

CORRELAÇÃO DA AUSÊNCIA DE SINTOMAS COM A PRESENÇA DE SINAIS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DE DOR OROFACIAL

THE CORRELATION BETWEEN THE ABSENCE OF SYMPTOMS AND THE PRESENCE AND SIGNS OF TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION AND FACIAL PAIN

DEBORA FRANCISCHINI DA SILVA^{1*}, FABIANO CARLOS MARSON², CLEVERSON OLIVEIRA E SILVA³, ÉRIKA CRISTINA FERREIRA⁴, PATRÍCIA SARAM PROGIANTE⁵

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Pós-Doutorado em Dentística, Professor do Curso de Graduação e Pós Graduação em Odontologia da Faculdade UNINGÁ; 3. Professor Doutor do Curso de Odontologia da Faculdade Ingá-UNINGÁ e UEM; 4. Doutoranda em Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências da Saúde e Bacharel em Estatística na UEM; 5. Pós-Doutora pela Usp-Bauru, Mestre e Doutora em Prótese Dentária, Especialista em DTM (Disfunção Temporomandibular) e Prótese Dentária, Professora do Curso de Odontologia da Faculdade Ingá (Disciplina de Prótese Dentária e Gnatologia), Professora do Mestrado em Prótese Dentária da Faculdade Ingá.

*Rua Vitor Meireles, 771, Centro, Araruna, Paraná, Brasil. CEP: 87260-000. debora_fran2006@hotmail.com

Recebido em 02/08/2015. Aceito para publicação em 10/08/2015

RESUMO

Este estudo é resultado de um trabalho observacional da Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM e DOF) na Cidade de Maringá, no Estado do Paraná no ano de 2011 a 2014. As informações foram obtidas por meio de, entrevistas estruturadas pelo questionário Eixo I e II do RDC/TMD, realizadas com 500 pessoas entre 20 a 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Pública. Esta pesquisa teve por objetivo observar pacientes assintomáticos em relação à DTM, que apresentavam os sinais da disfunção, fatores associados como a etiologia, prevalência e dor orofacial. Na amostra de 500 pessoas, todos os indivíduos responderam que não apresentaram dor na face, nos maxilares, têmpora (cabeça), na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado, sendo que, 59,2% (n=296) das pessoas era do sexo feminino. Embora todos os pacientes não apresentassem dor, 57,0% (n=285), tinham distúrbio de sono, e 23,8% (n=119) deslocamento de disco com redução no lado direito ou esquerdo, 28,0% (n=140) deslocamento de disco com redução com dor, 24,8% (n=124) desvio lateral esquerdo/direito (não corrigido). O resultado deste estudo sobre a correlação da ausência de sintomas com a presença de sinais da DTM e de DOF, comprova a necessidade de exame clínico para diagnóstico da DTM, uma vez que 100% não apresentavam sintomatologia dolorosa, mas apresentavam DTM.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular, dor orofacial, deslocamento de disco, amplitude de movimento articular.

ABSTRACT

This study is the result of an observational study of temporomandibular dysfunction and facial pain (TMD and OFP) in the city of Maringá, State of Parana in 2011 - 2014. The information was obtained through interviews structured for questionnaire Axis I and II of the RDC /TMD, conducted with 500 people between 20 and 65 years, users of the Public Health System. This research aimed to observe asymptomatic patients for TMD, who had signs of dysfunction, associated factors as the etiology, prevalence and facial pain. In the sample of 500 people, all subjects responded that they did not have pain in the face, in maxillary, her temple (head), in front of the ear or in the ear last month, of which, 59.2% (n = 296) of people were female. Although all patients didn't presented pain, 57.0% (n = 285) had sleep disorder, and 23.8% (n = 119) with disc displacement reduction in the right or left, 28.0% (n = 140) disk displacement with reduction in pain, 24.8% (n = 124) left lateral deviation / right (uncorrected). The result of this study on the correlation of the absence of symptoms in the presence of TMD and OFP signs, demonstrates the need for clinical examination for diagnosing TMD, since 100% had no pain symptoms, but had TMD.

