# Investigação Científica

# Avaliação da ocorrência e dos conhecimentos sobre disfunção temporomandibular em profissionais da Equipe de Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição

Evaluation of occurrence and knowledge on temporomandibular dysfunction in professionals of the Family Health Teams of the Conceição Hospital Group

Angélica Rhoden\*
Marcylene Arruda Braz\*\*
Myriam Camara Brew\*\*\*
Raul Antônio Cruz\*\*\*\*
Eduardo Grossmann\*\*\*\*\*
Caren Serra Bavaresco\*\*\*\*\*\*

### Resumo

Objetivo: considerando-se o elevado número de pessoas com disfunção temporomandibular (DTM) e que a busca por tratamento tem aumentado nos últimos anos, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de DTM entre os integrantes da Equipe de Saúde da Família (ESF) e o conhecimento dos profissionais em relação a essa condição. Métodos: os questionários foram aplicados em 87 profissionais da ESF do Grupo Hospitalar Conceição. No primeiro questionário, avaliou-se a prevalência de DTM, no segundo, foram coletados os dados sociodemográficos e, no terceiro e último, avaliou-se o conhecimento sobre a etiologia, o diagnóstico e o tratamento das DTMs. A análise dos dados foi realizada por meio dos testes Qui-Quadrado ou Teste T de *Student* para um p ≤ 0,05. Resultados: os resultados demonstraram que os profissionais incluídos, em sua maioria, apresentam DTM leve e que o percentual de acertos dos dentistas foi superior estatisticamente ao dos médicos apenas no item tratamento. Conclusão: é de suma importância que os profissionais das ESFs estejam preparados para atender a demanda de pacientes que apresentam sinais e sintomas compatíveis com DTM.

*Palavras-chaves*: Transtornos da articulação temporomandibular. Atenção Primária à Saúde. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular.

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v25i1.10285

<sup>\*</sup> Graduanda em Odontologia na Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), Faculdade de Odontologia, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Mestranda em Odontologia na Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), Faculdade de Odontologia, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.
 Cirurgiã-dentista. Doutora em Biologia Celular e Molecular. Professora do Curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil

<sup>\*\*\*\*</sup> Cirurgião-dentista. Especialista em disfunção temporomandibular e dor orofacial. Conselho Federal de Odontologia, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>&</sup>quot;" Cirurgião-dentista. Doutor em estomatologia clínica. Professor do Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>\*\*\*\*\*</sup>Cirurgiã-dentista. Doutora em bioquímica. Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.

### Introdução

Disfunção temporomandibular (DTM) é o termo utilizado para englobar os problemas clínicos que envolvem a musculatura mastigatória, as estruturas associadas e a própria articulação temporomandibular (ATM)¹. As DTMs foram identificadas como a principal causa das dores que não são de origem dentárias na região orofacial e apresentam etiologia multifatorial, com a presença de componentes psicológicos, culturais, fisiopatológicos e sociais, sendo que não há um único tratamento com capacidade de atuar sobre todas as causas associadas à presença de disfunção²⁴.

É imprescindível que se tenha um correto diagnóstico não só da disfunção, mas também dos fatores que exercem maior influência para cada indivíduo, de forma que se tenha uma abordagem terapêutica correta e eficiente<sup>5-7</sup>.

Okeson<sup>3</sup> (2013), ao avaliar vários estudos epidemiológicos de prevalência das DTMs, observou que 41% da amostra dos estudos avaliados relataram pelo menos um sintoma relacionado às DTMs, enquanto que uma média de 56% apresentou pelo menos um sinal clínico de DTM. Considerando esses estudos, a estimativa de porcentagem de pessoas na população com algum tipo de DTM foi de 40% a 60%3. Dados mais atuais de um servico de controle de dor orofacial mostram que 84% dos pacientes relatam presença de tensão, e 48% relatam que apresentam dor diariamente<sup>8</sup>. Já o estudo de Bertoli et al.<sup>9</sup> (2018), sobre a prevalência de DTM em adolescentes brasileiros, observou que os sintomas estavam presentes em 34,9% dos participantes do estudo, sendo a dor miofascial o tipo mais prevalente (10,3%).

O crescimento da incidência das dores orofaciais ligadas às DTMs e o seu impacto na qualidade de vida da população têm merecido destaque nas pesquisas em saúde pública<sup>4</sup>, razão pela qual é de suma importância que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) estejam preparados para atender a demanda de pacientes que apresentem sinais e sintomas compatíveis com DTM.

Em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), sabe-se que a APS é a porta de entrada dos usuários para a rede de atenção à saúde, sendo as Equipes de Saúde da Família (ESFs) as principais responsáveis pela atenção aos usuários dentro de territórios adscritos, caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde<sup>10-14</sup>.

Tendo em vista a frequência de DTM na população e o pouco conhecimento dos profissionais nessa área, o objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência de DTM nos profissionais que compõem as ESFs e o conhecimento desses sujeitos em relação a etiologia, diagnóstico e tratamento das DTMs.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de amostragem de conveniência não probabilística, realizado com as ESFs do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC).

