

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO**

MARIA DE OLIVEIRA ALVES CAVALCANTI

**AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E DOR
OROFACIAL ASSOCIADAS A HÁBITOS PARAFUNCIONAIS E FATORES
PSICOLÓGICOS EM ACADÊMICOS DA POLÍCIA MILITAR**

JOÃO PESSOA

2009

MARIA DE OLIVEIRA ALVES CAVALCANTI

**AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E DOR
OROFACIAL ASSOCIADAS A HÁBITOS PARAFUNCIONAIS E FATORES
PSICOLÓGICOS EM ACADÊMICOS DA POLÍCIA MILITAR**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, vinculado à linha de pesquisa Doenças Sistêmicas e Infeciosas com Manifestações Bucais como requisito para obtenção do título de Mestre em Diagnóstico Oral.

Orientadora: Prof.^a Dra. Luciana Barbosa Sousa de Lucena

Co-orientador: Prof. Dr. André Ulisses Dantas Batista

JOÃO PESSOA

2009

C376a Cavalcanti, Maria de Oliveira Alves.
Avaliação da Disfunção Temporomandibular (DTM) e dor orofacial associadas a hábitos parafuncionais e fatores psicológicos em acadêmicos da Polícia Militar / Maria de Oliveira Alves Cavalcanti. - João Pessoa, 2009.
107f. : il.
Orientadora: Luciana Barbosa Sousa de Lucena
Co-orientador: André Ulisses Dantas Batista
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CT
1. Odontologia. 2. Disfunção Temporomandibular (DTM). 3. Hábitos parafuncionais – aspectos psicológicos.

UFPB/BC

CDU: 616.314(043)

MARIA DE OLIVEIRA ALVES CAVALCANTI

**AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E DOR
OROFACIAL ASSOCIADAS A HÁBITOS PARAFUNCIONAIS E FATORES
PSICOLÓGICOS EM ACADÊMICOS DA POLÍCIA MILITAR**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, vinculado à linha de pesquisa Doenças Sistêmicas e Infecciosas com Manifestações Bucais como requisito para obtenção do título de Mestre em Diagnóstico Oral.

Aprovado em: ____/____/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciana Barbosa Sousa de Lucena - Orientadora
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof. Dr. Maurício Kosminsky
Faculdade de Odontologia de Pernambuco FOP –UPE

Prof. Dr. Leonardo Marconi Cavalcanti de Oliveira
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

A meu querido esposo Leonardo, pelo apoio e incentivo imensuráveis nas horas alegres e nos momentos de angústia, ensinando-me diariamente o exercício da fé e da perseverança, entendendo que cada conquista minha é, na verdade, nossa.

Aos meus amados e pequenos filhos, Ana Beatriz e Léo, pelo amor e carinho incondicional que me projetam aos mais altos intentos; por me fortalecerem, tornando esta caminhada menos árdua, com seus sorrisos e afetos generosos; compreendendo sempre minha tão grande ausência.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, meu mestre, origem de tudo e de todos que estão e estarão comigo; autor de cada página da minha trajetória; fonte inesgotável de amor, luz e sabedoria.

A meus queridos pais, testemunho maior de dignidade, honra e luta, que me norteia, a quem amo e reverencio.

Aos verdadeiros amigos, aqueles que estando longe ou perto, estão sempre comigo, por meio de um amor fraternal que transcende o nosso entendimento.

A minha orientadora Prof.^a Dra Luciana Barbosa Sousa de Lucena, pela sabedoria com que me conduziu durante a execução deste trabalho, mostrando-me diariamente, através de seu exemplo, que Ciência se faz com responsabilidade e compromisso, a quem admiro, respeito e especialmente agradeço.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. André Ulisses Dantas Batista pela presença e apoio constantes, orientando-me de forma experiente, prestando assim, valiosa colaboração na minha formação científica.

Ao Prof. Dr. Maurício Kosminsky que com todo o seu conhecimento na área objeto deste estudo, muito o engrandeceu por meio de suas sugestões e observações.

A Julia e Gracielle, amigas, com as quais dividi fardos e angústias, sendo esta amizade mais uma das tantas coisas boas que aconteceram nesta jornada.

Aos colegas de Curso, com os quais tive o prazer de conviver, compartilhando diariamente das lutas, conquistas e das incertezas, dos quais levarei doces lembranças.

Ao Comando da Academia de Polícia Militar da Paraíba que viabilizou a condução desta pesquisa.

Aos Acadêmicos da Polícia Militar pela solicitude e presteza denotada na participação na atual pesquisa, condição esta, primordial, para que eu atingisse este objetivo.

Ao Coordenador do Curso de Pós-Graduação Prof. Dr. Fabiano Gonzaga, pelo incentivo e esforço constante, lutando diariamente pelo crescimento da nossa Pós-Graduação.

Aos Funcionários da Pós- Graduação, pela amabilidade, respeito e profissionalismo com os quais sempre me trataram.

RESUMO

Objetivo: Este trabalho objetivou estimar a ocorrência da Disfunção Temporomandibular (DTM) e dor orofacial, seu grau de severidade, bem como a presença de hábitos parafuncionais e fatores psicológicos envolvidos, numa população de não-pacientes representada por alunos de uma academia de Polícia Militar. **Metodologia:** Foi realizado um estudo do tipo transversal com abordagem indutiva e técnica de observação direta extensiva através de questionário. O universo foi composto por alunos de ambos os gêneros, regularmente matriculados na Academia de Polícia Militar do Cabo Branco, sediada no Centro de Educação da Polícia Militar, em João Pessoa, Paraíba. Avaliaram-se as variáveis de caracterização amostral (gênero, idade, estado civil), classificação e grau da DTM pelo Índice Anamnésico de Fonseca questões sobre hábitos parafuncionais e fatores psicológicos envolvidos utilizando-se o questionário dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em DTM (RDC/TMD): Eixo II. O nível de significância utilizado nos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95% de confiança. A amostra foi composta por 148 participantes com idade de 18 a 36 anos, sendo a maioria do sexo masculino (77,7%). **Resultados :** Observou-se a presença de DTM em 49,3% dos pesquisados, maior prevalência no sexo feminino e de DTM leve. Quanto aos hábitos parafuncionais envolvidos verificou-se que entre os pesquisados que apresentavam DTM, o hábito parafuncional mais expressivo foi o de ranger os dentes (89,5%), comprovando-se associação entre a DTM e os hábitos de ranger dentes, apertar os dentes e morder objetos. Relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) também foi encontrada entre a DTM e todos os sinais e sintomas avaliados, com exceção do travamento mandibular. Quanto à presença de dor, observou-se 18,9% de ocorrência de algum tipo de dor na face, sendo na maioria dos indivíduos, de manifestação crônica. Fatores psicológicos como Depressão, somatização com dor e somatização sem dor foram estatisticamente associados à DTM, mostrando que, nos indivíduos com maior severidade de depressão e somatização a DTM se manifestou mais intensamente. **Conclusão:** A DTM esteve presente em aproximadamente metade da população em estudo, havendo comprovada associação entre a mesma e os hábitos parafuncionais analisados, bem como, com os fatores psicológicos como depressão, somatização com dor e sem dor, ressaltando-se, inclusive, uma correlação entre o grau de severidade da DTM e dos fatores psicológicos.

Palavras-chave: Disfunção temporomandibular. Hábitos parafuncionais. Aspectos psicológicos.

ABSTRACT

This study aimed to estimate the incidence of temporomandibular disorders (TMD) and orofacial pain, its severity and the presence of habits and psychological factors in a population of non-patients represented by students of the Military Police Academy. Methodology was a cross-sectional study with an inductive approach and technique of extensive direct observation using a questionnaire. The sample was composed of students of both genders, enrolled in the Academy of Military Police of the Cabo Branco, based in the Education Center of Military Police in João Pessoa, Paraíba. It was evaluated the sample characterization variables (gender, age, marital status), TMD degree classification and the TMD history index of Fonseca on habits and psychological factors involved in using the questionnaire of the Research Diagnostic Criteria for TMD (RDC / TMD) Axis II. The level of significance used in statistical tests was 5% and the intervals were obtained with 95% confidence. The sample consisted of 148 participants aged 18 to 36 years, mostly male (77.7%). We observed the presence of TMD in 49.3% of respondents, with a higher prevalence in females and of mild TMD. It was found that among respondents who had TMD, the more significant parafunctional habit was the gnashing of teeth (89.5%), demonstrating an association between TMD and the habits of gnashing teeth, tighten the teeth and biting objects. Statistically significant association ($p < 0.05$) was also found between TMD and all the signs and symptoms, except for jaw lock. Pain in the orofacial region was found in 18.9% of the participants, and in most individuals, it was cronic. Psychological factors such as depression, somatization with pain and somatization without pain were significantly associated with TMD, showing that in subjects with higher levels of depression and somatization in TMD is expressed more intensely. The TMD was present in about half the population under study, with proven association between it and the deleterious habits examined, as well as with psychological factors like depression, somatization with pain and without pain, emphasizing even a correlation between the severity of TMD and psychological factors.

Key-words: Temporomandibular disorders. Parafunctional habits. Psychological aspects.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Variáveis de Caracterização Amostral	40
Quadro 2 -	Categorização das variáveis relacionadas ao diagnóstico de DTM	40
Quadro 3 -	Variáveis relacionadas aos sintomas de DTM entre os grupos estudados segundo as questões relacionadas ao Índice Anamnésico de Fonseca	41
Quadro 4 -	Conceito e categorização das variáveis no RDC/TMD: Eixo II	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos pesquisados segundo a faixa etária	44
Gráfico 2 -	Distribuição dos pesquisados segundo o gênero	45
Gráfico 3 -	Distribuição dos pesquisados segundo o estado civil	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos pesquisados segundo a prevalência e classificação da DTM	46
Tabela 2 -	Distribuição dos pesquisados segundo os sinais e sintomas do índice de Fonseca (DMF)	47
Tabela 3 -	Distribuição dos pesquisados segundo os sinais e sintomas de DTM pelo RDC eixo II	48
Tabela 4 -	Distribuição dos pesquisados segundo os hábitos parafuncionais	49
Tabela 5 -	Distribuição dos pesquisados segundo a ocorrência de dor na face, tempo e frequência da dor, procura pelo profissional de saúde, pancada ou trauma na face ou na mandíbula recentemente	50
Tabela 6 -	Distribuição dos pesquisados segundo as atividades que a dor na face ou problema na mandíbula o impedem, limitam ou prejudicam a sua qualidade de vida	51
Tabela 7 -	Distribuição dos pesquisados segundo a incidência de depressão, somatização com dor e sem dor	52
Tabela 8 -	Avaliação da DTM segundo os dados sócio-demográficos	53
Tabela 9 -	Avaliação da DTM segundo os hábitos parafuncionais	54
Tabela 10 -	Avaliação da DTM segundo os sinais e sintomas da DTM	56
Tabela 11 -	Avaliação da DTM segundo o grau da depressão, somatização com dor e somatização sem dor	59
Tabela 12 -	Avaliação da dor segundo o gênero, ocorrência de DTM, grau da DTM, e depressão	60
Tabela 13 -	Avaliação da dor segundo os sinais e sintomas da DTM pelo RDC ...	63
Tabela 14 -	Avaliação dos hábitos parafuncionais segundo o gênero	64
Tabela 15 -	Avaliação dos sinais e sintomas da DTM pelo RDC segundo o gênero	66
Tabela 16 -	Avaliação da DTM segundo o gênero	68
Tabela 17 -	Avaliação da tensão segundo os hábitos parafuncionais	69

Tabela 18 -	Avaliação da dor de cabeça freqüente segundo os hábitos parafuncionais	70
Tabela 19 -	Avaliação do grau da DTM segundo os hábitos parafuncionais	72
Tabela 20 -	Avaliação da freqüência da dor segundo os hábitos parafuncionais ...	73
Tabela 21 -	Avaliação do grau da DTM segundo a procura por profissional para tratar a dor	75

LISTA DE SIGLAS

AAOP	American Academy of Orofacial Pain (Academia Americana de Dor Orofacial)
ADA	American Dental Association – Associação Dental Americana
ATM	Articulação Temporomandibular
CEPM	Centro de Educação da Polícia Militar
DTM	Disfunção Temporomandibular
MIH	Máxima Intercuspidação Habitual
IASP	International Association for the Study of Pain (Associação Internacional para o Estudo da Dor)
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
RC	Relação Cêntrica
RDC/TMD	Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (Critérios diagnósticos de pesquisa em disfunção temporomandibular)
SE	Sistema Estomatognático
SRS	Escala de Reajustamento Social
SSI	Stress Symptoms Inventory (Inventário de Sintomas de Estresse)
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	17
2.2	DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)	17
2.2.1	Conceito, nomenclatura e classificação	17
2.2.2	Epidemiologia	18
2.2.3	Etiologia	20
2.2.3.1	Parafunção	21
2.2.3.2	Trauma	23
2.2.3.3	Fatores Psicológicos	24
2.2.3.4	Oclusão	27
2.2.4	Sinais e Sintomas	28
2.2.5	Dor Orofacial	31
2.2.6	Índice e Critério Diagnósticos	32
3	PROPOSIÇÃO	35
3.1	GERAL	35
3.2	ESPECÍFICAS	35
4	MATERIAIS E MÉTODOS	36
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	36
4.2	LOCAL DO ESTUDO	36
4.3	TIPO DE ESTUDO	36
4.4	POPULAÇÃO EM ESTUDO	36
4.5	AMOSTRA	37
4.5.1	Critérios de Elegibilidade	37
4.5.1.1	Critérios de Inclusão	37
4.5.1.2	Critérios de Exclusão	37
4.6	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	38
4.7	COLETA DE DADOS	39

4.8	ANÁLISE DOS DADOS	40
4.8.1	Variáveis	40
4.8.2	Análise Estatística dos Dados	42
5	RESULTADOS	44
6	DISCUSSÃO	76
6.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	81
6.2	CONTRIBUIÇÕES DO PRESENTE ESTUDO	82
7	CONCLUSÃO	83
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
	ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética	99
	ANEXO B – Questionário Específico	100
	ANEXO C – Questionário Eixo II RDC – TMD	102

1 INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) representa uma complexa associação de sinais e sintomas, apresentando a dor como manifestação notadamente mais marcante, acompanhada de muitos outros distúrbios funcionais envolvendo músculos da mastigação e Articulação Temporomandibular (ATM), os quais comprometem, indubitavelmente, a qualidade de vida do seu portador.

