

Uma abordagem fisioterapêutica nas desordens temporomandibulares: estudo retrospectivo*

Physiotherapeutic approach in temporomandibular disorders: retrospective study

Márcia Aparecida Piccoloto
Matta¹
Donizete César Honorato²

RESUMO: A articulação temporomandibular (ATM) é uma estrutura altamente especializada do complexo craniomandibular que está sujeita a comprometimentos de origem neurológica, ortopédica e músculo-esquelética, originando as desordens temporomandibulares (DTM). Responsável por uma sintomatologia de difícil diagnóstico e tratamento, envolve manifestações dolorosas e de incoordenação de movimentos relacionadas ao desequilíbrio biomecânico da articulação e de estruturas associadas. Um estudo retrospectivo a longo prazo possibilitou avaliar os resultados de uma intervenção fisioterapêutica em pacientes com DTM tratados num Serviço Público de Saúde em Campinas no Brasil. Dois diferentes grupos foram considerados: Grupo I (n = 27) constituído por pacientes que completaram o processo terapêutico; Grupo II (n = 19) constituído por pacientes que não completaram o programa proposto. Após um período que variou entre 4 e 18 meses, em entrevista realizada por telefone, foram coletados dados para análise das condições atuais dos pacientes em ambos os grupos. Os resultados mostraram que 21 pacientes do grupo I apresentavam-se sem sintomatologia dolorosa ao final do tratamento. Durante o período de seguimento, 16 pacientes do grupo I e 5 pacientes do grupo II não apresentavam sintomatologia dolorosa. Quanto aos procedimentos adotados após a alta, 10

pacientes do grupo I e 16 do grupo II permaneceram em tratamento em outras especialidades, tais como neurologia, odontologia, psiquiatria e outras. Os resultados observados indicam que a abordagem interdisciplinar é uma necessidade e que a fisioterapia, quando realizada de forma abrangente, pode ser um recurso de escolha no tratamento das DTM.

DESCRIPTORIOS: Transtornos da articulação temporomandibular/terapia. Fisioterapia. Estudos retrospectivos.

ABSTRACT: Temporomandibular joint is a highly specialized structure in craniomandibular complex. This structure can be compromised by neurological, orthopedic and musculoskeletal problems, originating temporomandibular disorders (TMD). TMD carries a particular symptomatology, which can be difficult to diagnose and treat, accompanied by lack of movement coordination and painful manifestations associated to biomechanical unbalance of the joint and its related structures. A retrospective long-term study made it possible to evaluate the results of a physiotherapeutic intervention in patients with TMD who were treated in a Public Health Service in Campinas, Brazil. Two different groups were considered: Group I (n = 27) was submitted to a complete physiotherapeutic treatment; Group II (n = 19), did not complete the proposed

* Este trabalho faz parte do projeto de dissertação de Mestrado a ser defendida pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Apresentação em forma de pôster: 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor, 17-19 de maio de 2001.

¹ Fisioterapeuta, Mestranda pela Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP, Fisioterapeuta do Serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Hospital de Clínicas/ UNICAMP

² Médico, Doutor, Professor do Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP

Endereço para correspondência: Rua Francisco Duprat Coelho, 290 – Jardim Bela Vista, Campinas – SP, CEP:13075-540. Tel.: (19) 3255-4854/3251-7017. e-mail: picoloto@hc.unicamp.br

program. The follow up periods, ranging from 4 to 18 months after treatment, were carried out by a telephone interview, in which the patients were asked questions related to the manifested complaints at that time. The results revealed 21 patients in group I with no painful manifestations at the end of the therapy. During the follow up period, 16 patients in group I and 5 patients in group II were asymptomatic, but 10 patients in group I and 16 in group II had remained in treatment by other specialties, as neurology, dentistry,

psychiatry and others. The observed results indicate that an interdisciplinary approach is essential in these cases and a comprehensive methodology to physical therapy could play an important role in TMD treatment.

KEYWORDS: Temporomandibular joint disorders/therapy. Physical therapy. Retrospective studies.

INTRODUÇÃO

Os conceitos que envolvem as DTM vêm se modificando através dos tempos e se baseiam nas diferentes concepções que cada categoria profissional tem sobre a etiologia destas desordens. Conforme observado por McNeill¹, numa revisão de literatura, as causas primárias destas desordens já estiveram fortemente relacionadas a aspectos oclusais, fatores neuromusculares e psicossociais, isoladamente. Atualmente, contudo, o processo evolutivo aponta para procedimentos diagnósticos mais abrangentes de dor orofacial e protocolos de atendimento multidisciplinares que envolvem múltiplos aspectos incluindo-se os de origem biopsicossociais.