Foram incluídos neste estudo dentistas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários da saúde, psicólogos e técnicos em saúde bucal, totalizando 87 trabalhadores do SSC/GHC. Foram excluídos os profissionais que estavam trabalhando no GHC há menos de seis meses, que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, os profissionais que responderam ao teste-piloto realizado, bem como os profissionais com especialização em DTM.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram:

- a) análise da prevalência de DTMs nos profissionais do SSC/GHC: foi utilizado índice Anamnésico de Fonseca<sup>14</sup>, que é composto por 10 perguntas em que as respostas somam pontos que determinam se o paciente não é portador de DTM, se a DTM é leve, severa ou moderada. O tempo estimado para resposta do questionário foi de 5 minutos.
- b) análise do conhecimento dos profissionais sobre DTM: foi utilizado um questionário estruturado fechado, composto por três

questões de múltipla escolha abrangendo a etiologia, com 41 alternativas, o diagnóstico, com 60 alternativas, e tratamento das DTMs, com 62 alternativas, sendo que as questões sobre o tratamento só foram respondidas por médicos e dentistas. Esse questionário foi previamente aplicado como teste-piloto a 11 profissionais das ESFs, sendo que esses não participaram da pesquisa. Os dados coletados no teste-piloto não foram utilizados neste estudo. O tempo estimado para a resposta do questionário foi de 50 minutos.

c) análise dos dados sociodemográficos: consiste em um questionário semiestruturado composto por 7 perguntas relacionadas a idade, sexo, renda mensal aproximada e formação acadêmica dos profissionais que foram entrevistados. O tempo estimado para resposta do questionário foi de 5 minutos.

Para a coleta de dados, foram contatados os chefes das 6 ESFs do GHC, com os quais foi agendado um horário durante as reuniões de cada equipe, que é um espaço coletivo de discussões administrativas e de educação permanente, para aplicação do questionário. Em reunião específica para coleta de dados da pesquisa, foram entregues os três questionários para cada profissional, que os preencheram em um período de 60 minutos. Os questionários foram coletados pela pesquisadora principal e mantidos em sigilo. Para os profissionais que não estiveram presentes nesta reunião, foram feitos contatos individuais explicando os objetivos da pesquisa e, caso aceitassem participar, um horário individual foi agendado com cada profissional para responder o questionário.

Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha do Microsoft Excel específica para esse fim. Os resultados das perguntas do questionário de conhecimento sobre a DTM foram expressos

em frequências relativas e absolutas. Para a análise de correlação entre profissão e conhecimento sobre as DTMs, foi utilizado o teste T de Student para um p  $\leq 0.05$ . Cabe destacar que somente os profissionais das áreas de odontologia e medicina responderam a questão sobre tratamento e foram selecionados para a análise de correlação entre profissão e conhecimento das DTMs, por possuírem envolvimento direto no diagnóstico e tratamento dessas disfunções. A análise considerou como total de acertos o somatório das alternativas de maior influência nas DTMs assinaladas e as que são de menor influência não marcadas pelos profissionais médicos e dentistas, tendo como referencial teórico a Academia Americana de Dor e Okeson<sup>1,3</sup>.

A relação entre a severidade da DTM e as variáveis – sexo, idade, profissão e tempo de formado – foi avaliada por meio do teste de Qui-Quadrado para um p  $\leq 0,05$ . Para esta análise, as variáveis idade e tempo de formado foram agrupadas nas seguintes categorias: idade (18-25; 26-40; 41-59; mais de 60 anos) e tempo de formado (0-10; 11-20; 21-30; 31-40; mais de 40 anos).

O projeto de pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição sob número 2.505.597 no ano de 2018. Os pacientes que apresentaram algum sinal de DTM, articular ou muscular, foram encaminhados para atendimento na disciplina de Disfunções Temporomandibulares da Universidade Luterana do Brasil.

### **Resultados**

A pesquisa foi composta por 87 profissionais integrantes das ESFs do GHC, com idade média de 46 anos (± 11,77), renda média de R\$ 7.358,97 (± 6.252,19) e com tempo médio de formado de 18 anos (± 10,84). A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e a prevalência de DTM entre os entrevistados.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e a prevalência de DTM entre os entrevistados (n=87)

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	74 (85,1)
Masculino	13 (14,9)
Faculdade na qual é formado	
UFRGS	16 (28,1)
PUCRS	9 (15,8)
UFPEL	6 (10,5)
ULBRA	4 (7,0)
UNISINOS	4 (7,0)
UFSM	4 (7,0)
Outras	14 (25,2)
Profissão	
Médico	21 (24,1)
Técnico em enfermagem	18 (20,7)
Agente Comunitário da Saúde	15 (17,2)
Enfermeiro	12 (13,8)
Dentista	9 (10,3)
Psicólogo	7 (8,0)
Técnico em Saúde Bucal	5 (5,7)
Especialização	
Sim	54 (67,7)
Não	21 (32,3)
Mestrado ou doutorado	
Sim	22 (33,3)
Não	44 (66,6)
Grau de DTM	
Sem DTM	30 (34,5)
DTM Leve	36 (41,4)
DTM Moderada	13 (14,9)
DTM Severa	8 (9,2)

Fonte: dados da pesquisa.

