Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Intervenções fisioterapêuticas na disfunção temporomandibular e dores cervicais

Physiotherapeutic interventions in temporomandibular dysfunction and neck pain

Intervenciones fisioterapéuticas en la disfunción temporomandibular y el dolor cervical

Larissa Goulart de Oliveira[1], Jaqueline Gleice Aparecida de Freitas[1], Flávio Ayres Monteiro[1].

RESUMO

Objetivo: Identificar as intervenções fisioterapêuticas mais eficazes no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM) e da dor cervical associada. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, guiada pela seguinte questão: qual o impacto da intervenção fisioterapêutica em indivíduos com DTM? As buscas foram realizadas nas bases de dados: PubMed, PEDro e *Cochrane Library*. Os critérios de inclusão foram ensaios clínicos controlados e randomizados com intervenções fisioterapêuticas na DTM e dores cervicais. As informações extraídas incluíram: dados bibliográficos, características da amostra, intervenções fisioterapêuticas instrumentos utilizados e resultados. O risco de Viés foi realizado pela escala PEDro. **Resultados:** Foram incluídos 18 estudos, publicados entre 2000 e 2024, abrangeram 1.119 pacientes. Os tratamentos aplicados no grupo experimental incluíram, em sua maioria, técnicas de terapia manual. Os grupos experimentais que receberam intervenções fisioterapêuticas evidenciaram melhorias significativas em relação aos grupos controle. A terapia manual aliada a exercícios terapêuticos foi mais positiva na melhora da intensidade da dor, mobilidade e funcionalidade mandibular e cervical e na diminuição da sensibilidade à pressão em pontos-gatilho. **Conclusão:** Pode se considerar que as intervenções fisioterapêuticas foram eficazes para reduzir a dor e melhorar a função em pacientes com DTM associado à dor cervical, principalmente quando utilizada intervenções multimodais.

Palavras-chave: Articulação temporomandibular, Fisioterapia, Dor.

ABSTRACT

Objective: Identify the most effective physiotherapeutic interventions in the treatment of temporomandibular dysfunction (TMD) and associated neck pain. **Methods:** This is a systematic review of the literature, guided by the following question: what is the impact of physiotherapy intervention in individuals with TMD? Searches were conducted in the following databases: PubMed, PEDro, and Cochrane Library. The inclusion criteria were randomized controlled clinical trials with physiotherapy interventions for TMD and neck pain. The information extracted included: bibliographic data, sample characteristics, physiotherapy interventions, instruments used, and results. The risk of bias was assessed using the PEDro scale. **Results:** Eighteen studies published between 2000 and 2024 were included, covering 1,119 patients. The treatments applied in the experimental

[1] Universidade Estadual de Goiás (UEG), Goiânia – GO.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 6/2026**

group mostly included manual therapy techniques. The experimental groups that received physiotherapeutic interventions showed significant improvements compared to the control groups. Manual therapy combined with therapeutic exercises was more effective in improving pain intensity, mandibular and cervical mobility and functionality, and reducing pressure sensitivity at trigger points. **Conclusion:** One might consider that physiotherapy interventions were effective in reducing pain and improving function in patients with TMD associated with neck pain, especially when multimodal interventions were used.

Keywords: Temporomandibular joint, Physical therapy, Pain.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las intervenciones fisioterapéuticas más eficaces en el tratamiento de la disfunción temporomandibular (DTM) y el dolor cervical asociado. **Métodos:** Se trata de una revisión sistemática de la literatura, guiada por la siguiente pregunta: ¿cuál es el impacto de la intervención fisioterapéutica en individuos con TMD? Las búsquedas se realizaron en las bases de datos PubMed, PEDro y Cochrane Library. Los criterios de inclusión fueron ensayos clínicos controlados y aleatorios con intervenciones fisioterapéuticas en TMD y dolores cervicales. La información extraída incluyó: datos bibliográficos, características de la muestra, intervenciones fisioterapéuticas, instrumentos utilizados y resultados. El riesgo de sesgo se evaluó mediante la escala PEDro. **Resultados:** Se incluyeron dieciocho estudios publicados entre 2000 y 2024, que abarcaban a 1119 pacientes. Los tratamientos aplicados en el grupo experimental incluían principalmente técnicas de terapia manual. Los grupos experimentales que recibieron intervenciones fisioterapéuticas mostraron mejoras significativas en comparación con los grupos de control. La terapia manual combinada con ejercicios terapéuticos fue más eficaz para mejorar la intensidad del dolor, la movilidad y la funcionalidad mandibular y cervical, y reducir la sensibilidad a la presión en los puntos gatillo. **Conclusión:** Se puede considerar que las intervenciones fisioterapéuticas fueron eficaces para reducir el dolor y mejorar la función en pacientes con TMD asociada a dolor cervical, especialmente cuando se utilizaron intervenciones multimodales.

Palabras clave: Articulación temporomandibular, Fisioterapia, Dolor.

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) apresenta um funcionamento complexo, sendo a única articulação sinovial, móvel do crânio, do tipo bicondiliana, permitindo, assim, movimentos rotacionais e translacionais. A ATM desempenha funções essenciais para o movimento e a estabilidade da mandíbula, permitindo ações como abrir e fechar a boca, mastigar, falar, bocejar e deglutir. Além disso, seu disco articular atua como um amortecedor, reduzindo o atrito entre as superfícies ósseas e contribuindo para a absorção de impactos. Dessa forma, a ATM garante funcionalidade, equilíbrio e harmonia entre músculos, ligamentos e estruturas ósseas que compõem o sistema mastigatório (CASTRO WB, et al., 2023).

