

## PREVALÊNCIA DE DTM NA CIDADE DO RECIFE E SUA ASSOCIAÇÃO COM A SATISFAÇÃO SEXUAL

Iracema Thayane Magalhães de Moraes Veras<sup>1</sup>; Arnaldo de França Caldas Junior<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudante do Curso de Odontologia preventiva – CCS – UFPE; E-mail: iracemathayane@hotmail.com

<sup>2</sup> Docente/pesquisador do Depto de Clínica e Odontologia preventiva – CCS – UFPE. E-mail: arnaldo.caldas@ufpe.br

**Sumário:** O objetivo deste trabalho foi verificar a relação da DTM muscular dolorosa com os parâmetros relacionados com a satisfação sexual e fatores sociodemográficos, tendo em vista a escassez do presente tema na literatura atual. Este estudo transversal foi realizado com uma amostra de 776 indivíduos com idade entre 15 e 70 anos, de áreas urbanas da cidade do Recife - PE, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) entre Junho de 2012 a Janeiro de 2013. Os instrumentos utilizados foram CCEB, RDC/TMD e ASEX. A prevalência de DTM foi de 35,2%, relação estatisticamente significativa foi observada entre a DTM muscular dolorosa e satisfação sexual. Verificou-se uma alta prevalência de DTM na cidade do Recife. O desejo sexual foi considerado fator de risco para a mialgia na DTM. A depressão e a autopercepção de saúde bucal, sexo e idade, estão associadas à dor muscular.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Prevalência; Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular

### INTRODUÇÃO

A Academia Americana de Dor Orofacial define a disfunção temporomandibular (DTM) como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a Articulação Temporomandibular e as estruturas associadas. A prevalência de DTM é maior entre as mulheres<sup>1</sup>, na faixa etária de 21 a 40 anos<sup>2</sup>. Estudos têm observado a prevalência de DTM variando entre 25,2% e 50,8%<sup>3,4</sup>. A ansiedade, o estresse e a depressão, são considerados atualmente como os principais fatores etiológicos da DTM. Há evidências que depressão moderada ou grave possa estar presente nas pessoas com DTM dolorosa, e que os pacientes com depressão grave podem apresentar DTM<sup>5</sup>. Essa condição dolorosa pode comprometer o lazer, o sono, o apetite e a atividade sexual do indivíduo. As disfunções sexuais apresentam alta prevalência, afetando 43% das mulheres e 31% dos homens e são um dos maiores determinantes de redução de qualidade de vida. Assim, questões que abordam esses aspectos merecem estar entre os parâmetros que avaliam o curso das doenças crônicas<sup>6</sup>. O objetivo deste trabalho foi verificar a relação da DTM muscular dolorosa com os parâmetros relacionados com a satisfação sexual e fatores sociodemográficos, tendo em vista a escassez do presente tema na literatura atual.

### MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo transversal foi realizado com uma amostra calculada de 776 indivíduos entre 15 e 70 anos, de áreas urbanas da cidade de Recife (Brasil) cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) entre Junho de 2012 e Janeiro de 2013. Uma amostragem em múltiplos estágios foi realizada para incluir toda a cidade. Este estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) da rede pública da cidade do Recife. Aprovação ética para todas as etapas foi concedida pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 0538.0.172.172-11). Os instrumentos

utilizados foram CCEB, RDC/TMD e ASEX. O perfil socioeconômico foi avaliado utilizando-se o CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil). O diagnóstico de DTM foi determinado utilizando o RDC/TMD (Critérios de Diagnóstico em Pesquisa em Disfunção Temporomandibular)<sup>19</sup>. O RDC/TMD possui dois eixos. Para avaliar os parâmetros da satisfação sexual foi utilizada a Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)<sup>20</sup>.