Dada a relevância dos estudos referentes aos diferentes tipos de tratamento nas DTM cabe aqui uma breve revisão da literatura sobre as várias formas de abordagem fisioterapêutica, visto existir forte tendência para a utilização de modalidades não cirúrgicas, reversíveis, simples e não invasivas e só progredindo para tratamentos irreversíveis e mais complexos de acordo com o curso da doença².

A literatura internacional aponta alguns estudos referentes à eficácia da utilização de recursos físicos e manuais nas DTM que se baseiam, por analogia, em pesquisas similares relativas a diferentes doenças músculo-esqueléticas. Dentre os recursos mais citados encontra-se a terapia termal através do calor úmido e do gelo, "sprays" crioterápicos associados a alongamentos musculares^{3,4}, Ultra-som terapêutico (UST), estimulação elétrica, biofeedback, massagem, mobilização articular, exercícios^(5,6), além de diatermia por ondas curtas (OC), estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), iontoforese², laser de baixa intensidade, e a acupuntura⁷. A aplicação deste amplo arsenal terapêutico, disponível ao fisioterapeuta, está indicada no alívio da dor, redução da inflamação e do espasmo muscular, melhora da ação muscular e da mobilidade articular e restauração do equilíbrio músculo-esquelético⁸.

Apesar da escassez de publicações na área, os textos

pesquisados sugerem que, para estágios avançados de ruídos articulares, bloqueio articular persistente, hipermobilidade e hipomobilidade, as evidências experimentais ainda são insuficientes, mas para a dor articular e em músculos mastigatórios, dependendo de sua causa, pode-se sintomaticamente manusear através de vários recursos citados⁵, aplicados isoladamente ou em conjunto, pois a combinação de estratégias pode ser mais bem sucedida⁶. Contudo, apesar dos benefícios decorrentes dos efeitos fisiológicos desencadeados pelo uso de cada uma destas modalidades³, publicações com maior rigor metodológico ainda são escassas e, portanto, conduzem a conclusões duvidosas, baseadas numa visão reducionista da fisioterapia quanto à eficácia destas modalidades terapêuticas⁷. É preciso entender a abrangência de uma intervenção fisioterapêutica, que inclui exercícios terapêuticos, manipulação, orientações para as atividades de vida diária, controle postural e a utilização de determinados recursos, quando aplicados⁹.

Uma vez que nenhum tratamento mostra-se efetivo em todos os pacientes, as estratégias de tratamento devem ser traçadas de acordo com as necessidades especiais de cada paciente². O processo de reabilitação deve envolver algum aprendizado e o paciente deverá aprender a manusear os sintomas dolorosos de forma a obter uma melhora funcional, reduzindo sua dependência a medicamentos e melhorando sua qualidade de vida⁸.

Por observar freqüentemente resultados positivos obtidos da prática clínica, este estudo retrospectivo foi realizado para analisar a caracterização do paciente portador de DTM dentro de um serviço público de saúde no Brasil e sua evolução a longo prazo após uma intervenção fisioterapêutica abrangente.

Apesar da literatura internacional indicar que a atuação do fisioterapeuta nas DTM já vem de longa data, no Brasil esta é uma área ainda pouco desenvolvida e, portanto, não oferece muitas opções de atendimento ao paciente, principalmente no que se refere a serviços públicos. Neste

estudo, o Serviço pesquisado caracteriza-se por atender uma clientela composta essencialmente por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o que significa dizer que não há custo financeiro para população atendida.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Neste estudo retrospectivo, foi realizado um levantamento dos pacientes que procuraram atendimento no Setor de Fisioterapia aplicada às dores da ATM num Hospital Público de Campinas no período de março de 2000 a julho de 2001.

Foram coletados os dados contidos nas fichas de avaliação e evolução utilizadas naquele setor, sendo selecionados os pacientes que apresentavam diagnósticos prováveis de DTM, com pelo menos um dos seguintes sinais/sintomas: ruídos articulares na ATM, limitação dos movimentos e/ou desvios dos movimentos mandibulares, dor na região da ATM e/ou músculos mastigatórios¹⁰.

