

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE BRUXISMO EM ALUNOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA FCT/UNESP, CAMPUS DE PRESIDENTE PRUDENTE.

Renata Rocha Bianchui, Cláudia Regina Sgobbi de Faria, Cláudia de Marco Valsechi.- Sub-área: 2.21 Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Curso de Fisioterapia - Departamento de Fisioterapia - Faculdade de Ciências – Campus de Presidente Prudente.

O Distúrbio Craniomandibular (DCM) é definido como uma desordem mandibular músculo-nervosa que forma um quadro semiológico característico, constituído por cefaléias, sons articulares, limitação dos movimentos mandibulares, sensibilidade muscular e dor na região cervical. Somente na presença de dois ou mais sinais e/ou sintomas, é que se caracteriza o distúrbio (DAHLSTROM, 1989).

O bruxismo pode ser definido como o apertamento involuntário, inconsciente e excessivo dos dentes. A chave para o diagnóstico do bruxismo não é a presença ou ausência do hábito, mas sua frequência, destrutividade, desconforto social ou sintomas físicos (NISSANI, 2001).

Nissani (2001) classificou o bruxismo em dois tipos. Quando ocorre durante o sono é denominado bruxismo noturno. Por outro lado, quando acontece durante a vigília é chamado de bruxismo diurno. Em adição, Lyons & Baxendale (1990) demonstraram que o bruxismo diurno ocorre particularmente em situações de estresse. Okeson (2000) e Nissani (2001) relataram que embora alguns indivíduos demonstrem apenas atividade muscular diurna, é mais comum encontrar pessoas com atividade noturna. Contudo, em ambas as formas de bruxismo ocorre vigoroso contato entre as superfícies de mordida dos dentes inferiores e superiores.

Possíveis causas do bruxismo são: estresse, tipos de personalidade, alergia, deficiência nutricional, manipulação dentária, introdução de substâncias estranhas na boca, drogas, propriocepção oral deficiente, fatores genéticos (NISSANI, 2001), irregularidades na oclusão, má função do sistema nervoso central (SNC) (LYONS & BAXENDAL. 1990; NISSANI, 2001)

Ciancaglini, Gherlone & Radaelli (2001) procuraram relacionar bruxismo com dor craniofacial e sintomas do sistema mastigatório numa população de adultos. Encontraram uma prevalência total de bruxismo de 31.4%, e o bruxismo foi significativamente associado com dor craniofacial, dificuldade na abertura total e no fechamento da boca, uma sensação de rigidez ou fadiga da mandíbula, e dor no pescoço.

Com relação ao gênero, segundo LOBBEZOO et al 1997, o apertamento apresenta-se 22% mais freqüente nas mulheres. Foi reportado que os hormônios sexuais provavelmente são relevantes nas diferentes prevalências de DCMs e sugerindo que as diferenças nos endurance dos músculos masseter e esternocleidomatóideo entre os sexos podem contribuir para maior susceptibilidade das mulheres em adquirirem DCM (UEDA, 2002).

Tendo em vista que o bruxismo é um fenômeno comum na população atual com diminuição da qualidade de vida o objetivo deste trabalho foi analisar, através de um questionário, a prevalência de bruxismo em 118 alunos com faixa etária de 17 a 25 anos que cursam fisioterapia na Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista (FCT-UNESP), Campus de Presidente Prudente no ano de 2006.

Como podemos observar no gráfico 1, o sexo feminino representou 79,66% da população estudada enquanto o sexo masculino representou 20,34% da população em questão.