As Tabelas 2, 3 e 4 apresentam os resultados obtidos por meio do questionário sobre etiologia, diagnóstico e tratamento das DTMs. Em relação à etiologia, as alternativas de maior influência mais assinaladas foram bruxismo de sono (86,2%) e de vigília (62,0%), ranger dos dentes (74,7%), estresse emocional (66,7%), instabilidade de próteses dentárias (56,3%), apertamento dentário (54,0%), lesão traumática na ATM decorrente de trauma tipo chicote (50,6%), fratura mandibular (49,4%) e trauma na face (43,7%). Considerando as alternativas que exercem menor influência sobre as etiologias das DTMs e que foram assinaladas pelos profissionais, as mais marcadas foram prognatismo mandibular (54,0%), retrognatismo mandibular (52,9%), falta de tratamento ortodôntico prévio (46,0%) e alterações otológicas (31,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa das respostas com maior e menor influência obtidas no questionário de pesquisa relacionado à etiologia das DTMs

Variável	N (%)
Alternativas de maior influência na etiologia das DTMs	14 (70)
Bruxismo do sono	75 (86,2)
Ranger dos dentes	65 (74,7)
Estresse emocional	58 (66,7)
Bruxismo de vigília	54 (62,0)
Instabilidade de próteses dentárias	49 (56,3)
Apertamento dentário	47 (54,0)
Lesão traumática na ATM decorrente de trauma tipo	
chicote	44 (50,6)
Fratura mandibular	43 (49,4)
Trauma na face	38 (43,7)
Anquilose da ATM	38 (43,7)
Condição oclusal	37 (42,5)
Instabilidade oclusal	37 (42,5)
Edema da ATM	37 (42,5)
Alterações do sono	34 (39,1)
Infecção da ATM	34 (39,1)
Tumores	34 (39,1)
Hiperatividade muscular	31 (35,6)
Interferências oclusais	31 (35,6)
Hábitos posturais incorretos	30 (34,5)
Hiperplasia condilar	30 (34,5)
Reabsorção idiopática da ATM	30 (34,5)
Predisposição genética	27 (31,0)
Hipoplasia condilar	26 (29,9)
Doenças reumatológicas	24 (27,6)
Microtrauma	23 (26,4)
Macrotrauma na região crânio-cervical	20 (23,0)
Cervicalgia	20 (23,0)
Hipermobilidade ligamentar sistêmica	17 (19,5)
Odontalgia	15 (17,2)
Atividades parafuncionais	14 (16,1)
Fontes de estímulo de dor profunda	10 (11,5)
Alternativas de menor influência na etiologia das DTMs	
Prognatismo mandibular	47 (54,0)
Falta de tratamento ortodôntico	40 (46,0)
Alterações otológicas	27 (31,0)
Doença periodontal e/ou gengival	14 (16,1)
Tratamento ortodôntico prévio	12 (13,8)
Estrutura física corporal	8 (9,2)
Sedentarismo	6 (6,9)
Cárie	6 (6,9)

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação ao diagnóstico das DTMs, as alternativas de maior influência mais assinaladas foram estalido articular, dor no ouvido e dor ao mastigar, que foram marcados por 70,1% dos participantes, sendo que dor na ATM, dor de cabeça, dor nos maxilares ao acordar, rigidez nos maxilares ao acordar, limitação da abertura bucal, movimentos mandibulares limitados e ranger de dentes foram assinalados por mais de 60% dos profissionais. Com relação às respostas de me-

nor influência marcadas pelos profissionais sobre o diagnóstico das DTMs, as que tiveram maior percentual de marcação foram abrasão dental (34,5%), nevralgia do trigêmeo (28,7%), nevralgia crânio-cervicais (27,9%) e erosão dental (18,4%). Os demais itens marcados com relação ao diagnóstico encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa das respostas com maior e menor influência obtidas no questionário de pesquisa relacionadas ao diagnóstico das DTMs

