

Prevalência de disfunção temporomandibular em fisioterapeutas

Prevalence of temporomandibular disorders in physiotherapists

Cláudia Gomes Silva¹, Adroaldo José Casa Junior²

Resumo

A DTM refere-se a um grande número de condições clínicas que envolvem estruturas ligadas a ATM. O estudo teve como finalidade identificar a prevalência da DTM em fisioterapeutas. A amostra de 83 indivíduos foi avaliada por meio da aplicação do Índice Anamnésico de Fonseca, sendo incluídos os indivíduos que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que estavam matriculados em cursos de pós-graduação e que estavam dentro da faixa etária estabelecida (18 – 60 anos). Foram excluídos os indivíduos que faziam uso de aparelho ortodôntico, apresentavam doenças músculo-esqueléticas sistêmicas, história de fraturas mandibulares ou cirurgia ortognática e não apresentaram disponibilidade para o estudo. Os resultados mostraram que 86,7 % da amostra pertenciam ao gênero feminino, e que a idade média foi de 24,96. A ocorrência de DTM se deu altamente significativa (72,3%), sendo que 42,2% caracterizaram-na como leve, 18,1% moderada e 12% grave. As alterações mais encontradas foram “dor de cabeça” e “sentir-se tenso” (39,8%).

25

Palavras-chave: *prevalência, fisioterapeutas, disfunção temporomandibular.*

Abstract

The TMD refers to a large number of clinical conditions involving structures related to ATM. The study aimed to identify the epidemiological profile of physiotherapists in the DTM. The sample of 83 subjects was evaluated by applying the anamnestic index of Fonseca, included individuals who signed the informed consent, who were enrolled in graduate school and who were within the age established. We excluded individuals who made use of braces, had systemic musculoskeletal disorders, history of jaw fractures or orthognathic surgery and showed no willingness to study. The results showed that 86,7% of the sample belonged to females, and the average age was 24,96. The occurrence of TMD occurred highly significant (72,3%), and 42,2% characterized it as mild, moderate 18,1% and 12% severe. The most frequent symptoms were "headache" and "feeling tense (39,8%).

Keywords: *prevalence, physiotherapists, temporomandibular disorders.*



¹ Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Desportiva.

² Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Saúde e Docente da PUC Goiás, da UNIVERSO e do CEAFI PÓS-GRADUAÇÃO.

Introdução

As Disfunções Temporomandibulares (DTMs) referem-se a um conjunto de condições clínicas que afetam a articulação temporomandibular (ATM), seus tecidos adjacentes ou os músculos relacionados à ela¹. Os principais sinais e sintomas incluem dor orofacial, cefaléia, dor de ouvido, vertigens, sensação de travamento da mandíbula, oclusão dentária anormal, alterações da musculatura relacionada, estalidos e alterações na amplitude de movimento da ATM^{2,3}.

De acordo com a lesão de base as DTMs podem ser divididas em subgrupos: artrogênico, miogênico ou ambos^{4,5}. Essa subclassificação é especialmente importante para o estabelecimento de um correto diagnóstico e consequente eficácia terapêutica. A Associação Americana de Cirurgiões Orais e Maxilofaciais descreve que as condições que podem afetar primariamente os músculos da mastigação incluem doenças musculares sistêmicas como: polimiosite, dermatomiosite, miopatias hereditárias e alterações musculares secundárias a distúrbios funcionais, sendo que as condições que podem afetar a ATM em si incluem: artrite, anquilose, distúrbios do crescimento, deslocamento recorrente, neoplasia, fraturas condilares e outras doenças sistêmicas¹.

Há muitas controvérsias relacionadas à etiologia dessas desordens, sendo preponderante a que relaciona a multiplicidade de fatores como hiperatividade muscular, trauma, estresse emocional, má oclusão, travamento da mandíbula, remoção de terceiro molar, somatização, idade e sexo^{6,7}.

