


**PLACAS OCLUSAIS: PRINCIPAIS TIPOS E SUAS INDICAÇÕES: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**OCCLUSAL SPLINTS: MAIN TYPES AND THEIR INDICATIONS: AN
INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW**

**FÉRULAS OCLUSALES: PRINCIPALES TIPOS Y SUS INDICACIONES: UNA
REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA**

 <https://doi.org/10.56238/arev8n5-041>

Data de submissão: 11/04/2026

Data de publicação: 11/05/2026

Vinícius Lobato Corrêa

Cirurgião-dentista

Instituição: Universidade Federal do Pará

E-mail: vinicius_lobatoc@icloud.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7913-3311>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2596823999226550>

Davi Lavareda Corrêa

Doutor

Instituição: Universidade Federal do Pará

E-mail: davilavareda2@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0001-7378-4086

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1363928397942822>

Vania Castro Corrêa

Doutora

Instituição: Universidade Federal do Pará

E-mail: vania@ufpa.br

ORCID: 0000-0002-0985-8922

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2598643232020589>

Sidney Saint Clair Santos

Doutor

Instituição: Universidade Federal do Pará

E-mail: ssaint@ufpa.br

ORCID: 0000-0001-6350-6031

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2442873223941032>

Suelen Castro Lavareda Corrêa

Doutora

Instituição: Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic

E-mail: suelen_lavareda@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-6289-9566

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6912710378393731>

Sue Ann Lavareda Correa Uchoa

Doutora

Instituição: Universidade Federal do Pará

E-mail: sueannlavareda@gmail.com

ORCID : 0000-0002-1913-9606

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1460341443635547>

Luciana Barros Barral do Nascimento

Cirurgião-dentista

Instituição: Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic

E-mail: lucianabarral@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1962-8514>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1198254035775650>

Andréa Ferreira Santos da Cruz

Doutora

Instituição: Universidade Federal do Pará

E-mail: sacruz.bel@uol.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3922-6635>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2491030922942630>

RESUMO

As placas oclusais são dispositivos intrabuciais removíveis com função terapêutica, amplamente utilizados na Odontologia como coadjuvantes para diagnóstico e tratamento de disfunções temporomandibulares (DTM), bruxismo e estabilização oclusal. A escolha adequada do dispositivo contribui para a efetividade terapêutica, conforto e proteção das estruturas orofaciais. O presente estudo teve como objetivo identificar os principais tipos de placas oclusais e suas respectivas indicações clínicas. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura fundamentada nas bases de dados Google Acadêmico e SciELO, com recorte temporal entre 2016 e 2025. Foram identificadas sete modalidades de placas: Estabilizadora (Michigan), Reposicionadora Anterior, de Mordida Anterior, de Mordida Posterior, de Distração (Pivotante), Hidrostática e de Nóbilo (Gelb). A Placa de Michigan consolidou-se como o padrão-ouro para distúrbios miofasciais e bruxismo devido à sua segurança biológica. Em contrapartida, as placas de cobertura parcial e reposicionadoras apresentaram eficácia em quadros agudos, porém com riscos elevados de alterações oclusais permanentes, como extrusão dentária, se utilizadas por tempo prolongado. Conclui-se que o sucesso do tratamento depende da correta indicação de cada dispositivo, sendo a abordagem conservadora e multidisciplinar essencial para garantir a integridade funcional do sistema estomatognático.

Palavras-chave: Placas Oclusais. Disfunção Temporomandibular. Bruxismo. Estabilização Oclusal.

ABSTRACT

Occlusal splints are removable intraoral devices with a therapeutic function, widely used in Dentistry as adjuncts for the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders (TMD), bruxism, and occlusal stabilization. The appropriate choice of device contributes to therapeutic effectiveness, comfort, and protection of orofacial structures. This study aimed to identify the main types of occlusal splints and their respective clinical indications. An integrative literature review was conducted using the Google Scholar and SciELO databases, covering the period from 2016 to 2025. Seven splint modalities were identified: Stabilizing (Michigan), Anterior Repositioning, Anterior Bite, Posterior Bite, Distraction (Pivoting), Hydrostatic, and Nobile (Gelb). The Michigan splint has become the gold

standard for myofascial disorders and bruxism due to its biological safety. In contrast, partial coverage and repositioning splints proved effective in acute cases, but with a high risk of permanent occlusal alterations, such as tooth extrusion, if used for prolonged periods. It is concluded that the success of treatment depends on the correct indication of each device, with a conservative and multidisciplinary approach being essential to ensure the functional integrity of the stomatognathic system.

Keywords: Occlusal Splints. Temporomandibular Dysfunction. Bruxism. Occlusal Stabilization.

RESUMEN

Las férulas oclusales son dispositivos intraorales removibles con función terapéutica, ampliamente utilizados en Odontología como complemento para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos temporomandibulares (TTM), el bruxismo y la estabilización oclusal. La elección adecuada del dispositivo contribuye a la eficacia terapéutica, la comodidad y la protección de las estructuras orofaciales. Este estudio tuvo como objetivo identificar los principales tipos de férulas oclusales y sus respectivas indicaciones clínicas. Se realizó una revisión bibliográfica integradora utilizando las bases de datos Google Scholar y SciELO, abarcando el periodo de 2016 a 2025. Se identificaron siete modalidades de férulas: Estabilizadora (Michigan), Reposicionamiento anterior, Mordida anterior, Mordida posterior, Distracción (Pivotante), Hidrostática y Nobile (Gelb). La férula de Michigan se ha convertido en el estándar de oro para los trastornos miofasciales y el bruxismo debido a su bioseguridad. En cambio, las férulas de cobertura parcial y reposicionamiento demostraron ser efectivas en casos agudos, pero con un alto riesgo de alteraciones oclusales permanentes, como la extrusión dental, si se utilizan durante periodos prolongados. Se concluye que el éxito del tratamiento depende de la correcta indicación de cada dispositivo, siendo esencial un enfoque conservador y multidisciplinario para garantizar la integridad funcional del sistema estomatognático.

Palabras clave: Férulas Oclusales. Disfunción Temporomandibular. Bruxismo. Estabilización Oclusal.

