



9º Congresso de Pós-Graduação

CORRELAÇÃO ENTRE A SEVERIDADE DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E O GRAU DE DOR NA FACE EM MULHERES UNIVERSITÁRIAS

Autor(es)

AMANDA CARINE PACKER

Co-Autor(es)

ALMIR VIEIRA DIBAI FILHO
ANA CLÁUDIA DE SOUZA COSTA
KELLY CRISTINA DOS SANTOS BERNI

Orientador(es)

DELAINÉ RODRIGUES-BIGATON

1. Introdução

A disfunção temporomandibular (DTM) é um termo utilizado para designar um conjunto de alterações relacionadas à articulação temporomandibular (ATM) e aos músculos mastigatórios (ASTJS, 2003). A DTM possui etiologia multifatorial, sendo que os principais fatores que predispõem o seu aparecimento são alterações oclusais (SOLOW E SONNESEN, 1998), distúrbios emocionais (MARTINS et al., 2007), trauma que envolve tecidos locais, microtrauma crônico repetitivo e uso não habitual da mandíbula (SARLANI, 2003).

Os principais sinais e sintomas dessa disfunção são dor nos músculos mastigatórios, ATM e estruturas associadas, limitação ou desvio de movimento mandibular e ruídos articulares (DWORKIN et al., 2002).

A dor é um dos sintomas mais frequentes e está relacionada com diminuição da qualidade de vida e impacto social e emocional negativo (DWORKIN et al., 2002; SARLANI, 2003).

A descrição da dor, seu diagnóstico e associações são parâmetros subjetivos e, portanto, de difícil precisão, uma vez que o limiar da dor é individual e depende de diversos fatores como: modulação do sistema nervoso central, nível de concentração, atitude e estado emocional do paciente. Isso faz com que pessoas com dores difusas e recorrentes sejam difíceis de ser diagnosticadas e tratadas uma vez que existe grande variação da intensidade da dor de indivíduo para indivíduo (ASSENCIO-FERREIRA, 2000).

Portanto, a compreensão da relação entre a dor e severidade da DTM é de suma importância a fim de que se possa melhor diagnosticar e tratar indivíduos que sofrem dessa disfunção.

2. Objetivos

Avaliar se há correlação entre a severidade da DTM e o grau de dor na face em mulheres universitárias, por meio do Índice

3. Desenvolvimento

Este estudo foi realizado com 43 voluntárias do gênero feminino, com idade entre 18 e 30 anos ($22,46 \pm 3,52$). A escolha do gênero e faixa etária se deve a maior incidência da disfunção estudada nessa população (LIMA, TOSCANO E FILHO, 2007; GUMMESSON et al., 2006).

Para participar do estudo, as mulheres deviam apresentar dor nos músculos mastigatórios por um período mínimo de 6 meses e ser classificada com no mínimo severidade leve para DTM de acordo com o IAF.

Foram excluídas da amostra mulheres com índice de massa corporal maior que 25 kg/m², doenças sistêmicas que pudessem afetar as ATMs, falhas dentárias (exceto o 3º molar), portadoras de prótese total ou parcial, uso de aparelho ortodôntico e uso de medicação analgésica e/ou anti-inflamatória.

Todas as voluntárias preencheram o IAF e a EVA. O IAF é um questionário composto por 10 questões que apresentam 3 possibilidades de resposta: sim (10 pontos), às vezes (5 pontos) e não (0 pontos), sendo utilizado para avaliar a presença e a severidade dos sintomas de DTM, no qual as possíveis classificações são sem DTM (escore de 0 a 15 pontos), DTM leve (de 20 a 40 pontos), moderada (de 45 a 65 pontos) e severa (de 70 a 100 pontos) (FONSECA, 1992).

A EVA é um instrumento de fácil mensuração da intensidade da dor (CASTRO, 1999), e consiste em uma linha reta de 10 cm de comprimento, cujas extremidades possuem uma descrição verbal (sem dor e pior dor, respectivamente), na qual as voluntárias foram orientadas a realizar um traço perpendicular entre os dois extremos que representasse o nível da dor por elas apresentado naquele momento.

Para analisar os dados da EVA foi utilizada uma régua em centímetros (cm), sendo a intensidade da dor medida a partir da extremidade esquerda, a qual coincidia com o valor 0 da régua, até o traço realizado pela voluntária.

Em relação à análise estatística, aplicou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados; para as correlações, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman, sendo respeitada uma significância de 5%. Todas as análises foram realizadas por meio do programa estatístico BioEstat®, versão 5.0.