### RESULTADOS

A amostra foi composta de Setecentos e setenta e seis pacientes (n = 776) com idades entre 15-70 anos, com uma média de 39,88 ± 14,34 e mediana de 39 anos. A prevalência de DTM foi de 35,2%, considerando os grupos I, II e III de diagnóstico do RDC / TMD. A prevalência de DTM muscular dolorosa (grupo I) foi de 13%. Na análise bivariada, observou-se que sexo (p=0,004), idade (p=0.011), satisfação sexual (p=0,009) e excitação sexual (p=0,012) apresentaram relação estatisticamente significativa com a dor muscular, além da depressão e da autopercepção sobre a saúde bucal, que estiveram fortemente associadas (p=0,000). No modelo de regressão logística final (tabela 1), observou-se que a depressão continuou fortemente associada com a dor muscular (p=0,000), verificando-se que o estado depressivo aumenta em 5 vezes as chances de apresentar dor muscular. A autopercepção sobre a saúde bucal também apresentou relação estatisticamente significativa com a dor muscular, observando-se que quem apresenta percepção negativa sobre a própria saúde bucal tem 2 vezes mais chances de ter dor muscular. Dentre as variáveis relacionadas à satisfação sexual, apenas o desejo sexual permaneceu no modelo final de regressão logística, mantendo-se associado a dor muscular (p=0,002), verificando-se que os indivíduos que responderam negativamente apresentam 2 vezes mais chances de apresentar dor muscular. Dentre as variáveis sociodemográficas, apenas o sexo e idade permaneceram no modelo final de regressão, observando-se que o sexo permaneceu estatisticamente associado com a dor muscular, sendo o sexo feminino um fator de risco, apresentando 2,4 mais chances de apresentar o desfecho (tabela 2).

### DISCUSSÃO

Neste estudo transversal 35,2% da amostra apresentou pelo menos uma sintomatologia relacionada a DTM. Estudos Transversais têm relatado que aproximadamente 40-87% dos participantes tem a doença, e aproximadamente 33% tinham pelo menos um sinal ou sintoma<sup>22; 23</sup>. Por outro lado, a dor muscular, diagnóstico do grupo I, foi de 13%, prevalência esta semelhante a encontrada por e Guarda-Nardini et al. (2012) (12,6%)<sup>24</sup>. No atual estudo, uma maior prevalência de DTM muscular dolorosa foi observada na faixa etária de 25 a 44 anos, corroborando com o estudo de Parente, Cerdeira (2013)<sup>7</sup>. Em contra partida Riley et al. (2014) que afirmaram que os adultos mais velhos experimentam uma maior prevalência de dor, maior intensidade e localização mais difusa que os adultos mais jovens e, além disto, existe a possibilidade de que o aumento da prevalência da dor entre os adultos mais velhos seja, em parte, devido à degeneração músculo-esquelética progressiva que acompanha o envelhecimento<sup>25</sup>. Pesquisas recentes concordam que a DTM é mais prevalente no sexo feminino<sup>16; 17</sup>. No presente estudo, observou-se que o sexo foi estatisticamente associado com a dor muscular, sendo o sexo feminino um fator de risco, apresentando 2,4 mais chances. As mulheres apresentam maior risco do que os homens para o desenvolvimento e cronificação da dor músculo esquelética em virtude das diferentes características psicológicas entre os sexos e os potenciais efeitos biológicos dos hormônios sexuais femininos<sup>26</sup>. Com relação à dor muscular autorreferida este estudo demonstrou que a chance das mulheres desenvolverem uma dor muscular é de quatro vezes. Santos; dos Santos; Cedrogló (2015) obtiveram como resultado que, em relação à dor crônica, 28% das idosas estudadas afirmaram que o sintoma dor poderia atrapalhar a vida sexual, e tal porcentagem é considerada significativa<sup>28</sup>. Alguns trabalhos já mostraram efeito negativo da dor na função sexual<sup>28; 29; 30</sup>. Em um estudo realizado com o objetivo de