1 INTRODUÇÃO

A Articulação Temporomandibular (ATM) é uma articulação sinovial classificada entre as mais complexas do organismo humano. Localiza-se na região anterior ao meato acústico externo, unindo a mandíbula, inferiormente, ao osso temporal do crânio, superiormente. Essa articulação é responsável por possibilitar os movimentos mandibulares necessários para funções vitais, como mastigação, deglutição e fala. Alterações em sua fisiologia podem predispor ao desenvolvimento de diversas disfunções, frequentemente associadas a fatores sistêmicos que afetam o metabolismo da fibrocartilagem, bem como a fatores mecânicos, como traumatismos, que resultam em modificações estruturais da ATM (Alquitabi & Alboalrejai, 2015).

Diversos autores descrevem os distúrbios temporomandibulares (DTMs) como um conjunto heterogêneo de alterações musculoesqueléticas e neuromusculares que acometem a articulação temporomandibular, os músculos mastigatórios e estruturas anatômicas adjacentes. Clinicamente, os sinais e sintomas mais frequentemente associados incluem dor nos músculos e/ou na região articular, bruxismo, cefaleias, dor orofacial, ruídos articulares, dificuldade na função mastigatória, limitação dos movimentos mandibulares e episódios de travamento da mandíbula. De modo geral, as DTMs podem ser classificadas em dois grandes grupos: aquelas de origem articular e aquelas de origem predominantemente muscular (Chen et al. 2017). As opções de tratamento para DTMs é multifatorial e inclui psicoterapia, controle emocional (educação do paciente, autocuidado e terapia comportamental), fisioterapia, acupuntura, laserterapia, termoterapia, terapia medicamentosa (uso de analgésicos e relaxantes musculares), ajuste oclusal, intervenção cirúrgica, tratamento combinado e terapia por placas oclusais (Alquitabi & Alboalrejai, 2015).

O tratamento da síndrome do bruxismo, dor e disfunção da ATM representa um dos maiores desafios da Odontologia contemporânea. Apesar da existência de diferentes modalidades terapêuticas que incluem intervenções conservadoras até abordagens mais invasivas ainda não há consenso na literatura quanto à escolha do tratamento mais eficaz e de maior previsibilidade a longo prazo. Essa falta de uniformidade decorre, em grande parte, da etiologia multifatorial dos distúrbios temporomandibulares, que envolvem não apenas alterações na oclusão, mas também fatores musculares, estruturais, psicológicos e comportamentais. Se fosse possível que os músculos mastigatórios determinassem, de forma autônoma, a oclusão ideal para cada indivíduo e posicionassem os côndilos mandibulares na sua relação mais estável dentro da fossa articular, o tratamento dessas disfunções seria consideravelmente simplificado. No entanto, a complexidade do sistema estomatognático, associada à variabilidade individual das respostas adaptativas, reforça a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e personalizada, na qual o cirurgião-dentista deve

avaliar cuidadosamente cada caso, considerando tanto os aspectos clínicos quanto os funcionais quanto os psicossociais do paciente (El-Homossany & Abdallah, 2018).

Nesse sentido, os aparelhos interoclusais não são padronizados, mas individualizados de acordo com as necessidades do paciente, podendo desempenhar diversas funções, como estabilização oclusal, relaxamento muscular, proteção contra desgaste dentário ou auxílio em terapias de reposicionamento mandibular. No entanto, a literatura aponta que nem todos esses conceitos são totalmente consensuais ou universalmente aceitos (Dhannawat et al., 2020). Considerando que os recentes estudos evidenciam a existência de diversos tipos de placas oclusais, o presente trabalho teve como objetivo identificar as modalidades atualmente disponíveis e discutir suas aplicações na prática clínica para melhora de DTMs e bruxismo.

Para os fins deste estudo, abordou-se especificamente o papel das placas oclusais na terapia oclusal, ressaltando que, como coadjuvantes, esses dispositivos são amplamente utilizados como recurso clínico. Sob a ótica conceitual, os dispositivos interoclusais constituem recursos removíveis produzidos por variadas técnicas, sendo sua seleção condicionada estritamente às metas clínicas e indicações diagnósticas. Tais aparelhos buscam promover a estabilização da dentição e dos componentes mandibulares, além de regular a dinâmica mandibular e contribuir no tratamento de traumas faciais (Okeson, 2019).

Diante da complexidade etiológica das Disfunções Temporomandibulares (DTM) e do bruxismo, o presente trabalho objetiva identificar as modalidades de placas disponíveis na literatura contemporânea, discutindo suas indicações clínicas no manejo dessas condições. Para tanto, buscou-se avaliar os fundamentos fisiológicos e biomecânicos que sustentam o uso de tais ferramentas, examinando a eficácia e os desfechos associados aos variados modelos, a fim de analisar seu impacto na preservação do sistema estomatognático e fornecer um embasamento crítico para a seleção da placa mais adequada a cada necessidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Articulação Temporomandibular (ATM) é reconhecida como a mais complexa do corpo humano, sendo uma articulação sinovial do tipo gínglimo-artrodial que une o côndilo mandibular ao osso temporal. Sua estrutura anatômica é composta pelo complexo côndilodisco- fossa, no qual o disco articular atua como um separador funcional, permitindo os movimentos primários de rotação no compartimento inferior e de translação no compartimento superior. Essa organização é fundamental para a fisiologia da ATM, que permite a execução coordenada dos movimentos mandibulares essenciais para as funções do sistema estomatognático, como mastigação, fonação e deglutição. A

estabilidade articular é mantida pela ação sinérgica dos músculos mastigatórios e dos ligamentos adjacentes, mas, principalmente, pela orientação da oclusão dentária, que guia o posicionamento da mandíbula em repouso e durante a função. Compreender a anatomia e a biomecânica normal dessa articulação é indispensável, visto que qualquer desequilíbrio nessa unidade funcional é a origem das Disfunções Temporomandibulares, uma condição com alta incidência que impacta a qualidade de vida dos indivíduos (Pereira et al., 2021).

As Disfunções Temporomandibulares, também referidas como Desordens do Sistema Estomatognático (DOM), representam um termo que engloba uma série de problemas clínicos que envolvem a musculatura mastigatória, a ATM e estruturas associadas. Diferente de uma única doença, a DTM é uma desordem complexa e multifatorial, com prevalência que pode afetar até 20% da população, apresentando-se de forma assintomática ou sintomática, predominantemente na faixa etária entre 20 e 40 anos, com maior incidência em mulheres. Para fins diagnósticos e terapêuticos, a DTM é classicamente dividida em três categorias principais: DTM de origem muscular (mialgias, dor miofascial, mioespaço), que se manifesta principalmente como dor e fadiga nos músculos da face e pescoço; DTM de origem articular (desarranjos internos), que inclui as alterações do complexo côndilo-disco (como deslocamento de disco com ou sem redução) e as desordens inflamatórias e degenerativas (artrite/artrose); e as DTM mistas, que combinam componentes musculares e articulares (Okeson, 2019).