De um modo geral, os indivíduos não são igualmente suscetíveis. Existe um pico em adultos jovens, de 20 a 40 anos⁸. Estudos revelam a prevalência de DTM de duas a cinco vezes maior em mulheres do que em homens⁹.

Poucos são os trabalhos realizados nesta área, em especial na língua portuguesa, deixando os profissionais brasileiros sem embasamento científico consolidado para realizarem tratamento ou uma indicação adequada. Desta forma, as pesquisas nesta área estarão contribuindo não só para um melhor esclarecimento das DTM's, mas também, para a divulgação de melhores opções de tratamento e maior interação entre psicólogos, odontólogos e fisioterapeutas.

Este trabalho teve como objetivo identificar a prevalência de DTM nos fisioterapeutas alunos dos cursos de Pós-Graduação oferecidos pelo Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada (CEAFI PÓS-GRADUAÇÃO).



Casuística e Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e quantitativo, realizado no CEAFI PÓS-GRADUAÇÃO, na cidade de Goiânia-Goiás, no período de agosto a dezembro de 2009.

Participaram deste estudo 83 fisioterapeutas, alunos dos cursos de pós-graduação do CEAFI, com idade entre 21 e 44 anos e de ambos os sexos. Foram incluídos os indivíduos que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que estavam matriculados em cursos de pós-graduação desta instituição de ensino e que concordaram com todos os procedimentos do estudo. Critérios de exclusão: indivíduos que não estavam dentro da faixa etária estabelecida, faziam uso de aparelho ortodôntico, apresentavam doenças músculo-esqueléticas sistêmicas, história de fraturas mandibulares ou cirurgia ortognática e não apresentaram disponibilidade para o estudo.

Os materiais utilizados nessa pesquisa foram: Índice Anamnésico de Fonseca, carta de autorização para coleta de dados e a carta de autorização para encaminhamento para a Clínica-Escola da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO).

O formulário proposto por Fonseca¹⁰ consta de 10 questões que permitem respostas “Sim”, “Às Vezes” e “Não”, com pontuação 10, 5 e zero respectivamente. A soma dos pontos classifica os entrevistados nas categorias DTM-Ausente (0 a 15 pontos), Leve (20 a 40 pontos), Moderada (45 a 60 pontos) ou Grave (70 a 100 pontos).

27

Tabela 1. Índice Anamnésico de Fonseca.

ANAMNESE	ÀS		
	SIM	NÃO	VEZES
1. Sente dificuldade para abrir bem a boca? Você sente dificuldade para movimentar sua	()	()	()
2. mandíbula para os lados?	()	()	()
3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?	()	()	()
4. Sente dores de cabeça frequentemente?	()	()	()
5. Sente dores na nuca ou torcicolo?	()	()	()
6. Tem dor de ouvido ou nas regiões da ATM? Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou	()	()	()
7. abre a boca? Você já observou se tem algum hábito como apertar	()	()	()
8. ou ranger os dentes?	()	()	()
9. Sente que seus dentes não se articulam bem?	()	()	()
10. Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?	()	()	()

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Goiânia, sob protocolo n° 068/09, foi realizado o convite aos voluntários, através de visitas ao CEAFI com permissão da coordenação da instituição. Foi empregado o termo de consentimento livre e esclarecido para



informar o sujeito às condições de sua participação neste estudo; proporcionar o entendimento completo do projeto; esclarecer que a colaboração do indivíduo foi voluntária, que as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e não haveria remuneração pela participação na pesquisa. A partir do esclarecimento quanto aos procedimentos da pesquisa e a resposta afirmativa do voluntário à sua participação, teve início a coleta. Foi entregue o questionário em forma de formulário, a ser prontamente respondidos pelos participantes.