A ATM é uma articulação vulnerável as alterações funcionais capazes de gerar desarranjos ao seu funcionamento, tal desordem é conhecida como disfunção temporomandibular (DTM), uma condição musculoesquelética que afeta a articulação temporomandibular ATM, os músculos envolvidos na mastigação e estruturas vizinhas. Os sintomas mais comuns incluem dor orofacial, ruídos nas articulações, limitação do movimento mandibular e cefaleia, impactando significativamente a qualidade de vida das pessoas afetadas. Além disso, há uma conexão significativa entre a DTM e as dores cervicais, devido à conexão anatômica e funcional entre essas regiões (PELICIOLI M, et al. 2017).

A alta prevalência de DTM na população geral, aliada à sua complexidade clínica, demanda tratamentos terapêuticos integrados e eficazes. Dentro deste contexto, a fisioterapia se destaca como uma abordagem terapêutica eficiente, que utiliza técnicas como terapia manual, exercícios terapêuticos, reeducação postural, eletrotermofototerapia e liberação miofascial (OLIVEIRA-SOUZA AIS, et al., 2024).

Considerando a ampla diversidade de recursos fisioterapêuticos, a eficácia das intervenções no tratamento da DTM e dores cervicais correlatas pode variar dependendo da modalidade terapêutica empregada. Técnicas como a liberação miofascial, fortalecimento muscular e a terapia manual, aplicados de forma individual ou combinada, têm sido amplamente investigadas com o objetivo de identificar o protocolo terapêutico mais eficaz. As abordagens terapêuticas multimodais podem proporcionar resultados superiores em comparação com intervenções isoladas (OLIVEIRA-CAMPELO NM, et al., 2010).

Diante disso, este trabalho teve como objetivo analisar as evidências científicas disponíveis sobre as intervenções fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da disfunção temporomandibular e dores cervicais. Além de investigar a associação entre disfunção temporomandibular (DTM) e dores cervicais, avaliar a eficácia das intervenções fisioterapêuticas no tratamento da DTM e as dores cervicais associadas, identificar quais intervenções fisioterapêuticas são eficazes para o tratamento de DTMs e de dores cervicais decorrentes e caracterizar o nível das evidências levantadas sobre intervenções fisioterapêuticas aplicadas à DTM e dores cervicais.

MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que seguiu princípios metodológicos rigorosos com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar evidências científicas relacionadas às intervenções fisioterapêuticas na DTM e dores cervicais associadas.

O estudo foi elaborado conforme as diretrizes do método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) e foi registrada previamente na base PROSPERO, que tem como número de registro: CRD420251020460.

A pergunta norteadora foi construída com base na estratégia PICO. população (P): indivíduos com disfunção temporomandibular e/ou dores cervicais; intervenção (I): intervenções fisioterapêuticas; comparação (C): outras modalidades de tratamento ou nenhuma intervenção; desfecho (O): redução da dor, melhora funcional e qualidade de vida.

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: PubMed, PEDro e Cochrane Library. A estratégia de busca foi adaptada para cada base de dados, utilizando operadores *booleanos* e termos de busca específicos.

Os criérios de inclusão e os critérios de exclusão estão demostrados no **Quadro 1**. Neste estudo, os descritores nos idiomas português/inglês foram selecionados de acordo com os termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). São eles: disfunção da articulação temporomandibular/temporomandibular/dysfunction, dor cervical/neck pain, exercício terapêutico/therapeutic exercise e modalidades de fisioterapia/physiotherapy; terapia manual/manual therapy. A estratégia de busca está demonstrada no **Quadro 2**.

Dois revisores selecionaram independentemente os artigos, primeiro por título e resumo, e os classificaram como elegíveis/incertos/não elegíveis. Em caso de divergência, um terceiro revisor foi consultado para decisão final.

A extração dos dados das publicações incluídas foi realizada por dois revisores de forma independente, utilizando um formulário padronizado previamente desenvolvido e testado. Cada revisor extraiu as informações de forma individual, sendo posteriormente realizada a comparação dos dados extraídos. Em casos de divergência, os revisores discutiram até alcançar consenso.

As informações extraídas incluíram: dados bibliográficos (autor, ano, país), características da amostra (tamanho, idade, diagnóstico de DTM e dor cervical), detalhes das intervenções fisioterapêuticas (tipo, duração, frequência), desfechos avaliados (medidas de dor, função, mobilidade), instrumentos utilizados e principais resultados. Não foram utilizadas ferramentas automatizadas para a extração de dados. Os autores não entraram em contato com os investigadores dos estudos originais para obtenção ou confirmação de dados adicionais.

Quadro 1 - Critérios de elegibilidade dos estudos incluídos.

Critérios de inclusão	Ensaios clínicos controlados e randomizados. Estudos que avaliem intervenções fisioterapêuticas na DTM e dores cervicais. Publicações nos idiomas português, inglês e espanhol. Estudos disponíveis em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais.
Critérios de exclusão	Estudos com amostras não humanas. Estudos que investigam exclusivamente intervenções não fisioterapêuticas (farmacológicas, odontológicas ou cirúrgicas). Estudos com amostras mistas que não apresentem dados específicos para DTM e dores cervicais. Estudos duplicados. Estudos indisponíveis para leitura na íntegra.
Critérios neutros	Sexo dos participantes (masculino e feminino). Faixa etária. Ano de publicação.