KEYWORDS: Temporomandibular joint dysfunction syndrome, facial pain, disc displacement, range of motion articular.

1. INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é a única articulação que permite movimentos rotacionais e translacionais, devido à articulação dupla do côndilo e por esse motivo ela é considerada a mais complexa do corpo humano, sendo a única articulação móvel do crânio¹.

A disfunção temporomandibular (DTM) ocorre quando a ATM se encontra alterada por algum fator articular ou muscular². Tensão muscular na região da ATM, dor orofacial associada à disfunção articular, são características frequentes na DTM³.

Os sinais e sintomas mais frequentes da disfunção temporomandibular é o estalo na ATM, deslocamento de disco, alteração na fala ou na mastigação, dor, diminuição da dimensão vertical e sintomas auditivos⁴. As reclamações corriqueiras dos pacientes nos consultórios odontológicos são a dor orofacial, a diminuição da amplitude de abertura de boca e os desvios dos movimentos mandibulares³.

Estudos mostram que a população adulta apresenta 40% a 75% pelo menos um sinal e 37,5% no mínimo um sintoma de DTM⁵.

A DTM é mais encontrada nas mulheres, essa maior prevalência pode estar relacionado a vários fatores, dentre eles podem estar às diferenças fisiológicas do gênero como as alterações hormonais⁶. Conforme pode ser observado em outras pesquisas as mulheres vivem a mais do que os homens, cerca de uns cinco a seis anos, isso pode ser devido a maior procura médica e tendência ao autocuidado⁷.

O sono, o trabalho, as atividades escolares, apetite e a alimentação são os mais influenciados pela dor, isso é o que as pessoas que tem a DTM relatam, mostrando então que a dor pode afetar a vida das pessoas que possuem a DTM⁸.

Essa dor pode muitas vezes não estar presente, mas mesmo assim a pessoa tem outros sintomas ou sinais e apresenta a disfunção temporomandibular, com isso se não for descoberta e tratada com antecedência uma DTM de sinais agudos pode evoluir para uma DTM de sinais crônicos⁹.

Portanto, as desordens temporomandibulares possuem uma etiologia causada por vários fatores, com isso elas devem ter o tratamento multidisciplinar, em conjunto com vários profissionais, para oferecer um melhor tratamento ao paciente e com isso poderá ter uma melhor qualidade de vida¹⁰.

A presente pesquisa teve por objetivo estudar Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e seus fatores associados em adultos na Cidade de Maringá, Estado do Paraná. Descrever a amostra de acordo com aspectos sócio-demográficos, a correlação da ausência de sintomas com a presença de sinais de DTM e DOF, além de descrever a associação entre a disfunção e Dor

Orofacial com aspectos psicossociais e sua relação com a qualidade do sono.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento

Estudo de delineamento transversal de base populacional, na população da cidade de Maringá, Paraná. As informações referidas foram obtidas através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios da população estudada, realizadas no período de agosto de 2011 à março de 2014. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Ingá com o CAAE 0071.0.362.000-11 e com o Parecer número 0071/11. A população do estudo foi composta por pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR.

Localização geográfica do estudo

Segundo dados epidemiológicos do IBGE (2010)¹¹, o município de Maringá, situado no noroeste do estado do Paraná é composto por aproximadamente 357.077 mil habitantes sendo o número de homens equivale a 48% (171.396) e o número de mulheres 52% (185.680). A cidade conta com 32 Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade Central (Secretaria de Saúde), 13 hospitais e 8 instituições de ensino superior, 48 escolas municipais, 34 de escolas estaduais, 28 escolas particulares e 87 pré-escolas (dados fornecidos pelo CECAPS e SEDUC).

O perfil étnico populacional da amostra do município constitui-se de descendentes de italianos, japoneses, portugueses, poloneses, árabes, alemães, ou seja, possui uma etnia mista. A cidade está localizada a 420 quilômetros de Curitiba, a 554,9 metros de altitude, de clima subtropical, com uma área de 489,8km².