Os preceitos ético-legais foram considerados conforme rege a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das recomendações éticas quando da realização de pesquisa que envolva seres humanos. Os resultados individuais e coletivos produzidos foram repassados 30 dias após o encerramento da pesquisa aos voluntários do estudo. Os instrumentos preenchidos serão guardados em confidência por cinco anos e então destruídos.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais para as variáveis e as medidas estatísticas. A análise estatística foi realizada no programa estatístico SPSS. Foi realizada a descrição geral da amostra em análise de número e percentual. O teste de normalidade usado foi o Kolmogorov Smirnov. No teste de frequência Chi-Squara foi considerado $p < 0,01$ altamente significativo, $0,01 < p > 0,03$ muito significativo, $0,03 < p > 0,05$ significativo e $p > 0,05$ não significativo. Os resultados foram apresentados através de tabelas e gráficos confeccionados no Microsoft Excel®.

Resultados e Discussão

Como mostra a Figura 1, apenas 13,3% da população eram do gênero masculino, isso se deve, possivelmente, ao perfil da população em estudo, já que a maioria dos profissionais fisioterapeutas pertence ao gênero feminino¹¹⁻¹⁴.

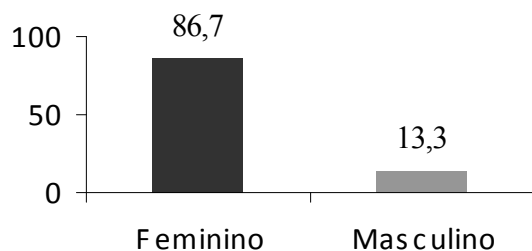


Figura 1. Representação do sexo em percentual.



A idade dos indivíduos variou de 21 a 44 anos com média de 24,96. Já os indivíduos que apresentaram DTM variaram de 21 a 39 anos com média de 24,50.

A ocorrência de DTM se mostrou altamente significativa nessa população ($p=0,000$), sendo que 72,3% apresentaram algum grau de DTM, como mostra a Figura 2. O que vem a concordar com a literatura^{8,14,15}. Em estudo realizado com 2.396 estudantes brasileiros observou-se que 73,03% dos indivíduos apresentavam algum grau de DTM¹⁵, neste estudo foi utilizado o mesmo instrumento de coleta de dados do presente artigo.

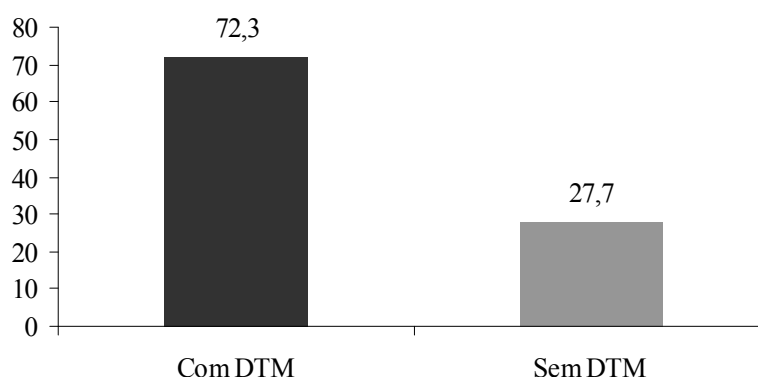


Figura 2. Representação em percentual da ocorrência de DTM.

Na Figura 3 é demonstrado o percentual do grau de severidade, em que 42,2% da população apresentaram grau leve de DTM, 18,1% grau moderado e 12% grau grave. É interessante notar que a maioria desses dados corroboram com as pesquisas já apresentadas, mas o índice de pessoas com grau grave difere das demais pesquisas. Nomura et al.¹⁴, encontraram que somente 5,5% de sua amostra apresentaram DTM grave e Silveira et al.⁸, encontraram 2,7%, essa discrepância pode ser justificada pela particularidade de nossa amostra, que é composta basicamente pelo sexo feminino, e sendo este o mais afetado gerou um maior número de pessoas com DTM grave. Os indivíduos que apresentaram grau moderado ou grave somam 30,1%, e merecem uma atenção especial, já que necessitam de tratamento específico⁸.