Fonte: Oliveira LG, et al., 2026.

Foi utilizada a escala PEDro (http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au) para avaliar o risco de viés, atualmente, a mais usada na área da reabilitação. Essa escala foi desenvolvida pela *Physiotherapy Evidence Database* para ser empregada em estudos experimentais e tem uma pontuação total de até 10 pontos, incluindo critérios de avaliação de validade interna e apresentação da análise estatística empregada. Para cada critério definido na escala, um ponto (1) é atribuído à presença de indicadores da qualidade da evidência apresentada, e zero ponto (0) é atribuído à ausência desses indicadores.

A escala PEDro é composta pelos seguintes critérios: 1) especificação dos critérios de inclusão (item não pontuado); 2) alocação aleatória; 3) sigilo na alocação; 4) similaridade dos grupos na fase inicial ou basal; 5) mascaramento dos sujeitos; 6) mascaramento do terapeuta; 7) mascaramento do avaliador; 8) medida de pelo menos um desfecho primário em 85% dos sujeitos alocados; 9) análise da intenção de tratar; 10) comparação entre grupos de pelo menos um desfecho primário e 11) relato de medidas de variabilidade e estimativa dos parâmetros de pelo menos uma variável primária. Dois revisores independentes realizaram a avaliação de forma separada e as discrepâncias nos julgamentos foram resolvidas por consenso entre os revisores. Os dados extraídos dos estudos incluídos foram organizados em uma planilha contendo: autor, ano, tipo de estudo, população, tipo de intervenção, desfechos avaliados e principais resultados. A apresentação dos resultados foi feita de forma descritiva, por meio de síntese narrativa, destacando padrões de efeitos observados, similaridades e divergências entre os estudos incluídos. Não foram conduzidas análises de subgrupos, meta-regressão ou análises de sensibilidade, considerando a natureza qualitativa da síntese.

Quadro 2 - Estratégia de busca dos artigos nas bases de dados.

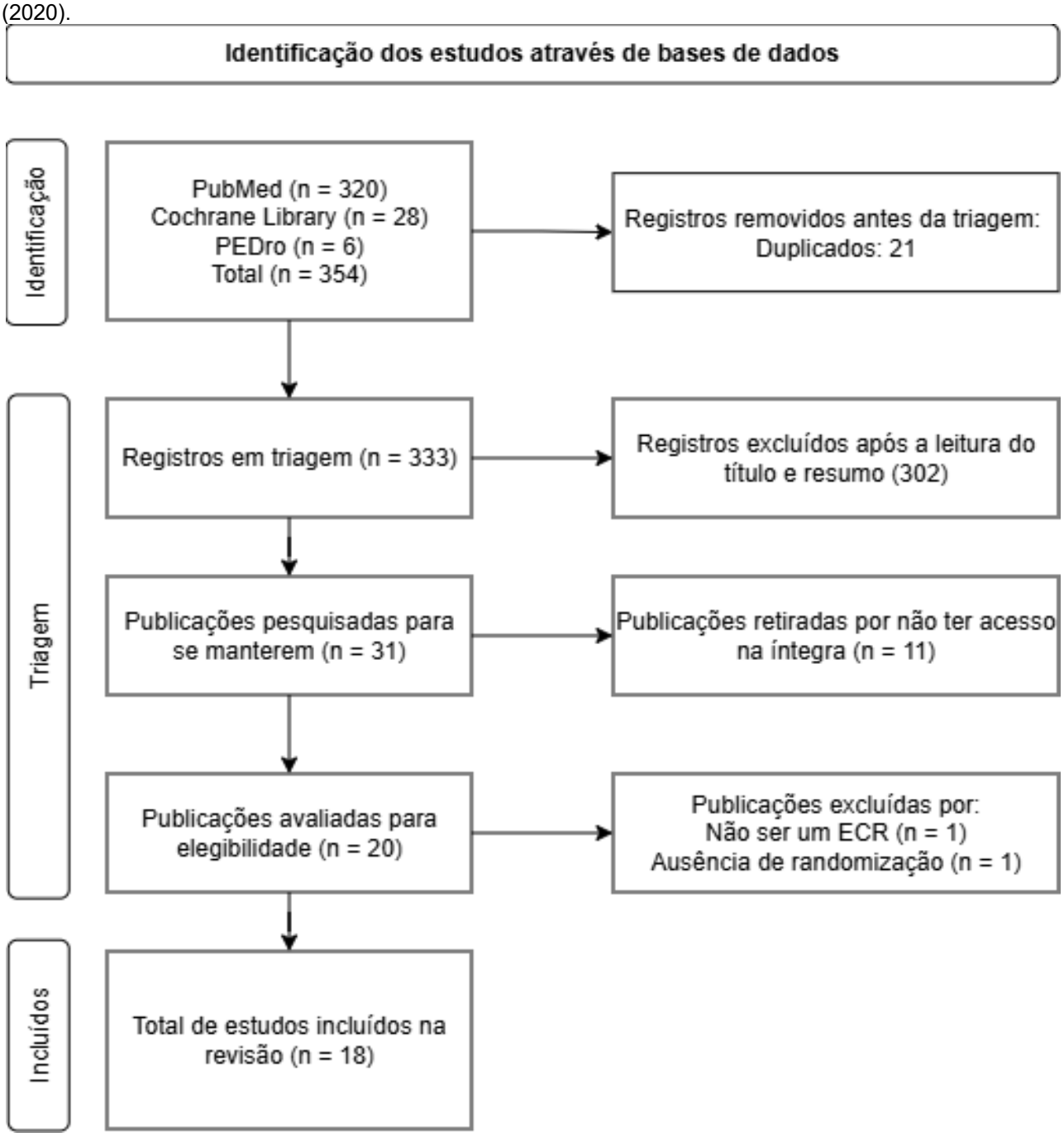
Bases	Estratégias de busca	N° de artigos
PEDro	Title and abstract: temporomandibular dysfunction AND neck pain Subdiscipline: MusculoskeletalMethod: clinical trial	6
Cochrane Library	("temporomandibular dysfunction" OR "temporomandibular joint disorder" OR "TMJ") AND ("neck pain" OR "cervical pain") AND ("physiotherapy" OR "physical therapy" OR "manual therapy" OR "exercise therapy")	28
PubMed	("Temporomandibular Joint Disorders"[MeSH] OR "Temporomandibular Dysfunction" OR "TMD") AND ("Neck Pain"[MeSH] OR "Cervical Pain") AND ("Physical Therapy Modalities"[MeSH] OR "Manual Therapy" OR "Exercise Therapy")	6
PubMed	("Temporomandibular Joint Disorders"[MeSH Terms] OR temporomandibular dysfunction[Title/Abstract] OR TMD[Title/Abstract] OR TMJ[Title/Abstract]) AND ("Neck Pain"[MeSH Terms] OR cervical pain[Title/Abstract] OR neck dysfunction[Title/Abstract]) AND ("Physical Therapy Modalities"[MeSH Terms]OR physiotherapy[Title/Abstract] OR physical therapy[Title/Abstract] OR manual therapy[Title/Abstract] OR exercise therapy[Title/Abstract]))Filters: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial	7
PubMed	(temporomandibular dysfunction OR temporomandibular joint OR TMD OR TMJ) AND (neck pain OR cervical pain OR neck dysfunction) AND (physiotherapy OR physical therapy OR manual therapy OR exercise OR rehabilitation)	60
PubMed	((Neck Pain) AND (Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome)) AND (treatment)	118
PubMed	((NECK PAIN) AND (TMJ)) AND (physiotherapy)	129
Total		354