Conceitualmente pode-se afirmar que DTM é um termo coletivo que engloba um largo espectro de problemas clínicos articulares e musculares relacionados direta ou indiretamente ao sistema estomatognático (OLIVEIRA, 2002).

Estas disfunções apresentam como principais manifestações clínicas: dor de cabeça, dor no pescoço, dor na região da ATM, dor orofacial, limitação e desvio de abertura mandibular e ruídos articulares (OKESON, 2000; OLIVEIRA, 1992).

A dor, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (Internacional Association for the Study of Pain – IASP), é definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”. Dessa forma, estão envolvidos na percepção dolorosa não apenas os componentes físicos e químicos da nocicepção, mas também os aspectos subjetivos psicológicos, especialmente nos portadores de dor crônica (CONTI et al., 2001). Disfunção, por sua vez, pode ser descrita como uma alteração anormal da função de determinada estrutura, podendo ou não ser acompanhada de dor (ALENCAR JUNIOR, 2005).

Quanto à faixa etária, observa-se a maior prevalência de DTM em indivíduos na terceira década de vida (LISBOA, 2000). Tal fato pode ser explicado por ser esta uma faixa considerada produtiva pela sociedade, sendo caracterizada por uma época de intensa tensão psicológica de forma que esse fator aumenta significativamente o desenvolvimento da DTM (PORTNOI, 1995). No que concerne ao gênero observa-se uma diferença na prevalência de sinais e sintomas, encontrando-se um maior grau de DTM em mulheres do que em homens (OLIVEIRA et al., 2006).

Faz-se oportuno mencionar que atualmente considera-se a DTM como sendo de origem multifatorial e que freqüentemente o tratamento é multi ou interdisciplinar. Pressupõe-se, desta forma, que fatores oclusais associados às respostas nos músculos da mastigação e ATMs, e às condições gerais e emocionais do paciente podem iniciar, manter ou agravar o quadro (PAIVA, 1997; PEDRONI; OLIVEIRA; GUARITINI, 2003). Fundamentado na

Teoria Multifatorial, a literatura evidencia como fatores causais: trauma, parafunção, fatores psicológicos e maloclusão (OLSSON; LINDQVIST, 2002; VALLE-COROTTI et al., 2003).

As atividades parafuncionais podem ser definidas como todas as atividades neuromusculares não funcionais do sistema estomatognático, capazes de produzir hiperatividade de grupos musculares craniomandibulares, acima daquela necessária para a função (ALENCAR JÚNIOR; BATISTA, 2005). Como parafunção pode-se citar hábitos deletérios como bruxismo, roer unhas, chupar dedos ou bochecha, morder objetos, mascar chicletes, interpor objetos entre os dentes, os quais podem ser interpretados como uma forma inconsciente de liberar tensões emocionais.

A relevância dos fatores psicológicos na etiologia e desenvolvimento das DTMs é amplamente discutida na literatura (VALLE-COROTTI et al., 2003). O estresse, a depressão, a incapacidade e a doença comportamental disfuncional são aspectos críticos no perfil dos pacientes com DTM, podendo determinar o curso da doença e afetar o prognóstico do tratamento (DWORKIN; LeRESCHÉ, 1992).

O estresse pode levar o indivíduo à prática de hábitos bucais deletérios, gerando uma hiperatividade muscular nos músculos da mastigação. A contração prolongada desses músculos, em pacientes estressados, é o fator responsável pelos sintomas de fadiga crônica, falta de mobilidade, sensação de desconforto e dor (MAIA; VASCONCELOS; SILVA, 2001).

A literatura mostra que tais disfunções são encontradas numa estimativa de 50 a 60% na população, porém a maioria dos indivíduos não tem consciência da presença do problema nem da existência de tratamento (ALMEIDA et al., 2005).

Fundamentado na crescente necessidade de estudos nesta área, o presente trabalho objetiva avaliar a presença de DTM e Dor OroFacial numa população de não-pacientes, representada por acadêmicos da Polícia Militar, verificando-se também associação com hábitos parafuncionais e fatores psicológicos. Faz-se oportuno mencionar que a escolha da população alvo deste estudo deve-se ao fato de que estando a mesma exposta a um regime de atividades, que pela sua própria peculiaridade é de natureza estressante, sugere a hipótese que esta situação implicará diretamente nos resultados da presente pesquisa, visto que a literatura aponta atuação marcante dos fatores emocionais como agentes que desencadeiam, agravam ou perpetuam as supracitadas disfunções.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

O Sistema Estomatognático (SE) integra uma das mais complexas unidades anatômicas e funcionais do corpo humano, sendo esse conjunto constituído por quase toda a região craniofacial (ARMITAGE, 1984). Por conseguinte, o mesmo é composto por dentes, estruturas de suporte; maxila e mandíbula, ligamentos, ATMs, músculos da mastigação, músculos dos lábios, língua, pescoço e os suprimentos vasculares e neurais das estruturas supracitadas (SANTOS JÚNIOR, 1998), apresentando todos esses elementos, uma íntima relação fisiológica, devendo o mesmo ser considerado como um único sistema que sofre influências e, pode também, influenciar outros sistemas (MIRANDA; VIOLA, 1998).

Pode-se afirmar ainda que os componentes do SE encontram-se distribuídos em três subgrupos: o físico, composto pela oclusão dentária, responsável pelo funcionamento da atividade mecânica; o do sistema biológico que inclui periodonto de proteção e de suporte dos dentes e o do sistema neurofisiológico, constituído pelas ATMs, incluindo ligamentos e o complexo neuromuscular (HENRIQUES, 2003).

De acordo com Okeson (1992) este complexo sistema, deve trabalhar de forma sincronizada e harmônica, de forma que qualquer alteração em um de seus componentes pode determinar um desequilíbrio em seu funcionamento.

2.2 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

2.2.1 Conceito, nomenclatura e classificação

Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo coletivo pertencente ao subgrupo das desordens de dor orofacial, o qual engloba as condições dolorosas músculo-esqueléticas que podem envolver os músculos da mastigação, a ATM e estruturas associadas (MCNEILL, 1997). Conceitualmente pode-se afirmar ainda que a DTM é qualquer desarmonia ou

desequilíbrio que ocorre nas relações morfofuncionais de algum componente do SE (SANTOS JÚNIOR, 1998).

Conforme Alencar Júnior e Batista (2005), a primeira descrição da DTM foi feita pelo médico otorrinolaringologista James B. Costen, em 1934. Ele relacionou os sintomas de dor na região do ouvido e da ATM à falta de suporte dentário posterior.

A partir deste ano, outras teorias surgiram criando novos termos. Ramfjord e Ash, em 1971, sugeriram o termo distúrbios funcionais da articulação temporomandibular. Outros autores, considerando tal terminologia limitada, criaram a designação desordem craniomandibular (MCNEILL, 1980). Em 1982 foi denominada por Bell desordem temporomandibular, termo adotado pela Associação Dental Americana (American Dental Association - ADA) (OKESON, 1992; PAIVA, 1997; VALLE-COROTTI et al., 2003; ZANINI, 1999). Outrossim, o termo atualmente adotado pelo Conselho Federal de Odontologia é Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

De acordo com a estrutura do SE que entrou em colapso, as DTMs podem ser agrupadas em duas categorias: musculares, quando acometem somente a musculatura da mastigação e do pescoço; e articulares quando se caracterizam por distúrbios internos da ATM. Por conseguinte, os sinais e sintomas podem ser englobados no grupo das DTMs musculares, articulares ou de ambas, se as duas estruturas estão afetadas (OKESON, 2000; SIQUEIRA, 2001).

Esta disfunção surge quando ocorre alteração na biomecânica, na fisiologia, na parte anatômica da ATM e/ou das estruturas adjacentes, que levam a determinadas manifestações clínicas, como dor e disfunção da ATM, da musculatura mastigatória e de estruturas relacionadas que limitam e incapacitam as atividades desse complexo sistema (MCNEELY; OLIVO; MAGEE, 2006; MICHELOTTI et al., 2005; SHIBAYAMA; GARCIA; ZUIM, 2004).

2.2.2 Epidemiologia

É relevante afirmar que a prevalência de sinais e sintomas de DTM é alta em populações de não-pacientes (CHUANG, 2002). Quanto ao grau de severidade, a literatura evidencia que há maior prevalência de grau leve, sem necessidade de tratamento (BONJARDIM et al., 2005). Em estudo de prevalência realizado por Fonseca (1992) com

estudantes, pode-se constatar que aproximadamente 75% dos mesmos apresentavam ao menos um sinal de DTM e 33% pelo menos um sintoma.

Avaliando a prevalência de DTM e qualidade do sono em uma população de universitários, Verri et al. (2008) distribuíram dois questionários entre os mesmos, sendo um para avaliação da qualidade do sono originalmente publicado por Buysse et al. (1989) e o Índice Anamnésico de Fonseca (FONSECA et al., 1994) para qualificar o indivíduo como portador de DTM e determinar seu grau de severidade. Como resultados puderam verificar que a maioria da população estudada apresentou grau de DTM leve (51%), seguido de DTM moderada (23%) e uma pequena parcela de DTM severa (7%). E ainda, cerca de 50% da população apresentava uma baixa qualidade de sono.

Nassif, AlSalleeh e Al-Admawi (2003) realizando pesquisa com 523 estudantes militares, de idade entre 18 e 25 anos, encontraram níveis elevados de DTM apresentando uma frequência de 75% com algum sinal ou sintoma em comparação a outros estudos. E que destes, 6,9% demonstravam graduação leve, enquanto 51,4% e 16,7% apresentavam graduação moderada e severa, respectivamente. Estes autores sugerem que o estresse físico relativamente alto e a aflição mental associados ao programa de treinamento militar foi de grande importância nesses resultados.

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial (American Academy of Orofacial Pain – AAOP), em 1996 era estimado que 80% da população norte-americana tinha algum sinal ou sintoma de DTM e, que aproximadamente 5% desse grupo necessitava de tratamento. Todavia, os dados brasileiros são insuficientes para se obter avaliação semelhante restringindo-se a experiências localizadas e em serviços especializados no atendimento de pacientes com dor decorrente de DTM (SIQUEIRA, 2001).

No que concerne à relação entre gênero e manifestação de sinais e sintomas de DTM, evidencia-se em diversos estudos a maior ocorrência no gênero feminino. Oliveira, Grossi e Dias (2006), realizando um estudo epidemiológico em uma população aleatória de 2.396 estudantes universitários brasileiros, através do Índice Anamnésico de Fonseca (FONSECA et al., 1994) verificaram uma alta prevalência de DTM, sendo que, dentre as mulheres, 73% foram diagnosticadas como portadoras da disfunção contra 56% de homens atingidos.

Um estudo anterior também realizado com estudantes de Universidades do Brasil, com metodologia semelhante, obteve dados similares, apresentando alta prevalência (68%) de sinais e sintomas de DTM nessa população, com maior predominância feminina e grau de DTM leve na maior parte dos casos (PEDRONI; OLIVEIRA; GUARATINI, 2003).

Quanto à faixa etária, ambos os gêneros são afetados durante a terceira década de vida (20 a 30 anos), com menor número de casos de disfunção durante a infância e a velhice (OLIVEIRA, 1992). No entanto, nas crianças os sinais e sintomas são mais suaves e não existem evidências de que regularmente progridam na idade adulta. Pode-se explicar a baixa prevalência em idosos por uma auto-resolução do caso ou pelo fato de que, com o avançar da idade, sintomas de outras doenças mais graves sejam mais valorizados, desestimulando a procura por tratamento da DTM (OKESON, 2000).

Merighi et al. (2008) objetivando verificar a ocorrência de DTM em 79 crianças do município de Monte Negro/RO, correlacionando os achados à presença de hábitos orais deletérios, verificaram que 34,18% das mesmas apresentavam sinais de disfunção temporomandibular, não havendo porém, associação entre a mesma e a presença de hábitos orais deletérios.

2.2.3 Etiologia

Quanto à etiologia das DTMs, duas grandes correntes dividiam os estudiosos. A Teoria Dento-Muscular, na qual todos os problemas disfuncionais originavam-se de alterações oclusais, como contatos prematuros ou interferências oclusais, trazendo como consequência hábitos orais nocivos. A segunda, a Teoria Psicogênica, considerando as DTMs originadas principalmente pelo estresse ou outros desajustes emocionais, gerando hábitos parafuncionais que levariam à hiperatividade muscular. Entretanto, hoje é consenso dos autores a teoria Multifatorial, segundo a qual os fatores oclusais associados às respostas nos músculos e ATMs, e às condições gerais e emocionais do paciente podem iniciar, manter ou agravar o quadro (PAIVA, 1997; PEDRONI; OLIVEIRA; GUARITINI, 2003).