determinar a prevalência de disfunção sexual em mulheres, constatou-se que 49% das mulheres apresentaram disfunção sexual, em algum nível<sup>31</sup>. Estudos objetivando avaliar a prevalência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas observaram uma prevalência entre 18,4% e 79,6% das pacientes<sup>16; 31</sup>. Em relação às desordens musculares como a FM, a depressão parece ser o fator determinante para a disfunção sexual, que, nesses pacientes, manifesta-se principalmente com redução do desejo, redução do índice de orgasmos e dor durante o ato sexual. Além disso, o uso de antidepressivos agrava ou contribui para piorar a qualidade da vida sexual. Há relatos de até 60% das pacientes tratadas com inibidores da recaptção de serotonina apresentarem disfunção sexual<sup>26</sup>. Neste estudo observou-se que a depressão está fortemente associada com a dor muscular, verificando-se que o estado depressivo aumenta em 5 vezes as chances de apresentar dor muscular. Corroborando com estes achados, Silva et al. (2012) sugerem que a dor e a limitação física, geradas pela DTM, podem explicar a característica de autodepreciação dos pacientes<sup>6</sup>. Ainda neste contexto, Progiante (2011) relata que, de acordo com o método de diagnóstico RDC/TMD Eixo II, seu estudo mostrou que pacientes com DTM tiveram um risco aumentado para a ocorrência de depressão moderada/grave<sup>36</sup>. Quanto à autopercepção sobre a saúde bucal, neste estudo, observou-se relação estatisticamente significativa com a dor muscular, de maneira que quem apresenta percepção negativa sobre a própria saúde bucal tem 2 vezes mais chances de ter dor muscular. Os resultados de um estudo recente sobre a autopercepção da saúde bucal dos adultos residentes no Nordeste brasileiro mostram que as baixas condições econômicas associadas às condições clínicas deficientes dessa população causam grande impacto na sua autopercepção da saúde bucal<sup>37</sup>.

### CONCLUSÕES

Verificou-se uma alta prevalência de DTM na cidade do Recife, estando localizada dentro da média mundial, assim como um percentual significativo de insatisfeitos sexualmente na amostra estudada. O desejo sexual foi considerado fator de risco para a mialgia na DTM. A depressão e a autopercepção de saúde bucal, assim como as variáveis sociodemográficas sexo e idade foram fortemente associadas à dor muscular.

### AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Dr. Arnaldo de França Caldas Junior pela atenção dedicada, assim como ao Doutorando André Cavalcante da Silva Barbosa. Agradeço ao CNPq por viabilizar financeiramente este trabalho.

### REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> De Freitas, V. R. P. et al. Abordagem fisioterapêutica em um portador de disfunção temporomandibular moderada na clínica escola das faculdades São José: um estudo de caso. *Ciência Atual*. 5: 10 p. 2015.
- <sup>2</sup> Minghelli, B., Kiselova, L., Pereira, C. Associação entre os sintomas da disfunção temporomandibular com factores psicológicos e alterações na coluna cervical em alunos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve. *Rev Port Saúde Pública*. 29: 7 p. 2011.
- <sup>3</sup> Ferreira, K. D. M. et al. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares - revisão de literatura. *RFO*. 14(3): 5-10. 2009.
- <sup>4</sup> Queiroz, M. F. et al. Qualidade de vida de portadores de dor crônica atendidos em clínica multiprofissional. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. 1(1):14-22. 2012.
- <sup>5</sup> Grillo, C. M. et al. Psychological aspects of temporomandibular disorder patients: evaluations after acupuncture treatment. *Rev Dor*. 16(1): 4-16. 2015.
- <sup>6</sup> Silva, J. A. M. G. et al. Correlação entre autoestima e grau de severidade da disfunção temporomandibular em sujeitos controle e afetados. *Rev Odontol UNESP*. 41(1): 6- 20. 2012.

