmente acertava-se um quadro na parede achando que o mesmo estava inclinado à esquerda. Após a RPG, paciente constatou que o quadro não estava inclinado e sim sua maneira de enxergá-lo é que promovia a assimetria.

Desta forma, pudemos discernir que qualquer alteração corporal que possa modificar o eixo corporal, pode, não só alterar nosso plano funcional, como afetar nosso plano emocional e sensorial.

Optamos por dar continuidade ao tratamento, para enfatizarmos desta vez, uma melhora da simetria corporal. Incluímos nessas sessões, a atribuição a paciente de outras posturas, dentre elas: postura em 1º esquadro (“rã no ar”) e postura em pé com apoio. Ao término das 10 sessões, paciente apresentava simetria de cabeça e ombros, EIAS e pés. Após avaliação postural final, detectamos que a cifose dorsal e a retificação na região lombar persistiam. Concluímos que o biótipo físico da paciente tendia a esse posicionamento e respeitamos a evolução alcançada. Durante esse período, as dores de cabeça ainda estavam presentes em alguns momentos, apesar de se manifestarem com menor intensidade, segundo relatou a própria paciente.

Paciente apresentou melhora no padrão de respiração, com menor dificuldade para executar exercícios físicos.

Feito isso, paciente referiu melhora do quadro álgico e a alta foi concedida.

A paciente permaneceu em acompanhamento e em estado de observação por mais ou menos 6 meses. Nesse período houve relato de melhora do quadro álgico, porém em estado de estresse e tensão pré-menstrual (TPM), as dores de cabeça reapareciam. Ao final de 6 meses, paciente retornou ao consultório, ocasião em que foi feita nova prescrição de RPG, pois as dores de cabeça se

acentuaram.

Concomitante ao quadro fisioterápico, notou-se muita tensão em região de masseter, após reavaliação, através do toque e relato de dores de cabeça matinais em escala acentuada. Sugeriu-se à paciente procurar um cirurgião dentista para averiguação e foi feito o encaminhamento.

Ao procurar o cirurgião dentista recomendado não houve diagnóstico de mordida cruzada ou problemas oclusais, porém havia bruxismo. Foram prescritos exercícios específicos para liberação da musculatura da face, utilização de placa oclusal, compressas quentes diárias em região de face e ombros, durante 20 minutos e 3 vezes ao dia.

As dores melhoraram, porém ainda continuaram por aproximadamente 6 meses, eventualmente. As dores coincidiam com a fase de TPM. Depois desse período, houve estabilização das dores. A placa oclusal ainda está sendo utilizada.

A paciente permanece acompanhada por aparato do tratamento odontológico até a presente data, onde faz procedimentos de ajustes da placa estabilizadora.

3. DISCUSSÃO

Um dos aspectos pouco estudados na DTM é a sua relação com a postura da cabeça, coluna cervical e região de membros superiores.

As alterações posturais da cabeça, do pescoço e dos ombros podem ser fatores etiológicos das disfunções. O profissional responsável pelo tratamento da oclusão deve conhecer perfeitamente a posturologia. Distúrbios da oclusão descompensam o sistema tônico postural e os distúrbios posturais desequilibram o sistema estomatognático e são um obstáculo à sua correção.

Existem inúmeras técnicas fisioterapêuticas para pacientes que sofrem de problemas de DTM, porém a abordagem deve ser de forma específica e individual, tanto do ponto de vista bucal, como postural²¹. São mencionados abaixo, estudos onde seus autores intervieram em alguns tipos de manifestações clínicas de DTM relacionadas com alterações posturais, além disso, outros estudos onde pode-se notar similaridade com o relato de caso apresentado foram citados.

Gonzales *et al.* (2008)²² relataram que indivíduos com DTM severa apresentavam maior anteriorização de cabeça em relação a angulação de DTM leve. A maior alteração postural encontrada achava-se exatamente na parte superior do corpo.