Variável	N (%)
Alternativas de maior influência no diagnóstico das DTMs	
Estalido Articular	61 (70,1)
Dor no ouvido	61 (70,1)
Dor ao mastigar	61 (70,1)
Dor na ATM	60 (69,0)
Dor de cabeça	60 (69,0)
Dor nos maxilares ao acordar	59 (67,8)
Rigidez nos maxilares ao acordar	57 (65,5)
Limitação da abertura bucal	57 (65,5)
Movimentos mandibulares limitados	54 (62,0)
Ranger dos dentes	53 (60,9)
Crepitação articular	50 (57,5)
Dor facial	48 (55,2)
Dor retrodiscal	45 (51,7)
Dor articular	44 (50,6)
Apertamento dos dentes	44 (50,6)
Deslocamento do disco articular	43 (49,4)
Subluxação mandibular	43 (49,4)
Limitação do fechamento bucal	43 (49,4)
Trismo	42 (48,3)
Desvio na abertura bucal	42 (48,3)
Perdas dentárias	41 (47,1)
Dor na cápsula articular da ATM	40 (46,0)
Luxação da ATM	40 (46,0)
Atrição	39 (44,8)
Dor muscular a palpação	37 (42,5)
Zumbido	36 (41,4)
Osteoartrose da ATM	36 (41,4)
Osteoartrite da ATM	34 (39,1)
Má oclusão aguda	33 (38,0)
Alterações radiográficas da ATM	33 (38,0)
Dor miofascial	31 (35,6)
Cansaço muscular	29 (33,3)
Dentes fraturados	29 (33,3)
Abfração	28 (32,2)
Mialgia	25 (29,0)
Dor referida	23 (26,4)
Dor ligamentar	22 (26,4)
Problemas auditivos	20 (23,0)
Mobilidade dental	19 (22,0)
Hipertrofia muscular	18 (21,0)
Sensibilidade dentinária	17 (19,5)
Mioespasmo	16 (18,4)
Mialgia mediada centralmente	14 (16,1)
Perda da dimensão vertical	14 (16,1)
Miosite	13 (15,0)
Cocontração simultânea protetora	12 (13,8)
Hipotonia muscular	11 (12,6)
. npotoma masediai	11 (12,0)

cont

Alternativas de menor influência no tratamento das DTM	As
Abrasão dental	30 (34,5)
Nevralgia do trigêmeo	25 (28,7)
Nevralgia crânio-cervicais	24 (27,9)
Erosão dental	16 (18,4)
Nevralgia do glossofaríngeo	15 (17,2)
Fibromialgia	14 (16,1)
Síndrome de Eagle	14 (16,1)
Dor nos seios paranasais	12 (13,8)
Pulpite	12 (13,8)
Pericementite	11 (12,6)
Necrose pulpar	6 (6,9)
Alveolite	4 (4,6)
Pericoronarite	4 (4,6)

Fonte: dados da pesquisa.

Dentre os itens com maior percentual de escolha por médicos e dentistas, considerados de maior influência no tratamento das DTMs, destacaram-se como as de maior influência o uso de placa miorrelaxante (80,0%), relaxantes musculares e controle do estresse (76,7%), antidepressivos, analgésicos, acupuntura e higiene do sono (73,3%), treinamento postural, terapias de relaxamento e mudança no estilo de vida (70,0%) e ajuste oclusal (66,7%). Em relação às alternativas de menor influência mais assinaladas, tem-se: ortodontia (73,3%), anticonvulsivantes (23,3%) e tratamento periodontal (16,6%). Em contrapartida, as alternativas prescrição de antibiótico, bochechos, fluorterapia e abertura coronária não foram marcadas por nenhum dos participantes da pesquisa (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa das respostas com maior e menor influência obtidas no questionário de pesquisa relacionado ao tratamento das DTMs

de pesquisa relacionado ao tratamento das DTMs	
Variável	N (%)
Alternativas de maior influência no tratamento das DTMs	
Placa miorrelaxante	24 (80,0)
Relaxantes musculares	23 (76,7)
Controle do estresse	23 (76,7)
Antidepressivos	22 (73,3)
Analgésicos	22 (73,3)
Acupuntura	22 (73,3)
Higiene do sono	22 (73,3)
Treinamento postural	21 (70,0)
Terapias de relaxamento	21 (70,0)
Mudança no estilo de vida	21 (70,0)
Ajuste oclusal	20 (66,7)
Terapia farmacológica	18 (60,0)
AINEs	17 (56,7)
Cirurgia ortognática	16 (53,3)
Tratamento com fisioterapeuta	16 (53,3)
Mobilização mandibular	16 (53,3)

cont...

	l . = ,=
Tratamento psicológico	15 (50,0)
Toxina botulínica	15 (50,0)
Bloqueio anestésico de ponto gatilho	15 (50,0)
Reabilitação oral	15 (50,0)
Cirurgia da ATM	14 (46,7)
Aplicação de calor	14 (46,7)
Repouso mandibular	14 (46,7)
Atividade física	14 (46,7)
Ortopedia dos maxilares	14 (46,7)
Benzodiazepínicos	13 (43,3)
Exercícios isotônicos	13 (43,3)
Alongamento muscular	12 (40,0)
Exercícios isométricos	11 (36,7)
Corticoides	10 (33,3)
Tratamento com fonoaudiólogo	9 (30,0)
Analgésicos opioides	9 (30,0)
Fitoterapia	9 (30,0)
Homeopatia	9 (30,0)
Procedimentos restauradores	9 (30,0)
Agulhamento seco	8 (26,7)
Aplicação de frio	8 (26,7)
Tratamento com otorrinolaringologista	7 (23,3)
Tratamento com neurologista	6 (20,0)
Eletroterapia	6 (20,0)
Ultrassom	6 (20,0)
Exercícios repetitivos	6 (20,0)
Biofeedback	6 (20,0)
Artroscopia da ATM	5 (16,6)
Laserterapia	5 (16,6)
Tratamento com reumatologista	4 (13,3)
Hipnose	4 (13,3)
Esplintagem dentária	4 (13,3)
Alternativas de menor influência no tratamento das DTMs	
Artrocentese articular	3 (10,0)
Ortodontia	22 (73,3)
Anticonvulsivantes	7 (23,3)
Tratamento periodontal	5 (16,6)
Raspagem, alisamento e polimento dental	3 (10,0)
Tratamento endodôntico	1 (3,3)
Antibióticos	0 (0)
Bochechos	0 (0)
Fluorterapia	0 (0)
Abertura coronária	0 (0)

