

Bruxismo e DTM: O que Dentistas e Fisioterapeutas sabem a respeito?

Bruxism and TMD: What do Dentists and Physiotherapists know about?

Bruxismo y TMD: ¿Qué saben los Dentistas y Fisioterapeutas?

Recebido: 23/02/2022 | Revisado: 03/03/2022 | Aceito: 11/03/2022 | Publicado: 19/03/2022

Fernanda Mayrink Gonçalves Liberato

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5227-2022>

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

E-mail: nandamayrink@yahoo.com.br

Iolanda Zanotelli Lemos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9272-6436>

Faculdades Integradas Espírito Santenses, Brasil

E-mail: zlemosiolanda@gmail.com

Nícolas Souza de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4498-3566>

Faculdades Integradas Espírito Santenses, Brasil

E-mail: nicolasouza.desouza@gmail.com

Janayna Avance Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9571-3569>

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

E-mail: janayna_avance@yahoo.com.br

Lucas Rodrigues Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6792-0819>

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

E-mail: prof.lucasnascimento@gmail.com

Cintia Helena Santuzzi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3634-8602>

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

E-mail: cintiasantuzzi@yahoo.com.br

Gabriela Mayrink Gonçalves Sthel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2436-8216>

Faculdades Integradas Espírito Santenses, Brasil

E-mail: gabimayrink@gmail.com

Resumo

O Bruxismo é um comportamento motor frequente na população, atualmente dividido em bruxismo da vigília e do sono. As disfunções temporomandibulares (DTM) são desordens que envolvem os músculos da mastigação, a ATM e estruturas associadas. Ambos os conceitos muitas vezes são confundidos entre os profissionais e, dessa forma, diagnosticados e tratados erroneamente. O tratamento dessas desordens ainda é motivo de discussão por diversos profissionais da área da saúde, tendo em vista seu caráter multidisciplinar. Objetivo: O Objetivo dessa pesquisa é avaliar o conhecimento acerca dos conceitos e tratamento adotados por dentistas e fisioterapeutas, assim como a interação interdisciplinar entre as duas áreas. Método: A avaliação foi feita através de um questionário e os dados obtidos computados, comparados e analisados estatisticamente. Resultado/conclusão: O estudo demonstrou que, apesar de entenderem a importância da multidisciplinaridade, ainda há falta de conhecimento sobre os conceitos e opções de tratamento possíveis.

Palavras-chave: Bruxismo; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Comunicação multidisciplinar.

Abstract

Bruxism is a frequent motor habit in the population, currently divided into awake and sleep bruxism. Temporomandibular disorders (TMD) are a group of condition that involves the chewing muscles, the TMJ and associated structures. Both concepts are often mistaken or misunderstood among health professionals and, thus, misdiagnosed and treated. The treatment of these disorders is still a matter of discussion by several health professionals, in view of their multidisciplinary character. Objective: The aim of this article is to evaluate the knowledge about the concepts and treatment adopted by dentists and physiotherapists, as well as the interdisciplinary interaction between the two areas. Methods: The evaluation was made through a questionnaire and the data obtained was computed, compared and analyzed statistically. Results/conclusion: The study demonstrated that, despite understanding the importance of multidisciplinarity, there is still a lack of knowledge about possible treatment options and concepts.

Keywords: Bruxism; Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Multidisciplinary communication.

Resumen

El bruxismo es una conducta motora frecuente en la población, actualmente dividida en bruxismo de vigilia y bruxismo del sueño. Los trastornos temporomandibulares (TTM) son trastornos que involucran los músculos de la masticación, la ATM y las estructuras asociadas. Ambos conceptos suelen confundirse entre los profesionales y, por tanto, son mal diagnosticados y tratados. El tratamiento de estos trastornos sigue siendo motivo de discusión por parte de varios profesionales de la salud, dado su carácter multidisciplinar. Objetivo: El objetivo de esta investigación es evaluar el conocimiento sobre los conceptos y el tratamiento adoptado por los odontólogos y fisioterapeutas, así como la interacción interdisciplinaria entre las dos áreas. Método: La evaluación se realizó a través de un cuestionario y los datos obtenidos fueron computados, comparados y analizados estadísticamente. Resultado/conclusión: El estudio mostró que, a pesar de comprender la importancia de la multidisciplinariedad, todavía hay una falta de conocimiento sobre los conceptos y las posibles opciones de tratamiento.

Palabras clave: Bruxismo; Síndrome de la Disfunción de Articulación Temporomandibular; Comunicación multidisciplinaria.

1. Introdução

Os conceitos de bruxismo e desordem temporomandibular (DTM) muitas vezes são confundidos entre os profissionais e, dessa forma, diagnosticados e tratados erroneamente. O bruxismo pode ser dividido entre o do sono e o de vigília. O bruxismo do sono é caracterizado por movimentos rítmicos e não rítmicos (tônico-clônicos) dos músculos da mastigação enquanto o paciente dorme. Em contrapartida, o bruxismo de vigília é definido como a atividade dos músculos da mastigação caracterizada por repetitivos contatos dentários e/ou fechamento da mandíbula em pacientes que estão acordados, ou manutenção de uma contração da musculatura mastigatória mesmo sem contato dentário. Ambos são considerados comportamentos motores e não necessariamente estão associados a uma condição patológica (Manfredini et al., 2019).

