

# Diagnóstico e prevalência das disfunções temporomandibulares em graduandos do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS

Francieli Pedrotti  
Célia Mahl  
Maria Perpétua Mota Freitas  
Gisele Klein

## RESUMO

Propôs-se neste trabalho fazer um estudo sobre o diagnóstico e prevalência de sinais e sintomas de Disfunção Temporomandibular (DTM) em graduandos do Curso de Odontologia da ULBRA/Canoas. A amostra foi composta por 280 indivíduos, média de 23,5 anos, sendo 71(25,35%) do gênero masculino e 209 (74,64%) do feminino. A avaliação foi feita através do questionário proposto por Fonseca (1992), utilizado para classificar a severidade da DTM e obter dados epidemiológicos. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, bem como o teste Qui-quadrado para o cruzamento entre variáveis. Os resultados mostraram que apenas 1 (0,4%) dos indivíduos não apresentou algum grau de DTM, 83 (29,69%) tiveram DTM leve, 171 (61,1%) DTM moderada e 25 (8,9%) DTM severa. Os estudantes com DTM em qualquer grau apresentaram características marcantes como: 79 (28,2%) consideravam-se pessoas tensas; 78(27,85%), apertavam ou rangiam os dentes; 84(30,4%) tinham ruídos na ATM; 74 (26,4%) apresentaram dor de cabeça com frequência e 52(18,6%) apresentaram dor na nuca ou torcicolo. Pôde-se observar uma alta prevalência de DTM na população avaliada, sugerindo a necessidade de inclusão de exames na busca de sinais e sintomas de DTM, como rotina para o clínico geral, bem como demais especialidades.

**Palavras-chave:** DTM, sinais, sintomas, diagnóstico.

## Diagnosis and prevalence of temporomandibular disorders in students of Dentistry Course of Lutheran University of Brazil – Canoas/RS

### ABSTRACT

It was proposed in this paper a study on the diagnosis and prevalence of signs and symptoms of Temporomandibular Dysfunction (TMD) in students of Dentistry of Lutheran

---

**Francieli Pedrotti** é Graduada do Curso de Odontologia (ULBRA Canoas/RS).

**Célia Mahl** é Mestre e Doutora em Radiologia (UFRGS). Professora Adjunta do Curso de Odontologia (ULBRA Canoas/RS).

**Maria Perpétua Mota Freitas** é Mestre em Ortodontia e Ortopedia Facial e Doutora em Odontologia (PUCRS). Professora Adjunta do Curso de Odontologia (ULBRA Canoas/RS).

**Gisele Klein** é Graduada do Curso de Odontologia (ULBRA Canoas/RS).

**Endereço para correspondência:** Maria Perpétua Mota Freitas. Rua Lindolfo Henke, 230/106, Torre 1, Sarandi. 91130-230 – Porto Alegre/RS. Fone: (51) 8119.8022. E-mail: perpetuamf@hotmail.com

Stomatoss	Canoas	v.17	n.32	p.15-23	jan./jun. 2011
-----------	--------	------	------	---------	----------------

University of Brazil – Canoas/RS. The sample comprised 280 individuals, average of 23.5 years, and 71 (25.35%) were male and 209 (74.64%) female. The evaluation was performed using the questionnaire proposed by Fonseca (1992), used to classify the severity of TMD and to obtain epidemiological data. Data analysis was used descriptive statistics and Chi-square for the cross between variables. The results showed that only 1 (0.4%) individuals did not show some degree of TMD, 83 (29.69%) had mild TMD, 171 (61.1%) moderate TMD and 25 (8.9%) TMD severe. Students in any degree with TMD showed remarkable features such as: 79 (28.2%) considered themselves tense people; 78 (27.85%), clenching or grinding teeth, 84 (30.4%) had TMJ sounds, 74 (26.4%) presented with headache frequency and 52 (18.6%) had neck pain or torticollis. It was observed a high prevalence of TMD in the population studied, suggesting the need to include examination for signs and symptoms of TMD, as a routine for the general practitioner as well as other specialities.