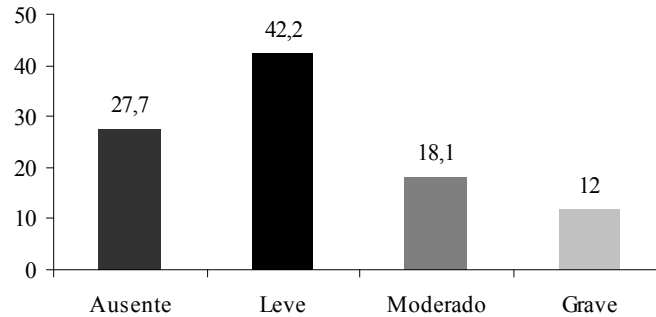


Figura 3. Representação em percentual do grau de severidade da DTM.

O sintoma mais relatado pela amostra foi a *dor de cabeça* e se considerar uma pessoa tensa, em que 39,8% responderam que sentiam dor de cabeça frequentemente e 21,7% às vezes. Se consideraram uma pessoa tensa 39,8% e 37,3% às vezes. Em relação aos outros sintomas, como pode ser observado na Tabela 2, os sintomas mais citados em ordem decrescente são *dor na nuca*, *dentes não se articulam bem*, *cansaço quando mastiga*, *dor no ouvido*, *ruídos articulares*, *apertar/ranger os dentes*, *movimentar a mandíbula para os lados* e por último *dificuldade de abrir a boca*.

Tabela 2. Distribuição em percentual dos sintomas.

Sintomas	Respostas		
	Sim	Não	As Vezes
Dificuldade de abrir a boca	4,8	78,3	16,9
Movimentar mandíbula para os lados	6,0	79,5	14,5
Cansaço quando mastiga	14,5	61,4	24,1
Dor de cabeça	39,8	38,6	21,7
Dor na nuca	32,5	38,5	28,9
Dor no ouvido	13,3	69,9	16,9
Ruídos articulares	13,3	69,9	16,9
Apertar / ranger os dentes	13,3	69,9	16,9
Dentes não articulam bem	20,5	71,1	8,4
Considerar uma pessoa tensa / nervosa	39,8	22,9	37,3



Nomura et al.¹⁴ obtiveram que 76,7% de sua amostra consideravam-se pessoas tensas/nervosas e que 64,6% sentiam dor de cabeça frequentemente. Em outro, observou-se que 34,39% sentiam dor de cabeça frequentemente⁸. A dor de cabeça é um sintoma subjetivo, e devido à ampla definição sua prevalência é muito elevada na população geral, sendo uma das queixas mais comuns encontradas na prática clínica¹⁶. A literatura mostra dados em que 76,72% da população relatou se sentir tenso/nervoso¹⁴. Jornadas profissionais longas se associam ao relato de tensão, assim como transtornos mentais, como estresse, aumentam a tensão muscular e potencializam a dor^{17,18}.

Entretanto, essas questões menos específicas diminuem a confiabilidade do instrumento de pesquisa, alguns trabalhos propõem que se considere apenas as questões 1, 2, 3, 6 e 7, que, por serem mais direcionadas, trariam uma avaliação mais aproximada da realidade¹⁹. No presente estudo 51,9% responderam “sim” a pelo menos uma dessas questões. Essas cinco questões estão entre as sugeridas pela Academia Americana de Dor Orofacial para triagem inicial de DTM, o que nos faz acreditar que, pelo menos esses 51,9% deveriam ser avaliados de uma forma mais abrangente para um melhor diagnóstico e sugestão de tratamento¹⁹.

Finalmente deve-se considerar que esses sintomas, em geral, afetam negativamente a qualidade de vida dessa população e estudos que colaborem com a discussão dessa patologia devem ser buscados pelo meio clínico para melhor esclarecimento e entendimento²⁰.

