

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA POPULAÇÃO: PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE COLETIVA

TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS IN THE POPULATION: PREVALENCE, ASSOCIATED FACTORS, AND IMPLICATIONS FOR PUBLIC HEALTH

TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN LA POBLACIÓN: PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS E IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA

Mateus Ícaro dos Santos Costa¹
Mariana Ventura Chaves Fernandes²
Luana Kellyne Rocha da Costa³
Erika Sayuri Murakami⁴
Ramyllé Aryelle Chaves Ferreira⁵
Deise Taís Tatsch⁶
Elisabeth Aline de Melo Gomes Soares Dias⁷

RESUMO: A Disfunção Temporomandibular (DTM) configura-se como um grave problema de saúde pública, cuja prevalência global atinge 34%, com picos endêmicos alarmantes de 47% na América do Sul e de 13,4% na população adulta do Sul do Brasil, afetando predominantemente mulheres na faixa etária economicamente ativa. Esta revisão integrativa da literatura, conduzida conforme as diretrizes PRISMA, objetivou sintetizar as evidências sobre a magnitude epidemiológica, a complexidade etiológica e as implicações da DTM para a Saúde Coletiva, visando subsidiar a estruturação das linhas de cuidado. A análise crítica de grandes inquéritos de base populacional, revisões sistemáticas e coortes refuta o modelo biomédico tradicional centrado exclusivamente na oclusão dentária, consolidando uma etiologia intrinsecamente biopsicossocial e sistêmica. Evidências robustas apontam que o sofrimento psíquico (ansiedade e depressão), a má qualidade do sono, os microtraumas parafuncionais e as deficiências metabólicas, notadamente a hipovitaminose D (níveis séricos < 20 ng/mL), atuam como fortes preditores de risco e cronificação da dor. O profundo impacto negativo na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal é frequentemente agravado por iatrogenias e falhas no diagnóstico diferencial entre dores miofasciais e neuropáticas. Conclui-se que o enfrentamento dessa epidemia silenciosa exige a superação da assistência uniprofissional fragmentada. A implementação de caminhos unificados de cuidado (unified care pathways) fundamentados em uma matriz a partir da Atenção Primária é imperativa para promover a integralidade do cuidado, evitar intervenções irreversíveis desnecessárias e reduzir a severa sobrecarga socioeconômica imposta aos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Transtornos da Articulação Temporomandibular. Saúde Pública. Dor Facial. Prevalência. Atenção Primária à Saúde.

¹ Bacharel em Odontologia.

² Médica dentista, mestre em Medicina Dentária e doutoranda na Universidade de Salamanca, dedica-se à saúde pública oral, coordenando o projeto comunitário "Comer Bem Sorrir Melhor", que abrange milhares de crianças na região de Viseu. Membro do Conselho Geral da Ordem dos Médicos Dentistas e integrante do grupo de trabalho de Saúde Pública.

³ Cirurgiã-dentista, Pós-graduada em Periodontia e Implantodontia.

⁴ Cirurgiã-dentista. Especialização em Prótese Dentária - ABO Osasco/SP - FACSETE. Especialização em Ortodontia - Universidade Brasil/SP. Pós-graduação em Tratamento de DTM - FOUUSP. Pós-graduação em Medicina. Pós-graduação em Tratamento Endocanabinoide pela WeCann Academy International e Uso Terapêutico da Cannabis sativa L. pela UNIFESP.

⁵ Discente de graduação em Odontologia.

⁶ Graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Possui especialização lato sensu, na modalidade residência, pela Residência Integrada em Saúde - Programa de Atenção Básica. Especializando no Curso de Especialização em Equidade na Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde.

⁷ Cirurgiã-dentista, Doutora pela UFPB em Ciências Odontológicas.

ABSTRACT: Temporomandibular Disorder (TMD) represents a severe public health challenge, with a global prevalence reaching 34%, featuring alarming endemic peaks of 47% in South America and 13.4% in the adult population of Southern Brazil, predominantly affecting women in their economically active years. This integrative literature review, conducted according to PRISMA guidelines, aimed to synthesize evidence on the epidemiological magnitude, etiologic complexity, and Public Health implications of TMD to support the organization of care pathways. The critical analysis of large population-based studies, systematic reviews, and cohorts refutes the traditional biomedical model focused exclusively on dental occlusion, consolidating an inherently biopsychosocial and systemic etiology. Robust evidence indicates that psychological distress (anxiety and depression), poor sleep quality, parafunctional microtraumas, and metabolic deficiencies, notably severe vitamin D deficiency (serum levels < 20 ng/mL), act as strong predictors of risk and pain chronification. The profound negative impact on Oral Health-Related Quality of Life is frequently exacerbated by iatrogenesis and failures in the differential diagnosis between myofascial and neuropathic pain. In conclusion, addressing this silent epidemic requires overcoming fragmented uniprofessional care. The implementation of unified care pathways based on an interdisciplinary matrix—integrating Dentistry, Physiotherapy, Psychology, Nutrition, and Nursing—starting in Primary Care is imperative to promote comprehensive care, prevent unnecessary irreversible interventions, and reduce the severe socioeconomic burden imposed on healthcare systems.

Keywords: Temporomandibular Joint Disorders. Public Health. Facial Pain. Prevalence. Primary Health Care.

RESUMEN: Los Trastornos Temporomandibulares (TTM) representan un grave problema de salud pública, cuya prevalencia global alcanza el 34%, con picos endémicos alarmantes del 47% en América del Sur y del 13,4% en la población adulta del sur de Brasil, afectando predominantemente a mujeres en edad económicamente activa. Esta revisión integradora de la literatura, realizada según las directrices PRISMA, tuvo como objetivo sintetizar la evidencia sobre la magnitud epidemiológica, la complejidad etiológica y las implicaciones de los TTM para la Salud Colectiva, con el fin de subsidiar la estructuración de las líneas de atención. El análisis crítico de grandes estudios poblacionales, revisiones sistemáticas y cohortes refuta el modelo biomédico tradicional centrado exclusivamente en la oclusión dental, consolidando una etiología intrínsecamente biopsicosocial y sistémica. Evidencias sólidas indican que el sufrimiento psicológico (ansiedad y depresión), la mala calidad del sueño, los microtraumatismos parafuncionales y las deficiencias metabólicas, en particular la hipovitaminosis D (niveles séricos < 20 ng/mL), actúan como fuertes predictores de riesgo y cronificación del dolor. El profundo impacto negativo en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucodental se ve frecuentemente agravado por iatrogenias y fallas en el diagnóstico diferencial entre el dolor miofascial y el neuropático. Se concluye que el enfrentamiento de esta epidemia silenciosa exige la superación de la asistencia uniprofesional fragmentada. La implementación de vías unificadas de atención (unified care pathways) fundamentadas en una matriz interdisciplinaria —que integre Odontología, Fisioterapia, Psicología, Nutrición y Enfermería— desde la Atención Primaria es imperativa para promover la integralidad del cuidado, evitar intervenciones irreversibles innecesarias y reducir la severa sobrecarga socioeconómica impuesta a los sistemas de salud.

Palabras clave: Trastornos de la Articulación Temporomandibular. Salud Pública. Dolor Facial. Prevalencia. Atención Primaria de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) compreende um conjunto heterogêneo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que acometem a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e as estruturas adjacentes, constituindo

a principal causa de dor orofacial de origem não odontológica (Kamar Alden et al., 2024; Alqutaibi et al., 2025; Prodoehl et al., 2025; Schiffman et al., 2014; Silveira et al., 2025). Atualmente, os *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) representam o padrão internacional para o diagnóstico clínico e a pesquisa nessa área (Schiffman et al., 2014). Clinicamente, a DTM manifesta-se por dor nos músculos mastigatórios e na ATM, frequentemente irradiada para a face, região cervical e ombros, além de limitação ou desvios dos movimentos mandibulares, cefaleias e ruídos articulares, como estalidos e crepitações (Lin et al., 2026; Schiffman et al., 2014; Silveira et al., 2025). Reconhecida como o segundo distúrbio musculoesquelético mais prevalente e incapacitante, superado apenas pela dor lombar crônica, a DTM compromete funções essenciais do sistema estomatognático, repercutindo negativamente sobre a mastigação, a deglutição, a fonação e a comunicação (Alqutaibi et al., 2025; Kamar Alden et al., 2024; Schiffman et al., 2014).

Sob a perspectiva epidemiológica, a DTM apresenta elevada frequência na população, configurando um importante problema de saúde pública em escala mundial. Estimativas recentes indicam prevalência global variando entre 29,5% e 34% (Alqutaibi et al., 2025; Zieliński et al., 2024), com marcante predominância no sexo feminino, cuja ocorrência é aproximadamente 1,75 vez superior à observada entre os homens (Alqutaibi et al., 2025). Diferenças geográficas também são evidentes, sendo a América do Sul a região com as maiores prevalências descritas, enquanto Europa e América do Norte apresentam frequências relativamente inferiores (Alqutaibi et al., 2025; Zieliński et al., 2024). No Brasil, estudos de base populacional estimam prevalência de aproximadamente 13,4%, dos quais 10,4% correspondem a quadros moderados e 3% a formas graves da doença (Silveira et al., 2025). Em uma perspectiva mais ampla, a dor orofacial acomete entre 10% e 15% da população mundial, evidenciando a expressiva carga dessas condições para os sistemas de saúde (Cunha et al., 2026).