**Keywords:** TMD, signs, symptoms, diagnosis.

## INTRODUÇÃO

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) representam alterações clínicas cujo envolvimento pode incluir alterações na musculatura mastigatória, na articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas, ou em ambas, causando consequências no sistema estomatognático como todo (Pompeu et al., 2001).

Em 1996, Okeson citou que a DTM pode ser a maior responsável pelas dores orofaciais não odontogênicas, sendo considerada uma subclassificação das desordens musculoesqueléticas.

Há um consenso na literatura de que o sintoma mais comum da DTM é a dor, normalmente localizada nos músculos da mastigação, área pré-auricular e ATM. Em 1987, Pillemer et al. acrescentaram que outros sintomas associados poderiam ser: dores no ouvido, dores de cabeça, cansaço muscular e sensibilidade dentária. Os autores citaram ainda que alguns sinais podem estar presentes, como ruídos articulares do tipo estalido ou crepitação, desgaste dentário e sensibilidade a palpação muscular e da ATM.

Biasotto-Gonzalez (2005) expôs que a DTM tem sua maior prevalência entre 20 e 45 anos, sendo que até os 40 anos a principal causa é de origem muscular, a DTM mio gênica; já a partir dos 40 anos, o principal fator etiológico é a degeneração articular, chamada DTM artrogênica.

Na visão de Fonseca et al. (1994), devem existir, aproximadamente, seis milhões de brasileiros com sinais e sintomas de DTM, sem ao menos saber, na maioria das vezes, que a doença o aflige, se há tratamento e qual o seu prognóstico.

Para um correto diagnóstico das disfunções temporomandibulares é fundamental que se determine sua etiologia, analisando fatores como: sexo, estrutura esquelética, nutrição, postura, oclusão, limiar de dor, alterações emocionais, estresse, distúrbios do sono e bruxismo, associando sinais e sintomas a exames complementares de diagnóstico como radiografias, tomografias, dentre outros (Branco et al., 2006).

Diante da complexidade dos fatores etiológicos, diagnóstico e, até mesmo do tratamento a ser empregado, os autores desse trabalho propuseram-se a fazer um estudo sobre o diagnóstico e prevalência das disfunções temporomandibulares em estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da ULBRA Canoas/RS.

## **METODOLOGIA**

Inicialmente, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da ULBRA Canoas/RS.

A amostra foi composta por 280 indivíduos, estudantes do Curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS, média de 23,5 anos, sendo 71 do gênero masculino e 209 do gênero feminino.

A avaliação foi feita através do questionário proposto por Fonseca (1992), utilizado para classificar a severidade da DTM e obter dados epidemiológicos, conforme modelo abaixo:

### **UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL CURSO DE ODONTOLOGIA – CAMPUS CANOAS**

#### **FICHA PARA IDENTIFICAÇÃO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: \_\_\_\_\_

1. Sente dificuldades para abrir a boca?

sim    não    às vezes

2. Sente dificuldades para movimentar a sua mandíbula para os lados?

sim    não    às vezes

3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?

sim    não    às vezes

4. Sentes dores de cabeça com frequência?

sim  não  às vezes

5. Sente dor na nuca ou torcicolo?

sim  não  às vezes

6. Tem dor de ouvido ou nas regiões das articulações? (ATMs)

sim  não  às vezes

7. Já notou ruídos nas articulações (ATMs) quando mastiga ou abre a boca?

sim  não  às vezes

8. Já observou se tem algum hábito de apertar e/ou ranger os dentes?

sim  não  às vezes

9. Sente que seus dentes não se articulam bem?

sim  não  às vezes

10. Usa ou usou aparelho ortodôntico?

sim  não

11. Você se considera uma pessoa tensa/nervosa?

sim  não  às vezes

A análise foi realizada através de estatísticas descritivas, sendo utilizado, para o cruzamento entre variáveis, o teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Os resultados sobre a frequência em relação a gênero, idade, severidade da DTM e distribuição de frequência das respostas do questionário estão dispostos nos Gráficos 1, 2 e 3, respectivamente.