Fonte: Oliveira LG, et al., 2026.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de seleção dos estudos foi realizado de forma estruturada e seguiu as diretrizes PRISMA 2020. Inicialmente, foram identificados 354 artigos por meio de buscas nas bases de dados PubMed, PEDro e Cochrane Library. Após a remoção de duplicatas, 333 registros permaneceram para triagem dos títulos e resumos. Destes, 31 artigos foram selecionados para leitura, porém 11 foram excluídos por indisponibilidade do texto completo. Dos 20 estudos restantes, dois foram excluídos por não atenderem aos critérios metodológicos, sendo eles: não se tratarem de ensaios clínicos randomizados e ausência de randomização. Assim, 18 artigos foram incluídos na análise final. O fluxograma PRISMA (**Figura 1**) apresenta as etapas do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática, conforme diretrizes PRISMA (2020).



Fonte: Oliveira LG, et al., 2026.

Os 18 estudos incluídos foram publicados entre 2000 e 2024, abrangeram um total de 1.119 pacientes e foram conduzidos em diferentes países, com a seguinte distribuição de frequência: Espanha (5), Estados Unidos (3), Brasil (3), Irã (2), Turquia (1), Alemanha (1), Austrália (1), Polônia (1), Índia (1), Holanda (1), Canadá (1), Paquistão (1), Dinamarca/Suécia (1), Eslováquia (1) e Portugal (1). Alguns estudos envolveram colaboração entre múltiplos países. É o caso dos estudos de Calixtre et al (2018), conduzido no Brasil, Canadá e Holanda; Von Piekartz e Hall (2013), realizado na Alemanha e Austrália; Dunnong et al (2024), realizado na Espanha e Estados Unidos; Serrano-Hernanz (2023), com envolvimento da Espanha, Dinamarca e Suécia.

A duração dos estudos variou entre 3 e 48 semanas, com um período médio de seguimento de 12,5 semanas. De forma geral, os estudos incluíram adultos de ambos os sexos, com predominância do sexo feminino, sendo que alguns incluíram exclusivamente mulheres.

A faixa etária dos participantes variou amplamente, com idades mínimas registradas a partir dos 14 anos e máximas chegando a 77 anos, sendo comum a inclusão de adultos jovens e de meia-idade. Dos 18 estudos incluídos, 11 (61,12%) especificaram a idade média dos participantes, enquanto 7 (38,9%) não forneceram essa informação (CALIXTRE LB, et al., 2019; OLIVEIRA-SOUZA AIS, et al., 2024).

As intervenções fisioterapêuticas aplicadas nos estudos estão resumidas no **Quadro 3**. Os tratamentos aplicados no grupo experimental incluíram, em sua maioria, técnicas de terapia manual, como mobilizações articulares, liberação miofascial, manipulação cervical e inibição suboccipital; além de exercícios terapêuticos, como controle motor cervical, treinamento postural, fortalecimento muscular e alongamentos.