As DTM são, de acordo com a Academia Americana de Dor Orofacial, definidas como “um grupo de desordens que envolvem os músculos da mastigação, a ATM e suas estruturas associadas” (de Leeuw, 2013). Possuem etiologia multifatorial e podem ou não estar associadas ao bruxismo (Jiménez-Silva et al., 2017). Segundo Manfredini (2019), não somente as dores dos músculos da mastigação, mas também complicações protéticas e desgastes dentários mecânicos podem ser resultados do bruxismo.

Ambas as condições apresentam múltiplas manifestações e cursam frequentemente com comorbidades que interferem no prognóstico e evolução da condição, sendo importante uma avaliação e acompanhamento por equipe multidisciplinar, geralmente composta por fisioterapeutas e dentistas (Babiloni et al., 2020; Kapos et al., 2020; Garrigós-Pedron et al., 2019). O correto manejo dessas condições depende do conhecimento acerca do tema, o que implica diretamente na qualidade da assistência aos pacientes (Garrigós-Pedron et al., 2019).

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento de cirurgiões-dentistas e fisioterapeutas a respeito do conhecimento sobre os conceitos e tratamento de DTM e bruxismo, além da importância da multidisciplinaridade do tratamento.

2. Metodologia

Essa pesquisa, realizada de forma prospectiva e observacional, foi previamente submetida e aprovada pelo CEP pelo número CAAE 72152517.0.0000.5059.

Um questionário formulado na ferramenta digital Google Forms, contendo 13 perguntas sobre conceitos de diagnóstico, sinais e sintomas e tratamento de bruxismo e de DTM, foi enviado por endereço eletrônico (e-mail) para dentistas e fisioterapeutas pelos conselhos regionais de cada uma das profissões (CRO-ES e CREFITO), no estado do Espírito Santo, Brasil (Pereira et al., 2018).

Todos os profissionais cadastrados foram incluídos no sistema de “mala-direta” de envio de e-mails.

Dentre os critérios de exclusão, estavam questionários respondidos de forma incompleta ou a não concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os questionários eram sigilosos e os profissionais não eram identificados. Cada profissional só poderia responder uma única vez cada uma das perguntas, evitando-se duplicidade.

Antes de iniciar o questionário, o profissional deveria concordar com a participação na pesquisa e assinalar qual a sua formação (dentista ou fisioterapeuta).

As perguntas foram divididas em seções sobre características da população estudada (qual a formação e tempo de atuação profissional), sobre possíveis sinais e sintomas de bruxismo e DTM e sobre quais os tratamentos os profissionais acreditavam ser eficazes e indicavam aos seus pacientes.

Ao final de 2 meses de envio da pesquisa, os dados foram analisados de forma descritiva, onde as variáveis categóricas foram expressas pelas suas frequências absolutas relativas. A comparação entre variáveis categóricas foi realizada por meio do teste Qui-quadrado, exceto quando os resultados menores do que cinco foram esperados, quando foi utilizado o teste exato de Fischer. O nível de significância foi $p < 0,05$.

3. Resultados e Discussão

No ano em que foi realizada a pesquisa, o Estado do Espírito Santo possuía 5.949 dentistas e 3.569 fisioterapeutas devidamente inscritos nos respectivos conselhos profissionais. Participaram da pesquisa ao todo 116 pessoas. Destes, 13 foram excluídos por não terem respondido o questionário por completo ou por não terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Dos 103 participantes incluídos, 61 (59,2%) eram cirurgiões-dentistas e 42 (40,8%) fisioterapeutas. Dos dentistas, 36,1% tinham mais de 20 anos de formados e 56% tinham sua formação em uma instituição pública. Entre os fisioterapeutas, a maioria (70%) tinham ou menos de 5 anos de formado ou entre 10 e 20 anos de formado e possuía formação em instituição privada (76%).

Quando questionados sobre a importância do tratamento multidisciplinar, 100% de ambas as categorias profissionais acreditam no tratamento multidisciplinar, porém, entre os dentistas, 49% relataram indicar outros profissionais para tratamento do bruxismo e da DTM, em sua maioria para outros dentistas (65,6%), enquanto 69% dos fisioterapeutas indicam para outros profissionais, em sua maioria para dentistas (81%).

Quando perguntados sobre que hábitos ou características dos pacientes os faziam considerá-lo com bruxismo, a maioria dos dentistas respondeu: “range os dentes” (98,4%), “aperta os dentes” (83,6%) e apresenta queixa de dores orofaciais (77,%) , assim como os fisioterapeutas, nas respectivas porcentagens: 97,6%, 81% e 78,6% (Tabela 1).

Houve diferença estatisticamente significativa entre dentistas e fisioterapeutas nas questões relativas a hábitos parafuncionais como “rói unhas” e “morde tampas de canetas” (Tabela 1).