Ratificando tal assertiva, estudos realizados na década de 80 embasaram a teoria multifatorial e três grupos principais de fatores etiológicos foram aceitos: fatores anatômicos, incluindo oclusão e a ATM, fatores neuromusculares e fatores psicogênicos (ASH; RAMFJORD; SCHMIOSE, 2001; CARLSSON; DEBOEVER, 2000; SCHIFFMAN; FRICTON; HALEY, 1992; TOMACHESKI et al., 2004).

A literatura evidencia que a etiologia da DTM pode estar relacionada à tensão emocional, a distúrbios e interferências oclusais, às alterações posturais, à disfunção da musculatura mastigatória, às mudanças intrínsecas das estruturas que compõem a ATM, ou

ainda, à combinação desses fatores, caracterizando uma sintomatologia de difícil diagnóstico e tratamento, envolvendo manifestações dolorosas e incoordenação de movimentos (BUESCHER, 2007; LUCENA et al., 2006; PICCOLOTO; HONORATO, 2003; TAUCCI; BIANCHINI, 2007).

Observa-se dessa forma que a teoria multifatorial é consolidada e amplamente aceita, apontando como fatores causais os acima mencionados: parafunção, trauma, fatores psicológicos e maloclusão (OLSSON; LINDQVIST, 2002; VALLE-COROTTI et al., 2003).

2.2.3.1 Parafunção

Segundo Okeson (1992), a parafunção pode ser definida como todas as atividades neuromusculares não funcionais do SE, que produzem hiperatividade de grupos musculares craniomandibulares e aumentam a pressão interna na ATM. Este aumento pode levar a repetitivos microtraumas nas superfícies articulares (ZANINI, 1999). Além dessas consequências, tais hábitos podem ocasionar posicionamento anormal dos dentes e levar a uma oclusão traumática, predispondo a disfunção na ATM (CAUÁS et al., 2004).

Os hábitos parafuncionais podem acontecer em vigília ou durante o sono. Os hábitos que ocorrem em vigília incluem o apertamento dentário, morder lábio, bochecha e outros objetos, sucção digital, mascar chicletes, apoiar a mão ou objetos sob o queixo, movimentar a mandíbula sem propósito definido e sem contatos dentários, assim como outros hábitos que o indivíduo realiza de maneira consciente ou não (GAVISH et al., 2000; MATHEUS et al., 2005).

A atividade parafuncional que ocorre durante o sono é muito freqüente e denomina-se bruxismo podendo estar relacionada a inúmeros fatores causais, como emocional, dental, sistêmico, ocupacional, idade ou até mesmo ser idiopático (MOLINA et al., 2000). O bruxismo consiste na atrição rítmica dos dentes em movimentos não mastigatórios, realizados durante o sono (CAUÁS et al., 2004). Cestari e Camparis (2002) consideram o bruxismo um hábito extremamente destrutivo, que promove desgastes dentários, danos ao periodonto, dores musculares e DTMs. Okeson et al. (2000) afirmam que o hábito de ranger os dentes produz ainda mudanças no mecanismo de lubrificação das estruturas articulares, devido à sobrecarga nessa região, levando à mudança na biomecânica da ATM.

Segundo Camacho et al. (2008) um dos sinais clínicos mais evidentes do bruxismo é o desgaste dental por consequência do freqüente ranger e apertar dos dentes, ocorrendo geralmente nas bordas incisais dos dentes anteriores e sob a forma de faceta nos dentes posteriores. Evidenciam como outros sinais clínicos nas estruturas dentárias as fraturas de dentes e/ou restauração, fraturas radiculares, mobilidade dental, migração dos dentes, odontalgias, alterações pulpares como pulpíte e calcificações, alterações na posição e morfologia dental.

Pires, Silva e Breves (2007) avaliando a prevalência de bruxismo numa população de 486 militares da Marinha do Brasil verificaram evidências clínicas de bruxismo em 173 dos investigados, sendo significativa a presença de desconforto, dor nos músculos faciais e dores de cabeça nos mesmos, não havendo correlação entre a parafunção e hipertrofia muscular.

Em estudo realizado por Carvalho et al. (2008), objetivando mensurar a prevalência do bruxismo e de estresse numa população de 81 policiais militares do Estado do Maranhão, utilizaram como critérios para diagnóstico do bruxismo alguns dados clínicos e para diagnóstico de estresse o Inventário de Sintomas de Estresse (Stress Symptoms Inventory – SSI). Como resultado pode-se observar que a prevalência do bruxismo foi de 33,3% e a do estresse de 13,6%, observando-se que este teve maior prevalência naqueles que apresentavam o bruxismo.

Cauás et al. (2004), estudando a incidência de hábitos parafuncionais e posturais em portadores de DTM, avaliaram 191 pacientes através de ficha clínica e avaliação postural, obtendo os seguintes resultados: a idade dos pacientes oscilou de 16 a 86 anos, a maior incidência ocorreu na faixa etária de 21 a 30 anos e a menor, na faixa etária de 61 anos ou mais. A maior predominância de DTM foi no gênero feminino (81,2%), significante freqüência de hábitos como colocar a mão no queixo (73,5%), apertar os dentes (59,7%), bruxismo (57,6%) e morder objetos (43,5%). Analisando hábitos e gênero observou-se a maior freqüência dos hábitos de morder objetos (55,6%), bruxismo (58,3%) e onicofagia (36,1%) no gênero masculino e maior freqüência dos hábitos colocar a mão no queixo (74,8%), apertamento dental (63,9%), apertamento de mão (52,4%) e morder a língua (28,4%) no gênero feminino.

Cerqueira et al. (2007), estudando prevalência de hábitos parafuncionais em universitários, através de questionários, obtiveram os seguintes resultados: 78,3% da população pesquisada apresentava o hábito de mascar chicletes; 60,8% mordia mais de um lado só; 53,8% mordia objetos (tampa de canetas); 40,9% mordia os lábios; 35,6% mordia as bochechas, 35% roía as unhas e 25,7% cerrava ou apertava os dentes acordados.

Santos et al. (2006) avaliando clinicamente os sinais e sintomas de DTM, hábitos parafuncionais e características oclusais em 80 crianças, pacientes da clínica de Ortodontia preventiva da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP), realizaram exame clínico e entrevista supervisionada pelos pais, concluindo que os sinais e sintomas mais freqüentes foram o hábito de ranger os dentes, dores de cabeça e ruídos na ATM. A onicofagia e o bruxismo foram os hábitos parafuncionais mais prevalentes.

Branco et al. (2008) verificando a freqüência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em DTM (RDC/TMD) utilizaram dados provenientes de 217 pacientes que procuraram tratamento na clínica de DTM e Dor Orofacial da Faculdade de Medicina de Petrópolis. Como resultados observaram que a parafunção diurna foi mais frequentemente relatada entre os subgrupos de DTM, sendo encontrada em 64,8% dos casos contra 55,5% dos casos de relato de bruxismo do sono.

2.2.3.2 Trauma

Segundo Zanini (1999), os traumas podem ser divididos da seguinte forma: macrotrauma e microtrauma. O primeiro pode ser direto, o qual se caracteriza por um golpe súbito e isolado nas estruturas, podendo aparecer inflamação e perda de função ou indireto, no qual ocorre um golpe súbito, sem contato direto entre as estruturas envolvidas, como no caso de trauma por aceleração-desaceleração. Já os microtraumas ocorrem devido a forças repetitivas e prolongadas durante um determinado tempo, como os hábitos parafuncionais.

O macrotrauma pode provocar o alongamento dos ligamentos do disco articular, tornando-os menos capazes de manter o disco em posição estável, podendo levar a um deslocamento de disco e ao aparecimento de estalido e travamento. Já o microtrauma, como o hábito de apertar ou ranger os dentes pode levar a um afinamento da borda posterior do disco articular e subsequente, alongamento da lâmina retrodiscal inferior, provocando um posterior deslocamento de disco (OKESON, 1992).

2.2.3.3 Fatores Psicológicos

Os fatores psicológicos relacionados à DTM podem ser divididos em três categorias: fatores cognitivos, fatores comportamentais e emocionais (MOREIRA; ALENCAR JÚNIOR; BUSSADORI, 1998).

Segundo Rugh e Dahlstrom (1994) os fatores cognitivos são representados pela crença sobre a origem e o significado do sintoma, tendo sido sugerido que aquilo que o paciente pensa a respeito do seu problema é o maior fator na determinação das respostas emocionais e comportamentais. Já os fatores comportamentais podem aumentar a probabilidade de adquirir ou agravar um sinal na ATM ou nos músculos da mastigação, como é o caso dos hábitos bucais, podendo resultar em hiperatividade muscular. Outrossim, os fatores emocionais podem influenciar a DTM e outras condições dolorosas de várias formas, e o pensamento contrário também é válido, de que várias condições emocionais sejam resultantes da experiência de dor aguda ou crônica.

Citam-se como fatores emocionais envolvidos: a ansiedade, a depressão, o estresse, a incapacidade e a doença comportamental disfuncional (MOREIRA; ALENCAR JÚNIOR; BUSSADORI, 1998). Estes são aspectos críticos no perfil dos pacientes com DTM, podendo determinar o curso da doença e afetar o prognóstico e tratamento (DWORKIN; LeRESCHÉ, 1992).

Conforme Speculand e Goss (1985) a ansiedade é uma reação emocional complexa que se manifesta em um indivíduo que interpreta uma situação como ameaçadora. Assim, o estado emocional como ansiedade leva à tensão muscular, e esta, à dor. Tal seqüência de eventos, por sua vez, desencadeia os sintomas relatados pelos pacientes.

No grupo de transtornos de humor está inserida a depressão, cujos sintomas reúnem sentimentos de melancolia, isolamento e rejeição. Além disso, sintomas físicos não-específicos, ou seja, somatização, como alterações no padrão alimentar e no sono também são freqüentemente encontrados (HOLMES, 1997).

A somatização é definida no meio médico e psiquiátrico como uma tendência para experimentar e comunicar desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles (LIPOWISKI, 1988).

As manifestações de depressão juntamente com outros fatores podem causar hiperatividade e sobrecarga muscular. Sabe-se também que o comportamento depressivo pode interagir de várias maneiras com a dinâmica da DTM, tornando-se um importante fator de perpetuação da mesma, especialmente quando a depressão é uma consequência da DTM (PARKER; HOLMES; TEREZHALMY, 1993).

O estresse pode ser definido como um conjunto de reações não-específicas em pacientes sofrendo de doenças diversas ou como respostas não-específicas do corpo a qualquer exigência (MOREIRA; ALENCAR JÚNIOR; BUSSADORI, 1998).

De acordo com Beaton et al. (1991) algumas teorias demonstram que os sinais e sintomas de DTM são manifestações psicofisiológicas do estresse, e os pacientes com essa alteração experimentam e/ou expressam sintomas psicológicos somáticos e comportamentais do estresse junto com os sintomas da disfunção.

Assim pode ser verificada grande relação entre os fatores psicológicos e a DTM, pois as condições psicológicas podem contribuir na etiologia dos sintomas musculares dolorosos, devido ao aumento da atividade muscular por meio de estados emocionais como ansiedade ou estresse (MOREIRA; ALENCAR JÚNIOR; BUSSADORI, 1998).

Nazzario (1999) afirmou que fatores psicológicos devem ser considerados na DTM, em termos de alteração do limiar de dor e parafunção. Sabe-se que a depressão e ansiedade são conhecidos por diminuir o limiar doloroso, e, estando o paciente vivendo uma situação de estresse psicológico, qualquer dor que o mesmo esteja experimentando subjetivamente manifesta-se de forma mais intensa. Enfatizou ainda que pacientes com desordens psicológicas significantes clinicamente apertam os dentes como uma manifestação somática de estresse e isto pode exacerbar a condição de DTM pré-existente.

Dworkin e LeResche (1992), no estudo original do RDC/TMD em 261 pacientes americanos com DTM, mostraram na avaliação do estado psicológico que 54% dos pacientes apresentaram escore classificado como normal, enquanto que 27% e 19% apresentaram depressão moderada e severa, respectivamente. Para a somatização constatada com 37% tinham graduação normal, seguida de 32% com graduação moderada e 31% com severa.

Martins et al. (2007) objetivando verificar a associação da classe econômica e do estresse com a ocorrência de DTM, estudaram uma população de 354 indivíduos de ambos os gêneros, pertencentes a diferentes classes econômicas da zona urbana do município de Piacatu, São Paulo. Foi aplicado o Índice Anamnésico de Fonseca (FONSECA et al., 1994) para verificar o grau de severidade da DTM, e a Escala de Reajustamento Social (SRRS) para

verificar o grau de estresse. Observaram que não houve associação significativa entre a classe econômica e DTM, mas foi encontrada entre a DTM e o estresse.

Em estudo realizado por Coronatto et al. (2009) numa população de 48 pacientes da Clínica de Prótese Total da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), utilizando também o Índice Anamnésico de Fonseca e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) puderam constatar uma correlação entre a presença de DTM e maior nível de ansiedade entre os pacientes desdentados totais.

Toledo, Capote e Campos, (2008) estudando a relação do grau de depressão com a presença e gravidade da DTM, entrevistaram 56 voluntários na cidade de Franca-SP, utilizando o Índice Anamnésico de Fonseca e o Eixo II do RDC/TMD, concluindo que houve uma associação significativa entre a presença de DTM e o grau de depressão na população em estudo.

Yap, Chua e Tan (2004), estudando DTM, utilizaram uma amostra composta por 117 asiáticos, os quais foram avaliados através do instrumento RDC/TMD. Como resultados puderam observar que aproximadamente 39% dos pacientes com DTM apresentavam quadro de depressão, 55% e 48% tinham sintomas físicos não específicos com e sem itens de dor, respectivamente, todos com graduação de moderada a severa.