Também foram frequentes as abordagens multimodais, associando técnicas manuais a recursos complementares como eletroterapia (TENS, laser de baixa intensidade, estimulação transcraniana por corrente contínua), orientação postural e educação em saúde.

Os grupos controle receberam nenhuma intervenção, simulação de intervenções (sham) ou cuidados tradicionais para o tratamento de DTM, como placas oclusais, medicação, autocuidado e orientação educativa. A duração da aplicação dos protocolos variaram entre os estudos, com intervenções aplicadas em uma única sessão com avaliação imediata (RODRIGUEZ-BLANCO C, et al., 2015) até intervenções que duraram 12 meses (NEMANI SM, et al., 2024).

Quadro 3 - Intervenções fisioterapêuticas aplicadas nos estudos incluídos.

Autor (ano)	Grupo Experimental	Grupo Controle	Número de sessões, frequência semanal e duração total
Calixtre LB, et al. (2019)	Mobilização cervical superior e exercícios de estabilização com biofeedback.	Não especificado.	5 sessões; 1 vez por semana, durante 5 semanas.
Nemani SM, et al. (2024)	Grupo 1: fisioterapia cervical e placa miorrelaxante.Grupo 2: fisioterapia cervical e TENS na região da ATM. Grupo 3: fisioterapia cervical e laser de baixa intensidade na região da ATM.	Grupo 1: recebeu apenas fisioterapia cervical mensal, sem outras intervenções adicionais.	12 sessões, 1 vez por mês, durante 12 meses.
Tanhan A, et al. (2020)	Grupo1:exercícios terapêuticos. Grupo2: laser debaixa intensidade. Grupo 3: liberação manual de pontos-gatilho.	Não especificado.	12 sessões, 3 vezes por semana,durante 4 semanas.
Von Piekartz H e Hall T (2013)	Fisioterapia cervical e tratamento específico para DTM. Tratamento de pontos-gatilho nos músculos mastigatórios; mobilizações articulares e liberação miofascial; técnicas miofasciais na região craniocervical; alongamentos cervicais; exercícios e orientações posturais; educação em saúde.	Terapia manual cervical: mobilizações articulares, thrust, alongamento e fortalecimento muscular e exercícios domiciliares de mobilidade e força da coluna cervical.	6 sessões, 1 vez por semana, durante 6 semanas.
Olesky L, et al. (2021)	Terapia manual (massagem clássica do ombro e pescoço e tração cervical); exercícios ativos de ombro e pescoço; terapia de luz com filtro azul; reeducação postural e respiratória e educação e orientação.	Sem intervenção	15 sessões, 5 vezes por semana, durante 3 semanas.
Ghodrati M, et al. (2019)	Terapia manual da ATM (técnicas de liberação miofascial, mobilização articular e manipulação; técnica de inibição recíproca).Exercícios de alongamento e fortalecimento dos músculos da ATM e Movimentos de língua.	Fisioterapia convencional para disfunções cervicais, sem foco na ATM. Alongamento, fortalecimento, terapia manual e mobilização.	6 sessões, 2 vezes por semana, durante 3 semanas.
Dunning J, et al. (2024)	Dry needling nos músculos da mastigação e manipulação cervical superior (C0-1, C1-C2 e C2-C3).	Aparelhos interoclusais; diclofenaco 50 mg e mobilizações suaves na ATM.	6 sessões, 1 a 2 vezes por semana, durante 4 semanas.
Oliveira-Souza AIS, et al. (2024)	Grupo de controle motor do pescoço: exercícios de controle motor. rupo de terapia manual: técnicas de manipulação e mobilização passivas aplicada na região cervical e da ATM.	Aplicação de ultrassom terapêutico desligado.	8 sessões, 1 vez por semana, durante 8 semanas.
Akhter S, et al. (2024)	Movimentos mandibulares coordenados com movimentos cervicais e movimentos ativos do pescoço sem movimentos mandibulares; liberação de tecidos moles, alongamentos e fortalecimento para a coluna cervical; técnicas específicas para a ATM (movimentos de língua e alongamento) e instruções de exercícios domiciliares.	Exercícios cervicais (mobilidade ativa e fortalecimento); aconselhamento postural.	18 sessões, semana 1: 2sessões; semana 2-5: 4 sessões;semana 6: 2 sessões, durante 6 semanas.