Participaram do estudo 46 pacientes que foram divididos em dois grupos: um grupo que completou o tratamento até a alta fisioterapêutica (Grupo I, n = 27) e outro que abandonou o tratamento e serviu de grupo controle (Grupo II, n = 19).

Foram excluídos do estudo aqueles pacientes portadores de doenças (sistêmicas, degenerativas e/ou neoplásicas), de implantes metálicos ou submetidos a tratamentos cirúrgicos (em região de cabeça e pescoço) e aqueles cuja terapia medicamentosa fora modificada durante o tratamento.

Foi elaborado um instrumento de coleta dos dados para o registro dos pontos mais relevantes da ficha de avaliação dos pacientes selecionados e que interessavam ao estudo.

O protocolo terapêutico desenvolvido no setor basicamente foi composto por: anamnese; avaliação físico-funcional da ATM, estruturas associadas e postura; elaboração de programa terapêutico, com a utilização de procedimentos para analgesia e/ou resolução de processos inflamatórios (TENS, massagem, UST), quando aplicáveis; técnicas de mobilização articular e exercícios mandibulares; orientações para exercícios de correção postural e para as atividades de vida diária.

Era previsto um número que variasse entre no mínimo 20 e no máximo de 40 sessões para o tratamento, mas no grupo estudado a variação foi de 5 a 38 sessões. A duração do tratamento variou entre 3 e 28 semanas, numa frequência de dois retornos semanais ou, em muitos casos, de acordo com a disponibilidade do paciente, limitando-se a um atendimento semanal.

Durante toda a realização do programa terapêutico, os pacientes encaminhados pela odontologia mantiveram-se em acompanhamento naquela especialidade, procedendo-se aos ajustes necessários em cada caso.

Para tentar quantificar objetivamente a dor manifestada,

foram realizados dois registros: o primeiro, antes do início do tratamento e o segundo, ao final do tratamento, no instante da alta. Aplicou-se uma escala visual analógica (EVA), constituída por uma linha de 100 mm, com descritores em cada extremidade: à esquerda, absolutamente nenhuma dor e à direita a pior dor já sentida. Foram introduzidas figuras para facilitar o entendimento de pacientes não alfabetizados. Classificaram-se como dor leve os registros entre 1 e 29 mm, como dor moderada entre 30 e 59 mm e como dor intensa acima de 60 mm¹¹.

Para o preenchimento da EVA foi solicitado ao paciente que registrasse, com um traço vertical, o ponto em que se encontrava, naquele instante, com relação ao seu quadro algico.

A alta fisioterapêutica deu-se mediante a remissão dos sinais e/ou sintomas apresentados. Nos casos em que os sinais e/ou sintomas não desapareceram, os pacientes foram encaminhados a outras especialidades para avaliação clínica.

Após a coleta dos dados, os pacientes foram contatados por telefone e sem qualquer interferência terapêutica, sendo solicitado que respondessem algumas questões qualitativas e quantitativas, visando obter dados sobre a situação atual de cada um com relação ao tratamento efetuado.

Utilizou-se o programa EPI-INFO, versão 6.04d, janeiro 2001, elaborado pelo *Centers for Disease Control & Prevention (CDC) – USA e World Health Organization – Geneva/Switzerland*, de análise estatística, para a análise dos dados obtidos.

RESULTADOS

Dentre os 53 pacientes que apresentavam diagnóstico provável de DTM e que preenchiam os critérios de inclusão, apenas 46 pacientes foram localizados para responder as questões elaboradas para o seguimento, compondo assim o grupo de estudo.

A Tabela 1 apresenta os resultados gerais coletados do prontuário dos pacientes analisados durante o período de tratamento.