População do estudo

A população do estudo foi composta por 500 pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR. Estima-se que a cidade de Maringá possua 135 mil habitantes, com idade entre 20 e 62 anos (dados fornecidos pelo CECAPS)¹².

Seleção da amostra

Foram incluídas apenas as pessoas com idade entre 20 a 65 anos cadastradas como ativas no Sistema de Usuários do Município. Esta estratégia visa excluir pessoas com duplicidade de inserção no sistema, as que mudaram de endereço e as que faleceram.

Foram excluídos pacientes, no pré-operatório, que relataram doença periodontal aguda (problemas agudos), pacientes com odontalgia por cárie e/ou abscesso, pacientes que estavam fazendo uso de anti-inflamatórios (exceto paracetamol), ansiolíticos, anticonvulsivantes

e/ou analgésicos opióides e aqueles com algum tipo de doença sistêmica ou desordens psicológicas que criem dificuldades na aplicação do questionário. Isto se deve ao fato que as condições anteriormente citadas podem influenciar nos diagnósticos da DTM (Disfunção Temporomandibular) e DOF (Dor Orofacial).

Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, padronizado e pré-testado, contendo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas ao sono.

- Aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais e de posicionamento e movimento articular): (RDC/TMD) que emprega um sistema de dois eixos para o diagnóstico e classificação das desordens temporomandibulares (DTM). O eixo II é usado para avaliar fatores comportamentais, psicológicos e psicossociais relevantes ao tratamento de pacientes com DTM. Este eixo inclui uma escala de dor crônica graduada, medidas de depressão e número de sintomas físicos não específicos, bem como uma avaliação de limitação da habilidade de movimentação mandibular. O RDC/TMD se atém nas formas mais comuns de desordens musculares e articulares excluindo as desordens menos frequentes, para as quais ainda há pouca concordância nos métodos de confiabilidade e validade de identificação e definição dos casos¹³.

- Aplicação do Eixo I do RDC/TMD (questão de 1 a 7) - (fatores de posicionamento e movimento articular)¹³. O eixo I busca o diagnóstico físico das desordens dos músculos mastigatórios e das articulações.

- Questionário de Avaliação do Sono (SAQ): O questionário aplicado apresenta 19 questões que permitem respostas com pontuações de 0 a 4, que somadas classificam o indivíduo quanto à presença ou não de distúrbio do sono. O ponto de corte escolhido foi 16, por ser o de maior sensibilidade (0,73) e especificidade (0,80). Portanto, indivíduos com escore total até 16 pontos são classificados “sem distúrbio do sono” e os acima desse valor “com distúrbio do sono”¹⁴.

Variável dependente (DTM)

O desfecho estudado foi a Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial e seus fatores associados em adultos de uma Cidade do Sul do País. Esta variável foi obtida através da pergunta 07, 08 e 09 (RDC/TMD EIXO II) que quando interpretada da graduação 4 a 10, forneceu o diagnóstico da alteração.

Localização, Tempo de início e duração e intensidade da Dor: o entrevistado foi questionado em relação ao

local da dor, duração, intensidade, qualidade desta dor e injúrias que provocaram esta dor. (RDC/TMD EIXO II - Questão 03, 04, 05, 07, 08, 09, 16d, 17a e b).

Limitações provocadas pela dor: o entrevistado foi questionado em relação às limitações de função mastigatória, movimentos mandibulares e alterações de volume (inchaço) na cavidade bucal e na cabeça e pescoço. (RDC/TMD EIXO II - Questões 16c, 19, 20.16).

Alterações Articulares, Musculares e Mastigatórias: o entrevistado foi questionado em relação às alterações de travamento, limitação de abertura de boca, presença de apertamento e bruxismo, alterações na mordida e presença de ruídos otológicos, qualidade e eficiência mastigatória. (RDC/TMD EIXO II - Questões 14a, 14b, 15a, 15b, 15c, 15d, 15e, 15f, 15g; Questões de 01 a 07 – Eixo I do RDC/TMD).