Fonte: dados da pesquisa.

AINEs: anti-inflamatórios não esteroidais.

Não foram encontradas diferenças significativas quando realizado o cruzamento de dados para avaliar a relação entre severidade da DTM e as varáveis sexo ( $X^2$  1,922 = 0,578), idade ( $X^2$  13,961 = 0,072), profissão ( $X^2$  20,214 = 0,208) e tempo de formado ( $X^2$  11,314 = 0,460).

Em relação à Tabela 5, é possível observar que a média de acertos dos profissionais em todos os itens analisados foi maior no grupo de dentistas do que no grupo de médicos. Todavia, houve apenas diferença significativa em relação à abordagem terapêutica em favor dos dentistas.

Tabela 5 – Comparação entre a frequência de acertos nos questionários de conhecimento sobre etiologia, diagnóstico e tratamento de DTM entre médicos e dentistas (N=30)

	Dentista Média (DP)	Médico Média (DP)	P
Nº de acertos Etiologia	24,11 (6,97)	21,95 (6,24)	0,409
Nº de acertos Diagnóstico	38,00 (10,79)	34,62 (7,73)	0,339
$N^{\underline{o}}$ de acertos Tratamento	35,56 (11,45)	25,86 (11,15)	0,039*
Total de acertos	97,67 (26,75)	82,48 (19,40)	0,091

Fonte: dados da pesquisa.

### Discussão

Os resultados do estudo demonstraram que os profissionais do GHC incluídos na amostra são predominantemente do sexo feminino e, em sua maioria, apresentam DTM leve. O predomínio desse nível de severidade de DTM, bem como a presença de um menor número de casos de DTM severa, também foi encontrado por Dekon et al. 15 (2002), Cavalcanti et al. 16 (2011), Medeiros et al. 17 (2011), utilizando como referência o índice anamnésico de Fonseca para obtenção dos dados. Contudo, é importante destacar que o percentual de 9,2% de DTM severa identificado no presente estudo foi superior ao descrito na literatura, podendo estar associado a fatores estressores ambientais, uma vez que esses profissionais atuam em territórios com alta periculosidade e podem estar mais expostos a episódios de violência.

Quando relacionadas a severidade de DTM e as variáveis sexo, idade, profissão e tempo de formado, não foi possível identificar relação estatisticamente significativa em nenhuma categoria analisada. De outro modo, quando comparados os percentuais de acertos obtidos nos questionários de etiologia, diagnóstico e tratamento das DTMs, entre médicos e dentistas, foi possível verificar que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos apenas nas questões associadas ao tratamento, sendo que o grupo de dentistas obteve maior número de acertos. A menor diferença de acertos entre médicos e dentistas nos itens etiologia e diagnóstico pode estar associada à frequência de queixas associadas a esta desordem que são encaminhadas para atendimento médico na APS, suscitando a busca de informações técnicas sobre o tema. A diferença encontrada no conhecimento dos profissionais sobre o tratamento das DTMs é

<sup>\*</sup> Teste T de Student (p ≤ 0,05).

explicada pelo fato de que os dentistas têm maior ênfase na terapêutica dessa disfunção durante a formação, sendo assim, é característica inerente ao trabalho do dentista e sua responsabilidade em todos os níveis de atenção.

No presente estudo, os cirurgiões-dentistas tiverem um percentual de acertos no questionário de pesquisa de aproximadamente 60%, sendo indicada a realização de capacitações periódicas desses profissionais para melhorar o cuidado à saúde dos pacientes portadores de DTM. Corroborando os dados citados, estudo realizado com os dentistas da APS na cidade de Curitiba, o qual avaliou o conhecimento dos profissionais em relação ao zumbido e à DTM, também indicou a necessidade de ampliação do conhecimento dos dentistas, por meio de educação permanente, para que a abordagem dessa desordem seja feita corretamente<sup>18</sup>.

Em relação aos conhecimentos dos profissionais associados à etiologia, percebe-se um grande número de respostas associadas a fatores oclusais, contrariando os achados descritos em revisão sistemática realizada por Manfredini *et al.* <sup>19</sup> (2017), na qual foi possível observar ausência de relação clínica importante entre oclusão e DTM. Nesse contexto, é importante ressaltar que, apesar de as respostas ligarem as DTMs à oclusão, estudos comprovam a ausência desta relação<sup>20</sup>.

