

## SINTOMAS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIAS INTELECTUAIS E FÍSICAS

<sup>1</sup>Morgan Marielle de Almeida Costa; <sup>2</sup>Lídia Audrey Rocha Valadas; <sup>3</sup>Antônio Sérgio Guimarães.

<sup>1</sup> Mestranda em Disfunção temporomandibular pela Faculdade São Leopoldo Mandic – CE; <sup>2</sup> Professora Universidade de Buenos Aires- Argentina; <sup>3</sup> Professor Faculdade São Leopoldo Mandic - SP

**Área temática:** Inovações em saúde e Odontologia

**Modalidade:** Pôster simples

**E-mail do autor:** morganamarielle@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** A disfunção temporomandibular (DTM) é um conjunto de condições musculoesqueléticas com sinais e sintomas de dor nas estruturas mastigatórias, limitação de movimentos, sons articulares, dor na região periauricular e desvios nos movimentos mandibulares. Pacientes com transtornos mentais parecem ser mais suscetíveis ao desenvolvimento de sinais e sintomas de DTM, constituindo um grupo de alto risco. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo avaliar a presença de sinais e sintomas de DTM em pacientes com deficiências físicas e intelectuais.

**Metodologia:** É um estudo observacional transversal, realizado na Associação de pais e amigos dos excepcionais (APAE) de Caxias- MA com 150 pacientes do grupo caso e 62 do grupo controle, utilizando questionário de Sintomas de DTM, presente no Eixo I do Diagnóstico de Pesquisa para Distúrbios Temporomandibulares (DC/TMD). **Resultados:** Pacientes com deficiência física apresentaram 56,9% de sinais e sintomas de DTM com razão de prevalência 0,84. Pacientes com Deficiência intelectual e física 41,2% de DTM (razão prevalência 0,60), enquanto pacientes apenas com deficiência intelectual apresentaram 45,6% (razão de prevalência 0,67). Não houve diferenças estatísticas em relação a gênero e faixa etária relacionados à DTM. **Conclusão:** Pacientes com deficiências intelectuais e físicas apresentaram menor prevalência de sinais e sintomas de DTM quando comparados ao grupo controle.

**Palavras-chave:** Sintomas, Disfunção temporomandibular, Deficiência física, Deficiência intelectual.

### 1 INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares (DTMs) são um amplo conjunto de sinais e sintomas clínicos com etiologias complexas que possuem variação de intensidade e envolvem a musculatura mastigatória, a articulação temporomandibular, ossos e estruturas associadas à região. As DTM's são a causa mais comum de dor de origem não odontogênica e constituem desafio na prática clínica. (DE ROSSI et al., 2014; GAUER; SEMIDEY, 2015; LI; LEUNG, 2021)

A DTM é mais comum em mulheres e em uma faixa etária de 20 a 40 anos. A etiologia é multifatorial e inclui fatores ambientais, sociais, psicológicos e cognitivos. É frequentemente

observado condições associadas à DTM, como fibromialgia, distúrbios autoimunes e doenças psiquiátricas. (GAUER; SEMIDEY, 2015)

Pacientes com transtornos mentais parecem ser mais susceptíveis ao desenvolvimento de sinais e sintomas de DTM, constituindo um grupo de alto risco devido ao sofrimento emocional, uso de medicamentos e situação mental. (GURBUZ et al., 2010)

A deficiência intelectual (DI) é caracterizada pelo déficit no desenvolvimento, gerando alterações nas funções intelectuais e dificuldades em habilidades sociais. Alguns danos no sistema nervoso central acompanham os pacientes com DI, fazendo com que sinais típicos de dor estejam ausentes, o que dificulta o diagnóstico de DTM e leva alguns profissionais a crer que existe uma insensibilidade para dor neste grupo. (DUGASHVILI et al., 2016)

Sendo assim, este estudo buscou realizar levantamento da prevalência de sintomas de disfunção temporomandibular de pacientes com deficiências físicas e intelectuais.