Os sinais e sintomas clínicos da DTM são variados e, por vezes, inespecíficos, dificultando um diagnóstico preciso sem um exame minucioso. Os achados mais frequentes incluem dor à palpação muscular e/ou articular, ruídos articulares como estalidos (clicks) durante a abertura e fechamento da boca ou crepitação (som de areia, indicando alterações degenerativas), limitação ou desvio da abertura bucal e sensação de rigidez mandibular. Sintomas satélites, que frequentemente mimetizam outras condições clínicas, também são comuns, como dores de cabeça (principalmente cefaleia tensional), dor de ouvido (otalgia) e zumbido (tinnitus), reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e do diagnóstico diferencial (Pereira et al., 2021).

A etiologia das DTMs é classificada como multifatorial, o que significa que não existe uma causa única, mas sim a interação complexa de diversos fatores biológicos, psicossociais e comportamentais. Essa visão multifatorial substituiu a antiga crença de que a má oclusão seria a causa primária das DTMs. Entre os fatores de maior relevância clínica, destacam-se os fatores psicossociais, como o estresse, a ansiedade e a depressão, que levam a um aumento da atividade parassimpática e, conseqüentemente, à hiperatividade dos músculos mastigatórios. As parafunções (hábitos não funcionais), como o apertamento dentário, o bruxismo (diurno e noturno), o roer de unhas e o mascar

chicletes excessivamente, atuam como fatores de risco, pois geram sobrecarga mecânica na ATM e na musculatura (Okeson, 2019). Embora as alterações oclusais (como perdas dentárias, restaurações desajustadas ou más oclusões esqueléticas) não sejam mais consideradas a causa principal, elas podem funcionar como fatores predisponentes ou perpetuadores ao desviar a mandíbula durante o fechamento e aumentar o esforço muscular, atuando, portanto, como coadjuvantes na manifestação dos sintomas da DTM (PEREIRA et al., 2021).

Neste contexto etiológico, o bruxismo é definido como uma atividade muscular mastigatória repetitiva, não funcional, caracterizada pelo apertar ou ranger dos dentes e/ou pelo posicionamento da mandíbula (LAVIGNE et al., 2008). Essa parafunção pode ocorrer de forma consciente (em vigília) ou inconsciente (durante o sono), sendo um dos principais fatores que levam à sobrecarga crônica do sistema estomatognático. Sua importância clínica reside no potencial de causar danos aos dentes, dor orofacial e aumentar o risco de desenvolvimento ou agravamento de Disfunções Temporomandibulares (DTM), devido à força excessiva e repetitiva exercida sobre a musculatura e as estruturas articulares.

As consequências clínicas do bruxismo são extensas e diretamente proporcionais à intensidade e cronicidade da parafunção. O impacto dentário mais evidente é o desgaste por atrição das superfícies oclusais e incisais, que pode levar à hipersensibilidade dentinária e à necessidade de reabilitação protética (FIGUEIREDO et al., 2024). Em nível muscular, a sobrecarga gerada pelo apertamento e ranger constante resulta em fadiga, hipertrofia (principalmente de masseteres) e, mais comumente, o desenvolvimento de dor miofascial, manifestada como dor de cabeça tensional e dor na face. Na Articulação Temporomandibular (ATM), a força excessiva causa compressão das estruturas e pode levar a desarranjos internos do disco e, em casos graves, a alterações degenerativas. O objetivo terapêutico, especialmente com o uso de placas oclusais, é controlar a intensidade dessas consequências e proteger a integridade das estruturas do sistema (LAVIGNE et al., 2008). Tendo em vista essas condições, a diretriz contemporânea para o delas preconiza o tratamento conservador e reversível como primeira linha, reservando as intervenções invasivas para uma minoria de casos refratários ou com severo comprometimento estrutural. Devido à natureza complexa e multifatorial dessas desordens, a abordagem mais eficaz é inerentemente multidisciplinar (DUARTE et al., 2023). Essa filosofia integra o cirurgião-dentista com outras especialidades, como a fisioterapia e a psicologia, para gerenciar simultaneamente os componentes musculoesqueléticos, psicossociais e comportamentais (PORTO et al., 2025). O objetivo inicial é o controle da dor e a restauração da função, sendo que a combinação dessas terapias – onde o odontólogo provê a proteção e a estabilização oclusal por meio de diversos mecanismos como placas oclusais, e os demais

profissionais atuam na modulação da dor, relaxamento muscular e gerenciamento do estresse – demonstra consistentemente melhores prognósticos clínicos do que terapias empregadas isoladamente. A eficácia dessa abordagem conservadora na DTM e no bruxismo é substancialmente reforçada pela aplicação de terapias adjuvantes, que visam modular a dor, a inflamação e a gestão dos fatores centrais.

A fisioterapia, por meio da terapia manual, alongamentos e recursos eletrofísicos como a laserterapia, é crucial para o relaxamento da musculatura mastigatória e o ganho de mobilidade mandibular (PORTO et al., 2025). Em quadros agudos de dor ou inflamação, a terapia farmacológica pode ser empregada de forma sintomática e de curto prazo, com anti- inflamatórios e relaxantes musculares. Além disso, a intervenção comportamental com manejo da psicologia é indispensável para o controle do estresse e da ansiedade, que são fatores etiológicos primários do bruxismo (DUARTE et al., 2023). Contudo, no contexto da Odontologia, a utilização dos dispositivos interoclusais é amplamente reconhecida como o tratamento fundamental. As placas atuam provendo estabilidade ortopédica, desprogramação neuromuscular e proteção mecânica contra o desgaste dentário, estabelecendo o eixo terapêutico essencial no combate às consequências dessas parafunções.