A compreensão da DTM evoluiu substancialmente nas últimas décadas, substituindo modelos predominantemente mecânicos por uma abordagem biopsicossocial, na qual fatores biológicos, psicológicos, comportamentais e ambientais interagem de maneira dinâmica na gênese e manutenção da doença (Herpel et al., 2026; Li e Leung, 2021; Prodoehl et al., 2025). Entre os fatores biológicos, destacam-se as influências hormonais, especialmente relacionadas às variações dos níveis de estrogênio na ATM, bem como a maior suscetibilidade observada entre indivíduos de 15 a 30 anos (Kamar Alden et al., 2024; Lin et al., 2026; Silveira et al., 2025; Zieliński et al., 2024). No âmbito psicossocial, ansiedade, depressão, estresse, somatização e experiências

traumáticas na infância figuram entre os principais fatores associados ao desenvolvimento e à persistência da dor (Herpel et al., 2026; Lin et al., 2026; Saini et al., 2025; Santos et al., 2022). A ativação crônica do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, decorrente do estresse, favorece a liberação de cortisol, contribuindo para o aumento da sensibilidade dolorosa e da tensão muscular (Lin et al., 2026).

Aspectos comportamentais e hábitos de vida também exercem papel relevante na etiopatogenia da DTM. Hábitos parafuncionais, como bruxismo do sono, bruxismo em vigília, pressão da língua contra os dentes e posturas ocupacionais inadequadas, promovem sobrecarga mecânica contínua sobre as estruturas temporomandibulares (Silveira et al., 2025). Além disso, sedentarismo, tabagismo, elevado consumo de cafeína e distúrbios do sono, especialmente a insônia crônica, têm sido consistentemente associados ao aumento da ocorrência e da intensidade dos sintomas (Frka Separovic et al., 2023; Lin et al., 2026; Silveira et al., 2025). Condições sistêmicas, como artrite reumatoide e osteoporose, bem como alterações anatômicas, incluindo mordidas cruzadas anteriores e posteriores, também podem atuar como fatores predisponentes ou perpetuadores da disfunção (Kamar Alden et al., 2024; Silveira et al., 2025).

As repercussões da DTM extrapolam o desconforto físico, afetando significativamente a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (*Oral Health-Related Quality of Life – OHRQoL*) (AlSahman et al., 2024; Alqutaibi et al., 2025). A dor persistente, associada à limitação funcional e ao comprometimento psicológico, interfere negativamente na alimentação, no convívio social, no desempenho das atividades diárias e no bem-estar geral, sendo os maiores prejuízos observados em indivíduos com dor miofascial e osteoartrite quando comparados àqueles com deslocamento isolado do disco articular (AlSahman et al., 2024). Além do impacto individual, a DTM impõe expressivos custos econômicos e sociais, reduzindo a produtividade laboral e elevando os gastos com assistência à saúde, estimados em aproximadamente quatro bilhões de dólares anuais apenas nos Estados Unidos (Herpel et al., 2026; Prodoehl et al., 2025; Schiffman et al., 2014). Consequentemente, observa-se aumento da demanda por serviços especializados, especialmente em casos de dor crônica e maior complexidade clínica (Herpel et al., 2026; Prodoehl et al., 2025).

Sob a perspectiva da Saúde Pública, a elevada prevalência, a natureza frequentemente crônica da dor e o impacto funcional tornam a DTM uma condição de relevante carga para os sistemas de saúde, embora ainda permaneça subdiagnosticada e subtratada em diversos contextos assistenciais (Alqutaibi et al., 2025; Prodoehl et al., 2025). Historicamente, seu manejo

foi marcado pela fragmentação entre as áreas médica e odontológica, dificultando abordagens integradas capazes de contemplar a complexidade biopsicossocial da doença (Prodoehl et al., 2025). Nesse cenário, a organização de linhas de cuidado interdisciplinares no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) mostra-se estratégica para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce, qualificar o manejo conservador e fortalecer a integralidade da assistência (Cunha et al., 2026; Garrigós-Pedróñ et al., 2019; Prodoehl et al., 2025). A atuação articulada entre cirurgiões-dentistas, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais favorece a identificação precoce dos casos por meio de instrumentos validados, como o Índice Anamnésico de Fonseca e o *TMD Pain Screener*, além de promover ações educativas e estratégias de autocuidado, reduzindo encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados (Cunha et al., 2026; Garrigós-Pedróñ et al., 2019; Prodoehl et al., 2025; Silveira et al., 2025). Essa reorganização assistencial também contribui para evitar intervenções invasivas e irreversíveis baseadas em conceitos atualmente superados, como a causalidade oclusal primária da DTM (Prodoehl et al., 2025; Silveira et al., 2025).

Apesar dos avanços no conhecimento acerca da etiopatogenia e do manejo clínico das DTMs, persistem importantes lacunas que limitam sua compreensão sob a ótica da Saúde Coletiva. Grande parte das investigações epidemiológicas baseia-se em amostras de conveniência provenientes de serviços especializados ou de populações específicas, como estudantes universitários, restringindo a extrapolação dos resultados para a população geral (Alqutaibi et al., 2025; AlSahman et al., 2024; Santos et al., 2022). Adicionalmente, a heterogeneidade dos critérios diagnósticos empregados contribui para a variabilidade das estimativas de prevalência entre os estudos (Alqutaibi et al., 2025; Herpel et al., 2026; Zieliński et al., 2024). Também são escassas as investigações nacionais de base populacional que explorem os determinantes sociais da DTM e avaliem a efetividade de modelos assistenciais integrados no contexto do Sistema Único de Saúde.

Diante desse cenário, torna-se necessária a síntese das evidências disponíveis sobre a prevalência da DTM, seus fatores associados e suas implicações para a saúde coletiva, de modo a subsidiar o planejamento de políticas públicas, fortalecer a organização das linhas de cuidado e contribuir para a integralidade da atenção em saúde bucal.

2 MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, conduzida com o propósito de sintetizar e analisar criticamente as evidências científicas acerca da prevalência da disfunção temporomandibular (DTM), seus fatores associados e suas implicações para a saúde coletiva. A revisão foi desenvolvida conforme as seis etapas: identificação do problema, estabelecimento dos critérios de busca, avaliação dos estudos, extração dos dados, análise dos resultados e apresentação da síntese das evidências. O processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos foi conduzido de acordo com as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) (Page et al., 2021).

A estratégia de busca foi elaborada utilizando descritores controlados do Medical Subject Headings (MeSH) e termos livres relacionados ao tema, combinados por operadores booleanos AND e OR, de modo a ampliar a sensibilidade da pesquisa. A estratégia foi previamente adaptada para cada base de dados consultada.

As buscas eletrônicas foram realizadas entre 01 e 30 de julho de 2026 nas seguintes bases de dados: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, LILACS e SciELO. Complementarmente, realizou-se busca manual nas listas de referências dos estudos incluídos, com o objetivo de identificar publicações potencialmente elegíveis que não fossem recuperadas pela estratégia eletrônica.

A estratégia de busca utilizada na PubMed foi composta pelos seguintes termos:

("Temporomandibular Joint Disorders"[Mesh] OR "Temporomandibular Disorders" OR "Temporomandibular Dysfunction" OR TMD OR TMJD) AND ("Prevalence" OR Epidemiology OR "Cross-Sectional Studies" OR "Risk Factors" OR "Associated Factors" OR "Quality of Life" OR "Public Health" OR "Collective Health" OR "Primary Health Care" OR "Health Policy")

Os resultados obtidos em todas as bases foram exportados para o software Rayyan®, no qual foi realizada a organização das referências, identificação e remoção automática de duplicatas, bem como as etapas de triagem dos estudos.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estudos originais observacionais (transversais, de coorte e caso-controle), revisões sistemáticas com ou sem metanálise, estudos epidemiológicos de base populacional, documentos técnicos e estudos relacionados à saúde

pública ou organização da assistência em DTM, publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra e gratuitamente, sem restrição quanto ao país de realização.

Foram excluídos relatos de caso, séries de casos, revisões narrativas, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos científicos, dissertações, teses, estudos experimentais em animais, pesquisas laboratoriais, estudos exclusivamente voltados para validação de instrumentos diagnósticos ou terapias específicas sem abordagem epidemiológica ou em saúde coletiva, bem como publicações cujo texto completo não estivesse disponível.

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas independentes por dois revisores. Inicialmente, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos para avaliação da elegibilidade. Em seguida, os artigos potencialmente relevantes foram submetidos à leitura integral para confirmação da inclusão. As divergências entre os revisores foram resolvidas por consenso e, quando necessário, mediante avaliação de um terceiro pesquisador.

Para cada estudo incluído, foi elaborado um instrumento padronizado de extração de dados contendo as seguintes informações: autor, ano de publicação, país de realização, delineamento metodológico, objetivo, características da população estudada, tamanho da amostra, critérios diagnósticos empregados para DTM (RDC/TMD, DC/TMD ou outros), principais fatores associados investigados, prevalência observada, desfechos relacionados à qualidade de vida, aspectos referentes à saúde pública e principais conclusões.