Bonjardim et al. (2009) em pesquisa realizada com o objetivo de avaliar a prevalência de DTM e sua relação com o gênero, oclusão e fatores psicológicos, numa amostra composta por 196 universitários, concluíram que houve a presença de DTM na metade da população estudada, porém a maioria dos casos classificada como de grau leve. Das variáveis analisadas, apenas a ansiedade mostrou relação significativa.

Nilsson, Drangsholt e List (2009) avaliando o impacto da dor e das DTMs em adolescentes, por idade e gênero, com avaliação de impacto específico na ausência na escola, consumo de medicação, necessidade de tratamento, função mandibular limitada, escores de depressão e somatização, verificaram que nas adolescentes que reportaram dor e DTM ocorreu maior impacto dos fatores psicológicos quando comparados àqueles do gênero masculino.

Em estudo realizado por Fernandes et al. (2007) verificando a relação entre ansiedade e DTM em graduandos de Odontologia em três períodos do curso, utilizando questionários auto-aplicáveis (Índice Anamnésico de Fonseca e IDATE) observaram correlação estatisticamente significativa entre DTM e ansiedade, em todos os períodos avaliados; e um nível mais alto de ansiedade foi observado no período intermediário do curso.

Em estudo realizado por Casanova-Rosado et al. (2006) com o objetivo de avaliar prevalência de DTM e fatores associados em 506 universitários do México, utilizando-se de um questionário relacionado a variáveis sociodemográficas, história de estresse, estilo de vida e ansiedade, como também, do RDC/TMD aplicado por quatro examinadores, demonstrou-se que houve associação significativa entre DTM, ansiedade e depressão e que, associações entre variáveis como bruxismo e perda de dentes também foram encontradas. O efeito do estresse foi considerado como dependente da perda de dentes, do gênero, bruxismo e ansiedade.

Molina et al. (2007) estudando o nível de depressão, severidade da dor e dor em locais únicos e múltiplos em 131 pacientes com diversos graus de bruxismo e DTMs, utilizaram exame clínico, questionário de depressão de Beck, questionário para dados epidemiológicos, critérios para distúrbios temporomandibulares e bruxismo, palpação dos músculos e articulações, escala analógica visual para avaliar dor, classificação da oclusão e testes biomecânicos para avaliar distúrbios internos articulares. Constataram que o nível de depressão, severidade da dor e locais de dor aumentaram com a severidade do bruxismo. Um maior número de locais com dor foi observado a medida que aumentou a severidade do bruxismo, podendo sugerir somatização.

2.2.3.4 Oclusão

Considerando-se a oclusão como fator etiológico da DTM, pode-se distingui-la como morfológica ou estática e funcional. Tem-se citado como causa dos sinais e sintomas de DTM, em relação à oclusão funcional, as interferências oclusais, o número de contatos em máxima intercuspidação habitual (MIH), os tipos de guias de desocclusão e principalmente a discrepância entre as posições de relação cêntrica (RC) e MIH (CASAGRANDE; ROSSATO, 1998).

De acordo com Barros e Rode (1995), o desvio de RC para MIH pode ocorrer quando, ao contrário da oclusão normal, que deve existir contatos bilaterais simultâneos em cêntrica para dissipar as forças mastigatórias, existe um contato prematuro ou interferência oclusal, por exemplo, que assimilará toda a força originando uma carga excessiva sobre ele. Assim, a mandíbula mudará de posição, a fim de aliviar a pressão sobre esse elemento, gerando o desvio. Essa alteração, caso ultrapasse a capacidade adaptativa em alguns indivíduos, poderá levar à DTM (OKESON, 1992).

A má-oclusão funcional (contatos prematuros e interferências oclusais) participa com um fator contribuinte na etiologia da DTM e não como um fator etiológico principal (BRANDÃO, 2003).

2.2.4 Sinais e Sintomas

As queixas relatadas pelos pacientes durante a anamnese são denominadas sintomas subjetivos. Sinais são todos os achados identificados pelo profissional durante a avaliação clínica (OLIVEIRA, 2002). Os dois principais sinais e sintomas associados à presença de DTM são dor e disfunção (ALENCAR JÚNIOR; BATISTA, 2005; OKESON, 2000; OKESON, 2003; OLIVEIRA, 2008). Para Wright, Deary e Geissler (1991), os principais sinais e sintomas da DTM são aqueles aos quais denominam tríade da DTM: dor ou sensibilidade nos músculos da mastigação e ATM, ruídos articulares e limitação dos movimentos mandibulares.

A dor, segundo a IASP é definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”. Dessa forma, estão envolvidos na percepção dolorosa não apenas os componentes físicos e químicos da nocicepção, mas também os aspectos subjetivos psicológicos, especialmente nos pacientes com dor crônica (CONTI et al., 2001; OLIVEIRA et al., 2003). Disfunção, por sua vez, pode ser descrita como uma alteração anormal da função de determinada estrutura, podendo ou não ser acompanhada de dor (ALENCAR JÚNIOR; BATISTA, 2005).

Pode-se afirmar que a DTM é caracterizada por sintomatologia variada que inclui dor na musculatura mastigatória e na região da ATM, limitação e/ou assimetria dos movimentos mandibulares, ruídos articulares (estalidos e crepitações), entre outros (DWORKIN; LERESCHE, 1992; OKESON, 1992; ZANINI, 1999).

As dores de origem muscular são a queixa mais comum nos indivíduos com DTM que procuram tratamento odontológico. Ela pode estar presente em um ou múltiplos músculos, ser uni ou bilateral. São classificadas genericamente como dor músculo-esquelética do grupo somático profunda, podendo emanar da musculatura esquelética, dos tendões ou da fáscia. A fadiga muscular e espasmos podem aparecer, devido à hiperatividade muscular, que causa incordenação ou disfunções na musculatura da cabeça e pescoço (OKESON, 2003).

Como sintomatologia inerente à DTM podem ser citadas as dores de ouvido e outros sintomas auditivos que levam o indivíduo a procurar inicialmente um médico otorrinolaringologista que, não constatando alterações patológicas, o encaminha para o cirurgião-dentista (OLIVEIRA; BRUNETI, 1998).

A limitação dos movimentos mandibulares ou travamento altera a articulação da fala, modifica também a mastigação, que se torna menos eficiente e interfere na deglutição (ZANINI, 1999). Esta ocorre também por um mau posicionamento do disco articular em relação à cabeça da mandíbula, que durante os movimentos mandibulares não consegue restabelecer a posição anatômica normal, ocorrendo um bloqueio na movimentação, com deflexão mandibular para o lado afetado, podendo levar a assimetria facial (OKESON, 1992).

De acordo com Turcio, Garcia e Zuim (2004), os ruídos articulares, apesar de serem encontrados em articulações saudáveis, podem caracterizar diferentes estágios de desarranjo interno como deslocamento de disco, alterações morfológicas na superfície articular e alterações nos ligamentos. Também podem indicar alterações musculares como a falta de sincronia entre os vários músculos da mastigação, o que facilita a instalação de um processo inflamatório com a possível progressão para degeneração articular.

O estalido pode estar presente no início da abertura bucal, ou tanto na abertura como no fechamento. Alguns autores acreditam que a explicação mais coerente para este som seria o deslocamento anterior do disco articular, devido a um posicionamento incorreto deste em relação à cabeça da mandíbula, que durante os movimentos mandibulares alcança uma posição próxima à fisiológica, provocando assim o ruído (OKESON, 1992).

Lima (2001), avaliando sinais e sintomas de DTM em pacientes sintomáticos, verificou que mais de 86,67% do total de sua amostra apresentou mais de um sinal e sintoma, e que os sintomas mais relatados foram cefaléia e dor facial. Verificou ainda que a relação entre os problemas na ATM e a característica oclusal revelou que 60,83% da população estudada era parcialmente edêntula e tinha alterações na ATM.

Franco et al. (2008) estudando as cefaléias observou que as mesmas representam uma das queixas mais comuns da população em geral e situam-se entre as dez condições sintomáticas mais comuns apresentadas às clínicas médicas. Segundo a literatura, pacientes com DTM apresentam cefaléias como um dos seus sintomas principais, quando não o único. Apesar de ser um sintoma que aparece frequentemente associado à DTM, a interação entre essas duas condições ainda não foi totalmente esclarecida.

Oliveira (1992) pesquisando os sintomas subjetivos, relatados como queixa principal, em 600 pacientes portadores de DTM, atendidos no Centro de Oclusão e Articulação

Temporomandibular da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP, verificou que a dor na região da ATM foi a que apresentou maior incidência, seguido pelos ruídos articulares, dor na face, dor de ouvido e dor de cabeça. Alguns sintomas apresentaram diferença estatisticamente significativa quanto ao gênero. O ruído articular mostrou-se mais freqüente em homens, enquanto que a dor de cabeça, dor na nuca e pescoço e travamento foram mais freqüentes nas mulheres.

Esposito, Panucci e Farman (2000) avaliando os sinais e sintomas de pacientes com DTM, selecionaram uma amostra composta por 425 pacientes, chegando aos seguintes resultados: Houve uma maior prevalência no gênero feminino (84%); as dores de cabeça foram relatadas em 78% dos pacientes; o sintoma mais freqüente foi dor próximo à ATM (84%); o sinal clínico mais freqüente foi o ruído articular, sendo mais da metade detectado na abertura (54%) e cerca de 31% no fechamento.

Conti et al. (1996) avaliaram a presença de sinais e sintomas de DTM e a sua necessidade de tratamento, além da influência da oclusão e dos fatores emocionais, entrevistando 310 estudantes universitários (51,61% do gênero feminino e 48,39% do masculino), com idade média de 19 anos, que foram divididos em dois grupos. A presença e a gravidade da DTM foram determinadas a partir de um formulário de 10 questões, desenvolvido e testado previamente. O Grupo I, além desse questionário, foi submetido a exames clínicos, durante o período das provas finais, quando estavam sob grande pressão emocional. Os resultados dos questionários anamnésicos revelaram que 58,71% dos entrevistados eram assintomáticos, 34,84% tinham sintomas leves de DTM, 5,81% tinham sintomas moderados e apenas 0,65% tinham sintomas severos de DTM. Os pacientes do gênero feminino apresentaram-se com um número significativamente maior de sintomas e de maior intensidade do que os do gênero masculino. Nenhuma diferença de gravidade de DTM foi observada entre os grupos I (exposto a uma maior tensão emocional) e o grupo II (controle). Porém, auto-relatos de tensão emocional e hábitos de parafunção mostraram forte correlação com os sintomas de DTM. Fatores oclusais não apresentaram influência na presença ou gravidade dos sintomas de DTM

Em estudo realizado por Menezes et al. (2008), correlacionando cefaléia e DTM, utilizando o Índice Anamnésico de Fonseca e questionário sobre cefaléia aplicado em 160 voluntários não-pacientes, verificaram uma maior prevalência de DTM no gênero feminino e maior ocorrência de cefaléia nas voluntárias do gênero feminino que apresentavam DTM.

Paiva et al. (2008) afirmam que a presença de sinais e sintomas de moderados a graves geram a necessidade de tratamento, levando os indivíduos a procurarem auxílio profissional.

Segundo Mcneill et al. (1997), o fato de que pouco se sabe a respeito da evolução natural das DTMs e de a maioria dos sinais e sintomas não progredirem para situações mais graves ou debilitantes a longo prazo, terapias irreversíveis devem ser evitadas.

2.2.5 Dor Orofacial

A dor é um dos sintomas mais comuns de DTM, sendo de grande relevância sua abordagem neste trabalho.

Pode ser definida como uma sensação desagradável, variável em intensidade e extensão de localização, provocada pela estimulação de terminações nervosas especializadas em sua recepção. É o sintoma mais comumente encontrado na prática médica e odontológica (FERREIRA, 2004).

Em geral, a dor é dividida clinicamente em duas categorias: Aguda e crônica. A dor aguda ocorre devido a nocicepção, e a crônica pode ocorrer devido a nocicepção. Na dor crônica, fatores comportamentais e psicológicos desempenham o papel mais importante (CAVALCANTE, 2005).

A dor aguda geralmente é um alarme biológico associado a uma doença reconhecida, que pode ser aliviada com o tratamento. “É parte integrante da vida e tem a função de proteger a integridade física da pessoa” (ANGELLOTTI, 2001).

Segundo Seger (2002), a dor se torna crônica acima de seis meses de duração e a longo prazo, pode se tornar incontrolável e comprometer a vida do indivíduo. Uma melhor explicação é considerá-la como a dor que persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão, ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente, em intervalos de meses ou anos. Não possui a função biológica de alertar o paciente e pode gerar estresse físico, emocional, econômico e social significativo para o doente e sua família. Gera incapacidade para o trabalho, alterações do sono, do apetite, da vida afetiva e do humor, caracterizada principalmente pela instalação de quadros depressivos (PAIVA et al., 2008).

A DTM pode ser causa de dor facial crônica (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001). A persistência da dor produz interferências no comportamento social, no trabalho, na escola e na associação entre o curso da dor e seu tratamento. É inegável a importância de avaliar os aspectos comportamentais decorrentes de sua cronicidade (DWORKIN, 1994).

Moreira, Alencar Júnior e Bussadori, (1998) afirmam que as informações comportamentais na dor crônica podem ser divididas em quatro aspectos: 1) cognitivo, que consiste naquilo que o portador pensa, acredita e espera em relação à DTM e pode influenciar a resposta do indivíduo à dor; 2) afetivo que representa o estado emocional que acompanha a disfunção; 3) comportamental que corresponde a posição do indivíduo em relação ao seu problema de disfunção e 4) enfrentamento, que implica na forma como ele enfrenta a dor.