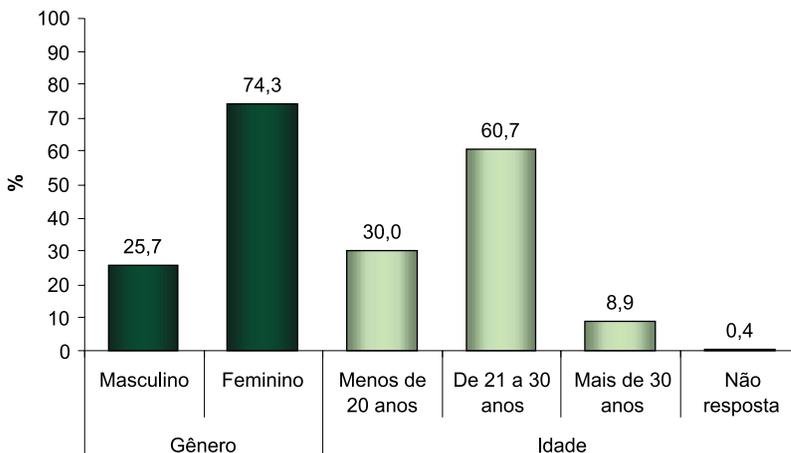


GRÁFICO 1 – Descrição da amostra estudada em relação às variáveis Gênero e Idade.

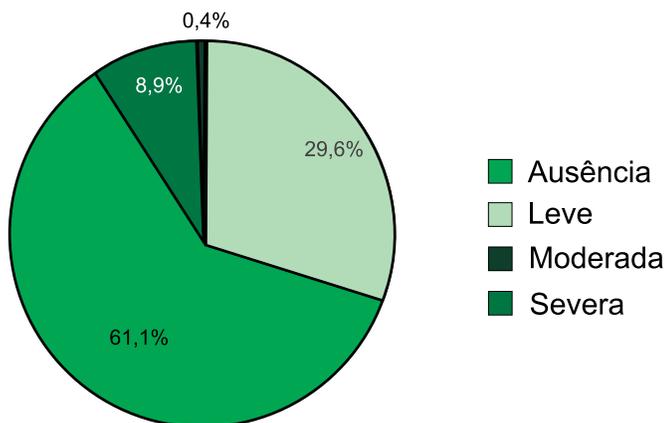


GRÁFICO 2 – Descrição da amostra estudada em relação à Classificação da severidade da DTM.

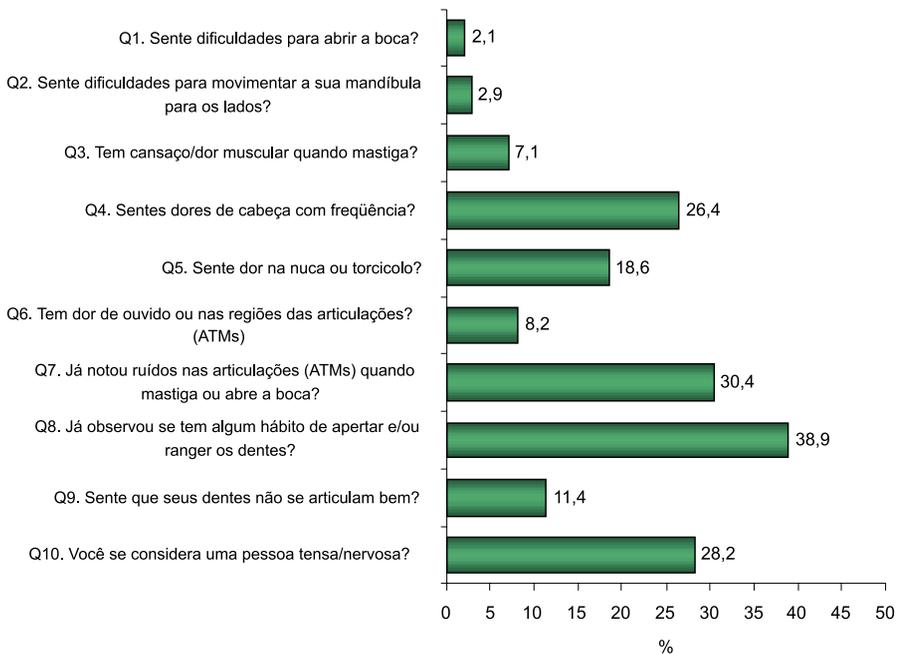


GRÁFICO 3 – Distribuição de frequência das respostas do questionário.