Para interpretação dos coeficientes de correlação, sua magnitude foi baseada na classificação de Munro (2001): de 0,26 a 0,49 (baixa), 0,50 a 0,69 (moderada), 0,70 a 0,89 (alta) e de 0,90 a 1,00 (muito alta).

4. Resultado e Discussão

De acordo com IAF, verificou-se que 25 (58,14%) voluntárias apresentaram DTM Leve, 10 (23,26%) DTM moderada e 8 (18,60%) DTM severa. Em relação à dor na face, mensurada por meio da EVA, as voluntárias apresentaram uma média de 0,44 cm.

A Tabela 1 apresenta a correlação entre os dois instrumentos utilizados no estudo. Verifica-se uma positiva e fraca magnitude de correlação, com resultado não significativo.

A dor na região facial é o sintoma mais comum nos indivíduos com DTM (LA TOUCHE et al., 2009), sendo que sua intensidade pode variar de acordo com o grau de disfunção (OKESON, 1998).

A EVA é um instrumento de avaliação da dor muito utilizado em pesquisas clínicas com indivíduos com DTM (BIASOTTO-GONZALEZ E BÉRZIN, 2004; KOGAWA, 2005; PEDRONI, OLIVEIRA E BÉRZIN, 2005). Essa ferramenta é simples, eficiente e proporciona resultados satisfatórios (KUTILLA et al., 2002).

Um ponto que deve ser ressaltado no presente estudo é a média da EVA facial das voluntárias, que se estabeleceu em 0,44 cm, sendo que, de acordo com Pimenta et al. (2000) e Howard (2003), considera-se dor apenas a partir de 1 cm. No entanto, mesmo com essa intensidade de dor, as voluntárias foram diagnosticadas pelo IAF com DTM, o que se leva a pensar a respeito da acurácia desse instrumento.

O IAF é um questionário muito utilizado em pesquisas clínicas e estudos epidemiológicos (PASINATO, CORRÊA e PERONI, 2006; MARCHIORI et al., 2007; ROSA et al., 2009; MENEZES et al., 2008) por ser um dos poucos instrumentos disponíveis em língua portuguesa (SANTIS et al., 2010). Fonseca (1992) afirma que essa ferramenta foi idealizada para a população brasileira e tem a vantagem de poder ser autoaplicável, de fácil compreensão e demandar um curto tempo e baixo custo, além de ser sensível para determinar a gravidade da DTM.

No entanto, o fato do IAF ainda não ter sido completamente validado e seu escore ser restrito à classificação da severidade da DTM é um fator limitante desse instrumento. Além disso, seu sistema de pontuação pode gerar diagnósticos falso-positivos, uma vez que sintomas que talvez ocorram de maneira isolada, sem associação com a DTM podem classificar o paciente como portador de tal

disfunção (CHAVES, OLIVEIRA E GROSSI, 2007).

Blini et al. (2009) relatam que o IAF tem como função auxiliar na verificação inicial de sintomas de DTM, indicar a necessidade de um exame clínico mais detalhado e determinar a severidade dos sintomas da disfunção, não sendo, portanto, uma ferramenta para diagnóstico da DTM.

Santis (2010) avaliou a sensibilidade e especificidade do IAF em crianças e adolescentes e observou que este apresentou baixa sensibilidade para detectar a DTM e alta especificidade, ou seja, esse instrumento avalia melhor a ausência de DTM do que a sua ocorrência. Além disso, o IAF mostrou baixa concordância com o exame clínico. Este achado vai ao encontro dos resultados do presente estudo, uma vez que o IAF pode ter superestimado o diagnóstico de DTM. No entanto, o estudo de Santis (2010) foi realizado em uma população de crianças e adolescentes, sendo possível a influência da dificuldade da compreensão nos resultados.

O fato de não ter ocorrido correlação entre os dois instrumentos avaliados talvez possa ser justificado pela presença de apenas 2 questões relacionadas especificamente à dor na face, no IAF.

Portanto, pode-se concluir que não houve associação entre as variáveis IAF e EVA, sendo assim, a capacidade do IAF para classificar a dor parece ser limitada.

5. Considerações Finais

Com base na metodologia empregada e na população estudada pode-se concluir que não há relação entre o grau de severidade da DTM e a intensidade de dor na face.

Referências Bibliográficas

ASTJS. Guidelines for diagnosis and management of disorders involving the temporomandibular joint and related musculoskeletal structures. **Cranio**, v.21, n.1, p.68-76, 2003.

ASSENÇÃO-FERREIRA, V.J. Fisiopatologia da dor. In: BIANCHINI, E.M.G. (Org.). **Articulação temporomandibular: implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas**. Carapicuíba: Pró-fono, 2000.