Há consideráveis evidências de que distúrbios emocionais como depressão e ansiedade, juntamente com estratégias de enfrentamento de dor mal-adaptadas e pobre qualidade de sono são de influência significativa no desenvolvimento e manutenção da dor de origem temporomandibular, bem como de outras desordens de dor crônica (SUVINEM; READE, 1995). Autores como Dworkin e LeResche (1992) e Von Korff, LeResche e Dworkin (1993), observaram haver marcantes e coincidentes características psicossociais e distúrbios afetivos/emocionais relacionadas a pacientes portadores de dor crônica. Especialmente em populações com distúrbios de humor e ansiedade, a prevalência de queixas de diferentes tipos de dores persistentes é maior que na população em geral.

Os trabalhos de Bair et al. (2003) e de Campbell, Clauw e Keefe (2003) discutem os avanços nas teorias que suportam o papel da depressão na cronificação da dor. Os primeiros concluem que as condições co-existem, respondem a tratamentos similares, exarcebam uma à outra e compartilham caminhos biológicos e neurotransmissores semelhantes. Os últimos apresentam dentre outros aspectos, a prevalência de sintomas de dor em pacientes com depressão e os caminhos bioquímicos compartilhados entre as condições.

Em estudo realizado por Lima (2009), avaliando fatores associados à DTM em uma população com depressão e ansiedade concluiu haver associação significativa entre presença de dor, o grau de severidade de depressão, ansiedade e qualidade de sono ruim.

2.2.6 Índice e Critério Diagnósticos

Fonseca et al. (1994) validaram um índice anamnésico relacionado à DTM, através de um estudo com uma amostra de 110 pacientes com queixas compatíveis com diagnóstico de DTM, aos quais foram aplicados este índice e um índice clínico de Helkimo. Nos resultados foram observados correlação ($p=0,05$) e grau de confiabilidade entre os dados obtidos dos dois métodos pesquisados, concluindo que a correlação entre a anamnese e o exame clínico

para diagnóstico de DTM permite que a hipótese diagnóstica e a triagem dos pacientes seja feita apenas pela anamnese.

O citado índice anamnésico consta de 10 perguntas com relação aos sinais e sintomas e o paciente pode responder sim, não ou às vezes. Cada uma das respostas tem uma pontuação: sim=10 pontos, às vezes = 5 pontos e não = 0 ponto. Ao final do questionário faz-se a soma das respostas e dá-se o diagnóstico: não DTM – 0 a 15 pontos; DTM leve – 20 a 40 pontos; DTM moderada – 45 a 65 pontos; DTM severa – 70 a 100 pontos.

Dworkin e LeResche (1992) desenvolveram um conjunto de Critérios Diagnósticos de pesquisa em DTM, denominado de Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders, internacionalmente conhecido pela sigla (RDC/TMD), o qual possui uma abordagem multiaxial: Eixo I e Eixo II. O primeiro Eixo envolve as condições clínicas da DTM e, o eixo II, o estado psicológico, incapacidade relacionada à dor, disfunção psicossocial, perfil de disfunção de dor crônica, depressão e somatização em resposta à dor.

O RDC/TMD: Eixo I oferece a melhor classificação para o grupo das DTMs para os propósitos de pesquisa. Os procedimentos clínicos de exame e os critérios de medidas das DTMs devem basear-se nesse questionário. Este procedimento permite realizar a comparação com outros estudos que foram avaliados de maneira similar (DWORKIN; LERESCHE, 1992).

No RDC/TMD: Eixo II, o estado psicológico é categorizado com base nas escalas da Lista para checagem dos sintomas (Symptom Checklist 90–SCL-90) (DEROGATIS; LIPMAN; COVI, 1973) e inclui avaliação do estado de depressão e a presença de sintomas físicos múltiplos não específicos, com e sem itens de dor, definidos na psiquiatria como somatização. Com base nos escores obtidos, mediante a escala SCL – 90, as alterações psicológicas são classificadas em três grupos de diferente graduação: normal (sem alteração psicológica), moderada (com alteração moderada) ou severa (maior comprometimento) (DWORKIN; LeRESCHE, 1992; GAROFALO et al., 1998)

Pereira et al. (2002), por meio do Projeto Internacional RDC/TMD inglês–Português, traduziu o RDC/TMD para a língua portuguesa. Posteriormente, Kosminsky et al. (2004) realizaram a adaptação cultural e validação de face, resultando na versão em português do RDC/TMD: Eixo II, e Lucena et al. (2006) realizaram o processo de validação, viabilizando seu emprego em pesquisas sobre DTM na população brasileira.

O RDC/TMD: Eixo II (versão em português) consiste em 31 questões, divididas em sócio-demográficas, sócio-econômicas, psicológicas, psicossociais. Além disso, contém itens

sobre a relação dos pacientes com sinais e sintomas e uma escala para verificar a limitação da função mandibular (KOMINSKY et al., 2004).

Campos et al. (2007) realizaram um estudo para averiguar a consistência interna e reprodutividade da versão em português do RDC/TMD: Eixo II entrevistando 109 indivíduos, concluindo que a versão adaptada para o Português mostrou-se confiável para detecção das alterações psicológicas e psicossociais associadas às DTMs.

O RDC/TMD é um dos poucos instrumentos que define critérios operacionais para o diagnóstico clínico. Sua tradução oficial para o português, tem a maior parte de suas propriedades psicométricas e acurácia verificadas, caracterizando-se como uma das ferramentas mais apropriadas para avaliação da DTM (CHAVES; OLIVEIRA; GROSSI, 2007).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 GERAL

- Avaliar a presença da Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial associadas a hábitos parafuncionais e fatores psicológicos, numa população de não-pacientes representada por Acadêmicos da Polícia Militar da Paraíba.

3.2 ESPECÍFICAS

- Investigar a prevalência da DTM, seu grau de severidade e necessidade de tratamento;
- Indicar o gênero e faixa etária mais acometida pela DTM;
- Detectar associação entre hábitos parafuncionais e DTM;
- Identificar a presença de fatores psicológicos associados à DTM;
- Determinar os sinais e sintomas da DTM mais expressivos na amostra estudada e relação significativa entre os mesmos e a DTM;
- Determinar a existência de correlação entre a DTM e fatores psicológicos como depressão, somatização com dor e somatização sem dor.
- Identificar a ocorrência de dor orofacial na população e caracterização quanto à sua frequência;
- Verificar associação entre sinais e sintomas de DTM e dor orofacial;
- Averiguar relação entre DTM, seu grau de severidade e dor orofacial;
- Determinar a correlação entre a dor orofacial e fatores psicológicos como depressão e itens de somatização com e sem dor.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos para a realização desta pesquisa respeitaram as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A mesma foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CCS/UFPB, sob protocolo n°. 0551 (ANEXO A).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A atual pesquisa foi realizada na Academia de Polícia Militar do Cabo Branco, sediada no Centro de Educação da Polícia Militar da Paraíba (CEPM), situada na rua Prof. Dr. Francisco de Assis Veloso s/n, Mangabeira VII, em João Pessoa-PB.

4.3 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo do tipo transversal com abordagem indutiva, técnica de observação direta extensiva através de uso de questionários e procedimento estatístico (LAKATOS; MARCONI,1992).

4.4 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo foi composta pelos alunos regularmente matriculados na Academia de Polícia Militar do Cabo Branco, sediada no CEPM, durante o período da coleta

de dados, realizada em 14 de abril de 2009 ,com idade variando dos 18 aos 36 anos, sendo 115 do gênero masculino e 33 do feminino.

4.5 AMOSTRA

4.5.1 Critérios de Elegibilidade

4.5.1.1 Critérios de Inclusão

Utilizaram-se os seguintes critérios para inclusão na pesquisa:

- Estar o aluno regularmente matriculado na Academia de Polícia Militar do Cabo Branco, sediada no Centro de Educação da Polícia Militar da Paraíba (CEPM), durante o período da coleta de dados;
- Concordar espontaneamente em participar da pesquisa assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.5.1.2 Critério de Exclusão

Os critérios de exclusão relacionaram-se aos indivíduos que expressassem o desejo de não participar da pesquisa, após ter respondido os questionários ou não devolver os mesmos ao pesquisador.

4.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram dois questionários: um específico, para avaliação das variáveis de caracterização amostral (gênero, idade, profissão, estado civil), avaliação da DTM pelo Índice Anamnésico de Fonseca (FONSECA et al., 1994) e questões sobre hábitos parafuncionais (ANEXO B); e, outro abordando os fatores psicossociais, através dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em DTM (RDC/TMD): Eixo II (DWORKIN; LeRESCHÉ, 1992) (ANEXO C).

- **Índice Anamnésico de Fonseca:** O questionário anamnésico simplificado, validado como Índice Anamnésico de Fonseca (FONSECA et al., 1994) é composto por 10 perguntas, às quais o paciente somente pode responder: sim (S), não (N) ou às vezes (AV). Com base neste Índice Anamnésico, para cada resposta positiva (S) contam-se 10 (dez) pontos; para cada resposta negativa (N) 0 (zero) ponto e para cada resposta alternativa (AV) 5 (cinco) pontos. Este índice informa sobre a presença dos sintomas mais comuns da DTM e possibilita um diagnóstico imediato, com base na pontuação previamente estabelecida pelo questionário, no total de pontos obtidos pelo paciente e nas alternativas deles decorrentes, que são: (0-15) Não DTM (ausente); (20-40) DTM Leve; (45-65) DTM Moderada e (70-100) DTM Severa (FONSECA et al., 1994). Foi possível classificar a amostra segundo a necessidade ou não de tratamento. A amostra foi dividida em dois grupos: os pacientes classificados como ausente ou DTM leve foram agrupados como sem necessidade de tratamento e os que apresentaram DTM moderada ou DTM severa foram agrupados como necessidade de tratamento. (FONSECA et al., 1994).
- **Avaliação dos hábitos parafuncionais:** Os itens avaliados foram os seguintes: ranger os dentes, apertar os dentes, roer unhas, morder objetos, mascar chicletes, morder a bochecha.
- **Critérios Diagnósticos de Pesquisa em DTM (RDC/TMD): Eixo II:** O questionário referente ao Eixo II do RDC/TMD contém 31 questões, as quais abordam os fatores sócio-demográficos, socioeconômicos, psicossocial e estado psicológico, além dos principais sinais e sintomas referentes à DTM e das limitações relacionadas ao

funcionamento mandibular (DWORKIN; LERESCHE, 1992), porém, neste estudo foram abordados os principais sinais e sintomas relatados pelo paciente, como estalido, crepitação, bruxismo/apertamento, oclusão desfavorável, travamento mandibular e zumbidos no ouvido, e outras doenças sistêmicas. Como também, a dimensão psicossocial, que inclui avaliação das limitações relacionadas ao funcionamento mandibular, do estado de depressão e a presença de sintomas físicos múltiplos não específicos, com e sem itens de dor, definidos na psiquiatria como somatização.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no local do estudo, em horário previamente determinado, com a presença dos alunos matriculados na Academia de Polícia Militar do Cabo Branco. Os mesmos foram reunidos em auditório climatizado, onde, Inicialmente foi apresentada uma explanação sobre a DTM e a pesquisa relacionada, com duração de 20 minutos, objetivando esclarecer a população estudada sobre o tema pesquisado. Os tópicos abordados foram: Conceito de DTM, seus sinais e sintomas, a importância dos hábitos parafuncionais e fatores emocionais envolvidos, epidemiologia, importância do diagnóstico precoce e tratamento e orientações sobre prevenção. Em seguida, os alunos foram convidados a participar espontaneamente da pesquisa, sendo-lhes explicados os objetivos e demais aspectos éticos inerentes à mesma. Para aqueles que concordaram em participar da pesquisa, após a explanação, foi solicitado à assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinado o termo, foram distribuídos os questionários inerentes ao estudo a serem respondidos pelos mesmos. O pesquisador permaneceu presente no local para o esclarecimento de possíveis dúvidas com relação ao preenchimento, sem, contudo, influenciar nas opiniões dos participantes.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

4.8.1 Variáveis

Foram analisadas variáveis de caracterização amostral como gênero, idade, estado civil categorizadas no Quadro 1.

VARIÁVEL	CATEGORIZAÇÃO
Gênero	Masculino
	Feminino
Idade	Menos que 25 anos e mais que 25 anos
Estado civil	Casado/solteiro/viúvo/divorciado

Quadro 1 – Variáveis de Caracterização Amostral.

Analizou-se ainda a variável relacionada ao diagnóstico de DTM, segundo o Índice Anamnésico de Fonseca et al. (1994) (Quadro 2).

VARIÁVEL	CATEGORIZAÇÃO
Diagnóstico de DTM	Não DTM
	DTM Leve
	DTM Moderada
	DTM Severa

Quadro 2 – Categorização das variáveis relacionadas ao diagnóstico de DTM

No Quadro 3, são apresentadas variáveis relacionadas aos sintomas subjetivos relatados no Índice Anamnésico DMF.