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi classificar e indicar os principais tipos de placas oclusais utilizadas atualmente; elas são aparelhos removíveis confeccionados em resina acrílica rígida que se assentam sobre as superfícies oclusais de uma das arcadas dentárias, geralmente a superior. Esses aparatos representam a modalidade de tratamento odontológico reversível mais frequentemente indicada e estudada para o manejo da DTM de origem miofascial e para o controle das consequências do bruxismo (PACHECO et al., 2024). Seu propósito terapêutico principal é alterar a relação oclusal habitual e a atividade funcional do sistema estomatognático, redistribuindo as forças e reduzindo a sobrecarga. Os objetivos gerais incluem: proteção mecânica, evitando o desgaste dentário, fraturas e danos a restaurações extensas causados pela parafunção; estabilização articular, ao posicionar o côndilo em uma relação músculo-esqueleticamente mais favorável dentro da fossa mandibular; e a desprogramação neuromuscular, que é alcançada pela criação de uma superfície oclusal plana e lisa que elimina as interferências dentárias e induz o relaxamento dos músculos mastigatórios. Ao atingir esses objetivos, a placa busca promover o alívio da dor, a melhora da função e a proteção das estruturas (COSTA et al., 2019). As placas oclusais, também denominadas dispositivos interoclusais, são aparelhos removíveis confeccionados em resina acrílica rígida que se assentam sobre as superfícies oclusais de uma das arcadas dentárias, geralmente a superior. Esses dispositivos representam a modalidade de tratamento odontológico reversível mais frequentemente indicada e estudada para o manejo da Disfunção Temporomandibular (DTM) de origem miofascial e para o controle das

consequências do bruxismo (PACHECO et al., 2024). Seu propósito terapêutico principal é alterar a relação oclusal habitual e a atividade funcional do sistema estomatognático, redistribuindo as forças e reduzindo a sobrecarga. Os objetivos gerais incluem: proteção mecânica, evitando o desgaste dentário, fraturas e danos a restaurações extensas causados pela parafunção; estabilização articular, ao posicionar o côndilo em uma relação músculoesqueleticamente mais favorável dentro da fossa mandibular; e a desprogramação neuromuscular, que é alcançada pela criação de uma superfície oclusal plana e lisa que elimina as interferências dentárias e induz o relaxamento dos músculos mastigatórios.

Ao atingir esses objetivos, a placa busca promover o alívio da dor, a melhora da função e a proteção das estruturas. A história do uso clínico dos aparelhos interoclusais para o sistema estomatognático remonta ao final do século XIX, mas sua popularização e refinamento ocorreram no século XX. Inicialmente, os dispositivos eram mais rústicos e confeccionados em materiais como vulcanite, servindo primariamente como protetores mecânicos para evitar o desgaste dentário causado pelo bruxismo (COSTA et al., 2019). A grande evolução ocorreu com a introdução da resina acrílica na década de 1950, que permitiu a confecção de aparelhos mais precisos, com maior estabilidade e capacidade de modificação da oclusão. Foi nesse período que o conceito de placa oclusal transcendeu a proteção passiva para adotar um papel terapêutico ativo. Modelos como o Dispositivo de Reposicionamento Anterior e a Placa Estabilizadora (Michigan) foram desenvolvidos com base em conceitos de oclusão e fisiologia articular, buscando a estabilização ortopédica e a desprogramação neuromuscular.

Atualmente, a placa oclusal rígida é o tratamento mais estudado e referenciado na literatura científica para DTM de origem miofascial, consolidando uma trajetória de evolução que a coloca no centro do manejo conservador (PACHECO et al., 2024). Ao longo deste trabalho, abordaremos 7 tipos diferentes de dispositivos que auxiliam no tratamento da DTM e bruxismo. A Placa Estabilizadora, também amplamente denominada Placa de Michigan, é um dispositivo interoclusal rígido e de cobertura total, sendo universalmente reconhecido como o padrão-ouro no tratamento conservador da dor muscular associada à Disfunção Temporomandibular (DTM) e no manejo do bruxismo do sono (ALKHAFABI et al., 2022). O mecanismo de ação desse aparelho é fundamentado na criação de uma oclusão terapêutica ideal que culmina na desprogramação neuromuscular. Para atingir esse objetivo, a placa é ajustada de forma rigorosa: deve promover contatos oclusais pontuais e simultâneos de todos os dentes posteriores da arcada oposta, quando a mandíbula está em Relação Cêntrica (RC). Além disso, a Placa Estabilizadora deve incorporar as guias canina e anterior, garantindo que nos movimentos laterais e de protrusão, haja a desocclusão imediata dos dentes posteriores. Essa

desocclusão é crítica, pois elimina as interferências oclusais que atuam como reflexos neuromusculares indesejáveis, permitindo o relaxamento dos músculos mastigatórios e reduzindo a hiperatividade parafuncional, conforme demonstrado em estudos de revisão (ALONSO-GIL et al., 2023) a Placa de Reposicionamento Anterior (PRA) é um dispositivo de cobertura total e rígida, cujo principal objetivo é ortopédico: alterar ativamente a posição da mandíbula para uma posição mais anterior e inferior, promovendo o reposicionamento do côndilo dentro da fossa mandibular. A indicação primária desse tipo de placa é o tratamento de desordens articulares, especialmente o deslocamento de disco com redução, onde o estalido articular é presente, ou em casos agudos de deslocamento sem redução que causem bloqueio articular intermitente (SOUZA et al., 2023). A placa atua por meio de uma rampa ou plano inclinado que força o côndilo a se deslocar para frente, permitindo a recaptura do disco articular. Ao estabilizar a relação côndilo-disco, busca-se a eliminação do ruído articular e o alívio da dor na Articulação Temporomandibular (ATM). É crucial destacar que a PRA possui um uso estritamente temporário (geralmente não excedendo 90 dias) e deve ser monitorada rigorosamente, pois o uso prolongado e a manutenção da nova posição mandibular carregam o risco de induzir alterações oclusais irreversíveis, sendo a mordida aberta posterior a complicação mais temida (OLIVEIRA et al., 2022).

A Placa de Mordida Anterior, também conhecida como Front Plateau, é um dispositivo interoclusal de cobertura parcial e rígida, que abrange apenas os dentes anteriores (geralmente incisivos e caninos) de uma das arcadas. O mecanismo de ação primário dessa placa é a desprogramação neuromuscular reflexa, que é alcançada pela eliminação de todos os contatos oclusais posteriores. Ao concentrar a força de mordida exclusivamente nos incisivos, a placa desorganiza o padrão de fechamento habitual, favorecendo o relaxamento dos músculos mastigatórios e sendo indicada para o alívio de desordens musculares agudas (OLIVEIRA et al., 2020). Além do uso terapêutico temporário, a placa de mordida anterior é frequentemente utilizada como ferramenta diagnóstica para facilitar a manipulação da mandíbula em Relação Cêntrica (RC). É fundamental que seu uso seja limitado a um período muito curto (geralmente não mais que 2 a 4 semanas). O uso prolongado de qualquer dispositivo de cobertura parcial é fortemente contraindicado devido ao risco de alterações oclusais adversas, notavelmente a extrusão dos dentes posteriores em decorrência da ausência de contato oclusal, o que pode levar à criação de uma mordida aberta anterior (RUIZ et al., 2022).