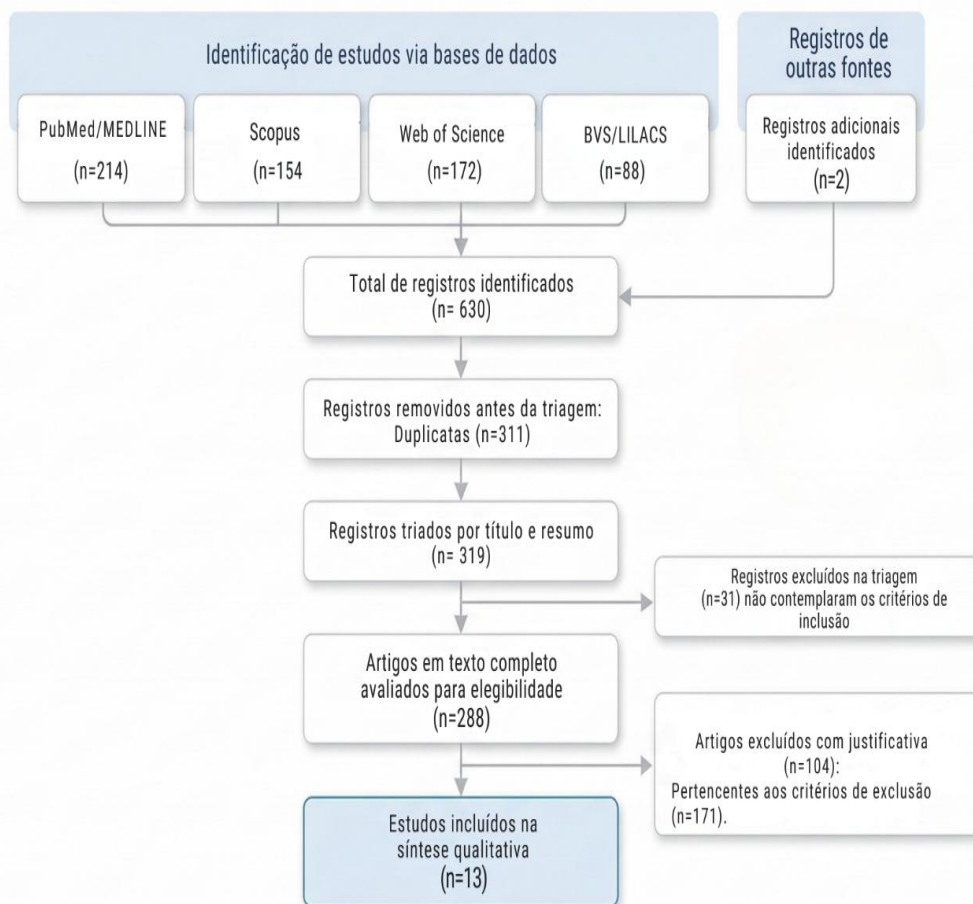
7

A avaliação metodológica dos estudos foi realizada considerando o delineamento de cada pesquisa. Para estudos observacionais, foram considerados os critérios metodológicos propostos pelo Joanna Briggs Institute (JBI), contemplando aspectos relacionados à validade interna, critérios diagnósticos, seleção da amostra, controle de fatores de confusão, mensuração dos desfechos e adequação das análises estatísticas. As revisões sistemáticas foram apreciadas quanto à consistência metodológica e ao rigor na condução da síntese das evidências.

Os dados extraídos foram organizados em tabelas descritivas e analisados por meio de síntese narrativa, permitindo agrupar os achados em categorias temáticas previamente estabelecidas: (1) prevalência da disfunção temporomandibular; (2) fatores associados; (3) impacto na qualidade de vida; (4) implicações para a saúde coletiva; e (5) perspectivas para organização da atenção à saúde e formulação de políticas públicas. Considerando a heterogeneidade dos delineamentos, dos critérios diagnósticos e das populações investigadas, não foi realizada metanálise, optando-se por uma integração qualitativa das evidências disponíveis.

. O detalhamento de todas as etapas de busca, triagem e elegibilidade encontra-se esquematizado no fluxograma adaptado do modelo PRISMA (Figura 1). A Síntese dos estudos encontra-se no quadro 1.

Figura 1. Fluxograma de busca e inclusão dos estudos.



Quadro 1: Matriz de Extração de Dados de Estudos Epidemiológicos sobre DTM e Saúde Coletiva

Autor (Ano)	Delineamento	Prevalência	Principais fatores associados	Principais conclusões
Silveira et al. (2025)	Estudo transversal	13,4%	Insônia, osteoporose, artrite reumatoide, xerostomia, bruxismo e parafunções	A DTM apresentou prevalência relevante e associação principalmente com fatores sistêmicos e parafuncionais; o IAF mostrou-se útil para triagem em saúde coletiva.
Herpel et al. (2026)	Estudo transversal de base populacional	3,7%	Depressão, ansiedade, trauma infantil, pior qualidade do sono e tabagismo	A DTM dolorosa apresentou associação com fatores biopsicossociais, sem relação significativa com características oclusais.
Zieliński et al. (2024)	Revisão sistemática com metanálise	34% (global); 47% (América do Sul)	Sexo feminino, idade e localização geográfica	A prevalência varia entre regiões, sendo maior na América do Sul, reforçando a

Autor (Ano)	Delineamento	Prevalência	Principais fatores associados	Principais conclusões
Alqutaibi et al. (2025)	Revisão sistemática com metanálise	Prevalência global de DTM e subtipos	Sexo feminino, idade, mialgia, artralgia e ruídos articulares	importância dos fatores epidemiológicos e sociais. Reforça a relevância epidemiológica da DTM e a necessidade de critérios diagnósticos padronizados (RDC/TMD e DC/TMD).
AlSahman et al. (2024)	Revisão sistemática com metanálise	Redução significativa da qualidade de vida	Dor, alterações articulares e fatores psicológicos	A DTM compromete significativamente a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.
Santos et al. (2022)	Revisão sistemática	Associação significativa entre ansiedade e DTM	Ansiedade-estado e ansiedade-traço	Evidencia associação consistente entre ansiedade e DTM, reforçando o modelo biopsicossocial.
Kamar Alden et al. (2024)	Estudo transversal	47,1%	Sexo feminino e mordida cruzada	Alta prevalência em pacientes ortodônticos; a etiologia permanece multifatorial.
Frka Separovic et al. (2023)	Estudo transversal	Elevada frequência de DTM	Estresse, tabagismo, consumo excessivo de café e limitação funcional	Hábitos comportamentais e estresse acadêmico aumentam o risco de DTM.
Lin et al. (2026)	Estudo transversal	Elevada prevalência de sintomas	Estresse, sedentarismo, parafunções e baixa frequência de consultas odontológicas	Sintomas de DTM relacionam-se ao estresse psicossocial e ao baixo autocuidado.
Im et al. (2024)	Coorte retrospectiva	Risco aumentado de DTM	Deficiência de vitamina D	A hipovitaminose D aumentou em 50% o risco de desenvolvimento de DTM.
Cançado et al. (2025)	Revisão integrativa	Associação consistente	Deficiência de vitamina D e polimorfismos do VDR	A vitamina D influencia a fisiopatologia da DTM e sua suplementação pode reduzir dor e melhorar a função.
Silva et al. (2026)	Revisão integrativa	—	Características da dor miofascial e neuropática	O diagnóstico diferencial adequado evita procedimentos invasivos desnecessários.
Cunha et al. (2026)	Revisão integrativa	—	Manejo multiprofissional	A abordagem interdisciplinar fortalece a atenção à DTM na Atenção Primária à Saúde.

Notas: RDC/TMD: Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders; DC/TMD: Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders; IAF: Índice Anamnóstico de Fonseca; OHRQoL: Oral Health-Related Quality of Life; VDR: Vitamin D Receptor; HR: Hazard Ratio; OR: Odds Ratio; CI95%: Intervalo de Confiança de 95%.

A magnitude epidemiológica da Disfunção Temporomandibular (DTM) transcende a sua concepção clássica de desordem oclusal localizada, assumindo o status de um grave e negligenciado desafio de saúde pública em escala global. As evidências científicas contemporâneas, balizadas por rigorosas revisões sistemáticas e metanálises, revelam um

panorama alarmante no qual a prevalência da DTM rivaliza com as taxas de morbidade de condições orais historicamente priorizadas nas políticas públicas governamentais, a exemplo da cárie dentária e das doenças periodontais. De acordo com os dados apresentados por Zieliński et al. (2024), a incidência estimada da disfunção na população mundial alcança a expressiva marca de 34%. Em uma avaliação metodológica paralela, que adotou critérios de elegibilidade mais restritivos baseados exclusivamente no uso dos protocolos diagnósticos padronizados, como o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) ou o Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD), Alqutaibi et al. (2025) reportaram que quase um terço da população global, aproximadamente 29,5%, padece desta condição musculoesquelética. A ligeira divergência quantitativa entre esses grandes estudos de síntese pode ser plausivelmente explicada pela heterogeneidade inerente aos instrumentos diagnósticos empregados na literatura primária, uma vez que o rigor e a sensibilidade da ferramenta clínica impactam diretamente a captação e a precisão da prevalência reportada, evidenciando o peso socioeconômico da DTM na carga global das dores crônicas (ALQUTAIBI et al., 2025; ZIELIŃSKI et al., 2024).