Alterações relacionadas ao Sono: o entrevistado foi questionado em relação às alterações relacionadas à qualidade do sono, horário de dormir e despertar, horas de sono e alterações provocadas pelo trabalho no sono. (SAQ)

Variáveis independentes

Variáveis demográficas

Sexo: masculino e feminino. Questão 24 (RDC/TMD EIXO II).

Idade: em anos completos. Para análise foi categorizada em grupos. (Questão 23 – RDC/TMD EIXO II).

Cor/Raça: observada pelo entrevistador, foi categorizada em: Branca, negra e outra. (RDC/TMD EIXO II - Questão 25).

Etnia: referida pelo autor e classificada como: Portugueses, Italianos, Espanhóis, Alemães, Poloneses, Japoneses, outros ou nenhuma. (RDC/TMD EIXO II - Questão 26).

Estado civil: categorizado em: Casado, solteiro, viúvo, separado, união estável. (RDC/TMD EIXO II - Questão 29).

Variáveis socioeconômicas

Escolaridade: coletada em anos de estudo e posteriormente categorizada em analfabeto, fundamental incompleto, fundamental, médio incompleto, médio, superior incompleto, superior. (RDC/TMD EIXO II - Questão 27).

Situação ocupacional: categorizada em: trabalhando, desempregado, aposentado, pensionista, estudante e outro. (RDC/TMD EIXO II - Questão 28c).

Renda familiar: utilizada a renda do entrevistado, em Reais. Serão incluídas, outras fontes de renda como pensões, aposentadorias e aluguéis. Posteriormente será categorizada em quartis. (RDC/TMD EIXO II - Questão 30).

Variáveis psicossociais

Atividades Psicossociais e suas alterações devido à presença da dor: quanto à dor incapacita psicossocialmente o entrevistado. (RDC/TMD EIXO II - Questões 10, 11, 12, 13, 19).

Condições de saúde e presença de morbidades

Saúde: percepção da própria saúde, consulta médica, internação hospitalar, uso de medicamentos, hipertensão, diabetes, osteoporose, colesterol, doença renal, doença do coração e doença pulmonar, fraqueza, falta de apetite, dores nas costas, enxaquecas, náuseas, alterações gástricas, alterações de temperatura, dormência corporal, alterações na garganta, alterações bucais. Para essa variável o participante foi questionado se algum médico havia dito que ele tinha alguma das doenças acima citadas. (RDC/TMD EIXO II - Questões 01, 02, 06, 16a, 16b, 18, 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.7, 20.10, 20.15, 20.18, 20.19, 20.20, 20.21, 20.23, 20.24, 21, 22; SAQ - Questão 17).

Entrevistas

Após a seleção dos pacientes, com posse da lista, contendo endereço do mesmo, entrevistas estruturadas, foram realizadas, com a seguinte sequência:

a) Leitura e Assinatura do Termo de Consentimento por parte do paciente;

b) Aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais e de posicionamento e movimento articular);

c) Aplicação do Eixo I do RDC/TMD - (fatores de posicionamento e movimento articular);

d) Questionário de Avaliação do Sono (SAQ).

Processamento e análise dos dados

Após aplicação dos questionários, estes foram tabulados em planilhas do Pacote *Microsoft Excel 2010*. A análise será disposta em tabelas de frequências simples, através de tabelas para melhor visualização dos resultados.

3. RESULTADOS

Foram avaliados dados de 500 pessoas, 59,2% (n=296) do sexo feminino e 40,8% (n=204) do sexo masculino. As faixas etárias mais presentes na amostra foram de 20 a 29 anos, representado por 44,2% (n=221) dos pacientes e 29,4% (n=147) deles de 30 a 39 anos. Quase a metade dos pacientes, 48,4% (n=242) eram solteiros(as) e 44,2% (n=185) deles eram casados(as). A maioria, 74,4% (n=372) tinha pele branca e quanto à escolaridade, 56,0% (n=280) relataram terem concluído a faculdade (Tabela 1).