As respostas da Tabela 2 foram obtidas através de contato telefônico e referiam-se a situação presente de cada paciente, de acordo com três questões:

1. Como você se sente atualmente, em relação às queixas que o levaram a procurar atendimento fisioterapêutico para a dor da ATM?;

2. Durante a avaliação, o tratamento e no momento da alta você recebeu orientações para serem realizadas em casa, com relação à dor, postura e atividades diárias? Mantém as orientações dadas?;

3. Após a alta ou abandono, qual foi o caminho seguido?

TABELA 1 – Resultados gerais obtidos através do levantamento de prontuários dos pacientes analisados, referentes ao período em que os mesmos encontravam-se em tratamento

DADOS COLETADOS		Geral n = 46	Freq. (%)	Grupo I (n = 27)	Freq. (%)	Grupo II (n = 19)	Freq. (%)	
A C O M P A N H A M E N T O F I S I O T E R A P Ê U T I C O	Idade (anos)	15 – 20	04	08,7	02	07,4	02	10,5
		21 – 30	17	37,0	10	37,0	07	36,8
		31 – 40	10	21,7	03	11,1	07	36,8
		Mais de 40 anos	15	32,6	12	44,4	03	15,8
	Sexo	Feminino	40	87,0	22	81,5	18	94,7
		Masculino	6	13,0	05	18,5	01	5,3
	Procedência	Campinas	24	52,2	15	55,6	09	47,4
		Outras	22	47,8	12	44,4	10	52,6
	Nº sessões	00 – 05	19	41,3	04	14,8	15	78,9
		06 – 10	14	30,4	12	44,4	02	10,5
		11 – 20	07	15,2	05	18,5	02	10,5
		31 – 40	06	13,0	06	22,2	00	00
	Início da dor (meses)	< 06 meses	15	32,6	07	25,9	08	42,1
		07 – 12	10	21,7	06	22,2	04	21,1
		13 – 36	10	21,7	05	18,5	05	26,3
		Mais de 36 meses	11	23,9	09	33,3	02	10,5
	Dor inicial	Leve	14	30,4	08	29,6	03	15,8
		Moderada	14	30,4	10	37,0	07	36,8
		Intensa	18	39,1	09	33,3	09	47,4
	Dor final	Nenhuma	21	77,8	21	77,8	NA	NA
		Leve	06	22,2	06	22,2	NA	NA
	Queixa principal	Dor ATM, MM	35	76,1	20	74,1	15	78,9
		Cefaléia	08	17,4	04	14,8	04	21,1
		Limitação ADM	02	04,3	02	07,4	00	00
		Ruídos articulares	01	02,2	01	03,7	00	00
	Sinais e sintomas	Dor ATM	33	71,7	19	70,4	14	73,7
		Dor MM	44	95,7	26	96,3	18	94,7
		Dor MC	27	58,7	14	51,9	13	68,4
Limitação ADM		19	41,3	12	44,4	07	36,8	
Desvios e deflexões		40	87,0	26	96,3	14	73,7	
Ruídos articulares		29	63,0	15	55,6	14	73,7	
Hábitos parafuncionais	Roer unhas	08	17,4	06	22,2	02	10,5	
	Apertamento	22	47,8	13	48,1	09	47,4	
	Morder lábios	16	34,8	10	37,0	06	31,6	
	Mascar chicletes	04	08,7	00	00	04	21,1	
	Ranger dentes	17	37,0	7	25,9	10	52,6	
Condições na alta	Sem queixas	21	77,8	21	77,8	NA	NA	
	Queixas eventuais	04	14,8	04	14,8	NA	NA	
	Queixas freqüentes	02	07,4	02	07,4	NA	NA	

Legenda: MM = músculos mastigatórios; MC = músculos cervicais; NA = não aplicado; ADM = amplitude de movimento; Freq. = freqüência; ATM = articulação temporomandibular

TABELA 2 - Respostas obtidas por contato telefônico, no período de seguimento dos pacientes analisados, com relação às queixas manifestadas no momento da entrevista e encaminhamentos ou procedimentos adotados após a alta fisioterapêutica ou abandono do tratamento.

Dados coletados		Geral n = 46	Freq. (%)	Grupo I (n = 27)	Freq. (%)	Grupo II (n = 19)	Freq. (%)	
Seguimento	Queixas Presentes	Não tem	20	43,5	16	59,2	05	26,3
		Eventualmente	15	32,6	08	29,6	07	36,8
		Freqüentemente	11	23,9	03	11,1	07	36,8
	Orientações	Mantidas	28	60,9	20	74,1	08	42,1
	Procedimentos adotados após a alta fisioterapêutica	Nenhuma intervenção necessária	19	41,3	17	62,9	03	15,8
		Reabilitação oral/ cirurgia ortognática	08	14,4	04	14,8	04	21,1
		Acompanhamento em outras especialidades	14	30,4	06	22,2	07	36,8
		Outros	5	10,9	00	00	05	26,3

Freq.: freqüência

De forma geral, houve uma prevalência de DTM em pacientes do sexo feminino. A faixa etária variou entre 15 e 56 anos, predominando a faixa entre 21 e 30 anos.