A estratificação geográfica desses dados consolidados elucida assimetrias continentais profundas e destaca a extrema vulnerabilidade das populações que habitam a América do Sul. A literatura científica demonstra que a prevalência da DTM não se distribui de maneira homogênea, sendo modulada por determinantes demográficos e especificidades regionais. Enquanto a América do Norte e certas áreas da Europa apresentam as menores estimativas proporcionais globais, a América do Sul ostenta taxas endêmicas extraordinariamente elevadas, atingindo um pico substancial de 47% de prevalência na população geral, estabelecendo-se de forma isolada como a região geográfica com a maior e mais severa carga epidemiológica da doença no mundo (ZIELIŃSKI et al., 2024). No contexto brasileiro, o qual exerce um peso demográfico preponderante sobre as métricas sul-americanas, os dados disponíveis corroboram a complexidade do agravo. Inquéritos transversais de base populacional, como a pesquisa metodologicamente estrita conduzida por Silveira et al. (2025) na região Sul do Brasil, identificaram uma prevalência de 13,4%. A interpretação analítica das divergências de prevalência entre este estudo epidemiológico local e as maciças metanálises globais concentra-se nas nuances operacionais dos métodos utilizados; o levantamento brasileiro delimitou-se a capturar as formas clínicas estritamente moderadas e severas aferidas pelo Índice de Fonseca, filtrando manifestações subclínicas ou transitórias que frequentemente inflam as estatísticas em rastreios mais brandos (SILVEIRA et al., 2025).

A dissecação da distribuição demográfica expõe uma disparidade estrutural significativa entre os sexos, ratificando a incontestável predileção biológica e psicossocial das disfunções temporomandibulares pela população feminina. As metanálises mundiais determinam categoricamente que as mulheres apresentam um risco estatístico 1,75 vezes maior para o desenvolvimento do quadro patológico orofacial em relação aos homens, alcançando taxas de 36,7% no grupo feminino contra 26,7% no masculino (ALQUTAIBI et al., 2025). Esta pronunciada desigualdade genérica eleva-se ao seu patamar máximo novamente na América do Sul, região que registra a mais alta razão de acometimento entre mulher e homem do globo, estipulada em 1,56 (ZIELIŃSKI et al., 2024). No âmbito da distribuição por faixas etárias, o fardo cronicador da patologia recai de forma desproporcional sobre o estrato social compreendido entre os 18 e 60 anos, estabelecendo um pico alarmante de diagnósticos justamente na fase de máxima atividade laborativa dos pacientes (ALQUTAIBI et al., 2025). Esse pico de adoecimento produtivo maximiza dramaticamente o impacto econômico e fomenta expressivos índices de absenteísmo nos sistemas públicos e privados. Concomitantemente, coortes alertam para o acometimento precoce da condição, sinalizando taxas expressivas de até 38,5% em adolescentes (ALQUTAIBI et al., 2025). A incidência em jovens em fase formativa, como estudantes universitários da área da saúde, ultrapassa facilmente a marca dos 50% a 60% de relatos sintomáticos, um fenômeno diretamente impulsionado e agravado por fatores alostáticos estressores, sobrecargas acadêmicas exaustivas e comportamentos sedentários (FRKA SEPAROVIC et al., 2023; LIN et al., 2026).

II

As repercussões de tamanha distribuição sistêmica materializam-se em uma degradação devastadora da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (OHRQoL) e na perpetuação de quadros severos de restrição funcional mastigatória, como demonstrado empiricamente nas revisões conduzidas por AlSahman et al. (2024), onde a vigência da DTM produz um impacto estatisticamente esmagador na percepção qualitativa da saúde oral (Odds Ratio de 8,21). A compreensão da dimensão deste impacto no cenário coletivo requer necessariamente a dissolução do paradigma biomédico puramente mecanicista que engessou o raciocínio diagnóstico no último século. A análise contrastante entre desenhos metodológicos solidifica a premissa de que a DTM constitui uma síndrome eminentemente biopsicossocial. Historicamente, buscou-se na morfologia oclusal a justificativa etiológica exclusiva; de fato, estudos transversais apontam que maloclusões severas, como a mordida cruzada anterior e posterior, atuam como preditores de risco para deslocamentos de disco articulares (KAMAR ALDEN et al., 2024). Contudo, os valiosos dados longitudinais extraídos de grandes estudos

populacionais, como a coorte NAKO Health Study na Alemanha, evidenciaram, de forma irrefutável, que disparidades anatômicas (como sobressaliência e sobremordida) e a perda de suporte oclusal não figuram como os determinantes primários para a incidência da dor orofacial persistente (HERPEL et al., 2026). Opondo-se ao reducionismo biomecânico, fatores como o sofrimento mental latente, a degradação da qualidade do sono, os eventos de trauma na infância e o estresse percebido despontam como as principais chaves preditoras e multivariadas para o engatilhamento álgico (HERPEL et al., 2026; FRKA SEPAROVIC et al., 2023). Este ciclo é sustentado por um eixo neurobiológico bidirecional, amplamente documentado em revisões sistemáticas, no qual a dor crônica refratária e o aparecimento de quadros profundos de ansiedade (estado e traço) operam em total simbiose para hiperativar as vias reflexas da musculatura facial e retroalimentar a patologia (SAINI et al., 2025; SANTOS et al., 2022).

Expandindo o leque de interação sistêmica e referendando a matriz multifatorial do agravamento, a literatura elucida a participação crítica do panorama metabólico e imunológico na patogênese da doença. Evidências atuais oriundas de grandes coortes multicêntricas revelam que a deficiência grave de Vitamina D (níveis séricos abaixo de 20 ng/mL) eleva vertiginosamente, em até 50%, os riscos de consolidação do distúrbio e de degeneração precoce em processos de osteoartrite da articulação temporomandibular (CANÇADO et al., 2025). Esta hipovitaminose, comumente associada a polimorfismos genéticos do receptor de vitamina D (como as variantes do gene VDR), exacerba a expressão de metaloproteinases e desregula a resposta inflamatória tecidual (CANÇADO et al., 2025). Adicionalmente, comorbidades reumatológicas e sistêmicas, a exemplo da osteoporose, artrite reumatoide e quadros de insônia crônica, demonstraram forte convergência estatística com a presença de DTM no inquérito populacional brasileiro, configurando um terreno biológico altamente favorável à cronificação (SILVEIRA et al., 2025). Somam-se a este cenário as influências dos microtraumas repetitivos oriundos de hábitos parafuncionais, como o bruxismo do sono, o apertamento diurno e as sobrecargas posturais crônicas, que mantêm a hiperatividade do sistema estomatognático de maneira incessante (SILVEIRA et al., 2025; LIN et al., 2026).

A complexidade inerente à correta classificação diagnóstica dos quadros de dores orofaciais forma um dos gargalos gerenciais mais delicados enfrentados pela Atenção Primária em Saúde Coletiva. A capacidade de assegurar um prognóstico terapêutico resolutivo baseia-se primordialmente na acurácia do diagnóstico diferencial, exigindo a distinção estrita entre dores nociceptivas somáticas — classicamente perpetuadas como dor miofascial — e distúrbios intrínsecos da dor neuropática orofacial (SILVA et al., 2026). Os achados de Silva et al. (2026)

determinam que o componente neuropático entrega uma apresentação sensorial autônoma, traduzida em espasmos de choque elétrico, ardência profunda e alodínia tátil, características fisiopatológicas que prescindem totalmente da presença de bandas tensas musculares e que demandam fluxos de tratamento neuromodulador específicos. Falhas crônicas no emprego de condutas de diferenciação propiciam iatrogenias severas, sujeitando uma grande massa populacional atendida na rede pública a cirurgias articulares desnecessárias e polifarmácia ineficaz (SILVA et al., 2026). Diante desta incerteza fenotípica, a adoção universal de protocolos científicos calibrados, notadamente o DC/TMD, consagra-se como a única estratégia viável capaz de garantir, simultaneamente, a avaliação física musculoesquelética rigorosa (Eixo I) e a triagem mandatória de transtornos psíquicos e incapacidades funcionais comórbidas (Eixo II) (SCHIFFMAN et al., 2014).

Sob a ótica do planejamento de políticas públicas e da estruturação dos modelos organizacionais assistenciais, a persistência histórica de uma segmentação profissional insustentável — consubstanciada na ruptura entre os campos de competência da medicina e da odontologia (o "medical-dental divide") — mostra-se amplamente deletéria para o manejo da DTM (PRODOEHL et al., 2025). O paciente com dor orofacial crônica frequentemente transita por uma teia fragmentada de especialidades, recebendo intervenções isoladas e não comunicantes que inviabilizam o alívio efetivo a longo prazo e oneram maciçamente os cofres públicos (PRODOEHL et al., 2025). As evidências apontam inequivocamente que a resolutividade no setor de Saúde Coletiva é alcançada pela implantação de caminhos unificados de cuidado fundamentados na ação inter e multidisciplinar (CUNHA et al., 2026). Este fluxo estruturante deve ser ancorado na Atenção Primária, onde a Enfermagem desempenha um papel fulcral na escuta qualificada e na aplicação de instrumentos rápidos de triagem, instituindo a educação em saúde essencial para os casos simples e desonerando os encaminhamentos excessivos (CUNHA et al., 2026; PRODOEHL et al., 2025). O êxito na reversão da dor refratária condiciona-se à convergência absoluta dos saberes: a Fisioterapia atua na reabilitação cinesioterapêutica e alívio das tensões miofasciais, mitigando o consumo de analgésicos; a Psicologia intervém cirurgicamente na catastrofização e no controle dos elevados índices de ansiedade subjacente; a Odontologia garante a estabilização ortopédica conservadora; e a Nutrição atua no suporte metabólico e na reversão de quadros inflamatórios ditados por deficiências, como a da Vitamina D (CANÇADO et al., 2025; CUNHA et al., 2026). Conclui-se que o planejamento sanitário deve integrar irreversivelmente a abordagem sistêmica e multidisciplinar nas diretrizes de atenção à Disfunção Temporomandibular, elevando a

condição ao status de prioridade estratégica para promover não apenas o alívio sintomático, mas a integralidade do cuidado e a devolução da dignidade funcional aos usuários do sistema de saúde.