Sobre a associação de variáveis, verificou-se, através dos resultados do teste Qui-quadrado, que existe significância estatística entre a severidade da ATM e a idade do paciente. De acordo com os dados obtidos, a Ausência de DTM está associada aos pacientes com mais de 30 anos e a DTM Leve associada a pacientes com menos de 20 anos ( $p=0,011$ ) (Tabela 1).

TABELA 1 – Classificação da severidade da DTM X Idade.

<i>Severidade da DTM</i>	<i>Idade</i>		
	Menos de 20 anos	De 21 a 30 anos	Mais de 30 anos
Ausência			4,0*
Leve	39,3*	24,7	32,0
Moderada	54,8	64,7	56,0
Severa	6,0	10,6	8,0
Total	100,0	100,0	100,0

\* Resultados estatisticamente significativos, com  $p=0,011$ .

Sobre a correlação entre a severidade da DTM e gênero dos indivíduos da amostra, não existiu associação significativa ( $p=0,935$ ), conforme Tabela 2.

TABELA 2 – Classificação de severidade da DTM X Gênero.

<i>Severidade da DTM</i>	<i>Gênero</i>	
	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
Ausência		0,5
Leve	29,2	29,8
Moderada	62,5	60,6
Severa	8,3	9,1
Total	100,0	100,0

\* Resultados estatisticamente significativos, com  $p=0,011$ .

## DISCUSSÃO

Um importante passo para a intervenção frente às diversas patologias é fazer o diagnóstico correto e atuar, inicialmente, com medidas preventivas. Para tanto, faz-se imprescindível o conhecimento sobre as alterações e manifestações clínicas decorrentes. Dessa forma, através de um melhor conhecimento sobre a etiologia das DTM, tem sido possível a elaboração de métodos específicos para o diagnóstico dessas alterações. A identificação precoce deste tipo de disfunção, permitiria ao paciente portador, evitar, futuramente, complicações maiores que afetariam suas funções fisiológicas normais. Além disso, um diagnóstico precoce de uma DTM, evita tratamentos severos, tais como cirurgias, proporcionando conforto ao paciente e, de maneira geral, redução dos custos do tratamento (Pompeu et al., 2001).

Partindo desse pressuposto, esse trabalho buscou fazer um estudo sobre o diagnóstico e prevalência da DTM em estudantes do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. Sobre o diagnóstico, de maneira geral, os indivíduos da população avaliada encontravam-se na faixa etária de 21 a 30 anos (60,7%), seguidos de menos de 20 anos (30%) e mais de 30 anos (8,9%). A grande maioria da amostra foi do gênero feminino, representando 74,3%.

Em relação à prevalência, encontrou-se significância estatística na associação entre a classificação da severidade da DTM com a idade dos indivíduos avaliados. Pôde-se observar que, na faixa etária de 21 a 30 anos, houve um maior número de portadores de DTM moderada (64,7%) e severa (10,6%), sobrepondo os resultados com DTM leve, mais prevalente na faixa etária de menos de 20 anos (39,3%). Tais achados concordaram com os estudos de Helkimo (1974), Magnusson et al. (1985), Bernal e Tsamtsouris (1986),

Vanderas (1987), Egermark-Eriksson (1990), MacNeill (1990), Morawa et al. (1995) e Fonseca et al. (2004), os quais sugeriram que a presença de sinais e sintomas nos adultos aumentam com idade. De forma diferente, o achado de ausência de DTM, em paciente com mais de 30 anos (0,4%), mostrou discordância com os mesmos.

Quando se avaliou a relação da classificação de severidade da DTM com o gênero, os achados concordaram com o estudo de Pompeu et al. (2001), não havendo significância estatística entre essas variáveis.

Levando em consideração as perguntas feitas seguindo o questionário de Fonseca (1992), os estudantes com DTM, em qualquer grau, manifestaram características marcantes como: 79 (28,2%) consideravam-se pessoas tensas; 78 (27,85%) apertavam ou rangiam os dentes; 84(30,4%) tinham ruídos na ATM; 74 (26,4%) apresentaram dor de cabeça com frequência e 52(18,6%) apresentaram dor na nuca ou torcicolo.