Houve predomínio dos moradores de Campinas no Grupo I, enquanto que no Grupo II prevaleceram os moradores de outras cidades da região.

O número de sessões realizadas variou entre zero e 38, apresentando índices maiores para a faixa entre 6 a 10 no Grupo I e entre 0 a 5 no Grupo II.

A dor estava presente em 100% dos casos tendo sua manifestação estimada num período que variou entre 1 e 180 meses. No Grupo I, houve uma predominância de dores manifestadas a mais de 36 meses, enquanto que no Grupo II predominaram as queixas dolorosas presentes a menos de seis meses.

Os níveis de dor predominantes no Grupo I foram dor moderada, enquanto que no Grupo II (47.4%) foram os de dor intensa.

Fazia parte do questionário de avaliação inicial, a determinação da principal queixa que levou os pacientes a procurarem atendimento. No Grupo I, assim como no Grupo II, a principal queixa que motivou a procura por atendimento foi a dor em região de ATM e/ou músculos mastigatórios.

Também na avaliação físico-funcional foi possível observar que a dor em músculos mastigatórios predominou em ambos os grupos.

Quanto à manifestação de hábitos parafuncionais, o apertamento dos dentes prevaleceu no Grupo I, enquanto que ranger os dentes apresentou níveis maiores no Grupo II.

Ao final do tratamento, no Grupo I, a grande maioria apresentava-se sem queixas. No Grupo II, as freqüências não foram aplicadas, pois os pacientes abandonaram o tratamento sem uma reavaliação final.

Após a alta ambulatorial, o seguimento variou entre um período de 4 a 18 meses. No Grupo I prevaleceu a freqüência de pacientes sem queixas, enquanto que Grupo II permaneciam as queixas eventuais e freqüentes.

Quanto às orientações gerais de manutenção dos cuidados a serem mantidos em casa, a maior parte dos pacientes no Grupo I ainda seguiam as orientações dadas, sempre que necessário. No Grupo II, uma parcela menor lembrava-se das orientações dadas na avaliação inicial e procurava mantê-las, quando necessário.

Nenhum procedimento adicional foi necessário, após a alta fisioterapêutica, na maior parte dos casos no Grupo I, enquanto que no Grupo II a maioria manteve o tratamento em outras especialidades. Em ambos os grupos havia pacientes com indicação de reabilitação oral ou de cirurgia ortognática. No Grupo II, 05 pacientes referiram interrupção do tratamento por motivos pessoais: impossibilidade de conduzir o tratamento durante a jornada de trabalho e

dificuldade em conseguir transporte gratuito até o setor de atendimento.

DISCUSSÃO

A revisão de literatura demonstra que as desordens que acometem a ATM envolvem estruturas nervosas, musculares e osteoarticulares que são susceptíveis aos efeitos decorrentes da utilização de recursos fisioterapêuticos.

Não foi objeto deste estudo retrospectivo avaliar a eficácia de determinadas modalidades fisioterapêuticas, mas na literatura pesquisada encontram-se fortes evidências de eficácia à utilização dos recursos aqui empregados.

Os efeitos produzidos por agentes condutores como o frio e o calor interferem diretamente no metabolismo local, reduzindo ou acelerando processos químicos e biológicos, favorecendo a resolução de alterações inflamatórias, promovendo o relaxamento muscular e a analgesia^{3,4}. Os resultados favoráveis à cinesioterapia no tratamento de estalidos em ATM¹⁴ e nas alterações posturais^{8,15,16}; o relaxamento muscular e a analgesia decorrentes da utilização da TENS, da massoterapia e da mobilização articular^{2,3,6,16,17}; a capacidade de resolução de inflamações crônicas e o ganho de amplitude de movimentos decorrente do aumento da extensibilidade do tecido colágeno na aplicação do ultra-som terapêutico³ foram as observações que fundamentaram a elaboração de nosso programa terapêutico.

As causas da prevalência de DTM em pacientes do sexo feminino e na faixa etária entre 20 e 30 anos ainda não foram esclarecidas¹⁰.