## 2 MÉTODO

### **Tipo e Local de estudo**

Trata-se de um estudo observacional, transversal de metodologia quantitativa. A coleta de dados dos pacientes foi realizada na instituição APAE (Associação de Pais e amigos dos excepcionais) sediada na Rua Rio de Janeiro, 662, Seriema, Caxias - MA, CEP: 65602-820.

### **População do estudo**

Para o estudo foram utilizados 384 pacientes odontológicos de Caxias-MA, divididos em dois grupos, um grupo de 272 pacientes com problemas intelectuais e físicos da instituição APAE (grupo experimental) e 112 pacientes sem limitação intelectual ou física (Controle) em consultório odontológico particular. Utilizou-se o cálculo de amostras para população finita por proporção estratificada por grupos, com um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%. Com base no cálculo amostral para população finita, temos como resultado uma amostra mínima  $192,23 \cong 193$  pacientes atendidos, com a precisão de 95% e um erro de 5%. Será acrescido 10% para perdas ou desistências.

### **Coleta de dados**

O questionário foi aplicado no consultório odontológico da instituição APAE, de Caxias-MA, nos horários autorizados e após assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos participantes, dos responsáveis legais e do Termo de assentimento para menores de idade. O questionário foi aplicado verbalmente pelo operador e as respostas anotadas pelo mesmo.

Primeiramente, foi utilizado um questionário de Dados Sócio Demográficos confeccionado pelo pesquisador seguido do questionário de Sintomas de DTM, presente no Eixo I do Diagnóstico de Pesquisa para Distúrbios Temporomandibulares (DC/TMD), com perguntas objetivas pela responsável do projeto. Os dados foram coletados como informações de saúde.

Os dados coletados foram transferidos para planilha no programa Excel e posterior importação para o programa de estatística. Realizou-se teste de normalidade dos dados, selecionando os testes de hipóteses que atendiam aos pressupostos do comportamento dos dados, estimando o uso de testes como Qui-quadrado para comparação entre as proporções dos sintomas identificados. Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e/ou tabelas visando facilitar a discussão dos resultados, apresentando os valores dos respectivos testes estatísticos e valor de significância (p).

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra não apresentou maioria significativa entre os gêneros ( $p=0,1140$ ), tendo 55,7% ( $n=118$ ) de participantes do gênero feminino e 44,3% ( $n = 94$ ) do gênero masculino.

Em relação às diferenças de gênero na prevalência de DTM, o presente estudo não apresentou diferenças significativas. O que corrobora com dados de Tanboga et al., 2014 e Pizolato; Freitas-Fernandes; Gavião, 2013, mas está em desacordo com outros estudos, como o de Şahin et al., 2015 que encontrou 59,6% de mulheres com sinais, contra 40,4 % em homens. (Tabela 1)

Não foi observado no presente estudo relação de DTM com a faixa etária dos pacientes. Resultado contrário foi visto no estudo de Maixner et al., 2011, no qual foram encontradas maiores taxas de sintomas de DTM nos pacientes na faixa etária de 18 a 44 anos e diminuindo a prevalência de sintomas em pacientes com 65 anos ou mais. (Tabela 1)

Tabela 1 – Correlação das variáveis com DTM.

	Odds ratio	P
Gênero	0,6389	0,2194
Idade	0,5305	0,9067
Deficiência física	0,5957	0,1391
Deficiência intelectual	0,9737	0,3256
Deficiência física e intelectual	0,1538	0,4419

Fonte: Autoria própria.

Os pacientes com deficiências intelectuais apresentaram 45,6% de sinais e sintomas de DTM, enquanto pacientes do grupo controle tiveram uma porcentagem de 67,7%. Assim, a prevalência de sinais e sintomas de DTM em pacientes com deficiência intelectual foi menor quando comparada com o grupo controle. Este resultado vai de encontro com o que foi observado por Dugashvili et al., 2016, em que os pacientes com DI relataram menos dor associada à DTM e por Tanboga et al., 2014 que apesar de encontrar 61% de pacientes com sintomas, não houve diferença estatística significante quando comparado ao grupo controle (48%). (Tabela 2)