Tabela 1 – Conhecimento acerca do diagnóstico do bruxismo.

| Considera-se um paciente com bruxismo quando ele: | Formação | | | | p-valor |
|---|----------|------|----------------|------|---------|
| | Dentista | | Fisioterapeuta | | |
| | n | % | n | % | |
| Range os dentes | | | | | |
| <i>Não</i> | 1 | 1,6 | 1 | 2,4 | 1,000** |
| <i>Sim</i> | 60 | 98,4 | 41 | 97,6 | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|----|-------|----|-------|---------|
| Aperta os dentes | | | | | |
| <i>Não</i> | 10 | 16,4 | 8 | 19,0 | 0,727* |
| <i>Sim</i> | 51 | 83,6 | 34 | 81,0 | |
| Possui halitose | | | | | |
| <i>Não</i> | 60 | 98,4 | 42 | 100,0 | 1,000** |
| <i>Sim</i> | 1 | 1,6 | - | - | |
| Rói unhas | | | | | |
| <i>Não</i> | 53 | 86,9 | 42 | 100,0 | 0,020** |
| <i>Sim</i> | 8 | 13,1 | - | - | |
| Apresenta xerostomia | | | | | |
| <i>Não</i> | 59 | 96,7 | 41 | 97,6 | 1,000** |
| <i>Sim</i> | 2 | 3,3 | 1 | 2,4 | |
| Apresenta queixa de cefaléia | | | | | |
| <i>Não</i> | 20 | 32,8 | 12 | 28,6 | 0,650* |
| <i>Sim</i> | 41 | 67,2 | 30 | 71,4 | |
| Apresenta queixa de dores faciais | | | | | |
| <i>Não</i> | 14 | 23,0 | 9 | 21,4 | 0,855* |
| <i>Sim</i> | 47 | 77,0 | 33 | 78,6 | |
| Apresenta sialorréia | | | | | |
| <i>Não</i> | 60 | 98,4 | 42 | 100,0 | 1,000** |
| <i>Sim</i> | 1 | 1,6 | - | - | |
| Morde tampas de caneta | | | | | |
| <i>Não</i> | 50 | 82,0 | 40 | 95,2 | 0,046* |
| <i>Sim</i> | 11 | 18,0 | 2 | 4,8 | |
| Masca chicletes | | | | | |
| <i>Não</i> | 57 | 93,4 | 41 | 97,6 | 0,646** |
| <i>Sim</i> | 4 | 6,6 | 1 | 2,4 | |
| Total | 61 | 100,0 | 42 | 100,0 | - |

* Teste do qui-quadrado. ** Teste exato de Fisher. Fonte: questionários aplicados.

Em relação a pergunta sobre sinais e sintomas que um indivíduo com bruxismo apresenta (Tabela 2), houve diferença estatisticamente significativa na alternativa “desgastes dentários acentuados”, com um maior percentual de dentistas (98,4%) considerando esse sinal como positivo para o bruxismo, em relação aos fisioterapeutas (85,7%). De forma geral os dentistas apresentaram maiores valores de acertos quando comparados aos fisioterapeutas no que tange o reconhecimento de sinais e sintomas de pacientes com bruxismo ($p=0,034$). Foram consideradas opções corretas dor na região massetéica, dor na região temporal, cefaléia e desgaste dentário, e opções incorretas limitação de abertura bucal e estalos e crepitações na ATM.

Tabela 2 – Conhecimento acerca dos sinais e sintomas do bruxismo

| Quais os sinais e sintomas mais comuns relatados e apresentados pelos pacientes com bruxismo? | Formação | | | | p-valor |
|---|----------|-------|----------------|-------|---------|
| | Dentista | | Fisioterapeuta | | |
| | n | % | n | % | |
| Dor na região massetéica | | | | | |
| <i>Não</i> | 9 | 14,8 | 11 | 26,2 | 0,149* |
| <i>Sim</i> | 52 | 85,2 | 31 | 73,8 | |
| Dor na região temporal | | | | | |
| <i>Não</i> | 14 | 23,0 | 14 | 33,3 | 0,244* |
| <i>Sim</i> | 47 | 77,0 | 28 | 66,7 | |
| Limitação de abertura bucal | | | | | |
| <i>Não</i> | 39 | 63,9 | 21 | 50,0 | 0,159* |
| <i>Sim</i> | 22 | 36,1 | 21 | 50,0 | |
| Estalos e crepitações da ATM | | | | | |
| <i>Não</i> | 24 | 39,3 | 14 | 33,3 | 0,534* |
| <i>Sim</i> | 37 | 60,7 | 28 | 66,7 | |
| Cefaléia | | | | | |
| <i>Não</i> | 15 | 24,6 | 6 | 14,3 | 0,202* |
| <i>Sim</i> | 46 | 75,4 | 36 | 85,7 | |
| Desgastes dentários exagerados | | | | | |
| <i>Não</i> | 1 | 1,6 | 6 | 14,3 | 0,018** |
| <i>Sim</i> | 60 | 98,4 | 36 | 85,7 | |
| Total | 61 | 100,0 | 42 | 100,0 | - |

* Teste do qui-quadrado. ** Teste exato de Fisher. Fonte: questionários aplicados.