A idade média dos pacientes avaliados foi de 33,7±10,6 anos. Já no Questionário de Avaliação do Sono (SAQ) a média foi de 18,0±9,6, lembrando que,

indivíduos com escore total até 16 pontos são classificados “sem distúrbio do sono” e os acima desse valor “com distúrbio do sono”.

Tabela 1. Descrição das variáveis qualitativas demográficas e socioeconômicas, em adultos de Maringá- Pr, 2014.

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	296	59,2
Masculino	204	40,8
Faixa etária		
20 a 29 anos	221	44,2
30 a 39 anos	147	29,4
40 a 49 anos	75	15,0
50 a 59 anos	52	10,4
60 anos ou mais	5	1,0
Estado Civil		
Casado (a)	221	44,2
Viúvo (a)	3	0,6
Divorciado (a)	12	2,4
Separado (a)	22	4,4
Solteiro (a)	242	48,4
Cor da pele		
Asiático ou indígena	17	3,4
Parda ou mestiça	77	15,4
Negro	31	6,2
Branco	372	74,4
Outro	3	0,6
Escolaridade		
Escola Primária	12	2,4
Escola Ginásial	68	13,6
Científico	140	28,0
Faculdade	280	56,0

Já quanto à qualidade de vida, o domínio físico foi o que apresentou maior qualidade de vida enquanto o que apresentou menor qualidade de vida foi o domínio meio ambiente, lembrando que o escore máximo que pode ser obtido em cada domínio é de 20 pontos. A qualidade de vida geral foi de 75,0 pontos sendo que o valor máximo que poderia ser obtido é 100 (Tabela 2).

Ao avaliar a Tabela 3, podemos verificar que embora todos os pacientes avaliados não apresentassem dor, 57,0% (n=285) tinham distúrbio de sono. 12,2% (n=61) apresentaram desordem muscular com dor. A maioria dos entrevistados, 61,4% (n=307) não apresentava deslocamento de disco com redução, no entanto, 23,8% (n=119) apresentaram deslocamento de disco com

redução no lado direito ou esquerdo, 1,0% (n=5) no lado direito e esquerdo e 13,8% (n=69) apresentaram desvio lateral esquerdo/direito não corrigido.

Tabela 2. Descrição das variáveis quantitativas, idade, SAQ e domínios da qualidade de vida, em adultos de Maringá- Pr, 2014.

Variáveis	Média	±	Desvio padrão
Idade	33,7	±	10,6
SAQ (Sono)	18,0	±	9,6
Qualidade de Vida (Domínios)			
Físico	16,0	±	2,2
Psicológico	15,4	±	2,6
Relações Sociais	15,3	±	2,9
Meio Ambiente	13,3	±	2,0
Auto-avaliação da QV	15,0	±	2,5
Total	14,9	±	1,8
Qualidade de vida Geral	75,0		

Tabela 3. Descrição das variáveis qualitativas, classificação SAQ, desordem muscular, deslocamento de disco, dor miofacial com limitação de abertura de boca, deslocamento de disco com redução com dor e deslocamento de disco sem redução, em adultos de Maringá-Pr, 2014.

Variáveis	n	%
Classificação SAQ (Sono)		
Sem distúrbio do sono	215	43,0
Com distúrbio de sono	285	57,0
Desordem muscular		
Sem dor	439	87,8
Com dor	61	12,2
Deslocamento de disco com redução		
Ausente	307	61,4
(1 ou 3) Desvio lateral esquerdo/direito (não corrigido)	69	13,8
Presença lado direito ou esquerdo	119	23,8
Presença lado direito e esquerdo	5	1,0
Dor Miofacial com limitação de abertura de boca		
Ausente	424	84,8
Presente	76	15,2
Deslocamento de disco com redução com dor		
Ausente	360	72,0
Presente	140	28,0
Deslocamento de disco sem redução		
Ausente	307	61,4
Presente (direito ou esquerdo)	69	13,8
(1 ou 3) Desvio lateral esquerdo/direito (não corrigido)	124	24,8

Verificou-se que 15,2% (n=76) dos entrevistados apresentavam dor miofacial com limitação de abertura

da boca, 28,0% (n=140) deslocamento de disco com redução com dor. 13,8% (n=69) dos entrevistados apresentaram deslocamento de disco sem redução no lado esquerdo ou direito e 24,8% (n=124) desvio lateral esquerdo/direito (não corrigido).

4. DISCUSSÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) está se tornando cada vez mais frequente entre as pessoas, podendo ser leve, moderada ou severa, muitas vezes pode ser associadas ou não a dor, e isso depende de cada indivíduo, pois é grande o número de assintomáticos que se apresentam clinicamente, com algum sinal da disfunção da ATM^{15, 16}.

Devido à dificuldade do diagnóstico inicial, o paciente tem o hábito de procurar outros especialistas antes de chegar ao cirurgião dentista, pois a dor pré-auricular, com disseminação para o temporal, frontal ou occipital é a mais característica, então por causa dessa dor podem ir antes a otorrinolaringologistas e neurologistas¹⁵.

Nesta pesquisa foram avaliadas 500 pessoas, que não apresentaram dor na face, nos maxilares, têmpora (cabeça), na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado, mas mesmo sem a ausência de sintoma, algumas pessoas demonstraram alguns sinais da DTM. Estudos realizados mostraram que 40% a 60% das pessoas não reclamavam de nenhum sintoma correlacionado com a DTM, mas apresentava algum tipo de sinal¹⁷.

De acordo com essas pesquisas as mulheres são as mais acometidas pela disfunção temporomandibular, devido às variações fisiológicas ou tendência ao autocuidado, dados esses que se confirmam nesta pesquisa, pois 59,2% (n=296) eram mulheres^{18, 6, 7, 19}. Elas também retratam maior prevalência de estresse e apresentam uma pior qualidade do sono comparado aos homens, sendo estes fatores relacionados com a etiologia da DTM^{20, 21}.

A maior prevalência de DTM é encontrada em jovens e adultos de meia idade, entre 20 a 40 anos, neste estudo as faixas etárias mais presentes na amostra foram de 20 a 29 anos, representado por 44,2% (n=221) dos pacientes e 29,4% (n=147) deles de 30 a 39 anos, o que se confirma os dados encontrados em outras pesquisas^{22, 1}.

O estresse, alterações do sono, ansiedade e depressão, estão relacionados com a DTM e são as causas de dor orofacial, com isso esses fatores podem agravar a disfunção^{23, 24}. O estado psíquico pode causar a dor ou aumentá-la, com isso, as pessoas com DTM podem ter uma pior qualidade de vida devido à dor, e o estresse também vem sendo associado com a etiologia da DTM^{25, 23}.

As pessoas sob estresse deve descarregar a tensão exercida, através da liberação da energia corporal, como por exemplo, praticando esportes ou exercícios físicos, e as com ansiedade e depressão devem fazer tratamento

com especialistas da área, pois tendo essas tensões elas podem apertar ou esfregar os dentes. Se retratam um quadro de estresse, ansiedade, depressão e tiverem a DTM a situação clínica se agravará, devido à dor orofacial (DOF), que causa sofrimento psicológico, principalmente para aqueles com dor generalizada, fora da cabeça e regiões faciais, podendo incomodar muito e ser angustiante, causando mais ansiedade no paciente, esta análise colabora com os dados dessa pesquisa^{26, 27, 28}.

Uma boa qualidade do sono é importante para a saúde física e mental das pessoas. Trabalhos realizados mostram que à medida que a DTM se agrava prejudica a qualidade do sono, ou se a qualidade do sono está ruim a DTM se agrava, além disso, uma má qualidade do sono interfere na qualidade de vida do indivíduo, sendo prejudicial à saúde²⁰. Dos entrevistados nesse estudo 57,0% (n=285) tinham distúrbio de sono, o que demonstra a relação desta pesquisa, com outros estudos, quando afirmamos que a maioria das pessoas com DTM tem distúrbio de sono.