Deficientes físicos apresentaram 56,9% de sinais e sintomas de DTM, enquanto pacientes com deficiência intelectual 45,6% e pacientes com deficiências intelectuais e físicas concomitantes de 41,2%. (Tabela 2)

Tabela 2 – Prevalência pontual e Razão de prevalência para DTM

Prevalência pontual	Razão de prevalência (RP)

Controle	67,7%	//////////
Deficiência física	56,9%	0,84
Deficiência intelectual	45,6%	0,67
Deficiência física e intelectual	41,2%	0,60

Fonte: Autoria própria

Quando comparado a prevalência de sinais e sintomas de DTM entre os grupos de pacientes com deficiência física e intelectual, observou-se que os deficientes físicos apresentaram 1,25 vezes mais DTM. Este dado pode ser explicado pela maior dificuldade de respostas ao questionário aplicado e pela percepção de dor ser alterada em pacientes com deficiências intelectuais, como foi citado por Bogdanova et al., 2022. (Quadro 1)

Quadro 1 – Razão de prevalência para DTM geral.

RP	CTRL	DF	DI	DF+DI
DF	0,84	////////	1,25	1,38
DI	0,67	0,80	////////	1,11
DF+DI	0,60	0,72	0,90	////////

Fonte: Autoria própria.

As menores taxas de prevalência de sinais e sintomas de DTM podem ser explicadas pelo acompanhamento multidisciplinar semanal que os pacientes realizam na instituição, com profissionais da fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição, medicina, psicólogos, psicopedagogos e odontologia.

## 4 CONCLUSÃO

Os pacientes com deficiências intelectuais e físicas apresentaram sinais e sintomas de DTM.

Neste estudo os pacientes com deficiência intelectual e física apresentaram menor prevalência de sinais e sintomas de DTM (DI- 45,6% / DF- 56,9%) quando comparados aos pacientes do grupo controle (67,7%). Quando comparados os dois grupos de pacientes com deficiências, os pacientes com deficiências físicas tiveram maior prevalência de DTM (56,9%). Pacientes que apresentavam deficiências físicas e intelectuais concomitantes tiveram menor prevalência que os demais grupos.

## REFERÊNCIAS

- BOGDANOVA, O. V. et al. The Current View on the Paradox of Pain in Autism Spectrum Disorders. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 22 jul. 2022.
- DE ROSSI, S. S. et al. Temporomandibular Disorders. **Medical Clinics of North America**, v. 98, n. 6, p. 1353–1384, nov. 2014.
- DUGASHVILI, G. et al. Use of the universal pain assessment tool for evaluating pain associated with TMD in youngsters with an intellectual disability. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 22, n.1, p. 88-94, 2016.
- GAUER, R. L.; SEMIDEY, M. J. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. **American family physician**, v. 91, n. 6, p. 378–86, 15 mar. 2015.
- GURBUZ, O. et al. The prevalence of temporomandibular disorder signs in people with mental retardation. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 37, n. 11, p. 834–839, nov. 2010.
- LI, D. T. S.; LEUNG, Y. Y. Temporomandibular Disorders: Current Concepts and Controversies in Diagnosis and Management. **Diagnostics**, v. 11, n. 3, p. 459, 6 mar. 2021.
- MAIXNER, W. et al. Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment Study – The OPPERA Study. **The Journal of Pain**, v. 12, n. 11, p. T4- T11.e2, nov. 2011.
- PIZOLATO, R. A.; FREITAS-FERNANDES, F. S. DE; GAVIÃO, M. B. D. Anxiety/depression and orofacial myofacial disorders as factors associated with TMD in children. **Brazilian Oral Research**, v. 27, n. 2, p. 156–162, abr. 2013.
- ŞAHİN, C. et al. Incidence of ‘headache attributed to temporomandibular disease’ in patients with clicking sound in the region temporomandibular joint. **The Egyptian Journal of Internal Medicine**, v. 27, n. 4, p. 147–150, 27 dez. 2015.
- TANBOGA, I. et al. Temporomandibular disorders in young people with an intellectual disability: prevalence of signs and symptoms. **European journal of paediatric dentistry**, v. 15, n. 4, p. 349–54, dez. 2014.