As técnicas mais consideradas para o tratamento do bruxismo foram entre os dentistas: placa oclusal (93,4%) e ajuste oclusal (77%). Entre os fisioterapeutas: terapia manual (98,1%) e acupuntura (66,7%). Das técnicas consideradas, apenas 3 respostas não tiveram divergências que fossem estatisticamente significantes, sendo elas: “acupuntura”, “atividade física” e “encaminhamento para outro profissional” (Tabela 3).

Tabela 3 – Conhecimento acerca do manejo do bruxismo.

| Quais das técnicas abaixo você considera relevantes de serem aplicadas no manejo do bruxismo? | Formação | | | | p-valor |
|---|----------|------|----------------|------|---------|
| | Dentista | | Fisioterapeuta | | |
| | n | % | n | % | |
| Placa oclusal | | | | | |
| <i>Não</i> | 4 | 6,6 | 15 | 35,7 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 57 | 93,4 | 27 | 64,3 | |
| Acupuntura | | | | | |
| <i>Não</i> | 21 | 34,4 | 14 | 33,3 | 0,908* |
| <i>Sim</i> | 40 | 65,6 | 28 | 66,7 | |
| Eletroterapia | | | | | |
| <i>Não</i> | 49 | 80,3 | 26 | 61,9 | 0,039* |
| <i>Sim</i> | 12 | 19,7 | 16 | 38,1 | |
| Aplicação de toxina botulínica | | | | | |
| <i>Não</i> | 25 | 41,0 | 33 | 78,6 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 36 | 59,0 | 9 | 21,4 | |
| Ajuste oclusal | | | | | |
| <i>Não</i> | 14 | 23,0 | 24 | 57,1 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 47 | 77,0 | 18 | 42,9 | |
| AINES ou medicamentos miorrelaxantes | | | | | |
| <i>Não</i> | 26 | 42,6 | 35 | 83,3 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 35 | 57,4 | 7 | 16,7 | |
| Osteopatia | | | | | |
| <i>Não</i> | 51 | 83,6 | 22 | 52,4 | 0,001* |
| <i>Sim</i> | 10 | 16,4 | 20 | 47,6 | |

| | | | | | |
|--|----|-------|----|-------|--------|
| Terapia manual | | | | | |
| <i>Não</i> | 40 | 65,6 | 5 | 11,9 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 21 | 34,4 | 37 | 88,1 | |
| Higiene do sono | | | | | |
| <i>Não</i> | 33 | 54,1 | 31 | 73,8 | 0,043* |
| <i>Sim</i> | 28 | 45,9 | 11 | 26,2 | |
| Atividade física | | | | | |
| <i>Não</i> | 28 | 45,9 | 15 | 35,7 | 0,303* |
| <i>Sim</i> | 33 | 54,1 | 27 | 64,3 | |
| Encaminhamento para outro profissional | | | | | |
| <i>Não</i> | 24 | 39,3 | 22 | 52,4 | 0,191* |
| <i>Sim</i> | 37 | 60,7 | 20 | 47,6 | |
| Total | 61 | 100,0 | 42 | 100,0 | - |

* Teste do qui-quadrado. ** Teste exato de Fisher. Fonte: questionários aplicados.

Em relação aos sinais e sintomas da DTM, 50,8% dos dentistas e 33,3% dos fisioterapeutas consideraram o desgaste dentário um sinal desta condição. Ainda, a maioria dos dentistas e dos fisioterapeutas reconhecem como sinais e sintomas de DTM dor em região massetéica, dor em região temporal, limitação de abertura bucal, estalos na ATM e cefaléia. (Tabela 4)

Tabela 4 – Conhecimento acerca dos sinais e sintomas de pacientes com DTM

| Quais os sinais e sintomas mais comuns relatados e apresentados pelos pacientes com DTM? | Formação | | | | p-valor |
|--|----------|------|----------------|------|---------|
| | Dentista | | Fisioterapeuta | | |
| | n | % | n | % | |
| Dor na região massetéica | | | | | |
| <i>Não</i> | 13 | 21,3 | 15 | 35,7 | 0,106* |
| <i>Sim</i> | 48 | 78,7 | 27 | 64,3 | |
| Dor na região temporal | | | | | |
| <i>Não</i> | 4 | 6,6 | 16 | 38,1 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 57 | 93,4 | 26 | 61,9 | |
| Limitação de abertura bucal | | | | | |
| | | | | | 0,460* |

| | | | | | |
|--------------------------------|----|-------|----|-------|---------|
| <i>Não</i> | 17 | 27,9 | 9 | 21,4 | |
| <i>Sim</i> | 44 | 72,1 | 33 | 78,6 | |
| Estalos e crepitações da ATM | | | | | |
| <i>Não</i> | 5 | 8,2 | 5 | 11,9 | 0,737** |
| <i>Sim</i> | 56 | 91,8 | 37 | 88,1 | |
| Cefaléia | | | | | |
| <i>Não</i> | 8 | 13,1 | 7 | 16,7 | 0,616* |
| <i>Sim</i> | 53 | 86,9 | 35 | 83,3 | |
| Desgastes dentários exagerados | | | | | |
| <i>Não</i> | 30 | 49,2 | 28 | 66,7 | 0,079* |
| <i>Sim</i> | 31 | 50,8 | 14 | 33,3 | |
| Total | 61 | 100,0 | 42 | 100,0 | - |

* Teste do qui-quadrado. ** Teste exato de Fisher . Fonte: questionários aplicados.