Dao *et al.* (1998)²³ relacionaram os hormônios reprodutivos com a dor miofascial em mulheres em faixa etária reprodutiva por meio de um grupo fazendo uso de contraceptivos e outros não, chegando a resultados em que o grupo que não fazia uso, sofria de dor frequente, o que poderia justificar uma predominância maior nas mulheres, principalmente, durante os anos de reprodu-

ção, decrescendo depois na menopausa. Esses achados tem similaridade com nosso relato de caso com a paciente em idade fértil e sem fazer uso de contraceptivos. Pode-se pressupor, a partir daí, que talvez seria essa uma das causas responsáveis pela sintomatologia dolorosa relatada.

Silva *et al.* (2004)⁸ em seu estudo relataram alterações das funções estomatognáticas (mastigação, fala, deglutição e respiração) com 66,7% da amostra apresentando alteração postural, e 73,3% dos pacientes apresentando desvio de cabeça, o que foi também observado em nosso caso. Verificou-se ainda, neste estudo, que existe uma grande correlação entre os desvios posturais da cadeia muscular anterior e problemas respiratórios.

Alterações posturais como a escoliose, podem ter relação com a mordida cruzada, e com desvios laterais de mandíbula. Assim, o crânio tende a um deslocamento para o lado da má oclusão, implicando em prejuízo mastigatório²⁴. A paciente citada no relato de caso não apresentava sinais de escoliose, porém a hipercifose era evidente, o que poderia ter favorecido o bruxismo, apesar de não terem sido detectados problemas de oclusão na avaliação ortodôntica, porém o deslocamento de cabeça era evidente à esquerda.

O trabalho postural nas DTMs baseia-se no emprego da RPG, o que é feito por intermédio de exercícios ativos excêntricos, nos quais temos ao mesmo tempo, aumento de tensão e também realização do movimento de alongamento voluntário do músculo. Esse tipo de exercício é o que mais rapidamente estimula adição de sarcômeros em série, produzindo alongamento, hipertrofia muscular e remodelação do tecido conjuntivo. Tais exercícios contemplam a demanda do corpo no que diz respeito à reeducação postural, pois a tendência da nossa musculatura antigravitacional é de se encurtar, perder flexibilidade. Os exercícios são realizados à luz da noção da globalidade, que se traduz na organização das cadeias musculares/miofasciais, onde se pretende não permitir nenhuma compensação durante a postura de alongamento. A respiração é chave nesse processo, sendo trabalhada junto com a postura de alongamento²⁰.

Rocabado (1979)¹⁴ relatou que a terapia com pacientes portadores de alterações oclusais deve propiciar alongamento e fortalecimento da musculatura. Por meio da RPG, o paciente beneficia-se ainda do fortalecimento do tônus postural, da eliminação de tensões acumuladas por problemas emocionais, do alívio de problemas pulmonares, entre outros.

A posturologia permite em todos os casos, a obtenção de resultados mais rápidos evitando perturbações frequentemente desastrosas para o sistema postural. Aprender a administrar o estresse é igualmente um ponto importante da terapêutica; o paciente deve aprender a relaxar seu queixo principalmente antes de dormir e diversas técnicas podem ser utilizadas²⁵.

O principais objetivos para tratamento das DTMs são: controle da dor e do desconforto, geralmente usando tratamento sintomático reversível; melhoria da função prejudicada pelo controle de fatores precipitantes ou de apoio e tratamento das sequelas patológicas residuais.

Os cirurgiões dentistas devem estudar continuamente os efeitos clínicos e os mecanismos fisiológicos subjacentes das técnicas fisioterapêuticas, visando amplificar a conduta com pacientes com dor e disfunção do sistema músculo-esquelético mastigatório. Nos casos em que existe falta de embasamento inerente as diferentes técnicas fisioterapêuticas disponíveis para o cirurgião dentista, deve haver cooperação mútua entre fisioterapeutas e cirurgiões dentistas para confirmação da técnica que realmente tem aplicabilidade clínica efetiva.

4. CONCLUSÃO

Concluiu-se que com a terapêutica empregada pode-se propiciar melhora na qualidade de vida de indivíduos acometidos por DTMs.

Portadores de DTM associados a desvios posturais beneficiam-se do tratamento proposto pelo método de RPG, associando-se tratamentos odontológicos em alguns casos.

É importante a conscientização do paciente e da equipe multidisciplinar sobre os hábitos parafuncionais, que podem interferir diretamente no tratamento, caso persistam.