A evolução histórica da compreensão etiológica da Disfunção Temporomandibular (DTM) reflete uma das mais profundas e necessárias transições paradigmáticas na odontologia e na medicina da dor. Historicamente, a gênese das desordens temporomandibulares foi ancorada de maneira rígida em um modelo biomédico de cunho puramente mecanicista, no qual o determinismo oclusal e as alterações estruturais do sistema estomatognático eram tidos como os vetores etiológicos primários e exclusivos (ALQUTAIBI et al., 2025; CUNHA et al., 2026). Contudo, a análise crítica, integrativa e continuada da literatura científica contemporânea consolida a falência dessa visão reducionista, evidenciando de forma inquestionável que intervenções focadas estritamente na oclusão dentária são insuficientes para o controle efetivo da dor orofacial, impondo, assim, a adoção de um modelo biopsicossocial e multifatorial (CUNHA et al., 2026; LI; LEUNG, 2021). A limitação do modelo tradicional baseado apenas em alterações oclusais encontra forte sustentação e comprovação em grandes investigações epidemiológicas de base populacional, com absoluto destaque para os achados derivados da coorte do NAKO Health Study. Ao avaliar dezenas de milhares de indivíduos, Herpel et al. (2026) demonstraram de forma categórica a ausência de associações estatisticamente significativas entre a prevalência de DTM dolorosa e características morfológicas da oclusão, tais como a sobressaliência (overjet) ou a sobremordida (overbite). Mais além, os dados longitudinais evidenciaram que tratamentos ortodônticos prévios não atuam como fatores protetores ou preditores dominantes para a condição, afastando de uma vez por todas o antigo dogma de que a harmonia oclusal perfeita seria o pré-requisito absoluto para a manutenção da saúde articular e muscular (HERPEL et al., 2026).

Apesar da desconstrução da oclusão como etiologia primária e universal, as evidências científicas impõem cautela para que os fatores morfológicos e estruturais não sejam sumariamente negligenciados, mas sim reposicionados de forma inteligente dentro de uma teia de predisposição biomecânica. Estudos transversais analíticos recentes evidenciam que maloclusões específicas, mormente a mordida cruzada anterior e posterior, comportam-se como fatores de risco estatisticamente significativos para o desenvolvimento de alterações articulares bem definidas, como o deslocamento de disco, bem como para o surgimento de mialgias e artralguas (KAMAR ALDEN et al., 2024). A presença dessas severas assimetrias oclusais transversais e anteroposteriores gera uma sobrecarga mecânica atípica, instabilidade do

complexo condilar e assimetria na ativação dos músculos mastigatórios. Todavia, a correlação direta entre essas maloclusões e a disfunção estrutural não explica, isoladamente, a ocorrência e a gravidade da DTM na população geral, o que reforça que a desarmonia oclusal atua primariamente como um fator perpetuante ou predisponente biomecânico, mas que frequentemente necessita da superposição de fatores sistêmicos, comportamentais e emocionais para a eclosão do quadro álgico crônico incapacitante (KAMAR ALDEN et al., 2024; ALQUTAIBI et al., 2025).

A transição definitiva para a matriz biopsicossocial revela que a iniciação e a cronificação da DTM estão intrinsecamente enraizadas em domínios psicológicos, comportamentais e sociais. Extensas revisões sistemáticas e metanálises ratificam uma relação bidirecional, neurobiológica e altamente deletéria entre a disfunção temporomandibular e altos índices de sofrimento psíquico, com ênfase especial na ansiedade, no estresse percebido, na somatização e na depressão (SANTOS et al., 2022; SAINI et al., 2025). A ansiedade, avaliada tanto como traço basal de personalidade quanto como estado reativo a situações adversas, atua não apenas exacerbando a percepção nociceptiva periférica, mas promovendo a hiperatividade reflexa da musculatura facial e a cronificação da dor através de mecanismos consolidados de sensibilização central (SANTOS et al., 2022). O modelo de medo e evitação (fear-avoidance model) corrobora perfeitamente essa dinâmica clínica, sugerindo que a antecipação dolorosa e a catastrofização induzem comportamentos de proteção e espasmos musculares prolongados que retroalimentam o ciclo de manutenção da dor orofacial (SAINI et al., 2025). O peso exponencial dessas variáveis psicossociais é nitidamente evidenciado em inquéritos transversais conduzidos com estudantes universitários da área da saúde, um estrato populacional classicamente submetido a altas demandas cognitivas e privação de descanso. Nesses grupos específicos, observou-se que níveis elevados de estresse acadêmico, associados intimamente a comportamentos sedentários e à adoção de hábitos deletérios de enfrentamento — como o consumo excessivo de café, o tabagismo e a inatividade física —, figuram como os preditores de risco mais agressivos para o desenvolvimento de mialgias e queixas articulares, elevando as taxas de prevalência para patamares endêmicos (FRKA SEPAROVIC et al., 2023; LIN et al., 2026). Consequentemente, a DTM configura-se contemporaneamente como a expressão somática de uma sobrecarga alostática severa.

A complexidade etiológica da disfunção estende-se, indubitavelmente, às interações biológicas sistêmicas e à fisiologia metabólica, extrapolando o território isolado do sistema estomatognático. Inquéritos epidemiológicos de base populacional conduzidos na região sul do

Brasil mapearam associações fortes e consistentes entre a prevalência de DTM e a coexistência de patologias de cunho inflamatório e degenerativo sistêmico, como a artrite reumatoide, a osteoporose, além de distúrbios crônicos do sono, como a insônia, e manifestações glandulares como a xerostomia (SILVEIRA et al., 2025). De forma ainda mais específica e inovadora, a literatura científica atual lança luz sobre o papel determinante do status nutricional e dos micronutrientes na homeostase do complexo articular. Pesquisas de coorte multicêntricas de grande escala e densas revisões integrativas demonstram que a deficiência grave de Vitamina D (caracterizada por níveis séricos inferiores a 20 ng/mL), muitas vezes associada a polimorfismos genéticos inerentes do receptor de vitamina D (VDR), atua como um catalisador biológico agressivo para a incidência de osteoartrite da ATM e deslocamentos de disco (CANÇADO et al., 2025; IM et al., 2024). Essa hipovitaminose crônica agrava a inflamação óssea subcondral pela desregulação de metaloproteinases inflamatórias e compromete o reparo tecidual, comprovando de maneira cabal que a vulnerabilidade articular dolorosa possui bases moleculares e imunológicas substanciais. Essa suscetibilidade intrínseca, quando submetida aos microtraumas contínuos gerados por hábitos parafuncionais rotineiros — como o bruxismo do sono, o apertamento dentário sustentado em vigília, a pressão lingual anômala e o apoio incorreto de objetos contra o pescoço durante o expediente de trabalho —, culmina no colapso da capacidade de adaptação fisiológica do sistema, gerando dor miofascial difusa e limitante (SILVEIRA et al., 2025; LIN et al., 2026).

16

O reconhecimento irrefutável dessa vasta rede causal multifatorial fortaleceu e exigiu a adoção global de protocolos diagnósticos bidimensionais rigorosos, notadamente o Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD). Concebido estrategicamente para substituir ferramentas antigas que eram focadas unicamente em sinais anatômicos e mecânicos, o DC/TMD consagra e operacionaliza o modelo biopsicossocial ao exigir a avaliação simultânea da integridade física e biomecânica do paciente (por meio do Eixo I) e do status de sofrimento psicossocial e níveis de incapacidade relacionada à dor (através do Eixo II) (SCHIFFMAN et al., 2014). A literatura é contundente ao advertir que os fatores psicossociais, os transtornos de humor e as estratégias de enfrentamento, todos mensurados pelo Eixo II, possuem um valor preditivo e prognóstico infinitamente superior ao dos achados físicos isolados na determinação da cronicidade da dor orofacial e no sucesso da resposta terapêutica do paciente (SCHIFFMAN et al., 2014). Sob essa nova e exigente ótica, o raciocínio clínico de excelência exige do profissional uma habilidade apurada em diagnóstico diferencial sistêmico. É absolutamente crucial, por exemplo, discernir com clareza entre as dores de padrão

nociceptivo originadas em bandas tensas da musculatura, características da dor miofascial mastigatória, e os quadros complexos de dor neuropática orofacial, que apresentam uma assinatura sensorial neurológica distinta, invariavelmente marcada por queimação lancinante, choques elétricos imotivados e presença de alodínia tátil (SILVA et al., 2026). Tratar uma neuropatia orofacial subjacente com placas oclusais rígidas ou ajustes mecânicos irreversíveis, ignorando a sensibilização do sistema nervoso central ou as comorbidades de ansiedade e depressão que retroalimentam a percepção algica, consubstancia-se em grave iatrogenia e perpetua de forma cruel o ciclo de sofrimento e incapacidade funcional do paciente (SILVA et al., 2026; LI; LEUNG, 2021).