As técnicas mais consideradas para o tratamento da DTM foram dispositivo interoclusal (85,2%) e ajuste oclusal (67,2%) entre os dentistas e terapia manual (88,1%) e acupuntura (69%) entre os fisioterapeutas.

Em relação às técnicas utilizadas para o tratamento da DTM, houve divergência estatisticamente significativa nas alternativas “placa oclusal”, “aplicação de toxina botulínica”, “AINES e medicamentos miorrelaxantes”, “osteopatia”, “terapia manual” e “encaminhamento para outro profissional” (Tabela 5).

Tabela 5 – Conhecimento acerca do tratamento da DTM.

| Quais das técnicas abaixo você considera relevantes de serem aplicadas para tratar a DTM? | Formação | | | | p-valor |
|---|----------|------|----------------|------|---------|
| | Dentista | | Fisioterapeuta | | |
| | n | % | n | % | |
| Placa oclusal | | | | | |
| <i>Não</i> | 9 | 14,8 | 21 | 50,0 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 52 | 85,2 | 21 | 50,0 | |
| Acupuntura | | | | | |
| <i>Não</i> | 21 | 34,4 | 13 | 31,0 | 0,713* |
| <i>Sim</i> | 40 | 65,6 | 29 | 69,0 | |
| Eletroterapia | | | | | |
| | | | | | 0,274* |

| | | | | | |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|
| <i>Não</i> | 44 | 72,1 | 26 | 61,9 | |
| <i>Sim</i> | 17 | 27,9 | 16 | 38,1 | |
| Aplicação de toxina botulínica | | | | | |
| <i>Não</i> | 26 | 42,6 | 32 | 76,2 | 0,001* |
| <i>Sim</i> | 35 | 57,4 | 10 | 23,8 | |
| Ajuste oclusal | | | | | |
| <i>Não</i> | 20 | 32,8 | 19 | 45,2 | 0,200* |
| <i>Sim</i> | 41 | 67,2 | 23 | 54,8 | |
| AINES ou medicamentos miorrelaxantes | | | | | |
| <i>Não</i> | 23 | 37,7 | 33 | 78,6 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 38 | 62,3 | 9 | 21,4 | |
| Osteopatia | | | | | |
| <i>Não</i> | 48 | 78,7 | 17 | 40,5 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 13 | 21,3 | 25 | 59,5 | |
| Terapia manual | | | | | |
| <i>Não</i> | 35 | 57,4 | 5 | 11,9 | 0,000* |
| <i>Sim</i> | 26 | 42,6 | 37 | 88,1 | |
| Higiene do sono | | | | | |
| <i>Não</i> | 39 | 63,9 | 30 | 71,4 | 0,427* |
| <i>Sim</i> | 22 | 36,1 | 12 | 28,6 | |
| Atividade física | | | | | |
| <i>Não</i> | 27 | 44,3 | 21 | 50,0 | 0,566* |
| <i>Sim</i> | 34 | 55,7 | 21 | 50,0 | |
| Encaminhamento para outro profissional | | | | | |
| <i>Não</i> | 20 | 32,8 | 27 | 64,3 | 0,002* |
| <i>Sim</i> | 41 | 67,2 | 15 | 35,7 | |
| Total | 61 | 100,0 | 42 | 100,0 | - |

* Teste do qui-quadrado. ** Teste exato de Fisher. Fonte: questionários aplicados.

4. Discussão

O conhecimento acerca das disfunções temporomandibulares e bruxismo é fundamental para um correto manejo dessas condições, porém observa-se que este não é um assunto abordado amplamente nos cursos de graduação das áreas da odontologia e fisioterapia, ou ainda é abordado com uma visão ultrapassada, refletindo a dificuldade desses profissionais na prática clínica específica (Yuri et al, 2021; Dalanon et al, 2020; Inae et al, 2018; Manfredini, Lombardo, Siciliani, 2017).

Nesta pesquisa os profissionais participantes, em sua maioria, consideraram indicativo de presença de bruxismo quando os indivíduos rangiam e apertavam dentes e possuíam cefaléias e dores faciais. Segundo Lobbezzo e colaboradores (2018) o bruxismo se refere a uma atividade da musculatura mastigatória que ocorre na presença ou não do contato dentário. Dessa forma, é correto associar o ranger ou apertar dentes ao bruxismo, porém também deve ser observado que, mesmo sem que haja o contato dos dentes, isso não exclui a ocorrência do bruxismo. No que tange a presença de cefaléia e dores orofaciais como um indicativo de presença de bruxismo, essa associação apesar de frequente não encontra respaldo na literatura, com estudos muitas vezes contraditórios (Martynowicz et al., 2019), observando-se que a coexistência de bruxismo pode aumentar as chances de migrânea em pacientes com DTM dolorosa (Fernandes et al., 2013), porém não há uma relação direta entre bruxismo e cefaléia e dores orofaciais. Observa-se ainda uma associação de alguns tipos de bruxismo que apresentam microdespertares com a ocorrência de cefaléias (Martynowicz et al., 2019), devendo esta associação ser mais explicada pela alteração do sono, fator bem estabelecido para ocorrência de cefaléia (Oh et al., 2018; Rains, Poceta, 2010).