A Placa de Mordida Posterior é um dispositivo de cobertura parcial e rígida que cobre exclusivamente os dentes posteriores (molares e/ou pré-molares) de uma das arcadas. Seu mecanismo de ação principal, similar a outros dispositivos parciais, é a desprogramação neuromuscular rápida

obtida pela eliminação dos contatos oclusais habituais. Ao concentrar as forças apenas na região posterior, ela pode ser utilizada para desprogramar os músculos e facilitar a manipulação da mandíbula em Relação Cêntrica (RC), sendo também aplicada no manejo agudo de luxações discais (RODRIGUES et al., 2020). No entanto, a placa de mordida posterior é o dispositivo que exige o máximo de cautela na clínica. É fundamental que seu uso seja estritamente temporário (dias ou poucas semanas). O uso contínuo é fortemente contraindicado pela literatura, pois a concentração das forças na região posterior, associada à ausência de contato nos dentes anteriores, pode levar à extrusão dos dentes anteriores, resultando em mordida aberta anterior e alterações oclusais irreversíveis, demandando tratamento ortodôntico ou reabilitador complexo (OLIVEIRA et al., 2023).

A Placa de Distração, também conhecida como Aparelho Pivotante, é um dispositivo que pode ser de cobertura total ou parcial, mas cuja principal característica é a presença de um ponto único e concentrado de contato oclusal na região posterior (geralmente nos segundos molares ou pré-molares). Seu mecanismo de ação é baseado no princípio da alavanca, que induz uma distração ou descompressão da Articulação Temporomandibular (ATM) e um alongamento dos músculos mastigatórios (LIRA et al., 2020). Este aparelho é primariamente indicado para desordens articulares que envolvem compressão, como a osteoartrite aguda, ou para o manejo de dor articular inflamatória aguda, onde a redução da carga é benéfica. Além do efeito de distração articular, a concentração do contato em um único ponto também promove a desprogramação neuromuscular, facilitando o relaxamento muscular. Assim como outros dispositivos parciais, o uso do aparelho pivotante deve ser controlado e limitado no tempo para evitar alterações oclusais e o agravamento da desordem muscular (SILVA et al., 2021).

A Placa Hidrostática é um dispositivo interoclusal flexível e de cobertura total, que possui bolsas preenchidas com água ou gel. Seu mecanismo de ação é baseado no princípio hidráulico: a pressão oclusal exercida sobre a placa distribui-se uniformemente para as estruturas do sistema estomatognático. Essa distribuição uniforme de forças tem o duplo efeito de promover o relaxamento e a desprogramação neuromuscular, semelhante ao que ocorre com as placas estabilizadoras rígidas, e de atuar na descompressão articular (LIRA et al., 2020). Por ser macia e maleável, a placa hidrostática é particularmente indicada para pacientes com dor muscular generalizada e para aqueles que não toleram o uso inicial de dispositivos rígidos. Contudo, apesar de seus efeitos de alívio sintomático, a literatura aponta que a placa hidrostática não deve ser utilizada como substituta de longo prazo para a placa estabilizadora rígida, pois falta evidência científica robusta que aponte sua superioridade ou capacidade de promover a estabilidade oclusal e articular necessárias a longo prazo (SANTOS et al., 2021).

A Placa de Nóbilo, mais frequentemente denominada Placa de Gelb ou Placa Mandibular de Cobertura Parcial (MORA), é um dispositivo interoclusal rígido e de cobertura parcial tipicamente confeccionado para a arcada inferior. Sua principal característica é cobrir a região de pré-molares e molares, utilizando grampos para retenção, enquanto a oclusão é estabelecida em quatro pads ou planos laterais. O objetivo principal desse aparelho é a estabilização postural da mandíbula, agindo na desprogramação neuromuscular e no posicionamento lateral. Por ser um dispositivo que busca uma desoclusão posterior e uma oclusão parcial, a Placa de Gelb possui indicações específicas e deve ser utilizada com extrema cautela no que diz respeito ao tempo de uso (LIRA et al., 2020).

O uso de qualquer dispositivo de cobertura parcial que não promova contato em toda a arcada por um período prolongado é desaconselhado pela literatura, devido ao risco de extrusão dentária (dos dentes não cobertos) e subsequentes alterações oclusais irreversíveis (OLIVEIRA et al., 2023). O mecanismo de ação mais fundamental das placas oclusais rígidas, como a Placa Estabilizadora, é a desprogramação neuromuscular. Este efeito é alcançado pela criação de uma nova superfície oclusal plana e lisa que elimina os contatos dentários habituais e as interferências oclusais preexistentes. A eliminação dessas interferências interrompe o feedback proprioceptivo incorreto que os dentes enviam ao Sistema Nervoso Central (SNC). Sem as informações sensoriais que guiam a intercuspidação habitual, o sistema muscular perde temporariamente sua memória de mordida, permitindo que os músculos da mastigação relaxem (LIRA et al., 2020). Este relaxamento é o objetivo primário no tratamento da dor miofascial, sendo essencial para que a mandíbula encontre sua posição de Relação Cêntrica (RC), que é a posição músculo-esqueleticamente mais estável (ALONSO-GIL et al., 2023). Em pacientes com bruxismo do sono, as placas oclusais têm demonstrado um efeito mensurável na redução da atividade eletromiográfica (EMG) dos músculos mastigatórios. Embora a placa não elimine a frequência dos episódios de bruxismo (que são de origem central), ela atua na diminuição da intensidade e duração das contrações musculares (LIRA et al., 2020). Essa redução de intensidade ocorre como resultado direto da desprogramação neuromuscular e da estabilidade oclusal promovida pela placa.