VARIÁVEL	CATEGORIZAÇÃO
Limitação de abertura	Sim Às vezes Não
Dificuldade de movimentar as mandíbulas para os lados	Sim Às vezes Não
Cansaço ou dor muscular ao mastigar	Sim Às vezes Não
Dor de cabeça	Sim Às vezes Não
Dor no pescoço e ombro	Sim Às vezes Não
Dor de ouvido ou próximo a ele	Sim Às vezes Não
Ruídos na ATM	Sim Às vezes Não
Hábito apertar ou ranger os dentes	Sim Às vezes Não
Sensação de que os dentes não se articulam bem	Sim Às vezes Não
Tensão emocional	Sim Às vezes Não

Quadro 3 – Variáveis relacionadas aos sintomas de DTM entre os grupos estudados segundo as questões relacionadas ao Índice Anamnésico DMF .

Variáveis do RDC/TMD: Eixo II relacionadas à avaliação de alguns sinais e sintomas relatados pelo paciente (estalido, crepitação, travamento mandibular, zumbidos no ouvido) na dimensão psicossocial que inclui avaliação das limitações relacionadas ao funcionamento mandibular, do estado de depressão e somatização, categorizadas no Quadro 4.

VARIÁVEL	CATEGORIZAÇÃO
Sinais e sintomas relatados pelo paciente	Sim (presença) Não (ausência)
Escala de limitações na função mandibular	Sim (presença) Não (ausência)
Depressão	Normal Moderada Severa
Somatização: Sintomas físicos não específicos:	
Com itens de dor	Normal Moderada Severa
Sem itens de dor	Normal Moderada Severa

Quadro 4 – Conceito e categorização das variáveis no RDC/TMD: Eixo II

4.8.2 Análise estatística dos dados

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana, desvio padrão e coeficiente de variação (Técnicas de estatística descritiva) e foram utilizadas as Técnicas de estatística inferencial através do teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas e de intervalos de confiança.

Valores do Odds ratio (OR ou razão das chances) e intervalos de confiança para a referida medida foram obtidos no estudo da associação entre as variáveis no estudo bivariado considerando-se sempre a primeira ou a última categoria como valor de referência.

O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança.

O software utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 13.

5 RESULTADOS

Do universo de 149 alunos regularmente matriculados na Academia de Polícia Militar do cabo Branco, sediada no Centro de Educação da Polícia Militar da Paraíba (CEPM), a amostra final foi composta por 148 alunos que estavam presentes no dia da coleta e concordaram em responder os questionários.

A idade dos pesquisados variou de 18 a 36 anos, teve média de 24,80 anos, mediana de 25,00 anos, desvio padrão de 3,44 anos e coeficiente de variação de 13,87%.

Dos 148 pesquisados, 68 (45,9%) tinham idades entre 18 a 24 anos e 80 (54,1%) entre 25 a 36 como se ilustra no Gráfico 1.

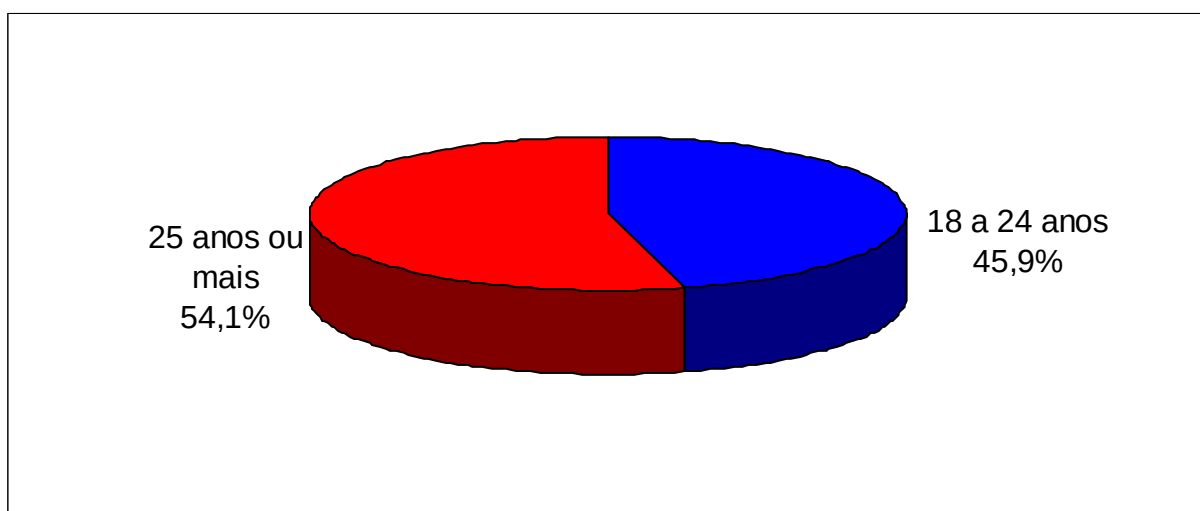


Gráfico 1 – Distribuição dos pesquisados segundo a faixa etária. João Pessoa, 2009.

Do grupo analisado, 115 (77,7%) eram do gênero masculino e 33 (22,3%) eram do feminino (Gráfico 2).

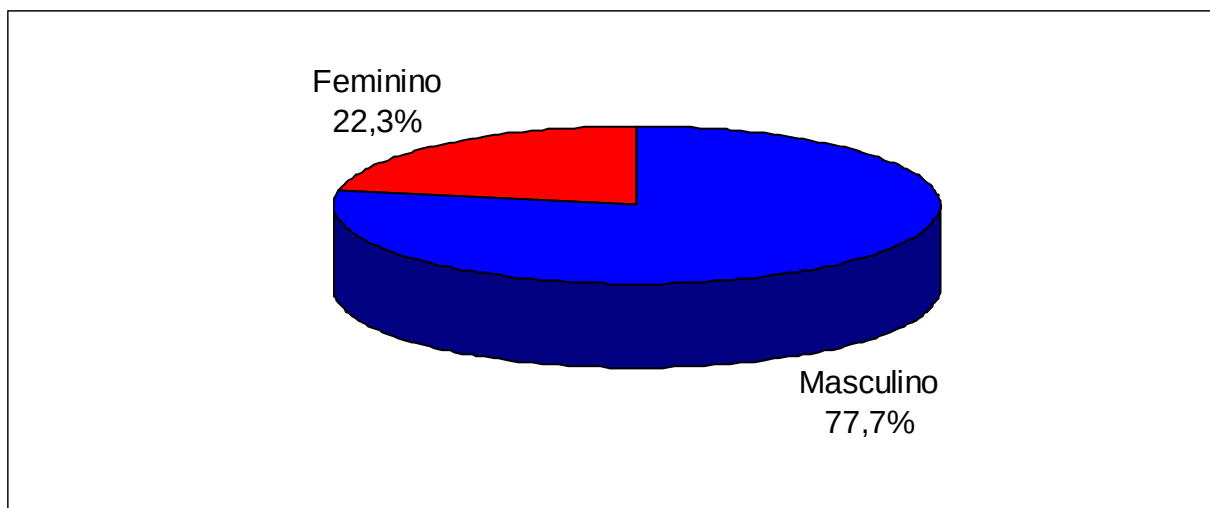


Gráfico 2 – Distribuição dos pesquisados segundo o gênero. João Pessoa, 2009.

Em relação ao estado civil, 115 (77,7%) era composta de solteiros e 33 (22,3%) eram casados (Gráfico 3).

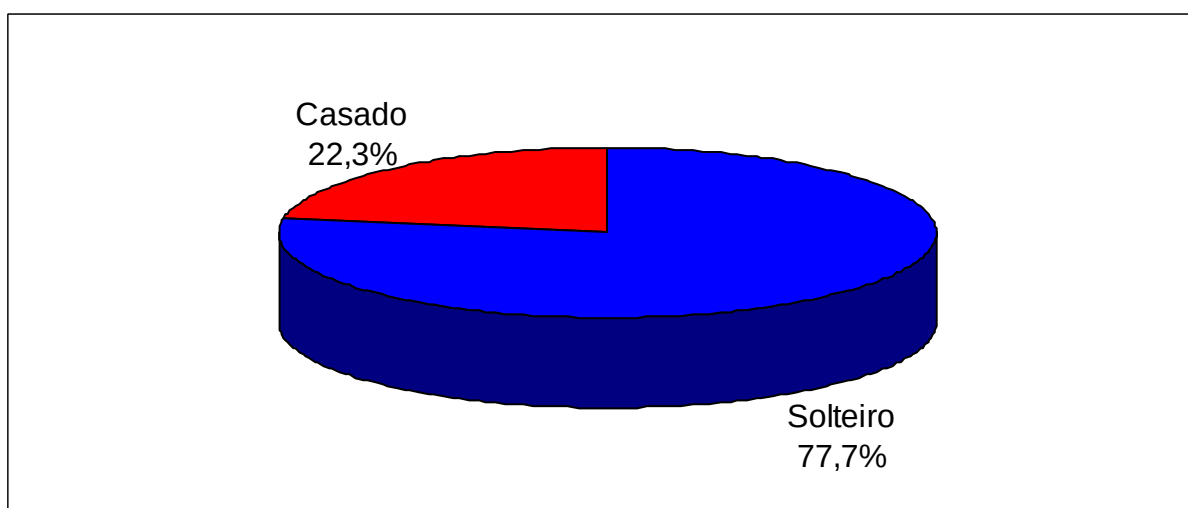


Gráfico 3 – Distribuição dos pesquisados segundo o estado civil. João Pessoa, 2009.

Aproximadamente metade da amostra apresentava DTM (49,3%), sendo que deste total 38,5% apresentavam DTM leve. A necessidade de tratamento foi verificada em 10,8% da amostra, valor este que corresponde aos pesquisados que tinham DTM moderada ou severa, conforme resultados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados segundo a prevalência e classificação da DTM. João Pessoa, 2009.

Variável	n	%
DTM		
Sim	73	49,3
Não	75	50,7
Classificação da DTM		
Não DTM	75	50,7
Leve	57	38,5
Moderada	11	7,4
Severa	5	3,4
Necessidade de tratamento para DTM		
Sim	16	10,8
Não	132	89,2
TOTAL	148	100,0

Em relação aos sinais e sintomas analisados pelo índice de Fonseca presentes (Tabela 2) observa-se que: os maiores percentuais corresponderam aos itens: “Você se considera uma pessoa nervosa?”, citado por 71,6% da amostra, “Sentia dor na nuca ou torcicolo?” (38,5%), “Sentia dores de cabeça com frequência” (37,8%), “Já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes” (37,2%) e os demais percentuais variaram de 10,8% (“Sentia dificuldades para movimentar a mandíbula para os lados?”) até 27,7% (“Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?”).

Tabela 2 – Distribuição dos pesquisados segundo os sinais e sintomas do índice de Fonseca (DMF). João Pessoa, 2009.

Variável	Sim		Não	
Sente dificuldades para abrir bem a boca?	19	12,8	129	87,2
Sente dificuldades para movimentar sua mandíbula para os lados?	16	10,8	132	89,2
Tem cansaço ou dor muscular quando mastiga?	40	27,0	108	73,0
Sente dores de cabeça com frequência?	56	37,8	92	62,2
Sente dor na nuca ou torcicolo?	57	38,5	91	61,5
Tem dor de ouvido ou próximo dele?	25	16,9	123	83,1
Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou abre a boca?	36	24,3	112	75,7
Já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?	55	37,2	93	62,8
Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?	41	27,7	107	72,3
Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?	106	71,6	42	28,4

(1): O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de pesquisados (n = 148).

Dos sinais e sintomas da DTM (RDC eixo II) constantes na Tabela 3 os percentuais mais elevados ocorreram para: “Bruxismo” (37,2%), seguido de “Estalidos” (20,9%), “Oclusão” (ou “Sente desconfortável ou diferente a forma como seus dentes se acomodam?” (18,9%) e os demais percentuais variaram de 6,8% a 16,9%).

Tabela 3 – Distribuição dos pesquisados segundo os sinais e sintomas de DTM pelo RDC eixo II. João Pessoa, 2009.

Variável	Sim		Não	
Alguma vez sua mandíbula já ficou travada de uma forma que não conseguiu abrir totalmente a boca? – Travamento	13	8,8	135	91,2
Ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca? – Estalidos	31	20,9	117	79,1
Quando mastiga, abre ou fecha a boca, ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso? – Crepitação	18	12,2	130	87,8
Já percebeu ou alguém falou que você range ou aperta os dentes? - Bruxismo	55	37,2	93	62,8
Sente a mandíbula cansada ou dolorida quando acorda pela manhã? - Fadiga ou cansaço muscular	10	6,8	138	93,2
Ouve apitos ou zumbidos nos ouvidos? – Zumbido	25	16,9	123	83,1
Sente desconfortável ou diferente a forma como seus dentes se acomodam? - Oclusão	28	18,9	120	81,1

(1): O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de pesquisados (n = 148).

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados dos hábitos parafuncionais onde se destaca que os mais freqüentes foram: “Roer as unhas”, citado por 28,6% da amostra e “Apertar os dentes” (20,4%) e os outros 4 hábitos relacionados na tabela tiveram percentuais que variaram de 8,8% a 14,3% dos pesquisados.

Tabela 4 – Distribuição dos pesquisados segundo os hábitos parafuncionais. João Pessoa, 2009.

Variável	Sim		Não	
	Nº	% ⁽¹⁾	Nº	%
Ranger os dentes	19	12,9	128	87,1
Apertar os dentes	30	20,4	117	79,6
Roer unhas	42	28,6	115	71,4
Morder objetos	21	14,3	126	85,7
Mascar chicletes	13	8,8	134	91,2
Morder a bochecha	21	14,3	126	85,7

(1): O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de 147 pesquisados, considerando que houve falta destas informações para um pesquisado.