Autor (ano)	Grupo Experimental	Grupo Controle	Número de sessões, frequência semanal e duração total
Requena AL, et al. (2024)	Exercícios posturais ativos e terapia manual cervical (inibição suboccipital, alongamentos da fáscia posterior da região cervical) e mobilizações passivas das vértebras cervicais.	Apenas orientações padrão.	4 sessões, 1 vez por semana, durante 4 semanas.
Serrano-Hernanz G, et al. (2023)	Técnica de liberação de pressão em músculos cervicais e mastigatórios; orientações de autocuidado e placa oclusal..	Sham simulando a técnica de liberação de pressão; orientações de autocuidado e placa oclusal.	5 sessões, 1 vez por semana, durante 5 semanas.
Reynolds B, et al. (2020)	Manipulação cervical de alta velocidade e baixa amplitude; educação ao paciente; mobilização de tecidos moles (região suboccipital); programa de exercícios domiciliares.	Educação ao paciente; mobilização de tecidos moles (região suboccipital); programa de exercícios domiciliares.	4 sessões, 1 vez por semana, durante 4 semanas.
Oliveira LB, et al. (2015)	Exercícios de mobilização e fortalecimento mandibular e cervical; estimulação transcraniana por corrente contínua e técnicas de liberação miofascial cervical.	Mesmos exercícios, porém receberam estimulação simulada (sham)	10 sessões, 5 dias consecutivos na primeira semana e 2 vezes por semana nas 3 semanas seguintes, durante 4 semanas.
Wright ER, et al. (2000)	Treinamento postural supervisionado (exercícios de alongamento e fortalecimento).	Autocuidado para DTM, sem intervenção fisioterapêutica.	2 sessões, 1 vez por semana, durante 2 semanas.
Rodrigues-Blanco C, et al. (2015)	Técnica de inibição dos músculos suboccipitais; técnica neuromuscular sobre os músculos masseteres (pressão manual); alongamento passivo dos músculos isquiotibiais.	Técnica neuromuscular na região do masseter e alongamento isquiotibiais.	5 sessões, 1 vez por semana, durante 6 semanas.
Halmova K, et al. (2017)	Grupo 2: terapia focada na musculatura cervical (técnicas de relaxamento muscular, alongamento, fortalecimento e orientações sobre postura adequada da cabeça e do pescoço). Grupo 3: reabilitação complexa (terapia manual, remoção de pontos-gatilho nos músculos mastigatórios e cervicais; correção postural, especialmente da cabeça e do pescoço; exercícios de relaxamento na região cervical e mandibular; alongamento e fortalecimento dos músculos cervicais e coordenação muscular da mandíbula).	Grupo 1: tratamento padrão para ATM.	Não informado.
Oliveira-Campelo NM, et al. (2010)	Grupo manipulação: manipulação atlanto-occipital (thrust). Grupo inibição suboccipital: técnicas de inibição neuromuscular dos músculos suboccipitais.	Sem intervenção	1 sessão (avaliou efeitos imediatos).
Rezaie K, et al. (2024)	Terapia manual: mobilizações articulares da ATM, liberação de tecidos moles da ATM e região cervical e mobilizações da região cervical.	Orientações educativas e recomendações de exercícios domésticos.	10 sessões, 2 vezes porsemana, durante 5 semanas.

Fonte: Oliveira LG, et al., 2026.

Vários estudos apontaram uma inter-relação entre a DTM e dor cervical, evidenciando a interdependência funcional entre as regiões craniomandibular e coluna cervical. No entanto, alguns estudos (NEMANI SM, et al., 2014; REYNOLDS B, et al., 2020) relataram uma ausência de correlação forte entre essas duas condições, embora tenham observado benefícios terapêuticos.

A análise dos artigos permitiu concluir que as intervenções fisioterapêuticas foram eficazes na maioria dos estudos para reduzir a dor e melhorar a função em pacientes com DTM associado à dor cervical. Os desfechos mais frequentemente avaliados nos estudos foram: intensidade da dor por meio da Escala Visual Analógica (EVA) ou Escala Numérica de Dor (NRS), amplitude de movimento mandibular e cervical, sensibilidade à pressão nos pontos gatilho e questionários funcionais específicos, tais como *Neck Disability Index* e *Jaw* (NDI) e *Functional Limitation Scale* (JFLS). Com os resultados desta revisão, é evidente que a fisioterapia é eficaz.

Os grupos experimentais que receberam intervenções fisioterapêuticas evidenciaram melhorias significativas em relação aos grupos controle. A terapia manual aliada a exercícios terapêuticos foi mais positiva na melhora da intensidade da dor, mobilidade e funcionalidade mandibular e cervical e na diminuição da sensibilidade à pressão em pontos-gatilho.

Por outro lado, os grupos controle, que receberam em sua maioria intervenções simuladas (sham), orientações sobre autocuidados, fisioterapia convencional não específica ou nenhuma intervenção, mostraram melhorias discretas ou inexistentes, frequentemente atribuídas ao efeito placebo ou à progressão natural do quadro da DTM.

A combinação de técnicas manuais e exercícios específicos foram mais eficientes, comparada aos protocolos aplicados aos grupos de controle. Os tratamentos que abordaram recursos ativos e passivos da fisioterapia, aplicados aos grupos experimentais, foram mais eficazes na melhora dos desfechos avaliados. Isso indica que abordagens multimodais e personalizadas promovem melhores resultados clínicos e funcionais, comparado às estratégias isoladas ou tradicionais (REYNOLDS B, et al., 2020).

As intervenções fisioterapêuticas mais eficazes para o manejo da DTM com dor cervical foram aquelas que combinaram diferentes recursos terapêuticos, especialmente técnicas de terapia manual e exercícios (CALIXTRE LB, et al., 2019).

Os recursos que evidenciaram melhoras significativas na dor, amplitude de movimento e função mandibular e cervical foram a terapia manual, que apareceu em grande parte dos estudos revisados que utilizaram mobilizações articulares cervicais e da ATM e manipulações cervicais de alta velocidade com inibição suboccipital (OLIVEIRA-SOUZA AIS, et al., 2024; OLEKSY Ł, et al., 2021; REZAIE K, et al., 2022).