Embora todos os indivíduos tiveram a ausência de sintomas pode ser observado que vários apresentaram o deslocamento de disco com ou sem redução, que é um dos sinais da DTM. Segundo FARIA *et al.*, 2009²⁹ uma pesquisa realizada com 59 pacientes, 49 (83%) apresentaram deslocamento de disco, que é um sinal muito encontrado na DTM. O deslocamento de disco pode existir em pacientes assintomáticos, e o deslocamento de disco com redução pode ser identificado pela presença do estalido, e o deslocamento de disco sem redução não precisa estar ligado à dor, que é o caso dos indivíduos deste estudo, e pode estar associado à diminuição de abertura de boca³⁰. Nesta pesquisa 61 pessoas apresentavam desordem muscular com dor, 193 apresentavam deslocamento de disco com redução, 76 tinham dor miofacial com limitação de abertura de boca, 140 deslocamento de disco com redução com dor e 193 deslocamento de disco sem redução, ou seja, bastante pessoas apresentavam os sinais mesmo não apresentando sintomas.

O deslocamento de disco é considerado uma DTM, pois, apresenta uma relação anormal da ATM, que pode estar presente de maneira assintomática, o que mostra a relação da ausência de sintomas com a presença de sinais na pesquisa realizada³¹. Isso pode ser importante para uma equipe multidisciplinar atentar-se em um melhor tratamento, com uma melhor avaliação clínica e anamnese, para se obter o diagnóstico correto, pois muitas vezes com a ausência de sintomas as pessoas deixam de procurar os especialistas.

5. CONCLUSÃO

A correlação da ausência de sintomas com a presença de sinais da DTM e de DOF, que podem ser observados em pessoas assintomáticas, comprova a necessidade de

exame clínico para diagnóstico da DTM, uma vez que 100% não apresentavam sintomatologia dolorosa, mas apresentavam DTM.

REFERÊNCIAS

- [1] Donnarumma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nembr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev CEFAC*. 2010; 12(5):788-94.
- [2] Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC*. 2005; 7(2):221-8.
- [3] Lopes PRR, Campos PSF, Nascimento RJM. Dor e inflamação nas disfunções temporomandibulares: revisão de literatura dos últimos quatro anos. *Rev ciênc méd biol*. 2010; 10(3):317-325.
- [4] Barreto DC, Barbosa ARC, Frizzo ACF. Relação entre disfunção temporomandibular e alterações auditivas. *Rev CEFAC*. 2010; 12(6):1067-76.
- [5] Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Dental Press J Orthod*. 2010; 15(3):114-20.
- [6] Bezerra BPN, Ribeiro AIAM, Farias ABL, Farias ABL, Fontes LBC, Nascimento SR, *et al.* Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. *Rev Dor*. 2012; 13(3):235-42.
- [7] Oliveira DV, Bertolini SMMG, Benedeti MR. Avaliação da qualidade de vida de idosos fisicamente ativos por meio do questionário WHOQOL-BREF. *Rev Saúde e Pesquisa*. 2012; 5(3):547-554.
- [8] Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, *et al.* Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci*. 2003; 11(2):138-43
- [9] Ferreira KDM, Guimarães JP, Batista CHT, Júnior AMLF, Ferreira LA. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares – revisão de literatura. *RFO*. 2009; 14(3):262-267.
- [10] Kuroiwa DN, Marinelli JG, Rampani MS, Oliveira W, Nicodemo D. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey. *Rev Dor*. 2011; 12(2):93-8.
- [11] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: www.ibge.com.br. Acesso: 21/07/2015.
- [12] Dworkin SF, Leresche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord*. 1992; 6:301-55.
- [13] Ohrbach R, Turner J, Sherman JJ, Mancl LA, Truelove EL, Schiffman EL *et al.* The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. IV: evaluation of psychometric properties of the axis II measures. *J Orofac Pain*. 2010; 24:48-62.
- [14] Ali HM. Diagnostic criteria for temporomandibular joint disorders: a physiotherapist's perspective. *Physiother*. 2002; 88:421-6.