A prevalência significativa de dor em músculos mastigatórios, não apenas como queixa principal, mas também observada durante a avaliação física, parece corroborar com as considerações feitas por Mongini¹² de que a ATM não é a fonte mais importante e mais freqüente de dor craniofacial e sim a dor de origem muscular. De todos os sintomas na região da ATM, a mialgia é o que apresenta melhor evidência experimental de efetividade de tratamento fisioterapêutico, mas assim como na dor articular, o tratamento dos sintomas de dor muscular, sem identificação da causa, é só transitório e sem efetividade a longo prazo. Quando apenas um alívio temporário ocorre após o tratamento, os fatores etiológicos devem ser reconsiderados⁵.

A dor manifestada durante a avaliação, curiosamente apresentou níveis mais intensos nos pacientes do Grupo II que abandonaram o tratamento. Apesar de não encontrar uma explicação comprovada para tal fato, é provável que as dificuldades decorrentes de longos períodos de ausência no trabalho para que o tratamento se realizasse, possam ter influenciado na opção adotada. Para aumentar a qualidade das evidências produzidas por estudos clínicos sobre intervenções terapêuticas, um modelo de pesquisa deve

envolver não apenas componentes biológicos, mas também psicológicos e sociais¹³.

Quando o quadro clínico do paciente permite e o grau de discernimento é suficiente para seguir as orientações fornecidas no ato da avaliação, o número de sessões tende a diminuir. Recursos de fácil utilização como o calor e o gelo, técnicas de relaxamento, automassagem, autocontrole quanto a hábitos parafuncionais, orientações posturais, além de exercícios e alongamentos musculares realizados diariamente em casa são medidas observadas na prática clínica que parecem contribuir significativamente para os resultados positivos do tratamento. Como foi possível constatar, muitos pacientes, tanto no Grupo I como no Grupo II, optaram por manter as orientações fornecidas como forma de minimizar sintomas dolorosos, reduzindo sua dependência a medicamentos e melhorando sua qualidade de vida⁸.

A permanência de níveis de dor leve ao final do tratamento, no Grupo I, refere-se a pacientes que tiveram indicação de reabilitação oral ou necessitaram de outros tipos de intervenção para a resolução dos sintomas.

No seguimento, uma parcela maior de pacientes manteve-se sem queixas no grupo tratado. Este fato pode estar relacionado aos cuidados observados pelo paciente e a manutenção das orientações fornecidas em todas as áreas, assim como à identificação correta dos fatores etiológicos, permitindo um tratamento mais adequado. A permanência de queixas freqüentes em pacientes do grupo I e do grupo II pode indicar uma falha de diagnóstico, ou pode denotar a impossibilidade do paciente de participar de programas terapêuticos, ou ainda pode demonstrar a fragilidade de conhecimentos das áreas envolvidas quando se trata de doenças de etiologia multifatorial.

Em freqüências menores, mas não menos significativas, a opção por manter o tratamento ou necessitar de intervenção em outras especialidades isoladamente, confirma a etiologia multifatorial, como nos casos em que as queixas voltaram a se manifestar, ou não se resolveram definitivamente. Aos pacientes que tiveram indicação de reabilitação oral ou de cirurgia ortognática, a fisioterapia foi um tratamento coadjuvante na redução da sintomatologia dolorosa e reeducação muscular. Os fatores etiológicos de origem psicológica, tais como a ansiedade e a depressão, parecem ter sido de grande expressão em determinados pacientes que deram seqüência ao tratamento através de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico. Boever e Steenks¹⁰ classificaram os fatores responsáveis pelas desordens craniomandibulares em três grandes grupos: neuromusculares, anatomo-oclusais e psicológicos. Cada um destes fatores pode prevalecer sobre o outro, tendo a fisioterapia atuação de maior destaque quando os aspectos neuromusculares são mais significativos.

A interdisciplinaridade no tratamento de doenças de etiologia multifatorial é consenso entre os autores, mas não

condiz com nossa realidade. Nos estudos de Gil et al.⁸ muitos pacientes foram encaminhados ao Centro de Pesquisas após intervenções sem sucesso de uma única especialidade. O sucesso dos especialistas em um campo específico pode ser limitado pela falta de habilidades adicionais fora de seu campo de conhecimento, quando se trata de distúrbios multifatoriais.