Da Tabela 5 destaca-se que: 18,9% dos pesquisados apresentavam dor na face e destes a maioria 85,7% apresentava na forma crônica (dor há mais de 6 meses), a maioria (60,7%) tinha um dor que aparecia e desaparecia seguido de 35,7% cuja dor tinha ocorrido somente uma vez; a maioria (78,6%) não tinha procurado um profissional para tratar o problema e apenas um pesquisado tinha recebido uma pancada ou trauma na face num tempo recente da pesquisa.

Tabela 5 – Distribuição dos pesquisados segundo a ocorrência de dor na face, tempo e frequência da dor, procura pelo profissional de saúde, pancada ou trauma na face ou na mandíbula recentemente. João Pessoa, 2009.

Variável	n	%
Ocorrência de dor na face (mandíbula, lados da cabeça, frente ou lado) do ouvido (ATM)		
Sim	28	18,9
Não	120	81,1
TOTAL	148	100,0
Tempo da dor		
Até 6 meses (AGUDA)	3	10,7
Maior do que 6 meses (CRÔNICA)	24	85,7
Não informado	1	3,6
Frequência da dor		
O tempo todo	1	3,6
Aparece e desaparece	17	60,7
Ocorreu somente uma vez	10	35,7
Procura por um profissional para tratar a dor		
Não	22	78,6
Sim, nos últimos 6 meses	2	7,1
Sim, há mais de seis meses	4	14,3
Pancada ou trauma na face recentemente		
Sim (a dor não existia antes da pancada)	1	3,6
Não	27	96,4
TOTAL	28	100

Dos 28 pesquisados que apresentavam dor na face 26 responderam sobre atividades que impediam, limitavam ou prejudicavam a qualidade de vida e entre estes é possível observar da Tabela 6 que os percentuais mais elevados com a presença das atividades corresponderam a: mastigar (42,3%), comer alimentos duros (34,6%) e bocejar (26,9%). Os demais itens tiveram percentuais que variaram de 3,8% a 19,2%.

Tabela 6 - Distribuição dos pesquisados segundo as atividades que a dor na face ou problema na mandíbula o impedem, limitam ou prejudicam a sua qualidade de vida. João Pessoa, 2009.

Variável	Sim		Não	
• Mastigar	11	42,3	15	57,7
• Beber (tomar líquidos)	3	11,5	23	88,5
• Comer alimentos duros	9	34,6	17	65,4
• Sorrir ou gargalhar	5	19,2	21	80,8
• Limpar os dentes ou a face	2	7,7	24	92,3
• Bocejar (abrir a boca quando está com sono)	7	26,9	19	73,1
• Conversar	1	3,8	25	96,2
• Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste	2	7,7	24	92,3

(1): O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número de 26 pesquisados que responderam sobre limitações por causa da dor na face. Para dois pesquisados que apresentavam dor não se dispunha desta informação.

A Tabela 7 mostra que 63,5% dos pesquisados apresentavam-se normais em relação à depressão; entre os que apresentavam depressão o maior percentual correspondeu à depressão moderada (23,6%). Em relação aos item somatização com dor, 60,8% apresentavam-se normais, e dos que a apresentavam, o maior percentual foi para a moderada (26,4%). Quanto à somatização sem dor, 65,5% apresentavam-se normais, o restante tinha somatização sem dor moderada (16,9%) ou severa (17,6%).

Tabela 7 – Distribuição dos pesquisados segundo a incidência de depressão, somatização com dor e sem dor. João Pessoa, 2009.

Variável	n	%
Depressão		
Normal	94	63,5
Moderada	35	23,6
Severa	19	12,8
Somatização com dor		
Normal	90	60,8
Moderada	39	26,4
Severa	19	12,8
Somatização sem dor		
Normal	97	65,5
Moderada	25	16,9
Severa	26	17,6
TOTAL	148	100,0

Na Tabela 8 apresenta-se a avaliação de DTM segundo as variáveis sócio-demográficas. Desta tabela se destaca que: o percentual de pesquisados com DTM foi: 6,9% mais elevado na faixa etária 25 anos ou mais do que na faixa até 24 anos (52,5% x 45,6%); mais elevado entre os pesquisados do sexo feminino do que os do sexo masculino (60,6% x 46,1%); 6,7% mais elevado entre os casados do que entre os solteiros (54,5% x 47,8%), entretanto não se comprova associação significativa entre a ocorrência de DTM e cada uma das variáveis ($p > 0,05$ e intervalos para OR que incluem o valor 1,00).

Tabela 8 – Avaliação da DTM segundo os dados sócio-demográficos. João Pessoa, 2009.

Variável	DTM						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	N	%	n	%		
Faixa etária								
Até 24 anos	31	45,6	37	54,4	68	100	p ⁽¹⁾ = 0,402	1,00
25 ou mais	42	52,5	38	47,5	80	100		1,32 (0,69 a 2,52)
Gênero								
Masculino	53	46,1	62	53,9	115	100	p ⁽¹⁾ = 0,141	1,00
Feminino	20	60,6	13	39,4	33	100		1,80 (0,82 a 3,96)
Estado civil								
Solteiro	55	47,8	60	52,2	115	100	p ⁽¹⁾ = 0,496	1,00
Casado	18	54,5	15	45,5	33	100		1,31 (0,60 a 2,85)
Grupo Total	73	49,3	75	50,7	148	100		

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Da Tabela 09 destaca-se que a prevalência de DTM foi bem mais elevada: entre os pesquisados que rangiam os dentes do que entre os que não rangiam (89,5% x 43,0%), entre os apertavam os dentes do que não apertavam (73,3% x 42,7%), entre os que mordiam objetivos do que entre os que não tinham o referido hábito (76,2% x 44,4%); entre os que mascavam do que entre os que não mascavam chicletes (69,2% x 47,0%) e entre os que mordiam do que entre os que não mordiam as bochechas (57,1% x 47,6%) e nas variáveis citadas comprova-se associação da DTM com ranger os dentes, apertar os dentes e morder objetos ($p < 0,05$ e intervalos para o OR que excluem o valor 1,00).

Tabela 09 – Avaliação da DTM segundo os hábitos parafuncionais. João Pessoa, 2009.

Variável	DTM						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
Ranger os dentes								
Sim	17	89,5	2	10,5	19	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	**
Não	55	43,0	73	57,0	128	100		
Apertar os dentes								
Sim	22	73,3	8	26,7	30	100	p ⁽¹⁾ = 0,003*	3,69 (1,52 a 8,96)
Não	50	42,7	67	57,3	117	100		
Roer unhas								
Sim	21	50,0	21	50,0	42	100	p ⁽¹⁾ = 0,876	1,06 (0,52 a 2,17)
Não	51	48,6	54	51,4	105	100		
Morder objetos								
Sim	16	76,2	5	23,8	21	100	p ⁽¹⁾ = 0,007*	4,00 (1,38 a 11,59)
Não	56	44,4	70	55,6	126	100		

Variável	DTM						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
Mascar chicletes								
Sim	9	69,2	4	30,8	13	100	p ⁽¹⁾ = 0,126	2,54 (0,74 a 8,64)
Não	63	47,0	71	53,0	134	100		1,00
Morder a bochecha								
Sim	12	57,1	9	42,9	21	100	p ⁽¹⁾ = 0,419	1,47 (0,58 a 3,73)
Não	60	47,6	66	52,4	126	100		1,00
Grupo Total	72	49,0	75	51,0	147	100		

(*): Associação significativa a 5,0%. (1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(**): Não foi determinado devido à ocorrência de intervalo muito amplo.

A Tabela 10 mostra que os percentuais de pesquisados com DTM foram correspondentemente mais elevados entre todos que apresentavam cada um dos sinais e sintomas do que não apresentavam os sintomas correspondentes, sendo que as diferenças percentuais obtidas em cálculos auxiliares variaram de 21,9% a 59,6%, sendo mais elevado para: “Ruídos na ATM” (94,4% x 34,8%), “Dificuldade de abrir a boca” (100,0% x 41,9%), “Cansaço ou dor muscular ao mastigar” (87,5% x 35,2%), “Dor no pescoço e ombro” (80,7% x 29,7%) e com exceção de travamento mandibular para todos os demais sinais e sintomas comprova-se associação significativa com a DTM ($p < 0,05$ e intervalos que excluem o valor 1,00).

Tabela 10 – Avaliação da DTM segundo os sinais e sintomas da DTM. João Pessoa, 2009.

Variável	DTM						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
• Travamento mandibular								
Sim	9	69,2	4	30,8	13	100	p ⁽¹⁾ = 0,133	2,50 (0,73 a 8,50)
Não	64	47,4	71	52,6	135	100		1,00
• Zumbidos no ouvido								
Sim	19	76,0	6	24,0	25	100	p ⁽¹⁾ = 0,003*	4,05 (1,51 a 10,83)
Não	54	43,9	69	56,1	123	100		1,00
• Dificuldade de abrir a boca								
Sim	19	100	-	-	19	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	**
Não	54	41,9	75	58,1	129	100		
• Dificuldade de movimentar a mandíbula para os lados								
Sim	13	81,3	3	18,8	16	100	p ⁽¹⁾ = 0,007*	5,20 (1,42 a 19,11)
Não	60	45,5	72	54,5	132	100		1,00
• Cansaço ou dor muscular ao mastigar								
Sim	35	87,5	5	12,5	40	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	12,89 (4,66 a 35,65)
Não	38	35,2	70	64,8	108	100		1,00
• Dor de cabeça freqüente								
Sim	41	73,2	15	26,8	56	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	5,13 (2,47 a 10,64)
Não	32	34,8	60	65,2	92	100		1,00

Variável	DTM						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	N	%	n	%	n	%		
• Dor no pescoço e ombro)								
Sim	46	80,7	11	19,3	57	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	9,91 (4,47 a 21,99)
Não	27	29,7	64	70,3	91	100		1,00
• Dor de ouvido ou próximo a ele								
Sim	22	88,0	3	12,0	25	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	10,35 (2,94 a 36,44)
Não	51	41,5	72	58,5	123	100		1,00
• Ruídos na ATM								
Sim	34	94,4	2	5,6	36	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	***
Não	39	34,8	73	65,2	112	100		
• Estalido								
Sim	26	83,9	5	16,1	31	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	7,75 (2,78 a 21,61)
Não	47	40,2	70	59,8	117	100		1,00

Variável	DTM						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	N	%	n	%	n	%		
• Bruxismo ou apertamento								
Sim	38	69,1	17	30,9	55	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	3,70 (1,82 a 7,53)
Não	35	37,6	58	62,4	93	100		1,00
• Oclusão desconfortável								
Sim	33	80,5	8	19,5	41	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	6,91 (2,91 a 16,43)
Não	40	37,4	67	62,6	107	100		1,00
• Tensão								
Sim	61	57,5	45	42,5	106	100	p ⁽¹⁾ = 0,001*	3,39 (1,57 a 7,34)
Não	12	28,6	30	71,4	42	100		1,00
Grupo Total	73	49,3	75	50,7	148	100		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

(***): Não foi determinado devido à ocorrência de intervalo muito amplo.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

No estudo da DTM com a depressão, somatização com dor e somatização sem dor (Tabela 11) destaca-se que a prevalência de DTM: foi bem menos elevada entre os pesquisados que não apresentavam depressão (35,1%) e variou de 71,4% (entre os que tinham depressão leve) até 78,9% (entre os que tinham depressão severa); foi menos elevada entre os que se apresentavam normais em relação à somatização com dor (36,7%) foi mais elevada entre os que tinham somatização com dor leve (61,5%) e severa (84,2%); foi menos elevada nos que se apresentavam normais em relação à somatização sem dor (40,2%), e mais elevada entre aqueles que apresentavam somatização sem dor leve (56%) e severa (76,9%) revelando associação significativa entre DTM e cada uma das variáveis analisadas ($p < 0,01$).

Tabela 11 – Avaliação da DTM segundo o grau da depressão, somatização com dor e somatização sem dor. João Pessoa, 2009.

Variável	DTM						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
Depressão								
Normal	33	35,1	61	64,9	94	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,00
Leve	25	71,4	10	28,6	35	100		4,62 (1,98 a 10,78)
Severa	15	78,9	4	21,1	19	100		6,93 (2,13 a 22,59)
• Somatização com dor								
Normal	33	36,7	57	63,3	90	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,00
Leve	24	61,5	15	38,5	39	100		2,76 (1,27 a 6,00)
Severa	16	84,2	3	15,8	19	100		9,21 (2,50 a 33,99)
• Somatização sem dor								
Normal	39	40,2	58	59,8	97	100	p ⁽¹⁾ = 0,003*	1,00
Leve	14	56,0	11	44,0	25	100		1,89 (0,78 a 4,60)
Severa	20	76,9	6	23,1	26	100		4,96 (1,83 a 13,46)
Grupo Total	73	49,3	75	50,7	148	100		

(*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Os resultados do estudo da dor com as variáveis: gênero, DTM, grau da DTM, necessidade de tratamento para DTM, depressão, somatização com dor e somatização sem dor

são apresentados na Tabela 12. Desta tabela destaca-se associação significativa da dor para as variáveis: DTM, grau da DTM e necessidade de tratamento para DTM, observando-se que: o percentual com dor foi mais elevado no gênero masculino (19,1%) do que no feminino (18,2%), porém sem diferença estatística; entre os que apresentavam dor do que entre os que não apresentavam DTM (32,9% x 5,3%); em relação ao grau da DTM, a presença da dor aumentou de acordo com a severidade da DTM, estando presente em 26,3% dos que tinham DTM leve, 45,5% entre os que tinham DTM moderada e ocorreu em 80% dos casos com DTM severa; foi mais elevado entre os que tinham dor do que entre os que não tinham necessidade de tratamento para DTM (56,3% x 14,4%). Em relação à depressão, a presença de dor aumentou de acordo com o aumento da sua severidade, estando presente em 22,9% dos que tinham depressão leve e em 26,3% dos que tinham depressão severa. Quanto à somatização com dor, a presença da dor aumentou de acordo com o aumento da severidade da somatização com dor, estando presente em 17,9% dos que tinham somatização com dor leve e em 36,8% dos que tinham somatização com dor severa. Em relação ao item somatização sem dor, a dor manifestou-se em 16,5% dos que se apresentavam normais em relação à mesma, em 16% daqueles que tinham somatização sem dor leve e em 30,8% dos que tinham somatização sem dor severa.