No que diz respeito aos bruxismos do sono e de vigília, que foram amplamente marcados como fatores etiológicos das DTMs, encontram-se na literatura estudos que mostraram haver uma maior incidência de bruxismo conforme aumenta o grau de DTM, ou seja, existe uma correlação entre bruxismo e a severidade das DTMs21. Jiménez-Silva et al.22 (2017) relataram que o bruxismo do sono pode estar relacionado a artralgia, dor miofascial, deslocamento de disco, patologia articular e ruídos articulares. Além disso, tanto o bruxismo de vigília quanto o bruxismo do sono estão relacionados à maior presença de DTM dolorosa<sup>23</sup> e, quando estão inter-relacionados, também se pode ter um aumento no risco de dor associada à DTM<sup>24</sup>. Em relação ao conhecimento, tendo como base o consenso internacional de graduação do bruxismo sugerido por Lobbezoo et al. 25 (2013), urge que os novos conceitos sejam incluídos na prática clínica dos profissionais, a fim de qualificar o diagnóstico do bruxismo e as propostas de tratamento associadas<sup>26</sup>.

Quanto ao estresse emocional, que foi considerado como um fator importante pelos sujeitos desta pesquisa, tanto na etiologia quanto no tratamento das DTMs, o estudo de Paulino et al.27 (2018) mostrou uma associação estatística entre estresse emocional e o aparecimento de sintomas de DTM com necessidade de tratamento. Dessa forma, considera-se que a tensão emocional e o estresse podem levar a um aumento da atividade recorrente dos músculos que, de forma contínua, pode ocasionar danos na ATM e nas estruturas relacionadas, podendo, também, contribuir para o aparecimento e desenvolvimento dos hábitos parafuncionais. Além disso, podem interferir nos processos biológicos de percepção e transmissão da dor<sup>28,29</sup>. Em relação ao conhecimento de profissionais sobre relação do estresse emocional e a DTM, o estudo de Glaros et al.30 (1994) sugere que o papel dos fatores psicofisiológicos e dos transtornos psiquiátricos na etiologia das DTMs é bastante conhecido pelos cirurgiões-dentistas.

Quando consideradas as respostas relacionadas ao diagnóstico das DTMs, as alternativas
mais marcadas na pesquisa estão de acordo com
o que está descrito na literatura sobre os principais sinais e sintomas apresentados pelo paciente, sendo eles: ruídos articulares, dor no ouvido,
dor na ATM, dor de cabeça, limitação da abertura bucal, dores faciais, dor muscular a palpação,
cansaço e fadiga muscular<sup>31,32</sup>. É importante ressaltar que o diagnóstico deve ter como base dados
obtidos na história do paciente, no exame clínico
e, quando necessário, em exames por imagem<sup>33</sup>.

Em relação à terapêutica das DTMs, a American Association for Dental Research recomenda que o tratamento inicie por práticas terapêuticas mais conservadoras, baseadas em evidências e reversíveis, dessa forma, há um risco menor de causar danos ao paciente<sup>33</sup>. O tratamento conservador com placa miorrelaxante teve grande percentual de marcações como possibilidade terapêutica no presente estudo, uma vez que é a prática mais difundida entre os profissionais, a qual traz, em sua proposta terapêutica, a concepção de uma oclusão ideal, produzindo equilíbrio

neuromuscular, diminuição da atividade anormal da musculatura e redução da pressão intra-articular $^{34,35}$ . Todavia, o estudo de Candirli  $et\ al.^{36}$  (2016), em relação ao conhecimento dos dentistas sobre terapia com placas oclusais para bruxismo e DTM, demonstrou que os profissionais possuem conhecimento insuficiente sobre o tema, o qual reduz com o aumento da experiência clínica.

No que se refere à terapia farmacológica, os medicamentos mais marcados para o tratamento das DTMs foram os relaxantes musculares, que auxiliam na prevenção e no alívio da hiperatividade da musculatura associada a alguns tipos de DTM. Já os antidepressivos, como a amtriptilina, são eficientes na diminuição de desconforto e dor em pacientes com dor crônica associada à DTM<sup>37,38</sup>. É importante destacar que, devido à falta de insumos em grande parte das unidades de saúde, muitos pacientes são tratados com terapia exclusivamente medicamentosa, com ênfase na utilização dos anti-inflamatórios não esteroides disponíveis nos dispensários das unidades de saúde. Assim, embora diversos profissionais estejam cientes de formas mais efetivas de tratamento, a sua execução prática pode ser inviável.