CONCLUSÃO

A atuação da fisioterapia nas desordens da articulação temporomandibular, apesar dos resultados positivos observados na prática clínica, ainda é carente de estudos. Contudo, é preciso abster-se da visão reducionista sobre a

fisioterapia, a qual não se resume à utilização isolada de determinados recursos. O perfil do paciente portador de DTM atendido no serviço pesquisado pode diferir do que é encontrado na literatura internacional, por se tratar de uma população de baixo nível sócio-econômico, o que fatalmente influencia em todos os aspectos, desde a possibilidade de adesão ao tratamento até a manutenção dos cuidados necessários à não perpetuação da desordem. Apesar de não se tratar de um ensaio clínico, e sim de um estudo retrospectivo, os resultados positivos obtidos pelo grupo de tratamento indicam que a fisioterapia, aplicada de forma mais abrangente, sem restringir-se à utilização isolada de modalidades terapêuticas, pode auxiliar significativamente no controle da sintomatologia manifestada pelas DTM, favorecendo uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. McNEILL, C. History and evolution of TMD concepts. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 83, p. 51-60, 1997.
2. DIMITROULIS, G.; GREMILLION, H. A.; DOLWICK, M. F.; WALTER, J. H. Temporomandibular disorders. 2. Non-surgical treatment. **Aust. Dent. J.**, v. 40, n. 6, p. 372-6, 1995.
3. MURPHY, G. J. Physical medicine modalities an trigger point injections in the management of temporomandibular disorders and assessing treatment outcome. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 83, p. 118-22, 1997.
4. SANTOS Jr., J. Supportive conservative therapies for temporomandibular disorders. **Dent. Clin. North Am.**, v. 39, n. 2, p. 459-77, 1995.
5. CLARK, G. T.; ADACHI, N. Y.; DORNAN, M. R. Physical medicine procedures affect temporomandibular disorders: a review. **JADA**, v. 121, p. 151-61, 1990.
6. WRIGHT, E. F.; SCHIFFMAN, E. L. Treatment alternatives for patients with masticatory myofascial pain. **JADA**, v. 126, p. 1030-9, 1995.
7. FEINE, J. S.; WIDMER, C. G.; LUND, J. P. Physical therapy: a critique. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 83, p. 123-37, 1997.
8. GIL, I. A.; RIZZATTI-BARBOSA, C. M.; MONTEIRO-PEDRO, V.; SILVERIO, K. C. A.; GOLDFARB, D. P.; FUSCO, V.; NAVARRO, C. M. Multidisciplinary approach to chronic pain from myofascial pain dysfunction syndrome: a four-year experience at a brazilian center. **Cranio**, v. 16, n. 1, p. 17-25, 1998.
9. MOFFAT, M. Physical therapy for TMD. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 84, n. 3, p. 228, 1997.
10. BOEVER, J. A.; STEENKS, M. H. Epidemiologia, sintomatologia e etiologia da disfunção craniomandibular. In: STEENKS, M. H.; WIJER, A. **Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia: diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Livraria Santos Ed., 1996. p. 35-43.
11. GALPER, J.; VERNON, V. Dor. In: PALMER, M. L.; EPLER, M. E. **Fundamentos das técnicas de avaliação musculoesquelética.** 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 34-41.
12. MONGINI, F. **ATM e músculos craniocervicofaciais: fsiopatologia e tratamento.** São Paulo: Livraria Santos Ed., 1998.
13. LERESCHE, L. Assessment of physical and behavioral outcomes of treatment. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 83, p. 82-6, 1997.
14. AU, A. R.; KLINEBERG, I. J. Isokinetic exercise management of temporomandibular joint clicking in young adults. **J. Prosthet. Dent.**, v. 70, n. 1, p. 33-9, 1993.
15. NICOLAKIS, P.; ERDOGMUS, B.; KOPF, A.; NICOLAKIS, M.; PIEHSLINGER, E.; FIALKA-MOSER, V. Effectiveness of exercise the rapy in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. **J. Oral Rehabil.**, v. 29, n. 4, p. 362-8, 2002.
16. KIRK, W. S.; CALABRESE, K. D. Clinical evaluation of physical therapy in the management of internal derangement of the temporomandibular joint. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 47, p. 113-9, 1989.
17. FRIEDMAN, M. H. The hypomobile temporomandibular joint. **Gen. Dentistry**, p. 282-5, may-june 1997.

Recebido para publicação: 01/08/2002

Aceito para publicação: 10/09/2002