As implicações dessa massiva mudança de paradigma para a Saúde Coletiva e para a macroformulação de políticas públicas em saúde bucal são imensuráveis. O manejo da DTM alicerçado apenas em intervenções odontológicas uniprofissionais, centralizadas em modificações da mordida, mostrou-se ao longo das décadas altamente dispendioso, paliativo e flagrantemente ineficaz para o controle e reversão da cronicidade, gerando filas de encaminhamentos redundantes e enorme sobrecarga financeira aos sistemas de saúde (CUNHA et al., 2026; PRODOEHL et al., 2025). A superação da histórica e prejudicial fratura assistencial entre as ciências médicas e a odontologia — o chamado "medical-dental divide" — é o pilar mestre para o estabelecimento de linhas de cuidado que sejam de fato resolutivas. Evidências robustas oriundas de análises de gestão na atenção primária sugerem fortemente que a abordagem da dor orofacial crônica deve ser operacionalizada através de caminhos unificados de cuidado (unified care pathways) guiados por equipes multidisciplinares interconectadas. Esse fluxo assistencial moderno e integrado engloba a triagem e o rastreo qualificado inicial conduzido rotineiramente pela Enfermagem ou médicos de família, a reabilitação da função cinemática e desativação manual de pontos-gatilho promovida pela Fisioterapia, a estabilização ortopédica conservadora e controle de parafunções pelo Cirurgião-Dentista, o suporte imunomodulador e a correção de carências sistêmicas críticas como a da Vitamina D guiada pela Nutrição, e, de forma essencial e impreterível, a reestruturação cognitiva, a mitigação da catastrofização e o controle das comorbidades emocionais conduzidos pela Psicologia (CUNHA et al., 2026; PRODOEHL et al., 2025). Conclui-se, de forma indubitável, que a transição e o abandono da teoria oclusal em favor da matriz biopsicossocial não representa meramente um avanço de rigor acadêmico, mas um urgente imperativo clínico, ético e epidemiológico. O reconhecimento da Disfunção Temporomandibular como uma síndrome de dor crônica sistêmica e complexa, intrinsecamente moldada por determinantes genéticos,

metabólicos, estruturais e emocionais, é o único caminho científico capaz de promover o cuidado longitudinal integral, reduzir drasticamente as falhas terapêuticas iatrogênicas e devolver, em sua plenitude, a capacidade funcional e a qualidade de vida aos pacientes severamente afetados nos sistemas de saúde.

A etiopatogenia da Disfunção Temporomandibular (DTM) transcende a antiquada visão mecanicista e puramente oclusal, consolidando-se contemporaneamente através de um intrincado modelo biopsicossocial e sistêmico. As evidências científicas atuais demonstram de forma inquestionável que a DTM não é o produto de um vetor causal isolado, mas o resultado de uma interação dinâmica e recíproca entre fatores biológicos, metabólicos, psicológicos e comportamentais (LI; LEUNG, 2021; CUNHA et al., 2026). Essa rede etiológica complexa revela que tais determinantes potencializam-se mutuamente para precipitar a instalação do distúrbio, exacerbar a sintomatologia e perpetuar a cronificação da doença, fenômeno que justifica a profunda heterogeneidade fenotípica observada na prática assistencial e nos serviços de saúde pública (ALQUTAIBI et al., 2025; PRODOEHL et al., 2025).

Nesse contexto multidimensional, o domínio psicológico assume um protagonismo incontestável, operando tanto como agente iniciador quanto como perpetuador do quadro algico orofacial. Revisões sistemáticas robustas e grandes investigações epidemiológicas, a exemplo do inquérito populacional *NAKO Health Study*, atestam que a ansiedade (seja ela traço ou estado), a depressão, os altos níveis de estresse percebido, a somatização e o histórico de traumas na infância são preditores independentes e agressivos para o desenvolvimento da DTM dolorosa (HERPEL et al., 2026; SAINI et al., 2025; SANTOS et al., 2022). A neurobiologia explica essa interseção pelo fato de que o sofrimento psíquico não apenas altera o processamento e a percepção nociceptiva em nível de sistema nervoso central, mas também promove a hiperatividade reflexa contínua da musculatura mastigatória. Essa dinâmica é perfeitamente ilustrada pelo modelo de medo e evitação (*fear-avoidance model*), no qual a ansiedade antecipatória em relação à dor induz comportamentos catastrofizantes e espasmos prolongados de proteção, retroalimentando o ciclo crônico (SAINI et al., 2025). O impacto dessa carga alostática torna-se ainda mais evidente em subpopulações expostas a altas demandas cognitivas, como estudantes universitários, nos quais a elevada percepção de estresse acadêmico precipita queixas algicas e severa restrição de função mandibular, degradando vertiginosamente a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (OHRQoL) desses indivíduos (LIN et al., 2026; FRKA SEPAROVIC et al., 2023; ALSAHMAN et al., 2024). O reconhecimento desse perfil fundamenta a exigência clínica de avaliação do Eixo II do *Diagnostic Criteria for*

Temporomandibular Disorders (DC/TMD), garantindo que os níveis de distresse e incapacidade sejam rastreados com o mesmo rigor conferido aos sinais físicos (SCHIFFMAN et al., 2014).

Intimamente interligada a essa desregulação psíquica, a arquitetura do sono e os hábitos de vida do paciente exercem forte influência moduladora na gravidade e na resistência da DTM. Evidências oriundas de coortes populacionais estabelecem que a má qualidade do sono, a presença de insônia e os distúrbios do ritmo circadiano não figuram como meras consequências do desconforto articular, mas atuam como fatores de risco ativos que comprometem a via descendente de inibição da dor, exacerbando a fadiga muscular e a hiperalgesia sistêmica (HERPEL et al., 2026; SILVEIRA et al., 2025). Em paralelo, fatores comportamentais deletérios são reportados como fortíssimas covariáveis de risco. O longo tempo despendido na posição sentada (sedentarismo), o tabagismo ativo e o consumo elevado de café deterioram a resiliência biológica do paciente, enquanto o autocuidado inadequado e a baixa frequência de consultas odontológicas preventivas atrasam o diagnóstico diferencial precoce (FRKA SEPÁROVIC et al., 2023; LIN et al., 2026). Substâncias como a nicotina e a cafeína agem como neuroestimulantes que elevam o tônus muscular basal e precipitam vasoconstrição periférica, dificultando o reparo das estruturas estomatognáticas fadigadas (HERPEL et al., 2026; FRKA SEPÁROVIC et al., 2023).

A tensão sistêmica induzida pelo estresse, associada aos vícios comportamentais, frequentemente deságua no aparelho mastigatório sob a forma de microtraumas funcionais contínuos e hábitos parafuncionais repetitivos (CUNHA et al., 2026). Estudos epidemiológicos transversais confirmam que o bruxismo do sono, o apertamento dentário em vigília, a pressão anômala da língua contra os dentes e a manutenção de posturas ergonômicas aberrantes (como o apoio do telefone no pescoço durante o trabalho) elevam significativamente a razão de prevalência da disfunção (SILVEIRA et al., 2025). Estes microtraumas promovem o desgaste biomecânico desproporcional da articulação temporomandibular, sustentando a hiperatividade miofascial e desencadeando um processo inflamatório intracapsular local que, na ausência de interceptação, evolui rapidamente para processos degenerativos e dores crônicas refratárias (ALQUTAIBI et al., 2025; SILVEIRA et al., 2025).

Contudo, a vulnerabilidade estrutural perante a sobrecarga mecânica não é uniforme e encontra explicações cruciais no domínio metabólico e sistêmico do paciente. Achados epidemiológicos apontam uma convergência estatística consistente entre a DTM e o diagnóstico prévio de doenças sistêmicas de base imunológica ou óssea, notadamente a artrite reumatoide, a osteoporose e desordens glandulares como a xerostomia, demonstrando que a

ATM frequentemente reflete um estado de saúde corporal comprometido (SILVEIRA et al., 2025; PRODOEHL et al., 2025). No campo da nutrição clínica e da endocrinologia, evidências recentes oriundas de ensaios randomizados e vastas coortes multicêntricas revelaram que o estado sérico da vitamina D (25-hidroxivitamina D) é um fator patogênico crítico (CANÇADO et al., 2025). Observou-se que a deficiência vitamínica (níveis < 20 ng/mL) está fortemente associada a um risco significativamente maior para a incidência da DTM, manifestando-se clinicamente através de altos índices de deslocamento de disco e osteoartrite articular. A vitamina D exerce uma função pleiotrópica essencial na homeostase do osso subcondral e na modulação imunológica local; sua carência grave desregula as cascatas pró-inflamatórias e induz a hiperatividade de metaloproteínases de matriz (MMP-3 e MMP-13), acelerando a degradação da cartilagem da ATM (CANÇADO et al., 2025). Essa falha reparadora é ainda mais acentuada pela presença de variantes genéticas desfavoráveis, como o alelo *b* e o genótipo *bb* do polimorfismo *BsmI* do receptor de vitamina D (VDR), os quais conferem ao paciente uma suscetibilidade genética herdada para processos degenerativos e sensibilização dolorosa precoce do tecido orofacial (CANÇADO et al., 2025). A integração da nutrição em protocolos de suporte aponta que o padrão dietético inflamatório e as deficiências de micronutrientes retroalimentam a exacerbação dos sintomas e o insucesso das terapias oclusais, validando a premissa sistêmica da doença (CUNHA et al., 2026).