Principalmente devido à amostra consistir de pacientes que não estavam buscando tratamento para a DTM, pode-se concluir que a prevalência da amostra foi alta. Isto deve ser considerado, pois apesar do número reduzido de indivíduos avaliados, um exame de rotina buscando sinais e sintomas de DTM deveria passar a fazer parte do exame odontológico geral do clínico, bem como das demais especialidades. Pois, mesmo não estando indicado algum tipo de tratamento, o aconselhamento e orientação desse paciente, assim como o controle posterior, deveria estar indicado.

Como em qualquer especialidade odontológica, a intervenção precoce e preventiva é preferida em relação ao tratamento postergado, principalmente quando modalidades menos conservadoras puderem ser utilizadas, como nos casos do tratamento as Disfunções Temporomandibulares.

## **CONCLUSÕES**

A partir dos resultados obtidos, pôde-se concluir que:

- Ocorreu alta prevalência de sinais e sintomas na população estudada;
- Os indivíduos do sexo feminino foram os mais acometidos pela DTM;
- Houve maior prevalência da DTM moderada, leve e severa, em ordem decrescente;
- Os resultados sugerem a necessidade da inclusão de exames de diagnóstico para DTM na rotina odontológica dos clínicos gerais e demais especialidades, com a finalidade da realização de um diagnóstico mais precoce, favorecendo, dessa forma, a indicação de tratamentos mais conservadores.

## REFERÊNCIAS

- Bernal M, Tsamtsouris A. Signs and symptoms of temporomandibular joint dysfunction in 3 to 5 years old children. *J Pedodont.* 1986;10:127-39.
- Biasotto-Gonzalez, DA. Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares. 1a. ed. São Paulo: Manole, 2005.
- Branco R, Branco C, Tesch R, Repoport A. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnosticados de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2008;13(2):61-69.
- Egermark-Eriksson I, Carlsson GE, Magnusson T, Thilander B. A longitudinal study on malocclusion in relation to signs and symptoms of craniomandibular disorders in children and adolescents. *Eur J Orthod.* 1990;12:399-407.
- Fonseca DM. Disfunção Temporomandibular (DTM): Elaboração de um índice anamnésico. Bauru, 1992. (Dissertação) Faculdade de Odontologia de Bauru/ USP.
- Fonseca DM, Bonfante G, Valle A, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *Rev Gaúcha Odontol.* 1994;42(1):23-28.
- Guedes F, Bonfante G. Desordens Temporomandibulares em crianças. *J Bras de Ocl, ATM e Dor Orofac.* 2001;1(1): 39-43.
- Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. IV-Age and Sex distribution of symptoms and dysfunctions of the masticatory system in lapps in the north of Finland. 1974;32(4):255-67.
- MacNeill C. Craniomandibular disorders – Guidelines for evaluation, diagnosis, and management. The American Academy of Craniomandibular Disorders. Chicago: Quintessence, 1990.
- Magnusson T, Egermark-Eriksson I, Carlsson GE. Four year longitudinal study of mandibular dysfunction in children. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 1985;13:117-20.
- Morawa AP, Loos PJ, Easton JW. Temporomandibular joint dysfunction in children and adolescents: incidence, diagnosis and treatment. *Quintessence Int.* 1985;11(16):771-7.
- Okeson JP. Orofacial pain-guidelines for assessment, diagnosis and management, Chicago: Quintessence, 1996.
- Pillemer FG. Temporomandibular joint dysfunction and facial pain in children: an approach do diagnosis and treatment. *Pediatr Dent.* 1987;80(4):565-70.
- Pompeu JGF, Prado VLG, Santos SM, Costa TM, Ramos MJA. Disfunção Craniomandibular – Análises de Parâmetros para sua Identificação. *J Bras Ocl, ATM e Dor Orofac.* 2001;1(1):45-48.
- Vanderas AP. Prevalence of craniomandibular dysfunction in children and adolescents: a review. *Pediatr Dent.* 1987;9(4):312-6.