A diminuição da sobrecarga tensional é fundamental para prevenir a fadiga muscular e reduzir a dor orofacial associada ao bruxismo. O mecanismo de proteção mecânica é o mais evidente e direto. A placa oclusal atua como uma barreira física amortecedora entre as superfícies dentárias das arcadas superior e inferior (ALONSO-GIL et al., 2023). Ao interpor essa camada de resina acrílica, a placa absorve as forças de compressão e cisalhamento geradas pelo apertamento e ranger (bruxismo), prevenindo o desgaste dentário (atrição) e a fratura de restaurações extensas ou próteses. Este mecanismo é essencial para pacientes com bruxismo crônico, garantindo a integridade e a longevidade

dos dentes. Por sua vez, estes dispositivos também atuam no campo ortopédico ajudando, assim, no tratamento de DTMs. A Placa Estabilizadora proporciona a estabilização ortopédica, ao garantir que os côndilos mandibulares estejam na posição de Relação Cêntrica (RC), a posição articular mais saudável (ALKHAFABI et al., 2022). Já a PRA atua na reposição condilar, deslocando ativamente o côndilo para frente para obter a estabilização da relação côndilo-disco e a eliminação do estalido, sendo este um uso estritamente temporário (SOUZA et al., 2023).

Tendo em vista as placas oclusais abordadas na recente revisão, é possível afirmar que o mecanismo de ação delas se divide em três teorias, sendo elas: teoria da desprogramação muscular, teoria da estabilidade articular e alteração da carga e, por fim, a teoria psicofisiológica e o efeito placebo. O mecanismo de ação mais aceito para o alívio da dor miofascial proporcionado pela placa estabilizadora é a desprogramação neuromuscular. A placa, ao fornecer uma superfície oclusal lisa e plana, elimina todos os contatos dentários habituais e as interferências que atuam como guias proprioceptivas. Essas interferências são percebidas pelo periodonto e pela ATM, gerando reflexos que induzem a contração muscular hiperativa e disfuncional, típica do bruxismo e da DTM (ALONSO-GIL et al., 2023). Ao eliminar esses estímulos nocivos, a placa permite que os músculos da mastigação relaxem e que o sistema nervoso central (SNC) restaure um padrão de fechamento mandibular mais fisiológico, o que leva à redução do tônus muscular e, conseqüentemente, à diminuição da dor e da fadiga. Além do componente neuromuscular, a placa oclusal rígida atua promovendo a estabilidade ortopédica da Articulação Temporomandibular (ATM). A Placa Estabilizadora é projetada para posicionar o côndilo em uma posição músculo-esqueleticamente estável à relação cêntrica (RC) e distribuir as forças de forma uniforme. Essa distribuição uniforme da carga ajuda a reduzir a tensão e a compressão excessiva dentro da articulação, o que é vital para o alívio da dor articular (OLIVEIRA et al., 2022). O dispositivo também aumenta a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), o que pode influenciar favoravelmente a posição do disco articular e relaxar os músculos elevadores, diminuindo a carga excessiva sobre a ATM. Embora os mecanismos biológicos sejam primários, a eficácia clínica das placas oclusais também envolve fatores psicofisiológicos. A crença do paciente no tratamento e a intervenção do profissional de saúde geram um significativo efeito placebo que, em distúrbios de dor crônica como a DTM, pode ser substancial (SANTOS et al., 2024). Além disso, o próprio uso da placa atua como um mecanismo de conscientização (biofeedback passivo), especialmente útil para o bruxismo em vigília, lembrando o paciente de evitar o apertamento. Este componente comportamental e a redução do estresse percebido contribuem diretamente para a diminuição da atividade muscular parafuncional.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi delineado como uma revisão integrativa da literatura. Para a seleção dos artigos, estabeleceram-se critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Foram incluídas publicações cujo enfoque estivesse diretamente relacionado ao objetivo desta pesquisa, contemplando temas como placas oclusais, disfunção temporomandibular (DTM), bruxismo e estabilização oclusal, desde que disponíveis em texto integral e publicadas em português ou inglês. Foram excluídos trabalhos duplicados ou aqueles cujo acesso ao conteúdo completo não estivesse disponível. A busca bibliográfica foi conduzida em meio digital, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, compreendendo o período de 2015 a 2025. A busca inicial resultou em um total de 78 publicações, distribuídas da seguinte forma: 12 artigos na base SciELO, 21 na BVS e 45 no Google Acadêmico. Após a triagem preliminar baseada na leitura de títulos e resumos, foram excluídos 42 trabalhos que apresentavam duplicidade ou fuga ao tema. Dos 36 artigos selecionados para análise detalhada e leitura integral, 22 referências foram efetivamente escolhidas para fundamentar a presente revisão, por apresentarem evidências científicas robustas e aderência direta aos objetivos propostos.

4 RESULTADOS

A análise da literatura científica dos últimos dez anos permitiu a identificação e a caracterização de sete modalidades principais de placas oclusais, cada uma com mecanismos de ação e protocolos clínicos distintos. O dispositivo de maior consenso na literatura é a Placa Estabilizadora (Michigan), descrita como uma placa rígida de cobertura total. Os estudos (ALKHAFABI et al., 2022; ALONSO-GIL et al., 2023) convergem ao apontar que sua eficácia na redução da dor miofascial e no controle do bruxismo se deve à capacidade de promover contatos oclusais simultâneos e guias de desocclusão, o que resulta em um relaxamento muscular sustentável e proteção das estruturas dentárias a longo prazo.

Em contraste, PRA apresenta uma indicação mais restrita e ortopédica. Conforme evidenciado por Souza et al. (2023), este dispositivo é projetado para guiar a mandíbula para uma posição anteriorizada, facilitando a recaptura do disco articular em casos de deslocamento com redução. No entanto, os achados alertam para a natureza temporária do tratamento, uma vez que o uso prolongado pode induzir alterações oclusais permanentes, como a mordida aberta posterior.

Quanto aos dispositivos de cobertura parcial, como as Placas de Mordida Anterior (Front Plateau) e as Placas de Mordida Posterior, os resultados da revisão mostram que sua principal função é a desprogramação neuromuscular rápida através da eliminação de reflexos proprioceptivos

(OLIVEIRA et al., 2020). Apesar da utilidade diagnóstica e clínica em quadros agudos, há um consenso crítico sobre os riscos de extrusão dentária nos elementos não cobertos pelo aparelho, o que limita seu uso a curtos períodos de tempo (RUIZ et al., 2022). A tabela 1 evidencia as abordagens de acordo com os diferentes autores.

Tabela 1. Tipos de placas oclusais utilizadas no manejo das disfunções temporomandibulares, com respectivos autores, anos de publicação e principais achados clínicos e consensos da literatura.