Em relação aos sinais e sintomas, observa-se que ambos os profissionais confundem os conceitos de bruxismo com DTM. No que diz respeito ao bruxismo, 63,9% dos dentistas e 50% dos fisioterapeutas relatam a limitação de abertura bucal e a maioria dos dentistas e dos fisioterapeutas relatam estalos e crepitação da ATM como um sinal e/ou sintoma. Ao mesmo tempo, a maioria dos dentistas aponta desgastes dentários como sinal de DTM, algo que é característico e exclusivo do bruxismo. Ambos reconhecem a cefaléia como sintoma de DTM.

Nesta pesquisa, apesar de 100% dos dentistas e fisioterapeutas afirmarem acreditar em um tratamento multidisciplinar, a maioria dos dentistas encaminha pacientes com bruxismo e DTM para outros profissionais da mesma formação. Isso demonstra que o conceito de multidisciplinaridade no tratamento da dor orofacial ainda não está bem consolidado na prática. Uma possível explicação pode ser dada ao fato de que durante muitos anos, a teoria gnatólógica era a mais aceita para explicar as dores temporomandibulares e, com isso, a área de atuação era quase que exclusiva destes profissionais (Sales et al., 2022; Manfredini, Lombardo, Siciliani, 2017). Por outro lado, fisioterapeutas demonstram encaminhar grande parte das vezes para dentistas, demonstrando mais uma vez a predominância da formação odontológica quando se pensa em tratamento para dores temporomandibulares. No trabalho de Gadotti et al. (2018), realizado nos Estados Unidos, a maioria dos dentistas também não possuía consciência dos benefícios da fisioterapia no tratamento da dor temporomandibular.

A falta de entendimento sobre a multidisciplinaridade e as diversas opções de tratamento para bruxismo e DTM podem ser destacadas na tabela 5. Entretanto, fica claro que cada profissional entende, em sua maioria, apenas das competências da sua formação. Assim, cirurgiões-dentistas consideram eficazes no tratamento do bruxismo/ DTM o uso de placas oclusais, aplicação de toxina botulínica, ajuste oclusal e uso de medicamentos (AINES e miorrelaxantes), todos estes procedimentos feitos pela área odontológica e nem todos comprovadamente eficazes (Thambar et al., 2020). Por outro lado, fisioterapeutas destacam a eletroterapia, a osteopatia e a terapia manual como procedimentos eficazes, sendo claramente procedimentos da área de atuação da fisioterapia. Este resultado vai ao encontro do estudo de Gadotti et al. (2018), os quais observaram que um grande percentual dos dentistas não está consciente do benefício do fisioterapeuta no tratamento das DTM. A maioria lança mão de placas oclusais, prescrição medicamentosa e ajuste oclusal para o tratamento das desordens articulares e não possui conhecimento de que o fisioterapeuta pode tratar o paciente fazendo a reeducação dos movimentos mandibulares e

técnicas de terapia manual, uma abordagem não invasiva e com resultados benéficos (Paço et al., 2016; Dickerson et al., 2017; Armijo-Olivo et al., 2016).

Em relação ao ajuste oclusal, durante muitos anos o foco dos profissionais da odontologia na abordagem dos pacientes com distúrbios temporomandibulares era estritamente baseado na avaliação e correção das supostas anormalidades dentárias. O conceito que uma discrepância entre RC (relação cêntrica) e MIH (máxima intercuspidação habitual) podiam levar a uma instabilidade ortopédica e consequente distúrbio temporomandibular foram suportados por poucos estudos e de qualidades metodológicas duvidosas, que geraram a herança dos princípios gnátológicos (Manfredini, 2018). Assim, a ideia de que alguns contatos dentários prematuros poderiam levar ao deslocamento da mandíbula da posição de RC para MIH, ou que interferiam nas excursões laterais e protrusivas da mandíbula, levaram a várias estratégias de tratamento das DTM baseadas no ajuste oclusal (Manfredini, 2018). Entretanto, nas últimas décadas, as evidências científicas cresceram no sentido de um modelo biopsicossocial para o diagnóstico e tratamento da DTM. Manfredini et al. (2017) relataram em uma revisão sistemática que não há evidência que suporte a hipótese de um importante papel da oclusão na fisiopatologia da DTM, e encoraja os profissionais da área odontológica a abandonarem o paradigma gnátológico. Na presente pesquisa, observamos um grande número de profissionais da área da odontologia e fisioterapia que ainda considera o ajuste oclusal como um possível tratamento para as DTM e para o bruxismo. O fato de que grande parte dos cirurgiões-dentistas (36,1%) desta amostra eram formados há mais de 20 anos, pode sugerir que muitos deles ainda possuem conceitos defasados sobre o tratamento da DTM. Vários estudos demonstram que esse pensamento ainda prevalece entre muitos dentistas (López-Frías et al., 2019; Espinosa et al., 2016; Ommerborn et al., 2010; Aldrigue et al., 2016), porém um avanço nessa área já pode ser observado. Em contrapartida, um estudo realizado na Suécia demonstrou avanços nos tratamentos utilizados por dentistas na década de 90 para os anos 2000 para o tratamento das DTM (Gnauck, Magnusson, Ekberg, 2017). O uso da toxina botulínica foi apontado por 59% dos dentistas entrevistados como um possível tratamento para o bruxismo, enquanto a grande maioria dos fisioterapeutas (78%) não indicam o seu uso. A aplicação da toxina botulínica por cirurgiões-dentistas foi popularizada na Odontologia nos últimos anos, sendo aprovada definitivamente em 2019 pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), seja para fins cosméticos ou terapêuticos. Apesar da sua ampla utilização, o uso como tratamento para o bruxismo ainda não é consolidado na literatura. Por outro lado, a técnica de agulhamento para desativação dos trigger points mostra-se eficaz no tratamento das dores miofasciais (Wagner et al., 2018).