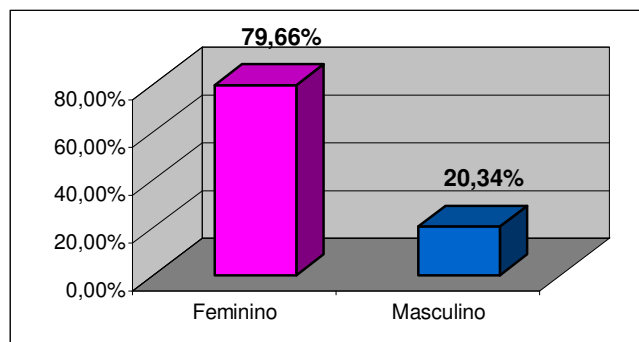


Gráfico 1 : Distribuição percentual do sexo nos voluntários

Na população estudada 38,98% apresentam DCM (gráfico2), sendo que 42,5% das mulheres e 25% dos homens possuem essa patologia (gráfico3). Desta forma, os resultados desse trabalho estão de acordo com os autores mencionados, sendo que a porcentagem foi de 17,55% mais freqüente nas mulheres.

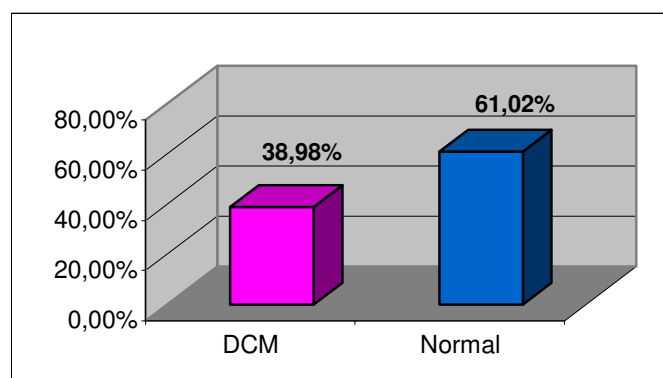


Gráfico 2 : Prevalência de DCM na população estudada

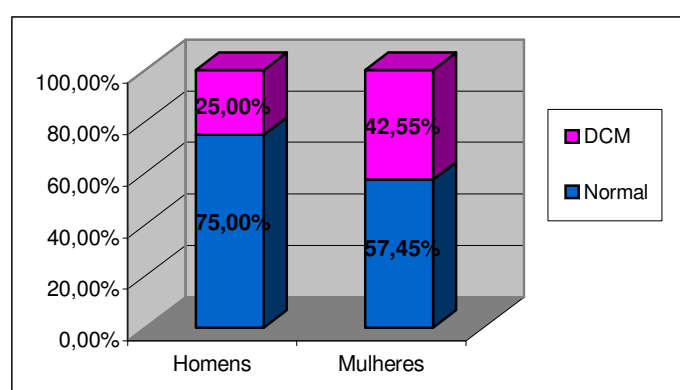


Gráfico 3 : Prevalência de DCM com relação ao gênero

No presente estudo podemos concluir que da população estudada, 38,98% apresentam bruxismo mostrando-se de acordo com os relatos da literatura, sendo que dentre os que possuem essa patologia, 42,5% eram do sexo feminino e 25% do sexo masculino.

1. CIANCAGLINI, R.; GHERLONE, E. F. & RADAELLI, G. The relationship of bruxism whit craniofacial pain and symptoms from the masticatory system in the adult population. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.28, n.9, p.842-848, 2001.
2. DAHLSTRÖM, L. **Electromyographic studies of craniomandibular disorders: a review of the literature.** Journal of Oral Rehabilitation, v.16,n.1,p.01-20, 1989.
3. LOBBEZOO, F.; LAVIGNE, G. J. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause-and effect relationship?. **J Orofac Pain**, v.11, n.1, p.15-23, 1997.
4. LYONS, M. F.; BAXENDALE, R.H. **A preliminary electromyographic study of bite force and jaw-closing muscle fatigue in human subjects whit advanced tooth wear.** Journal of Oral Rehabilitation, v.17, p.311-318, 1990.
5. NISSANI, M. A bibliographical survey of bruxism with especial emphasis on non-tradicional treatment modalities. **Journal of Oral Science**, v.43, n.2, p.73-83, june 2001.
6. OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.** 4.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
7. UEDA, H. M. et al. Differences in the fadigue of masticatory an neck muscles between male end famale. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.29, p.575-582, 2002.