Paralelamente, os exercícios terapêuticos, como controle motor cervical, fortalecimento da musculatura estabilizadora, reeducação postural e alongamentos, mostraram-se eficazes na redução dos sintomas e na promoção da estabilidade funcional, principalmente quando aplicados de forma supervisionada e progressiva as intervenções complementares, como eletroterapia (TENS), laser de baixa intensidade obtiveram bons resultados, principalmente quando associada a outras técnicas (TANHAN A, et al., 2023; GHODRATI M, et al., 2020; HALMOVA, K, et al., 2017, OLIVEIRA LB, et al., 2015; AKHTER S, et al., 2024).

Além disso, um estudo utilizou a estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) associada a exercícios, porém o protocolo de exercícios se mostrou eficaz para promover melhorias clínicas em pacientes com DTM, enquanto o uso de ETCC não ofereceu vantagem adicional (OLIVEIRA LB, et al., 2015).

A maioria das pesquisas indicaram que estratégias integradas, que combinam terapia manual, exercícios e educação, são mais eficazes na melhora dos desfechos clínicos, tanto em termos de alívio da dor quanto na melhora funcional a curto e médio prazo, do que terapias isoladas.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada utilizando a escala PEDro. De acordo com a escala, estudos com escore igual ou superior a 7 são considerados como baixo risco de viés, estudos com escore entre 5 e 6 como moderado, e estudos com escore igual ou inferior a 4 como alto. De acordo com a **Tabela 1** é possível verificar que 12 estudos foram classificados como de baixo risco de viés, 5 estudos com moderado risco de viés e 1 estudo classificado com risco alto de viés.

Tabela 1 - Avaliação do Risco de viés, segundo a escala PEDro (n=18).

Referências	Critérios											Score	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Calixtre LB, et al. (2019)	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	Baixo	(9/10)
Nemani SM, et al. (2024)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Baixo	(10/10)
Tanhan A, et al. (2020)	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	Moderada	(7/10)
Von Piekartz H e Hall T (2013)	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	Baixo	(9/10)
Olesky L, et al. (2021)	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	Moderada	(8/10)
Ghodrati M, et al. (2019)	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	Moderada	(8/10)
Dunning J, et al. (2024)	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	Baixo	(9/10)
Oliveira-Souza AIS, et al. (2024)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Baixo	(10/10)
Akhter S, et al. (2024)	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	Baixo	(9/10)
Requena AL, et al. (2024)	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	Moderada	(8/10)
Serrano- Hernanz G, et al. (2023)	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	Moderada	(8/10)
Reynolds B, et al. (2020)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Baixo	(10/10)
Oliveira LB, et al. (2015)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Baixo	(10/10)
Wright ER, et al. (2000)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Baixo	(10/10)
Rodrigues-Blanco C, et al. (2015)	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	Baixo	(9/10)
Halmova K, et al. (2017)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	+	Alto	(5/10)
Oliveira- Campelo NM, et al. (2010)	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	Baixo	(9/10)
Rezaie K, et al. (2024)	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	Baixo	(9/10)

Fonte: Oliveira LG, et al., 2026.

De acordo com o resultado do risco de viés 13 artigos selecionados não fizeram o mascaramento do terapeuta durante a pesquisa e 7 não realizaram o mascaramento do avaliador. Esta análise sistemática revelou que as intervenções fisioterapêuticas exercem um efeito positivo notável no tratamento da DTM associada à dor cervical, principalmente quando essas condições são tratadas por utilizando estratégias multimodais. Nos estudos analisados, a combinação de métodos de terapia manual e exercícios terapêuticos foi a estratégia mais frequente e eficiente.

As evidências apresentadas reforçam as conclusões já estabelecidas na literatura, que indicam uma conexão funcional estreita entre o sistema crânio-cérvico-mandibular. Isso indica que mudanças musculoesqueléticas em uma dessas áreas podem afetar diretamente a outra. Pesquisas destacam que intervenções conjuntas levam a um alívio considerável da dor, aprimoramento da mobilidade e funcionalidade, além de elevar a qualidade de vida dos pacientes (AKHTER S, et al., 2024; REQUENA AL, et al., 2024; WRIGHT EF, et al., 2000).

Contudo, algumas limitações foram detectadas nos estudos incluídos, como a variedade de métodos, as alterações nos protocolos de intervenção, o tamanho reduzido da amostra em alguns estudos e a ausência de cegamento dos avaliadores e terapeutas dificultando a padronização das evidências e a realização de uma meta-análise.

Os resultados clínicos destacam a relevância de uma avaliação fisioterapêutica completa e personalizada, que leve em conta tanto elementos biomecânicos quanto posturais e funcionais. Ademais, os achados indicam que a participação ativa do paciente, através de atividades domésticas e orientações posturais, pode auxiliar na preservação dos efeitos terapêuticos a longo prazo.