- [15] Portinho CP, Collares MVM, Faller GJ, Fraga MM, Pinto RA. Perfil dos pacientes com disfunção temporomandibular. *ACM arq catarin med.* 2012; 41Suppl 1:95-99.
- [16] Moreno BGD, Maluf AS, Marques AP, Crivello-Júnior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13(3):210-4.
- [17] Martins RJ, Garbin CAS, Garcia AR, Garbin AJI, Miguel N. Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. *Rev Odonto Ciênc.* 2010; 25(1):32-36.
- [18] Minghelli B, Kiselova L, Pereira C. Associação entre os sintomas da disfunção temporo-mandibular com fatores psicológicos e alterações na coluna cervical em alunos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve. *Rev Port Saúde Pública.* 2011; 29(2):140-147.
- [19] Silva LS, Barra LHT, Pachioni CAS, Ferreira DMA, Pereira JDAS. Avaliação preventiva da disfunção temporomandibular. *Colloquium Vitae.* 2011; 3(1):11-16.
- [20] Verri FR, Garcia AR, Zuim PRJ, Almeida EO, Falcón-Antenucci RM, Shibayama R. Avaliação da qualidade do sono em grupos com diferentes níveis de desordem temporomandibular. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr.* 2008; 8(2):165-169.
- [21] García EP, Calva EA, Franco MGR, Romero RMD. Frecuencia de transtornos temporomandibulares en mujeres climatéricas en el Instituto Nacional de Perinatología. *Rev ADM.* 2005; LXII(3):85-90.
- [22] Jorge L, Rodrigues J, Gouveia M. Disfunção temporomandibular no contexto da dor orofacial. *Rev Dor.* 2014; 22(2):6-12.
- [23] Biasotto-Gonzalez DA, Andrade DV, Gonzalez TO, Martins MD, Fernandes KPS, Corrêa JCF, et al. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2008; 18(1):79-86.
- [24] Portinho CP, Razera MV, Splitt BI, Gorgen ARH, Faller GJ, Collares MVM. Apresentação clínica inicial em pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2012; 15(3):109-12.
- [25] Acosta VCS, Mateus MFM, Marson FC, Progiante PS. Relação entre disfunção temporomandibular e dor orofacial com variáveis psicossociais e comportamentais em pacientes obesos mórbidos e submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Uningá Review.* 2014. 20(1):07-14.
- [26] Cestari K, Camparis CM. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares. *J Bras Oclusão ATM Dor Orofac.* 2002; 2(5):54-60.
- [27] Franco AL, Runho GHF, Siqueira JTT, Camparis CM. Mapas de dor corporal aprimoram os relatos das queixas dolorosas em pacientes com dor orofacial. *Rev Dor.* 2012; 13(1):9-13.
- [28] Bove SRK, Guimarães AS, Smith RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Rev Latino-am Enf.* 2005.13(5):686-91.
- [29] Faria RF, Volkweis MR, Wagner JCB, Galeazzi S. Prevalência de patologias intracapsulares da ATM diagnosticadas por ressonância magnética. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac.* 2010; 10(1):103-108.
- [30] Maydana AV, Tesch RS, Denardin OVP, Ursi WJS, Dworkin SF. Possíveis fatores etiológicos para desordens temporomandibulares de origem articular com implicações para diagnóstico e tratamento. *Dental Press J Orthod.* 2010; 15(3):78-86.
- [31] Ramos ACA, Sarmento VA, Campos PSF, Gonzalez MOD. Articulação temporomandibular – aspectos normais e deslocamentos de disco: imagem por ressonância magnética. *Radiol Bras.* 2004; 37(6):449-454.