O presente estudo mostrou que grande parte dos profissionais acredita que a presença ou ausência de tratamento ortodôntico tem relação com o desenvolvimento das DTMs, porém, o estudo de Manfredini *et al.*<sup>39</sup> (2016) sugeriu que o tratamento ortodôntico não tem um papel significativo nas DTMs. Além disso, uma grande parte dos sujeitos de pesquisa considerou a ortodontia como escolha terapêutica, contrariando os dados obtidos por meio de revisão sistemática, que mostrou que não há evidências de que o tratamento ortodôntico possa melhorar ou prevenir as DTMs<sup>40</sup>.

Como limitações do estudo, pode-se destacar que a presença das alternativas nos questionários poderia ter provocado um efeito indutório, superestimando a taxa de acertos. Outro possível viés do estudo está associado à amostra e ao delineamento transversal do estudo, que podem ter mascarado os resultados pelo pequeno número de participantes e pelo caráter pontual do estudo.

### Conclusão

Os resultados do presente estudo indicam que a maior parte dos participantes possui DTM leve e que o conhecimento dos médicos e dentistas em relação à abordagem do paciente com DTM é semelhante, com exceção do tratamento clínico, em que houve diferença estatística mostrando maior conhecimento dos cirurgiões-dentistas.

Sugere-se a realização futura de estudos longitudinais sobre o manejo dos pacientes com DTM na APS, bem como a formulação de um protocolo de atendimento para essa patologia, neste nível de atenção, a fim de qualificar o cuidado à saúde fornecida para esses pacientes.

### **Abstract**

Objectives: considering the high number of people affected by TMD and the demand for treatment has increased in the last years, the objective of the present study was to assess the prevalence of TMD among the members of the Family Health Team (FHT) and professionals' knowledge regarding this condition. Methods: three questionnaires were applied to 87 professionals from the Family Health Teams of the Hospital Conceição Group. The first questionnaire evaluated the prevalence of TMD, the second one collected the sociodemographic data and, finally, the research questionnaire sought to evaluate the professionals knowledge about the etiology, diagnosis and treatment of TMD. The data analysis were performed by the Chi-square or Student's T-Test for a p  $\leq$  0.05. Results: the results demonstrated that the professionals included in the sample have most have slight TMD. Regarding the professional knowledge, the percentage of correct answers of the dentists was statistically superior to the one of the doctors only in treatment. Conclusion: it is of the utmost importance that FHT professionals are prepared to meet the demand of patients with signs and symptoms compatible with TMD.

*Keywords*: Temporomandibular Joint Disorders. Primary Health Care. Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome.

### Referências

- Leeuw R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.
- Okeson JP. Bell's Orofacial Pain. 5<sup>a</sup> ed. Chicago: Quintessense: 2005.
- 3. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.  $7^a$  ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- Valle RT, Grossmann E, Fernandes RSM. Disfunções Temporomandibulares: abordagem clínica. 1ª ed. Nova Odessa, São Paulo: Napoleão; 2015.
- Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network\* and Orofacial Pain Special Interest Group†. J Oral Facial Pain Headache 2014; 28(1):6-27.
- Rizzatti-Barbosa CM, Arana ARS, Cunha Jr AC, Morais ABA, Gil IA. Avaliação diária da dor na desordem temporomandibular: caso clínico. Rev ABO Nac 2000; 8(3):171-5.
- Oliveira W. Disfunções Temporomandibulares. 6ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
- Dantas AMX, Santos EJL, Vilela RM, Lucena LBS. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um Serviço de Controle de Dor Orofacial. Rev Odontol UNESP 2015; 44(6):313-9.
- Bertoli FMP, Bruzamolin CD, Pizatto E, Losso EM, Brancher JA, de Souza JF. Prevalence of diagnosed temporomandibular disorders: a cross-sectional study in Brazilian adolescentes. PLoSOne. 2018 Feb 8; 13(2):e0192254.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 12. Francesquini Junior L, Francesquini MA, Darugue E, Gonçalves RJ, Ambrosano GMB, Barbosa CMR, et al. Disfunção de ATM: verificação do conhecimento do cirurgião-dentista sobre etiologia, incidência e dignóstico. J Bras Ortodon Ortop Facial 1999; 4(19):67-79.
- Martins Junior RL, Kerber FC, Stuginski-Barbosa J. Atitudes e conhecimento de médicos cefaliatras em relação à disfunção temporomandibular. Migrâneas Cefaleias 2009; 12(1):10-5.
- Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. RGO - Rev Gaúcha Odontol 1994; 42(1):23-8.
- Dekon SFC, Zavanelli AC, Baleeiro RP, Vidotti MA, Pelisser J. Estudo comparativo entre índice anamnésico de DTM e análise oclusal funcional. J Bras Oclus ATM & Dor Orofacial 2002; 2(6):135-40.
- Cavalcanti MOA, Lima JMC, Batista AUD, Oliveira LMC, Lucena LBS. Grau de severidade da disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em policiais militares. RGO - Rev Gaúcha Odontol 2011; 59(3):351-6.
- Medeiros SP, Batista AUD, Forte FDS. Prevalência de sintomas de disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em estudantes universitários. RGO - Rev Gaúcha Odontol 2011; 59(2):201-8.