Para a prática clínica, os dados desta revisão indicam que o fisioterapeuta deve priorizar abordagens combinadas que integrem recursos ativos (exercícios) e passivos (terapia manual, eletroterapia), respeitando as particularidades de cada caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta revisão sistemática foi possível concluir que as intervenções fisioterapêuticas, especialmente as abordagens multimodais, são eficazes no tratamento da disfunção temporomandibular associada à dor cervical. Futuras pesquisas devem investir em ensaios clínicos randomizados com maior rigor metodológico, amostras mais representativas e com avaliações mais amplas dos efeitos a médio e longo prazo. Além disso, seria relevante investigar a efetividade de programas preventivos, especialmente em populações com alto risco para DTM e dor cervical, como estudantes e profissionais que adotam posturas mantidas por longos períodos. Esse estudo se faz muito importante na tentativa de orientar a prática clínica do fisioterapeuta com base em evidências científicas, promovendo uma atuação mais assertiva e eficaz no tratamento de disfunções musculoesqueléticas complexas como a DTM e as dores cervicais associadas.

REFERÊNCIAS

1. AKHTER S, et al. Effects of Integrating Jaw Opening and Closing Movements with Active Neck Exercises in the Management of Chronic Non-Specific Neck Pain: A Randomized Controlled Trial. Medicina (Kaunas), 2024; 3;60(9): 1437.
2. PELICIOLI M, et al. Tratamento fisioterapêutico nas desordens temporomandibulares. Rev Dor, 2017;18(4):355-61
3. CALIXTRE LB, et al. Effectiveness of mobilisation of the upper cervical region and craniocervical flexor training on orofacial pain, mandibular function and headache in women with TMD. A randomised, controlled trial. J Oral Rehabil, 2019 Feb;46(2):109-119.
4. CASTRO WB, et al. Disfunção temporomandibular e dor orofacial. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2023; 21 (3): 271–6.
5. DUNNING J, et al. Dry needling and upper cervical spinal manipulation in patients with temporomandibular disorder: A multi-center randomized clinical trial. Cranio, 2024 Nov;42(6):809-822.
6. GHODRATI M, et al. Adding Temporomandibular joint treatments to routine physiotherapy for patients with non-specific chronic neck pain: A randomized clinical study. J Bodyw Mov Ther, 2020 Apr;24(2):202-212.
7. HALMOVA, K, et al. The influence of cranio-cervical rehabilitation in patients with myofascial temporomandibular pain disorders. Bratislava Medical Journal, 2017, 118 (11),710-13.
8. NEMANI SM, et al. Evaluation of the effect of different kinds of treatment modalities for temporomandibular joint pain and its relevance to chronic cervical pain: A randomized controlled trial. J Indian Prosthodont Soc, 2024 Apr 1;24(2):128-135.
9. OLEKSY Ł, et al. Impact of Cervical Spine Rehabilitation on Temporomandibular Joint Functioning in Patients with Idiopathic Neck Pain. Biomed Res Int, 2021.
10. OLIVEIRA- CAMPELO NM, et al. The Immediate Effects of Atlanto-occipital Joint Manipulation and Suboccipital Muscle Inhibition Technique on Active Mouth Opening and Pressure Pain Sensitivity Over Latent Myofascial Trigger Points in the Masticatory Muscles. journal of orthopaedic & sports physical therapy, 2010, 40 (5), :310-17.
11. OLIVEIRA LB, et al. Transcranial direct current stimulation and exercises for treatment of chronic temporomandibular disorders: a blind randomised-controlled trial. J Oral Rehabil, 2015;42(10):723-32.
12. OLIVEIRA-SOUZA AIS, et al. Effectiveness of an 8-week neck exercise training on pain, jaw function, and oral health-related quality of life in women with chronic temporomandibular disorders: a randomized controlled trial. J Oral Facial Pain Headache, 2024 Mar;38(1):40-51.
13. REQUENA AL, et al. Effectiveness of a cervical treatment in wind-instrument musicians with temporomandibular dysfunction: A randomized clinical trial. J Bodyw Mov Ther,2024 Oct;40:1867-1873.

14. REYNOLDS B, et al. Effectiveness of Cervical Spine High-Velocity, Low-Amplitude Thrust Added to Behavioral Education, Soft Tissue Mobilization, and Exercise for People with Temporomandibular Disorder with Myalgia: A Randomized Clinical Trial. J Orthop Sports Phys Ther, 2020 Aug;50(8):455-465.
15. REZAIE K, et al. The Efficacy of Neck and Temporomandibular Joint (TMJ) Manual Therapy in comparison with a Multimodal Approach in the Patients with TMJ Dysfunction: A Blinded Randomized Controlled Trial. Med J Islam Repub Iran, 2022; 4 (36).
16. RODRIGUEZ-BLANCO C, et al. Immediate Effects of Combining Local Techniques in the Craniomandibular Area and Hamstring Muscle Stretching in Subjects with Temporomandibular Disorders: A Randomized Controlled Study. J Altern Complement Med, 2015 21(8):451-9.
17. SERRANO-HERNANZ G, et al Pressure release technique versus placebo applied to cervical and masticatory muscles in patients with chronic painful myofascial temporomandibular disorder: A randomised clinical trial. J Oral Rehabil, 2023 Sep;50(9):782-791.
18. TANHAN A, et al. Efficacy of different combinations of physiotherapy techniques compared to exercise and patient education in temporomandibular disorders: A randomized controlled study. Cranio, 2023 Jul;41(4):389-401.
19. VON PIEKARTZ H, HALL T. Orofacial manual therapy improves cervical movement impairment associated with headache and features of temporomandibular dysfunction: a randomized controlled trial. Man Ther, 2013 Aug;18(4):345-50.
20. WRIGHT EF, et al. Usefulness of posture training for patients with temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc, 2000.131(2):202-10.