Uma limitação e possível viés deste trabalho é o número restrito de profissionais que responderam ao questionário. Sugere-se mais estudos com um maior número de participantes.

5. Considerações Finais

Alguns conceitos antigos sobre DTM, como os princípios gnátológicos, ainda estão muito presentes entre os profissionais. Isso pode levar a indicações de tratamento erradas e não resolutivas. Apesar de entenderem a importância da multidisciplinaridade, ainda há falta de conhecimento sobre as opções de tratamento possíveis pelas outras especialidades. Pela grande relevância do tema e do número de indivíduos acometidos por essas condições, o ensino sobre DTM e bruxismo deve ser ampliado desde as graduações, favorecendo uma melhor abordagem desses pacientes. Pesquisas futuras devem ser realizadas a fim de se observar a evolução do conhecimento sobre os temas abordados direcionando as práticas de ensino.

Referências

- Aldrigue, R. H., Sánchez-Ayala, A., Urban, V. M., Pavarina, A. C., Jorge, J. H., Campanha, N. H. (2016) A Survey of the Management of Patients with Temporomandibular Disorders by General Dental Practitioners in Southern Brazil. *J Prosthodont*, 25(1), 33-8. <https://doi.org/10.1111/jopr.12255>
- Armijo-Olivo, S., Pitance, L., Singh, V., Neto, F., Thie, N., Michelotti, A. (2016) Effectiveness of manual therapy and therapeutic exercise for temporomandibular disorders: systematic review and meta-analysis. *Phys Ther*, 96(1),9–25. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140548>
- Babiloni, A. H., Lam, J. T. A. T., Exposto, F. G., Beetz, G., Provost, C., Gagnon, D. H., Lavigne, J. G. (2020) Interprofessional Collaboration in Dentistry: Role of physiotherapists to improve care and outcomes for chronic pain conditions and sleep disorders. *J Oral Pathol Med*, 49(6), 529-537. <https://doi.org/10.1111/jop.13068>.
- Costa, Y. M., De Koninck, B. P., Elsaraj, S. M., Exposto, F. G., Babiloni, A. H., Kapos, F. P. (2021) Orofacial pain education in dentistry: A path to improving patient care and reducing the population burden of chronic pain. *J Dent Educ*, 85(3), 349-358. <https://doi.org/10.1002/jdd.12461>.
- Dalanon, J., Ugalde, R. B., Catibod, L. D., Macaso, J. M. L., Okura, K., Matsuka, Y. (2020) Comparative analysis of education, awareness, and knowledge of dentists and physical therapists in the treatment of temporomandibular disorders. *Cranio*, 28,1-8. <https://doi.org/10.1080/08869634.2020.1786332>
- De Leeuw, R. K. G. (2013) Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Fifth Edition, Quintessence.
- Dickerson, S. M., Weaver, J. M., Boyson, A. N., Thacker, J. A., Junak, A. A., Ritzline, P. D., Donaldson, M. B. (2017) The effectiveness of exercise therapy for temporomandibular dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*, 31(8), 1039–1048. <https://doi.org/10.1177/0269215516672275>
- Espinosa, I. A., Pérez, E. M., Gonzalez, Y. M., Corona, A. (2016) Assessment of knowledge on temporomandibular disorders among Mexican dental educators. *Acta Odontol Latinoam*, 29(3), 206-13.
- Fernandes, G., Franco, A. L., Gonçalves, D. A., Speciali, J. G., Bigal, M. E., Camparis, C. M. (2013) Temporomandibular disorders, sleep bruxism, and primary headaches are mutually associated. *J Orofac Pain*, 27(1),14-20. <https://doi.org/10.11607/jop.921>
- Gadotti, I. C., Hulse, C., Vlassov, J., Sanders, D., Biasotto-Gonzalez, D. A. (2018) Dentists' Awareness of Physical Therapy in the Treatment of Temporomandibular Disorders: A Preliminary Study. *Pain Research and Management*. 2018,1563716. <https://doi.org/10.1155/2018/1563716>
- Gadotti, I. C., Lakow, A., Cheung, J., Tang, M. (2020) Physical therapists' self-perceived adequacy of entry-level education and their current confidence levels with respect to temporomandibular disorders: A pilot study. *Cranio*, 38(5), 312-319. <https://doi.org/10.1080/08869634.2018.1525117>
- Garrigós-Pedroñ, M., Elizagaray-García, I., Domínguez-Gordillo, A. A., Del-Castillo-Pardo-de-Vera, J. L., Gil-Martínez, A. (2019) Temporomandibular disorders: improving outcomes using a multidisciplinary approach. *J Multidiscip Healthc*, 12, 733–747. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S178507>