Tipo de Placa	Autores e ano de publicação	Principais Achados e Consenso da Literatura
Michigan (Estabilizadora)	PACHECO et al. (2024); ALONSO-GIL et al. (2023); DUARTE et al. (2023); ALKHAFIJI et al. (2022); SANTOS et al. (2021); OKESON (2019).	Padrão-ouro, com consenso na literatura quanto à sua eficácia no controle da dor miofascial e no manejo do bruxismo. Atua na desprogramação neuromuscular e na proteção das estruturas dentais, por meio do estabelecimento de contatos em Relação Cêntrica e de guias de desocclusão
Reposicionamento Anterior (PRA)	SOUZA et al. (2023); OLIVEIRA et al. (2022); CHEN et al. (2017); OKESON (2019).	Indicada para casos de deslocamento de disco com redução. Chen et al. destacam efeitos fisiológicos quantitativos associados ao seu uso, enquanto Oliveira et al. alertam para o risco de desenvolvimento de mordida aberta posterior quando utilizada de forma prolongada.
Mordida Anterior	RODRIGUES et al. (2020); LIRA et al. (2020); OKESON (2019).	Utilizada para desprogramação muscular rápida e como auxílio diagnóstico. A literatura adverte que seu uso deve ser restrito a curtos períodos, a fim de evitar extrusões de dentes posteriores.
Mordida Posterior	DHANNAWAT et al. (2020); RODRIGUES et al. (2020); ALQUITABI & ALBOALREJAI (2015).	Aplicada em casos específicos de distúrbios articulares agudos, com risco documentado de alteração da dimensão vertical e de extrusão anterior indesejada.
Pivotante	SILVA et al. (2021); LIRA et al. (2020); OKESON (2019).	Baseia-se no princípio da alavanca para promover a decompressão intra-articular. É indicada para dores inflamatórias agudas e para casos de sobrecarga excessiva na articulação temporomandibular (ATM).
Hidroestática	SANTOS et al. (2021); LIRA et al. (2020).	Oferece equilíbrio imediato das forças oclusais por meio de fluido, com base no princípio de Pascal. É útil para alívio agudo, porém apresenta evidência limitada para uso como terapia definitiva.

Gelb	DHANNAWAT et al. (2020); LIRA et al. (2020); ALQUITABI & ALBOALREJAI (2015)	Dispositivo de cobertura parcial inferior, focado no reposicionamento ortopédico e na melhora da postura mandibular, exigindo monitoramento rigoroso da estabilidade.
------	---	---

Fonte: Autores.

A revisão também identificou dispositivos para condições específicas, como o aparelho pivotante, que utiliza o princípio de alavanca para descompressão articular, sendo indicada para quadros de osteoartrite aguda (SILVA et al., 2021). No campo das terapias de suporte e emergência, a Placa Hidrostática destaca-se pela facilidade de ajuste e alívio sintomático imediato via distribuição hidráulica de forças, embora não substitua a estabilidade das placas rígidas em tratamentos definitivos (LIRA et al., 2020). Por fim, a Placa de Gelb foi identificada como uma opção para estabilização postural mandibular, atuando especificamente no reposicionamento lateral e ganho de dimensão vertical (PACHECO et al., 2024).

A tabela a seguir sintetiza os principais achados desta revisão no que se refere às características, indicações clínicas e limitações dos diferentes dispositivos analisados.

Tabela 2. Síntese comparativa das modalidades de placas oclusais, indicações clínicas e riscos associados.

Tipo de placa	Material/ cobertura	Indicação principal	Risco/limitação principal
Michigan	Rígida / Total	Bruxismo e DTM Muscular	Necessita de ajustes periódicos
PRA	Rígida / Total	Desarranjos do Disco	Mordida aberta posterior (uso > 90 dias)
Mordida anterior	Rígida / Parcial	Desprogramação Aguda	Extrusão de dentes posteriores
Mordida posterior	Rígida / Parcial	Luxações e Manipulação	Extrusão de dentes anteriores
Hidrostática	Macia / Total	Emergência / Dor Aguda	Falta de estabilidade a longo prazo
Pivotante	Rígida / Total ou Parcial	Descompressão de ATM	Uso estritamente temporário
Gelb	Rígida / Parcial	Reposicionamento Postural	Alterações oclusais irreversíveis

Fonte: Autores.

5 DISCUSSÃO

A análise comparativa dos dispositivos evidenciou que a escolha da placa oclusal não deve ser baseada apenas na presença da dor, mas na etiologia específica da disfunção e nas características

individuais do paciente. O predomínio da Placa Estabilizadora (Michigan) na literatura como "padrão-ouro" justifica-se por sua versatilidade e segurança biológica. Conforme apontam Alkhafaji et al. (2022) e Alonso-Gil et al. (2023), ao contrário de dispositivos de cobertura parcial, a Michigan protege a totalidade das arcadas e promove a desprogramação neuromuscular sem o risco de extrusões dentárias indesejadas, o que permite um manejo seguro e de longo prazo para o bruxismo crônico. A literatura reforça que a rigidez da resina acrílica é fundamental nesse processo, pois dispositivos macios podem, em alguns casos, estimular a atividade muscular em vez de inibi-la, agravando o quadro de apertamento.

Um ponto crítico discutido nos estudos revisados é a transitoriedade necessária das placas de reposicionamento e de mordida parcial. Embora a Placa de Reposicionamento Anterior (PRA) seja eficaz na redução de ruídos articulares e travamentos agudos, Souza et al. (2023) e Oliveira et al. (2022) são enfáticos ao alertar que o benefício clínico da "recaptura do disco" pode resultar em um custo biológico alto se o tempo de uso exceder o limite fisiológico, podendo induzir alterações oclusais irreversíveis. Essa mesma cautela é estendida às Placas de Mordida Posterior e Anterior. Como discutido por Oliveira et al. (2023), o relaxamento muscular obtido pela desprogramação rápida via eliminação de contatos posteriores ou anteriores é uma estratégia de curto prazo; a manutenção desses dispositivos por períodos prolongados altera o equilíbrio eruptivo dos dentes, demandando intervenções ortodônticas ou reabilitadoras complexas para correção da mordida aberta resultante.

Além disso, os resultados demonstram uma mudança de paradigma: as placas oclusais deixaram de ser vistas como uma "cura" definitiva e passaram a ser compreendidas como ferramentas de gerenciamento de danos e biofeedback passivo. Como o bruxismo possui origem central (LAVIGNE et al., 2008), a eficácia das placas reside na modulação periférica da dor, na proteção mecânica e na conscientização do paciente sobre o hábito parafuncional (PACHECO et al., 2024). Deve-se considerar, ainda, o componente psicofisiológico do tratamento; estudos como os de Santos et al. (2024) sugerem que o efeito placebo e o acolhimento profissional desempenham papel relevante na melhora dos índices de dor orofacial, especialmente em pacientes com altos níveis de ansiedade.