- Martins PF, Stechman J Neto, Marques JM, Martins SK, Cristoff KE, Sampaio RS, et al. Tinnitus and temporomandibular disorders: the knowledge of profissionals for primary health care in the city of Curitiba. International Tinnitus Journal 2016; 20(1):18-23.
- Manfredini D, Lombardo L, Siciliani G. Temporomandibular disorders and dental occlusion. A systematic review od association studies: end of na era? J Oral Rehabil 2017; 44(11):908-23.
- Manfredini D, Lombardo L, Siciliani G.Temporomandibular disorders and dental occlusion. A systematic review of association studies: end of an era? J Oral Rehabil 2017; 44(11):908-23.
- 21. Jesus LAD, Martins MD, Andrade DVD, Biasotto-Gonzalez DA. Estudo transversal de prevalência da disfunção temporomandibular e bruxismo em estudantes universitários. Revista Terapia Manual 2009; 7(29).
- Jiménez-Silva A, Peña-Durán C, Tobar-Reyes J, Frugone-Zambra R. Sleep and awake bruxism in adults and its relationship with temporomandibular disordes: A systematic review from 2003 to 2014. Acta Odontolo Scand 2017; 75(1):36-58.
- Reismann DR, John MT, Aigner A, Schon G, Sierwald I, Schiffman EL. Interaction between awake and sleep bruxism is associated with incressed presence of peinful temporomandibular disorders. J Orofacial Pain 2017; 31(4):299-305.
- Berger M, Szalewski L, Szkutnik J, Ginszt M, Ginszt A. Different association between specific manifestations of bruxism and temporomandibular disorder pain. Neurol Neurochir Pol 2017; 51(1):7-11.
- Lobbezo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. J Oral Rehabil 2013; 40(1):2-4.
- Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. Neurology 2008; 70:1630-5.
- 27. Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLPD, Bonan PRF, Batista AUD. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in college preparatory students: associations with emocional factors, parafuncional habits, and impacto on quality life. Ciência e Saúde Coletiva 2018; 23(1):173-86.
- Gameiro GH1, Silva Andrade A, Nouer DF, Ferraz de Arruda Veiga MC. How may stressful experiences contribute to the development of temporomandibular disorders? Clin Oral Investig 2006; 10(4):261-8.
- 29. Minghelli B, Kiselova L, Pereira C. Associação entre os sintomas da disfunção temporo-mandibular com factores psicológicos e alterações na coluna cervical em alunos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve. Rev Port Sau Pub 2011; 29(2):140-7.
- Glaros AG, Glass EG, McLaughlin L. Knowledge and beliefs of dentists regarding temporomandibular disorders and chronic pain. J Orofac Pain 1994; 8(2):216-22.
- Feteih RM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders and oral parafunctions in urban Saudi Arabian adolescents: a research report. Head Face Med 2006; 25(2):1-7.
- 32. Manfredi APS, Silva AA, Vendite LL. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. Rev Bras Otorrinolaringol 2001; 67(6):763-8.
- American Association for Dental Research. AADR policy statement on temporomandibular disorder. 2010.

- 34. Coombe AR, Ho CT, Darendeliler MA, Hunter N, Philips JR, Chapple CC, *et al*. The effects of low level laser irradiation on osteoblastic cells. Clin Orthod Res 2001; 4:3-14.
- 35. Nitzan DW. Intraarticular pressure in the functioning human temporomandibular joint and its alteration by uniform elevation of the occlusal plane. J Oral Maxillofac Surg 1994; 52:671-9.
- 36. Candirli C, Korkmaz YT, Celikoglu M, Altintas SH, Coskun U, Mmemis S. Dentists' knowledge of occlusal splint therapy for bruxism and temporomandibular joint disorders. Niger J Clin Pract 2016; 19(4):496-501.
- 37. Dionne RA. Pharmacologic treatments for temporomandibular disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 83(1):134-42.
- 38. Rizzatti-Barbosa CM, Nogueira MT, de Andrade ED, Ambrosano GM, de Barbosa JR. Clinical evaluation of amitriptyline for the control of chronic pain caused by temporomandibular joint disorders. Cranio 2003; 21(3):221-5.
- 39. Manfredini D, Stellini E, Gracco A, Lombardo L, Nardini LG, Siciliani G. Orthodonticsis temporomandibular disorder-neutral. Angle Ortho 2016; 86(4):649-54.
- 40. Fernández-González FJ, Cañigral A, López-Caballo JL, Brizula A, Moreno-Hay I, Del Rio-Highsmith J, et al. Influence of othodontic treatment on temporomandibular disorders: a systematic review. J Clin Exp Dent 2015; 1:7(2)e320-7.

### Endereço para correspondência:

Angélica Rhoden Estrada Geral, S/N, Júlio de Castilhos CEP: 95750-000 – Salvador do Sul, RS, Brasil E-mail: angelica\_rhoden@hotmail.com

Recebido: 16/12/19. Aceito: 27/04/20.