BIASOTTO-GONZALEZ, D.A.; BÉZZIN, F. Electromyographic study of patients with masticatory muscles disorders, physiotherapeutic treatment (massage). **Braz J Oral Sci**, v.3, n.10, p.516-520, 2004.

BLINI, C.C. et al. Relação entre bruxismo e o grau de sintomatologia de disfunção temporomandibular. **Rev CEFAC**, v. 12, n.3, 2010.

CASTRO, C.E.S. **A formulação linguística da dor – Versão Brasileira do Questionário McGill de Dor**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, 1999.

DWORKIN, S.F. et al. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: axis I to target clinic cases for a tailored self-care TMD program. **J Orofac Pain**, v. 6, p.48-63, 2002.

FONSECA, D.M. **Disfunção Temporomandibular (DTM): elaboração de um índice anamnésico**. Dissertação, Universidade de São Paulo; 1992.

GUMMESSON, C. et al. The transition of reported pain in different body regions: a one-year follow-up study. **BMC Musculoskeletal Disord**, v.7, p.1-7, 2006.

HOWARD, F.M. Chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol**, v.101, p.594-611, 2003.

KOGAWA, E.M. et al. Evaluation of efficacy of low-level laser therapy (LLLT) and de microeletric neurostimulation (MENS) in the treatment of myogenic temporomandibular disorders: randomized clinical trial. **J Appl Oral Sci**, v.13, n.3, p.280-285, 2005.

KUTILLA, M. et al. Efficiency of occlusal appliance therapy in secondary otalgia and temporomandibular disorders. **Acta Odontol**

Scand, v.60, n.4, p.248-253, 2002.

LA TOUCHE, R. et al. The effects of manual therapy and exercises directed at the cervical spine on pain sensitivity in patients with myofascial temporomandibular disorders. **J Oral Rehabil**, v.36, p.644-652, 2009.

LIMA, F.A.L.; TOSCANO, C.F.S.; FILHO, J.M.S. Perfil epidemiológico de sujeitos com disfunção temporomandibular tratados na faculdade de odontologia de Caruaru-Pernambuco. **Fisioter Mov**, v.20, n.4, p.101-108, 2007.

MARCHIORI, A.V. et al. Prevalência de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e ansiedade: estudantes brasileiros do ensino fundamental. **RGO**, v. 55, n.3, p.257-262, 2007.

MARTINS, R.F. et al. Association between economic class and stress in temporomandibular joint dysfunction. **Rev Bras Epidemiol**, v.10, n.2, p.215-222, 2007.

MENEZES, M.S. et al. Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular. **Fisioter Pesq**, v.15, n.2, p.183-7, 2008.

MUNRO, B.H. Correlation. In: MUMRO, B.H. **Statistical methods for health care research**. 4 ed. Philadelphia, PA: Lippincott, 2001.

OKESON, J.P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

PASINATO, F.; CORRÊA, E.C.R.; PERONI, A.B.F. Avaliação da mecânica ventilatória em indivíduos com disfunção têmporo-mandibular e assintomáticos. **Rev Brasileira Fisioter**, v. 10, n. 3, p. 285-289, 2006.

PEDRONI, C.R.; OLIVEIRA, A.S.; BÉRZIN, F. Immediate effect of cervical mobilization in temporomandibular disorder patients. **Braz J Oral Sci**, v.4, n.15, p.911-918, 2005.

PIMENTA, C.; KOISUMI, M.; TEIXEIRA, M. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. **Rev Esc Enf USP**, v.34, p.76-83, 2000.

ROSA, G.M.M.V. et al. Três instrumentos de coleta de dados para caracterização dos pacientes portadores de DTM do Projeto de DTM/ Núcleo da Dor no Centro Integrado de Fisioterapia do Unifoa. **Cadernos UniFOA**, n. 11, 2009.

SANTIS, T.O. **Avaliação da sensibilidade dos principais instrumentos de triagem para desordens temporomandibulares em crianças e adolescentes**. 2010. 68p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação - Universidade Nove de Julho, 2010.

SARLANI, E. Diagnosis and treatment of orofacial pain. **Braz J Oral Sci**, v.2, n.6, p.283-90, 2003.

SOLOW, B.; SONNESEN, L. Head posture and malocclusions. **Eur J Orthod**, v.20, p.685-693, 1998.

Anexos

Tabela 1 – Correlação dos escores obtidos pelas voluntárias do estudo no Índice Anamnésico de Fonseca (IAF) e na Escala Visual Analógica (EVA) para avaliar a dor na região da face.

Correlação	r	p
IAF x EVA Face	0,2499	0,1059