- 7 Parente, I. A., Cerdeira, D. D. Q. Disfunção temporomandibular: a avaliação  
fisioterapêutica em discentes de uma instituição de ensino superior do município de Sobral-  
Ceará. *SANARE, Sobral.*, 12(1): 6. 2013.
- 8 Kinote, A. P. B. d. M. et al. Perfil funcional de pacientes com disfunção  
temporomandibular em tratamento fisioterápico. *Rev Bras Promoç Saúde.* 24(4):306-312,  
2011.
- 9 Martins, R. J., Garcia, A. R.; Miguel, N. Stress levels and quality of sleep in subjects with  
temporomandibular joint dysfunction. *Rev. odonto ciênc.* 25(1): 5- 10. 2009.
- 10 Quintana, Z. J. et al. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en la población de  
15 años y más de la Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol. Ciudad de La Habana.*  
4(4): 22-33. 2007.
- 11 Kuroiwa, D. N. et al. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade  
de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey. *Rev  
Dor. São Paulo.*12 (2): 6. 2011.
- 12 Cunha, L. L.; Mayrink, W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos.  
*Rev Dor.*12(2): 44-8. 2012.
- 13 Sartoretto, S. C., Bello, Y. D., Bona, A. D. Evidências científicas para o diagnóstico e  
tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia. *RFO.* 17(3): 7-14. 2012.
- 14 Kurizky, P. S., Da Mota, L. M. H. Disfunção sexual em pacientes com psoríase e artrite  
psoriásica – uma revisão sistemática. *Rev Bras Reumatol.* 5(2): 10. 2012.
- 15 Bertan, F. D. C., De Castro, E. K. Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão  
e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. *REVISTA SALUD & SOCIEDAD.*  
1(2): 111-16. 2010.
- 16 Costa, T. F. et al. Prevalência de disfunção sexual entre pacientes acompanhadas na coorte  
Brasília de artrite reumatóide inicial. *Rev Bras Reumatol.* 5(5): 9-15. 2015.
- 17 Marques, F. Z. C., Chedid, S. B., Eizerik, G. C. Resposta sexual humana. *Rev. Ciênc.  
Méd.*17(3-6):8. 2008.
- 18 Pauls, R. N., Kleeman, S. D., Karram, M. M. Female sexual dysfunction: principles of  
diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Surv.* 60(1): 9 p. 2005.
- 19 MONOGRAFIA EM FORMATO ELETRÔNICO  
CDI, CLINICAL DERMATOLOGY ILLUSTRATED [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach  
H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.
- 20 PROGRAMA DE COMPUTADOR  
HEMODYNAMICS III: the ups and downs of hemodynamics [computer program].  
Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.
- 22 JP, O. **Management of temporomandibular disorders and occlusion.** 3. 2003. 413-35.
- 23 GE, C.; T, M. **Management of temporomandibular disorders in the general dental  
practice.** 1999.
- 24 Guarda-nardinI, L. et al. Age-related differences in temporomandibular disorder  
diagnoses. *Cranio: Journal of Craniomandibular Practice.* 30(2):103 - 109. 2012.
- 25 Riley, J. L. et al. Age and race effects on pain sensitivity and modulation among middle-  
aged and older adults. *J Pain.* 15 (3):272-82. 2014. ISSN 1528-8447.
- 26 Slade, G. D. et al. Signs and symptoms of first-onset TMD and sociodemographic  
predictors of its development: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain.* 14(12):  
Suppl, p. T20-32.e1-3, Dec 2013. ISSN 1528-8447. Disponível em: <  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24275221> >.
- 28 Santos, A. M., Dos Santos, F. C., Cendoroglo, M. S. Sexuality and chronic pain in long-  
lived females: description of interferential factors. *Rev Dor.* 16: 4 p. 2015.
- 29 BARBOSA, A. C. S.; CALDAS JÚNIOR, A. F. Disfunção temporomandibular: avaliação  
de fatores de risco psicossociais. 2013.
- 30 Demir, S. E., Resvanii, A.; Seniz, O. K. Assessment of sexual functions in female patients  
with ankylosing spondylitis compared with healthy controls. *Rheumatol Int.* . 53: 6. 2013.
- 31 FERREIRA, C. C. et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças  
reumáticas *Elsevier Editora Ltda.* São Paulo. 53: 12 p. 2013.

- 36 Progiante, P. S. et al. Prevalence of temporomandibular disorders and orofacial pain in battered women in Brazilian shelters. *Rev Odonto Cienc.* 26(3): 227-231. 2011.
- 37 Do Vale, E. B., Mendes, A. C. G., Moreira, R. S. Self-perceived oral health among adults in Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública.* 47(1): 10. 2013.