- Gnauck, M., Magnusson, T., Ekberg, E. (2017) Knowledge and competence in temporomandibular disorders among Swedish general dental practitioners and dental hygienists. *Acta Odontologica Scandinavica*, 75(6), 429-436. <https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1331373>
- Jiménez-Silva, A., Peña-Durán, C., Tobar-Reyes, J., Frugone-Zambra, R. (2017) Sleep and awake bruxism in adults and its relationship with temporomandibular disorders: A systematic review from 2003 to 2014. *Acta Odontol Scand*, 75(1), 36-58. <https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1247465>
- Kapos, F. P., Exposto, F. G., Oyarzo, J. F., Durham, J. (2020) Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg*, 13(4), 321-334. <https://doi.org/10.1111/ors.12473>
- Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Raphael, K. G., Wetselaar, P., Glaros, A. G., Kato, T., Santiago, V., Winocur, E., De Laat, A., De Leeuw, R., Koyano, K., Lavigne, G. J., Svensson, P., Manfredini, D. (2018) International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil*.45(11), 837-44. <https://doi.org/10.1111/joor.12663>
- López-Frías, F. J., Gil-Flores, J., Bonilla-Represa, V., Ábalos-Labruzzo, C., Herrera-Martinez, M. (2019) Knowledge and management of temporomandibular joint disorders by general dentists in Spain. *J Clin Exp Dent*, 11(8), e680-e5. <https://doi.org/10.4317/jced.55634>
- Manfredini D. (2018) Occlusal Equilibration for the Management of Temporomandibular Disorders. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 30(3), 257-64. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.04.002>
- Manfredini, D., Colonna, A., Bracci, A., Lobbezoo, F. (2019) Bruxism: a summary of current knowledge on etiology, assessment, and management. *Oral Surgery*, 13(7). <https://doi.org/10.1111/ors.12454>
- Manfredini, D., Lombardo, L., Siciliani, G. (2017) Temporomandibular disorders and dental occlusion. A systematic review of association studies: end of an era? *J Oral Rehabil*, 44(11):908-23. <https://doi.org/10.1111/joor.12531>
- Martynowicz, H., Smardz, J., Michalek-Zrabkowska, M., Gac, P., Poreba, R., Wojakowska, A., Mazur, G., Wieckiewicz, M. (2019) Evaluation of Relationship Between Sleep Bruxism and Headache Impact Test-6 (HIT-6) Scores: A Polysomnographic Study. *Frontiers in Neurology*, 10(487). <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00487>
- Oh, J. H., Cho, S. J., Kim, W. J., Yang, K. I., Yun, C. H., Chu, M.K. (2018) Insufficient Sleep in Tension-Type Headache: A Population Study. *J Clin Neurol*, 14(4), 566-73. <https://doi.org/10.3988/jcn.2018.14.4.566>
- Ommerborn, M. A., Kollmann, C., Handschel, J., Depprich, R. A., Lang, H., Raab, W. H. (2010) A survey on German dentists regarding the management of craniomandibular disorders. *Clin Oral Investig*, 14(2), 137-44. <https://doi.org/10.1007/s00784-009-0282-4>
- Paço, M., Peleteiro, B., Duarte, J., Pinho, T. (2016) The effectiveness of physiotherapy in the management of temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Facial Pain Headache*, 30(3), 210–220. <https://doi.org/10.11607/ofph.1661>

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., Shitsuka, R. (2018) *Metodologia da pesquisa científica*. UAB/NTE/UFSM. https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf

Rains, J. C., Poceta, J. S. (2010) Sleep and headache. *Curr Treat Options Neurol*, 12(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11940-009-0056-y>

Sales, P. S. M., Moreno, J. M. L., De Oliveira, D., Mendes, B. C., Toscano, R. A., Marchioli, C. L., Assunção, W. G. (2021) Does the teaching of dentistry guarantee the necessary knowledge of occlusion and temporomandibular joint? *Research, Society and Development*, 10(9), e9610917589, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17589>

Thambar, S., Kulkarni, S., Armstrong, S., Nikolarakos, D. (2020) Botulinum toxin in the management of temporomandibular disorders: a systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 58(5), 508-519. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.02.007>

Wagner, J. C. B., Volkweis, M. R., Zaffari, L., Meinke, G. S., Brandalise, J. R. K., Zamboni, R. A., Lepper, T. W. (2018) Análise retrospectiva de casos tratados de trigger points. *J Braz Coll Oral Maxillofac Surg* 2018; 4 (1): 33-6. <https://doi.org/10.14436/2358-2782.4.1.033-036.oar>