Conclusão

Diante dos resultados obtidos, conclui-se que o gênero feminino foi o mais afetado. A ocorrência de DTM se mostrou altamente significativa ($p=0,000$). Necessitam de tratamento específico (interdisciplinar) 30,1%, já que apresentaram DTM severa e moderada. E dor de cabeça e sentir-se tenso foram as manifestações mais relatadas.

Referências

1. National Institute Of Health Technology. Management of Temporomandibular Disorders. JADA. 1996; 127: 1595-1603.
2. Shibayama R, Garcia AR, Zuim PRJ. Prevalência de desordem temporomandibular (DTM) em pacientes portadores de próteses totais duplas, próteses parciais removíveis e universitários. Revista Odontológica de Araçatuba. 2004; 25(2): 18-21.
3. Donegà SHP, Cardoso R, Procópio ASF, Luz JGC. Análise da sintomatologia em pacientes com disfunções intra-articulares da ATM. Revista Odontol. Univ. São Paulo. 1997; 11: 77-83.



4. Moreno AMP, Varquer IC, Luz JGC. Achados radiográficos, sinais e sintomas nas disfunções da articulação temporomandibular. *Revista Odontol. Univ. São Paulo.* 1997; 11: 4.
5. Mohl ND. Reliability and validity of diagnostic modalities for temporomandibular disorders. *J Dent. Res.* 1993; 7(2): 113-119.
6. Huang GJ, Leresche L, Martin MD, Drangsholt MT. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). *J Dent Res.* 2002; 81(4): 284-288.
7. Delboni MEG, Abrão J. Estudo dos sinais de DTM em pacientes ortodônticos assintomáticos. *Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2005; 10(4): 88-96.
8. Silveira AM, Feltrin PP, Zanetti RV, Mautoni MC. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007; 73(4): 528-32.
9. Frare JC, Nicolau RA. Análise clínica do efeito da fotobiomodulação laser (GaAs – 904 nm) sobre a disfunção temporomandibular. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12(1): 37-42.
10. Fonsêca DM. Disfunção Craniomandibular (DCM) – diagnóstico pela anamnese. *FOB – Faculdade de Odontologia de Bauru.* 1992; 1-116.
11. Ciarline IA, Monteiro PP, Braga ROM et al. DS. Repetitive strain injuries in physical therapists. *RBPS.* 2005; 18(1): 11-16.
12. Siqueira GR, Cahú FGM, Vieira RAG. Occurrence of low back pain in physical therapists from the city of Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12(3): 222-7.
13. Felício CM, Faria TG, Silva MAMR et al. Temporomandibular Disorder: relationship between otologic and orofacial symptoms. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; 70(6): 786-93.
14. Nomura K, Vitti M, Oliveira A et al. Use of the Fonseca's questionnaire to assess the prevalence and severity of temporomandibular disorders in Brazilian dental undergraduates. *Braz. Dent. J.* 2007; 18(2).
15. Oliveira AS, Dias EM, Contato RG et al. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college students. *Braz. Oral Res.* 2006; 20(1): 3-7.
16. Monteiro JMP. Cefaléias primárias: causas e conseqüências. *Rev Port Clin Geral.* 2006; 22: 455-459.



17. Portela LF, Rotenberg L, Weissmann. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. Rev Saúde Pública. 2005; 39(5): 802-8.
18. Penna PP, Recupero M, Gil C. Influence of Psychopathologies on Craniomandibular Disorders. Braz. Dent. J. 2009; 20(3): 226-230.
19. Campos JADB, Gonçalves DAG, Camparis CM et al. Reliability of a questionnaire for diagnosing the severity of temporomandibular disorder. Rev Bras Fisioter. 2009; 13(1): 38-43.
20. Dahlstrom L, Carlsson GE. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. Acta Odontol Scand. 2010; 68(2): 80-5.