Por fim, a discussão sobre as modalidades menos comuns, como a Placa Hidrostática e o Aparelho Pivotante, revela que a Odontologia caminha para uma abordagem de "escada terapêutica". Dispositivos flexíveis ou de distração são úteis em fases agudas de inflamação articular, onde a compressão é intolerável (LIRA et al., 2020; SILVA et al., 2021). Contudo, a combinação das placas com terapias adjuvantes — como a fisioterapia para liberação de pontos-gatilho e o manejo psicológico para controle do estresse — demonstra ser o caminho mais sólido para um prognóstico

favorável. Isoladamente, a placa trata a consequência estrutural, enquanto a abordagem multidisciplinar gerencia a causa multifatorial da DTM (PORTO et al., 2025; DUARTE et al., 2023).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu classificar as principais modalidades de placas oclusais disponíveis, evidenciando que a individualização do tratamento é o fator determinante para o sucesso clínico. Conclui-se que a Placa Estabilizadora (Michigan) permanece como a opção mais segura e eficaz para a maioria dos casos de DTM miofascial e bruxismo, devido à sua estabilidade ortopédica e ausência de efeitos colaterais oclusais graves.

Por outro lado, dispositivos de cobertura parcial e placas reposicionadoras, embora úteis em episódios agudos e diagnósticos específicos, apresentam riscos significativos de alterações permanentes na oclusão, devendo seu uso ser estritamente monitorado e limitado no tempo. A abordagem contemporânea exige que o cirurgião-dentista compreenda a placa oclusal como parte de uma estratégia multidisciplinar, priorizando terapias reversíveis e conservadoras que busquem não apenas o alívio imediato da dor, mas a preservação da saúde estrutural do sistema estomatognático a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- 1 - ALKHAFAJI, A. J. S. et al. Efficacy of occlusal splint on temporomandibular disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Craniofacial Surgery*, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 1025-1033, 2022.
- 2 - ALONSO-GIL, J. J. et al. Occlusal splint therapy in the management of temporomandibular joint disorders: a review of the literature. *Quintessence International*, [s. l.], v. 54, n. 1, p. 76- 85, 2023.
- 3 - ALQUITABI, A. Y.; ALBOALREJAI, N. A. Types of occlusal splints in the management of temporomandibular disorders or TMDs. *Journal of Arthritis*, [s. l.], v. 4, p. 1-4, 2015.
- 4 - CHEN, H. M. et al. Physiological effects of anterior repositioning splint on temporomandibular displacement: a quantitative analysis. *Journal of Oral Rehabilitation*, [s. l.], v. 44, p. 664-672, 2017.
- 5 - COSTA, G. M. S. et al. As Diferentes Percepções Sobre Placas Oclusais. *Revista Uningá Review, Maringá*, v. 39, n. 1, p. 119-125, 2019.
- 6 - DHANAWAT, P. et al. Different types of occlusal splint used in management of temporomandibular joint disorders - A review. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, [s. l.], v. 7, n. 7, p. 1787-1794, 2020.
- 7 - DUARTE, A. V. M. et al. Terapias atuais utilizadas no tratamento do bruxismo: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [s. l.], v. 5, n. 5, p. 786– 798, 2023.
- 8 - EL-HOMOSSANY, M. E. B.; ABDALLAH, H. T. Evaluation of different kinds of occlusal splints therapy in the management of myofascial pain. *Egyptian Dental Journal*, [s. l.], v. 64, p. 1405-1420, 2018.
- 9 - FIGUEIREDO, S. D. F. et al. Bruxismo: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 13, n. 9, p. e0513946738, 2024.
- 10 - LAVIGNE, G. J. et al. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *Journal of Oral Rehabilitation*, Oxford, v. 35, n. 7, p. 476-494, 2008.
- 11 - LIRA, D. A. C. et al. Dispositivos interoclusais na odontologia: uma revisão de literatura. *Revista Odontológica do Brasil Central, Goiás*, v. 29, n. 68, p. 119-126, 2020.
- 12 - OLIVEIRA, C. D. S. et al. O Uso da Placa Miorrelaxante no Tratamento da Disfunção Temporomandibular. *Revista Odontológica do Brasil Central, Goiás*, v. 31, n. 70, p. 119-126, 2023.
- 13 - OLIVEIRA, C. D. S. et al. Placa de Reposicionamento Anterior no Tratamento de Deslocamento de Disco: Revisão de Literatura. *Revista Odontológica do Brasil Central, Goiás*, v. 31, n. 71, p. 119-126, 2022.
- 14 - PACHECO, R. O. et al. Terapias utilizadas para o manejo da disfunção temporomandibular de origem miofascial: análise bibliométrica. *Brazilian Journal of Pain*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. e362– e369, 2024.

15 - PEREIRA, G. G.; CARVALHO, G. F.; REIS, T. A. Disfunções temporomandibulares musculares e articulares: uma revisão descritiva da literatura. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 10, n. 15, p. e457101522944, 2021.

16 - PORTO, B. A.; CAVALCANTE, M. L.; FAÇANHA, R. C. Tratamento multidisciplinar das disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática de literatura. *Revista de Investigação Biomédica*, [s. l.], v. 14, n. 1, 2025.

17 - RODRIGUES, E. P. et al. Dispositivos interoclusais na Odontologia: uma revisão de literatura. *Revista de Odontologia Contemporânea*, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 1-8, 2020.

18 - RUIZ, V. F. C. et al. Comparação dos dispositivos interoclusais rígido e resiliente no tratamento do bruxismo: revisão de literatura. *Revista Odontológica de Araçatuba, Araçatuba*, v. 38, n. 3, p. 25-30, 2022.

19 - SANTOS, F. A. et al. Eficácia da placa oclusal no tratamento de DTM: uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, [s. l.], v. 2, p. e5997, 2021.

20 - SILVA, G. L. A. et al. Tratamento de desordens temporomandibulares: uma revisão integrativa sobre placas oclusais e terapias alternativas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [s. l.], v. 13, n. 4, p. e7411, 2021.

21 - SOUZA, V. F. de et al. Dispositivos interoclusais no tratamento de deslocamento de disco: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [s. l.], v. 5, n. 4, p. 892-905, 2023.

22 - OKESON, J. P. *Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.