REFERÊNCIAS

- [1]. Matta MAP, Honorato DC. Uma abordagem fisioterapêutica nas desordens temporomandibulares: estudo retrospectivo. *Rev Fisioter Univ São Paulo*. 2003; 10:77-83.
- [2]. Olivo SA, Bravo J, Magee DJ, Thie NM, Major PW, Flores-Mir C. The association between head and cervical posture and temporomandibular disorders: a systematic review. *J Orfac Pain*. 2006; 20(1):9-23.
- [3]. Siqueira JTT. As consequências das dores orofaciais para a saúde. *J Dor*; 2005; 18:3.
- [4]. Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial e disfunção temporomandibular: abordagem clínica atual. *JBO*. 1998; 17(73):36-50.
- [5]. Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Maio; 2001; 374-404.
- [6]. Selaimen C, Brilhante DP, Grossi ML, Grossi PK. Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2007; 12(6):1629-39.
- [7]. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 6ª. ed. St Louis: Mosby 2008.
- [8]. Silva APP, Vitalino RAB, Martinez M, Chiapetta ALML. Correlação entre a postura corporal e mastigação após a denteição mista. *Rev CEFAC*. 2004; 6(4):363-9.

- [9]. Morais JV, Bottino MA. Papel da oclusão nos distúrbios da articulação temporomandibular. *Rev Fac Odontol São José dos Campos*. 1972; 1:27-31.
- [10]. Hanson ML, Barret RH. Fundamentos da miologia orofacial, Rio de Janeiro, enelivros, 1998; 331-75.
- [11]. Leles CR, Melo M. Bruxismo e apertamento dental: Uma conduta clínica racional. *Rev Odontol Brasil Central*, n.15, p.22-6, 1995
- [12]. Ferraz JAM, et al. Avaliação da prevalência das alterações posturais em pacientes com desordem temporomandibular: uma proposta terapêutica. *Revista Serviço ATM*. 2004; 2(4):25-32.
- [13]. Okeson JP. Dor facial – guia para avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessencia, 1988.
- [14]. Rocabado SM. Cabeza y cuello: tratamiento articular. Buenos Aires: Intermédica, 1979;55-7.
- [15]. Basso D, Corrêa E, Silva AM. Efeito da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2010; 17(1):63-8.
- [16]. Alves A, et al. Articulação temporomandibular. 2002. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/traumato/atm.htm>. Acesso em: 13 maio de 2004.
- [17]. Graff-Radford SB, Reeves JL, Jaeger B. Management of chronic head and neck pain: effectiveness of altering factors perpetuating myofascial pain. *Headache*. 1987; 27(4):186-90.
- [18]. Olesen J. Classification of Headache. In: *The Headaches*. OLESEN, J.; Tfelt-Hansen, P.; Welch, K.M.A. (editors). 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:9-15.
- [19]. Vanti C, Generali A, Ferrari S, Nava T, Tosarelli D, Pilastrini P. La rieducazione posturale globale nelle patologie músculo-scheletriche: evidenze scientifiche e indicazione cliniche. *Rev Reumat*. 2007; 59(3):192-201.
- [20]. Souchard PE. *Reeducação Postural Global*. 2ª ed. São Paulo: Ícone, 1986.
- [21]. Brech GC, Augusto CS, Ferrero P, Alonso AC. Alterações posturais e tratamento fisioterapêutico em respiradores bucais: revisão de literatura. *ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia*. 2009;27(2):80-4.
- [22]. Gonzales DAB, Andrade DV, Gonzales TO, Martins MD, Fernandes KPS, Corrêa JCF, et al. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2008; 18(1):79-86.
- [23]. Dao TT, Knight K, Ton-That V. Modulation of myofascial pain by the reproductive hormones: A preliminar report. *J Prosthet Dent*. 1998; 79(6):663-70.
- [24]. Cunha DA, Silva HJ, Fontes ML, Paixão C, Maciel A. Reeducação postural global (RPG): contribuições ao paciente respirador oral em fonoterapia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007; 7(2):53-9.
- [25]. Bricot B. *Posturologia*, São Paulo. Ed. Ícone. 1999, 270p.