Por conseguinte, a integração meticulosa das evidências revisadas pavimentam a compreensão de um modelo etiopatogênico em espiral, onde os fatores de risco nunca atuam no vácuo. Um indivíduo portador de uma predisposição genética e metabólica (caracterizada por polimorfismos do receptor VDR e franca hipovitaminose D), quando exposto a traumas infantis prévios ou vivenciando episódios prolongados de ansiedade e depressão, desenvolve alterações profundas na arquitetura de seu sono e adota padrões compensatórios deletérios (sedentarismo, tabagismo e consumo abusivo de cafeína). O transbordamento somático dessa carga emocional e comportamental impulsiona a ativação involuntária de hábitos parafuncionais (apertamento e bruxismo), infligindo uma sobrecarga mastigatória massiva a um complexo articular já imuno-inflamado e desprovido da capacidade biológica ideal de reparo. O desfecho inevitável dessa cascata é a falência adaptativa da ATM e a manifestação de dores miofasciais e neuropáticas crônicas que, retroativamente, acentuam a limitação de funções vitais, agravam a insônia e aprofundam ainda mais o sofrimento psíquico do paciente (CANÇADO et al., 2025; CUNHA et al., 2026; SAINI et al., 2025; SILVA et al., 2026). Essa sobreposição intrincada de nocicepção periférica, sensibilização central e insuficiência metabólica

fundamenta a heterogeneidade das apresentações clínicas da disfunção temporomandibular e decreta que o raciocínio diagnóstico e o planejamento em saúde coletiva devem, de forma irrevogável, transcender a visão dento-maxilar, abraçando linhas de cuidado sustentadas por equipes verdadeiramente multidisciplinares.

A avaliação diagnóstica da Disfunção Temporomandibular (DTM) configura-se como um dos mais intrincados desafios contemporâneos enfrentados pela prática clínica e pela gestão em Saúde Coletiva, sendo um reflexo direto da sua complexa natureza multifatorial e da vasta heterogeneidade de suas manifestações fenotípicas. Historicamente ancorada em um modelo biomédico de cunho estritamente mecanicista, a abordagem das dores orofaciais frequentemente restringia-se à análise da oclusão dentária e de alterações estruturais maxilomandibulares isoladas, ignorando a vasta teia de determinantes biopsicossociais que orquestram e perpetuam a dor crônica (CUNHA et al., 2026; PRODOEHL et al., 2025). As evidências científicas atuais demonstram de forma inequívoca que a DTM transcende as desordens anatômicas locais da articulação temporomandibular (ATM), exigindo o reconhecimento de sobreposições patológicas com condições sistêmicas, distúrbios do sono, quadros reumatológicos e desordens neurológicas (PALMER; DURHAM, 2021). Essa multiplicidade sintomatológica resulta frequentemente em subdiagnóstico, diagnósticos tardios ou equivocados, perpetuando o sofrimento crônico do paciente dentro de um sistema de saúde historicamente fragmentado. Esta fragmentação é exacerbada pelo pernicioso isolamento entre a medicina e a odontologia — o chamado "medical-dental divide" —, que deixa o indivíduo desassistido, transitando por especialidades que não se comunicam e que falham em fornecer um plano de cuidado coeso (PRODOEHL et al., 2025).

21

O primeiro passo imperativo para mitigar essas severas falhas assistenciais e epidemiológicas reside na adoção sistemática de ferramentas de avaliação padronizadas e validadas internacionalmente. A evolução rigorosa dos critérios diagnósticos, que culminou no desenvolvimento do *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD), estabeleceu um paradigma essencial para a prática clínica e para a pesquisa científica, substituindo achados anedóticos por algoritmos estritamente baseados em evidências (SCHIFFMAN et al., 2014; ALQUTAIBI et al., 2025). A superioridade metodológica e clínica do DC/TMD ancora-se na sua estrutura de avaliação em duplo eixo, que reflete a verdadeira natureza biopsicossocial do agravo. O Eixo I fornece protocolos operacionais rigorosos e especificações de exame físico voltados ao diagnóstico somático, permitindo a diferenciação clara entre desordens de origem muscular, como a mialgia e a dor miofascial, e as desordens

biomecânicas intra-articulares, como o deslocamento de disco articular com ou sem redução e a doença articular degenerativa (SCHIFFMAN et al., 2014). Simultaneamente, o Eixo II impõe a avaliação mandatória e inegociável do status psicossocial do paciente e do nível de incapacidade funcional relacionada à dor. A utilização de instrumentos de autorrelato validados para o Eixo II rastreia escores de ansiedade, depressão, níveis de estresse percebido, somatização e a presença de comportamentos orais parafuncionais deletérios (SCHIFFMAN et al., 2014; SANTOS et al., 2022). A literatura é contundente ao demonstrar que os fatores psicossociais e as estratégias de enfrentamento mensurados no Eixo II detêm, quase invariavelmente, um valor preditivo e prognóstico infinitamente superior aos achados físicos isolados do Eixo I, determinando a progressão da dor de um estado agudo adaptativo para a cronicidade refratária limitante (SCHIFFMAN et al., 2014).

A capacidade de assegurar um prognóstico terapêutico resolutivo no sistema de saúde depende, de forma crítica, da acurácia do raciocínio no diagnóstico diferencial, que constitui a principal barreira contra intervenções iatrogênicas. É fundamental que os profissionais de saúde possuam o domínio clínico necessário para distinguir a dor de origem nociceptiva somática da dor neuropática. A dor miofascial, que engloba grande parte dos diagnósticos de DTM, caracteriza-se pela presença de bandas tensas musculares, pontos-gatilho palpáveis, dor profunda e de caráter opressivo, cujo agravamento está estritamente vinculado ao movimento, à função mastigatória e à parafunção (SILVA et al., 2026; LI; LEUNG, 2021). Em contrapartida, as síndromes de dor neuropática orofacial exibem uma assinatura neurofisiológica e sensorial autônoma, manifestando-se clinicamente por meio de ardência persistente, choques elétricos paroxísticos imotivados, disestesias e a presença de extrema alodínia tátil, características que independem de estímulos mecânicos ou da função articular (SILVA et al., 2026). As consequências de um diagnóstico precipitado ou impreciso nesse cenário são devastadoras. A falha no reconhecimento de um componente neuropático subjacente, ou a negligência na identificação de comorbidades psicológicas e sensibilização central, sujeita uma vasta massa da população atendida nos serviços de urgência e ambulatoriais a tratamentos irreversíveis e equivocados. Estes pacientes frequentemente são submetidos a desgastes oclusais injustificados, reabilitações protéticas extensas, cirurgias intracapsulares invasivas sem indicação fundamentada e ciclos intermináveis de polifarmácia algica, que culminam em falência terapêutica, agravamento do quadro algico primário e severa perda de confiança no sistema de saúde (SILVA et al., 2026; PRODOEHL et al., 2025; CUNHA et al., 2026; GARRIGÓS-PEDRÓN et al., 2019).

As repercussões deletérias da cronificação da dor orofacial e dos insucessos terapêuticos materializam-se em uma degradação devastadora da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (OHRQoL). Robusta síntese de estudos observacionais e metanálises atesta que indivíduos acometidos pelo espectro sintomatológico da DTM vivenciam um impacto negativo esmagador na autopercepção do seu bem-estar geral, evidenciado por probabilidades alarmantes de prejuízo funcional (Odds Ratio de 8,21) quando avaliados por instrumentos globais de medição como o OHIP-14 ou OHIP-49 (ALSAHMAN et al., 2024). Esse declínio impõe barreiras incapacitantes para a execução fluida de atividades diárias intrínsecas à sobrevivência e à sociabilidade, como a trituração de alimentos consistentes, a deglutição, a fonação clara, as expressões faciais de emoção, além de gerar profundos constrangimentos estéticos e relacionais advindos da limitação de abertura bucal ou dos ruídos articulares intensos (ALSAHMAN et al., 2024). A magnitude desta degradação clínica não se distribui de maneira uniforme entre os subtipos da doença; pacientes cujos diagnósticos do Eixo I do RDC/TMD confirmam a presença de dor miofascial difusa ou alterações osteoartríticas degenerativas sofrem impactos físicos e distúrbios psicossociais significativamente mais severos do que aqueles que apresentam apenas condições biomecânicas de deslocamento de disco isolado sem componente álgico associado (ALSAHMAN et al., 2024). A manutenção dessa dor e incapacidade atrela-se a um desgaste profundo do equilíbrio neuroemocional humano, estruturando um ciclo vicioso de retroalimentação fisiopatológica. Neste ciclo, a dor física crônica, o medo da mastigação e a evitação funcional (*fear-avoidance*) intensificam níveis patológicos de ansiedade e depressão, os quais operam sinergicamente para amplificar a hiperatividade do sistema nervoso central, manter o espasmo da musculatura orofacial em vigília e perpetuar o distúrbio em uma alça autossustentável e refratária a terapias simples (SAINI et al., 2025; ALSAHMAN et al., 2024; SANTOS et al., 2022).

Quando a severidade, a cronicidade ou a presença de múltiplas comorbidades ultrapassam a capacidade resolutiva do automanejo, a transição para a atenção secundária ou centros especializados demanda a atuação absoluta de equipes multidisciplinares (PRODOEHL et al., 2025; GARRIGÓS-PEDRÓN et al., 2019). O manejo compartimentalizado é reconhecidamente falho. O sucesso na recuperação funcional musculoesquelética do paciente depende de uma sinergia rigorosa entre diversas áreas do conhecimento: a Odontologia afasta-se de intervenções irreversíveis para atuar no controle ortopédico conservador, na estabilização oclusal temporária com dispositivos intraorais e no refinamento contínuo do diagnóstico diferencial. Integrada a ela, a Fisioterapia assume um papel estruturante na reabilitação da

biomecânica mandibular, aplicando técnicas de cinesioterapia e terapia manual para desativar focos de dor irradiada, melhorar a flexibilidade capsular e minimizar de maneira contundente a dependência de fármacos sistêmicos e relaxantes musculares por parte do paciente (CUNHA et al., 2026; GARRIGÓS-PEDRÓN et al., 2019). Como a DTM crônica configura-se como um modelo de dor somatizada de alta carga emocional, a Psicologia torna-se o pilar central para o manejo das dimensões afetivas da doença, abordando fatores de resistência terapêutica, reduzindo os níveis de ansiedade inerentes à dor e ressignificando as crenças catastróficas dos pacientes, o que resulta em ganhos substanciais na adesão ao plano de tratamento contínuo (CUNHA et al., 2026; SANTOS et al., 2022). Adicionalmente, as fronteiras da Saúde Coletiva agora reconhecem a Nutrição clínica como um componente sistêmico inadiável neste fluxograma. Inquéritos longitudinais e estudos clínicos revelam que deficiências severas de micronutrientes, de maneira especial a hipovitaminose D (caracterizada por níveis séricos de 25-hidroxivitamina D inferiores a 20 ng/mL), combinadas ao impacto de dietas altamente inflamatórias, figuram como mecanismos biológicos agressivos que aceleram a destruição das cartilagens da ATM pela hiperativação de metaloproteinases e diminuem sistemicamente o limiar da dor (CANÇADO et al., 2025). O suporte nutricional otimizado e a suplementação direcionada tornam-se essenciais para modular os processos neuroinflamatórios, criando um ambiente fisiológico favorável à cura e potencializando a eficácia de todas as outras abordagens conservadoras instituídas (CANÇADO et al., 2025; CUNHA et al., 2026).

Em síntese conclusiva, os desafios diagnósticos e as brutais repercussões biopsicossociais que a Disfunção Temporomandibular impõe aos indivíduos exigem, irrevogavelmente, a transformação do olhar isolado dos profissionais de saúde para uma visão integrativa. A literatura consolida o entendimento de que a organização das linhas de cuidado nos serviços públicos deve incorporar a DTM como uma prioridade estruturante de saúde bucal e saúde sistêmica. Somente através da adoção incondicional de protocolos baseados em evidências científicas como o DC/TMD, associados a fluxos ágeis de triagem e ao compromisso ético de atuação em equipes interdisciplinares, os sistemas de saúde poderão romper com a iatrogenia histórica do passado. Esse modelo integrado e centrado na humanização do paciente é a única garantia epidemiológica para conter as altas taxas de absenteísmo, otimizar os custos hospitalares e reverter quadros limitantes, devolvendo a plena Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal e a dignidade social às populações afligidas pela dor orofacial crônica.

3 CONCLUSÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) representa um problema de saúde pública de alta magnitude, com uma prevalência global alarmante que atinge picos endêmicos na América do Sul, afetando predominantemente mulheres na faixa etária economicamente ativa. As evidências consolidadas nesta revisão refutam o modelo biomédico tradicional centrado primariamente na oclusão, confirmando que a DTM possui uma etiologia inerentemente biopsicossocial, sistêmica e multifatorial. A sua instalação e cronificação são fortemente impulsionadas pela intersecção de sofrimento psíquico — como ansiedade e depressão, hábitos parafuncionais, distúrbios do sono e carências metabólicas, com destaque patogênico sistêmico para a deficiência de Vitamina D.

Diante do severo impacto negativo na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal e do alto risco de intervenções iatrogênicas decorrentes de falhas no diagnóstico diferencial entre dores miofasciais e neuropáticas, conclui-se que o manejo da DTM exige uma transformação urgente na estruturação dos serviços de saúde. A efetividade do tratamento e a racionalização dos recursos no sistema público dependem da adoção universal de protocolos diagnósticos bidimensionais padronizados e da implementação de caminhos unificados de cuidado.

REFERÊNCIAS

25

ALQUTAIBI, A. Y. A. *et al.* Prevalence of temporomandibular disorders: A systematic review and meta-analysis. **OFPH**, 2025.

ALSAHMAN, L. A. *et al.* Temporomandibular Disorders and Oral Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Diagnostics**, v. 14, n. 2183, 2024.

CANÇADO, M. A. F.; CUNHA, F. N. de L.; TEIXEIRA, E. R. da S. L.; SILVA, A. de F.; BACCARO, G. C.; SOUZA, M. S.; PAIVA, R. M. G. de; CARVALHO, K. H. de; OLIVEIRA, M. B. D.; CUPERTINO, B. C.; REBOUÇAS, T.; ALVES, A. C. Associação Entre Níveis Séricos de Vitamina D e Distúrbios Temporomandibulares: Mecanismos Fisiopatológicos, Evidências Clínicas e Perspectivas Terapêuticas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 100–112, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n5p100-112. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5725>. Acesso em: 25 jul. 2026.

CUNHA, F. N. L. *et al.* Impacto de estratégias multidisciplinares no manejo da dor orofacial: um estudo em saúde coletiva. **Revista Científica RECIMA21**, v. 7, n. 5, e757827, 2026. [Cunha, F. N. de L., Ferreira, E. C., Mendonça, M. S., Cançado, M. A. F., Laurindo, D. S., Cordeiro, G. L. F., Silva, B. C. S. da, & Conceição, A. B. dos S. (2026). IMPACTO DE ESTRATÉGIAS MULTIDISCIPLINARES NO MANEJO DA DOR OROFACIAL: UM ESTUDO EM SAÚDE COLETIVA. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar** - ISSN 2675-6218, 7(5), e747827. <https://doi.org/10.47820/recima21.v7i5.7827>

FRKA SEPAROVIC, I. et al. Temporomandibular Disorder Prevalence and Its Association with Lifestyle Habits in Biomedicine Students—A Cross-Sectional Study. **Healthcare**, v. 11, n. 2261, 2023.

GARRIGÓS-PEDRÓN, M. et al. Temporomandibular disorders: improving outcomes using a multidisciplinary approach. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 12, p. 733-747, 2019.

HERPEL, C. et al. Temporomandibular Disorders: Prevalence and Associated Biopsychosocial Factors: An Analysis of Data From the NAKO Health Study. **Deutsches Ärzteblatt International (Dtsch Arztebl Int)**, v. 123, p. 63-70, 2026.

IM, Y. G.; HAN, M. Y.; BAEK, H. S. Association of Serum Vitamin D Level with Temporomandibular Disorder Incidence: A Retrospective, Multi-Center Cohort Study Using Six Hospital Databases. **Nutrients**, v. 15, n. 13, p. 2860, 2023.

KAMAR ALDEN, H. A. R. et al. The Prevalence and Possible Association of Different Types of Temporomandibular Disorders Among Young Adult Patients With Anterior and/or Posterior Crossbite: A Cross-Sectional Study. **Cureus**, v. 16, n. 11, e74047, 2024.

LI, D. T. S.; LEUNG, Y. Y. Temporomandibular Disorders: Current Concepts and Controversies in Diagnosis and Management. **Diagnostics**, v. 11, n. 3, 459, 2021.

LIN, Y. et al. Prevalence of self-reported TMD symptoms among Chinese medical and dental students. **BMC Medical Education**, v. 26, n. 356, 2026.

PALMER, J.; DURHAM, J. Temporomandibular disorders. **BJA Education**, v. 21, n. 2, p. 44-50, 2021.

PRODOEHL, J. et al. Forum on Temporomandibular Disorders. **BMC Global and Public Health**, v. 3, n. 97, 2025.

SAINI, R. S. et al. Correlation between psychological factors and temporomandibular disorders: A systematic review. **Head & Face Medicine**, v. 21, n. 46, 2025.

SANTOS, E. A. et al. Association between temporomandibular disorders and anxiety: A systematic review. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 990430, 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. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 28, n. 1, p. 6-27, 2014.

SILVA, B. C. S. et al. Challenges in the Differential Diagnosis of Orofacial Pain: Differentiating Neuropathic and Myofascial Components. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 8, n. 3, p. 1869-1878, 2026.

SILVA, B. C. S. da; NUNES DE LIRA CUNHA, F.; MOREIRA, E. P. A.; ALVES, V. F.; GUIMARÃES, P. D. F.; RODRIGUES, B. L. C.; VILA, A. P. A.; OLIVEIRA, V. R. de; SOUZA, S. D. O.; DEUSCHLE, F. B.; LUCENA, J. A.; LOZA, D. M. B.; CORDEIRO, G. L. F.; XAVIER, S. H. da S.; SARAIVA, L. O.; GUIMARÃES, M. B.; FERREIRA, E. C.; VAZ, T. R. P.; MORAES, V. J. S. de. Challenges in the Differential Diagnosis of Orofacial

Pain: Differentiating Neuropathic and Myofascial Components . **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , [S. l.], v. 8, n. 3, p. 1869–1878, 2026. DOI: 10.36557/2674-8169.2026v8n3p1869-1878. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/7177>. Acesso em: 25 jul. 2026.

SILVEIRA, A. M. *et al.* Prevalence of temporomandibular disorders and associated factors: a population-based study in southern Brazil. **Brazilian Oral Research**, v. 39, e092, 2025.

ZIELIŃSKI, G.; PAJĄK-ZIELIŃSKA, B.; GINSZT, M. A Meta-Analysis of the Global Prevalence of Temporomandibular Disorders. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 5, p. 1365, 2024.