Tabela 12 – Avaliação da dor segundo o gênero, ocorrência de DTM, grau da DTM, e depressão. João Pessoa, 2009.

Variável	Dor (RDC)						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	N	%	n	%	n	%		
• Gênero								
Masculino	22	19,1	93	80,9	115	100	p ⁽¹⁾ = 0,902	1,07 (0,39 a 2,89)
Feminino	6	18,2	27	81,8	33	100		1,00
• DTM								
Sim	24	32,9	49	67,1	73	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	8,69 (2,84 a 26,63)
Não	4	5,3	71	94,7	75	100		1,00

Variável	Dor (RDC)						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	N	%	n	%		
• Grau da DTM								
Não DTM	4	5,3	71	94,7	75	100	p ⁽²⁾ < 0,001*	1,00
Leve	15	26,3	42	73,7	57	100		6,34 (1,97 a 20,37)
Moderada	5	45,5	6	54,5	11	100		***
Severa	4	80,0	1	20,0	5	100		**
• Necessidade de tratamento para DTM								
Sim	9	56,3	7	43,8	16	100	p ⁽²⁾ < 0,001*	7,65 (2,54 a 22,99)
Não	19	14,4	113	85,6	132	100		1,00
• Depressão								
Normal	15	16,0	79	84,0	94	100	p ⁽¹⁾ = 0,456	1,00
Leve	8	22,9	27	77,1	35	100		1,56 (0,60 a 4,09)
Severa	5	26,3	14	73,7	19	100		1,88 (0,59 a 6,01)
• Somatização com dor								
Normal	14	15,6	76	84,4	90	100	p ⁽¹⁾ = 0,097	1,00
Leve	7	17,9	32	82,1	39	100		1,19 (0,44 a 3,22)
Severa	7	36,8	12	63,2	19	100		3,17 (1,06 a 9,44)

Variável	Dor (RDC)						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
• Somatização sem dor								
Normal	16	16,5	81	83,5	97	100	p ⁽²⁾ = 0,250	1,00
Leve	4	16,0	21	84,0	25	100		0,96 (0,29 a 3,19)
Severa	8	30,8	18	69,2	26	100		2,25 (0,84 a 6,06)
Grupo Total	28	18,9	120	81,1	148	100		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas.

(***): Não foi possível determinar devido à ocorrência de intervalo muito amplo.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Na Tabela 13 apresenta-se o estudo sobre a ocorrência da dor com cada um dos sinais e sintomas. Desta tabela destaca-se que com exceção de bruxismo ou apertamento comprova-se associação significativa da dor com cada uma das outras variáveis e para as citadas variáveis foi determinado em cálculos auxiliares que as diferenças entre os que tinham ou não cada um dos sintomas em relação a presença da dor variou de 25,1% (sendo 39,3% entre os que tinham oclusão desconfortável e 14,2% entre os que não tinham oclusão desconfortável) a 46,7% (sendo 61,5% entre os que tinham travamento e 14,8% entre os que não tinham o sintoma).

Tabela 13 – Avaliação da dor segundo os sinais e sintomas da DTM pelo RDC. João Pessoa, 2009.

Variável	Dor (RDC)						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
• Travamento								
Sim	8	61,5	5	38,5	13	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	9,20 (2,73 a 30,98)
Não	20	14,8	115	85,2	135	100		1,00
• Estalido								
Sim	15	48,4	16	51,6	31	100	p ⁽²⁾ < 0,001*	7,50 (3,02 a 18,64)
Não	13	11,1	104	88,9	117	100		1,00
• Crepitação								
Sim	10	55,6	8	44,4	18	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	7,78 (2,71 a 22,33)
Não	18	13,8	112	86,2	130	100		1,00
• Bruxismo ou apertamento								
Sim	14	25,5	41	74,5	55	100	p ⁽²⁾ = 0,118	1,93 (0,84 a 4,43)
Não	14	15,1	79	84,9	93	100		1,00
• Cansaço ou dor muscular ao mastigar								
Sim	5	50,0	5	50,0	10	100	p ⁽¹⁾ = 0,022*	5,00 (1,34 a 18,68)
Não	23	16,7	115	83,3	138	100		1,00
• Zumbidos no ouvido								
Sim	12	48,0	13	52,0	25	100	p ⁽¹⁾ < 0,001*	6,17 (2,40 a 15,87)
Não	16	13,0	107	87,0	123	100		1,00

Variável	Dor (RDC)						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	N	%	n	%	n	%		
• Oclusão desconfortável								
Sim	11	39,3	17	60,7	28	100	p ⁽²⁾ = 0,002*	3,92 (1,57 a 9,80)
Não	17	14,2	103	85,8	120	100		1,00
Grupo Total	28	18,9	120	81,1	148	100		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Da Tabela 14 destaca-se que: com exceção do hábito “Ranger os dentes”, com percentual mais elevado no gênero masculino do que feminino, para todos os outros hábitos os percentuais foram correspondentemente mais elevados no gênero feminino do que masculino, entretanto a maior diferença percentual foi registrada para o hábito “Morder objetos” que diferença de 13,7% (25,0% x 11,3%) e não se comprova associação do gênero com nenhum dos hábitos parafuncionais ($p > 0,05$).

Tabela 14 – Avaliação dos hábitos parafuncionais segundo o gênero. João Pessoa, 2009.

Variável	Gênero						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Masculino		Feminino		Grupo Total			
	n	%	N	%	n	%		
• Ranger os dentes								
Sim							p ⁽¹⁾ =	1,56
	16	13,9	3	9,4	19	12,9	0,766	(0,43 a 5,74)
Não	99	86,1	29	90,6	128	87,1		1,00

Variável	Gênero						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Masculino		Feminino		Grupo Total			
	N	%	N	%	n	%		
• Apertar os dentes								
Sim	21	18,3	9	28,1	30	20,4	p ⁽²⁾ = 0,221	1,00
Não	94	81,7	23	71,9	117	79,6		1,75 (0,71 a 4,33)
• Roer unhas								
Sim	30	26,1	12	37,5	42	28,6	p ⁽²⁾ = 0,206	1,00
Não	85	73,9	20	62,5	105	71,4		1,70 (0,74 a 3,89)
• Morder objetos								
Sim	13	11,3	8	25,0	21	14,3	p ⁽¹⁾ = 0,082	1,00
Não	102	88,7	24	75,0	126	85,7		2,62 (0,98 a 7,02)
• Mascar chicletes								
Sim	10	8,7	3	9,4	13	8,8	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,00
Não	105	91,3	29	90,6	134	91,2		1,09 (0,28 a 4,21)
• Morder a bochecha								
Sim	14	12,2	7	21,9	21	14,3	p ⁽¹⁾ = 0,166	1,00
Não	101	87,8	25	78,1	126	85,7		2,02 (0,74 a 5,53)
TOTAL	115	100,0	32	100,0	147	100,0		

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 15 se analisa os sinais e sintomas da DTM segundo o gênero dos pesquisados. Desta tabela se destaca que com exceção do sintoma de travamento para os demais sinais e sintomas o percentual de ocorrência foram correspondentemente mais elevados no gênero feminino do que masculino, entretanto a maior diferença foi 9,4% para zumbidos no ouvido (24,2% x 14,8%) e não se comprova associação significativa entre gênero com nenhum dos sintomas ($p > 0,05$).

Tabela 15 – Avaliação dos sinais e sintomas da DTM pelo RDC segundo o gênero. João Pessoa, 2009.

Variável	Gênero						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Masculino		Feminino		Grupo Total			
	N	%	N	%	n	%		
• Travamento								
Sim	11	9,6	2	6,1	13	8,8	p ⁽¹⁾ = 0,531	1,64 (0,35 a 7,80)
Não	104	90,4	31	93,9	135	91,2		1,00
• Estalido								
Sim	22	19,1	9	27,3	31	20,9	p ⁽²⁾ = 0,311	1,00
Não	93	80,9	24	72,7	117	79,1		1,59 (0,65 a 3,88)
• Crepitação								
Sim	13	11,3	5	15,2	18	12,2	p ⁽¹⁾ = 0,552	1,00
Não	102	88,7	28	84,8	130	87,8		1,40 (0,46 a 4,26)
• Bruxismo ou apertamento								
Sim	41	35,7	14	42,4	55	37,2	p ⁽²⁾ = 0,478	1,00
Não	74	64,3	19	57,6	93	62,8		1,33 (0,60 a 2,93)

Variável	Gênero				Grupo Total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Masculino		Feminino					
	N	%	N	%	n	%		
• Cansaço ou dor muscular ao mastigar								
Sim	7	6,1	3	9,1	10	6,8	p ⁽¹⁾ = 0,693	1,00
Não	108	93,9	30	90,9	138	93,2		1,54 (0,38 a 6,33)
• Zumbidos no ouvido								
Sim	17	14,8	8	24,2	25	16,9	p ⁽²⁾ = 0,201	1,00
Não	98	85,2	25	75,8	123	83,1		1,85 (0,72 a 4,76)
• Oclusão desconfortável								
Sim	21	18,3	7	21,2	28	18,9	p ⁽¹⁾ = 0,703	1,00
Não	94	81,7	26	78,8	120	81,1		1,21 (0,46 a 3,15)
TOTAL	115	100	33	100	148	100		

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

O percentual sem DTM foi mais elevado no gênero feminino do que no masculino (Tabela 16). Os percentuais com DTM leve foram um pouco mais elevados no sexo feminino do que masculino (42,4% x 37,4%), os de DTM moderada também foram mais elevados no sexo feminino e o contrário ocorreu com os que tinham DTM severa que foram correspondentemente mais elevados no sexo masculino, entretanto sem associação significativa ($p > 0,05$).

Tabela 16 – Avaliação da DTM segundo o gênero. João Pessoa, 2009.

Variável	Gênero						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Masculin		Feminino		Grupo			
	o				Total			
	N	%	N	%	n	%		
• Grau da DTM								
Não DTM	62	53,9	13	39,4	75	50,7	p ⁽¹⁾ = 0,182	1,00
Leve	43	37,4	14	42,4	57	38,5		0,64 (0,28 a 1,51)
Moderada	6	5,2	5	15,2	11	7,4		0,25 (0,07 a 0,95)
Severa	4	3,5	1	3,0	5	3,4		**
TOTAL	115	100	33	100	148	100		

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

No estudo da tensão com os hábitos parafuncionais (Tabela 17) é possível destacar que: os percentuais de pesquisados com a presença de tensão foram correspondentemente mais elevados entre os pesquisados com a presença de hábito do que sem hábito, sendo que as duas maiores diferenças percentuais foram entre os que tinham ou não o hábito em relação à ocorrência de tensão ocorreu para os hábitos: morder objetos (85,7% X 69,0%) e roer unhas (83,3% x 66,7%), entretanto roer unha é o único hábito parafuncional que apresenta associação significativa com a ocorrência de tensão ao nível de significância de 5,0%.

Tabela 17 – Avaliação da tensão segundo os hábitos parafuncionais. João Pessoa, 2009.

Variável	Tensão						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	N	%	n	%	n	%		
• Ranger os dentes								
Sim	16	84,2	3	15,8	19	100	p ⁽¹⁾ = 0,186	2,34 (0,64 a 8,48)
Não	89	69,5	39	30,5	128	100		1,00
• Apertar os dentes								
Sim	24	80,0	6	20,0	30	100	p ⁽¹⁾ = 0,244	1,78 (0,67 a 4,72)
Não	81	69,2	36	30,8	117	100		1,00
• Roer unhas								
Sim	35	83,3	7	16,7	42	100	p ⁽¹⁾ = 0,043*	2,50 (1,01 a 6,19)
Não	70	66,7	35	33,3	105	100		1,00
• Morder objetos								
Sim	18	85,7	3	14,3	21	100	p ⁽¹⁾ = 0,118	2,69 (0,75 a 9,67)
Não	87	69,0	39	31,0	126	100		1,00
• Mascar chicletes								
Sim	11	84,6	2	15,4	13	100	p ⁽²⁾ = 0,350	2,34 (0,50 a 11,04)
Não	94	70,1	40	29,9	134	100		1,00
• Morder a bochecha								
Sim	17	81,0	4	19,0	21	100	p ⁽¹⁾ = 0,297	1,84 (0,58 a 5,82)
Não	88	69,8	38	30,2	126	100		1,00
Grupo Total	105	71,4	42	28,6	147	100		

(*) : Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson. (2): Através do teste Exato de Fisher.

A Tabela 18 mostra que: é possível destacar que: os percentuais de pesquisados com a presença de dor de cabeça foram correspondentemente mais elevados entre os pesquisados com a presença de hábito do que sem hábito, sendo que as duas maiores diferenças percentuais foram entre os que tinham ou não o hábito em relação à ocorrência da dor de cabeça ocorreu para os hábitos: mastigar chicletes (69,2% X 34,3%) e morder as bochechas (66,7% x 32,5%), sendo estes os dois únicos hábitos parafuncional que apresentam associação significativa com a ocorrência de dor de cabeça ($p < 0,05$).

Tabela 18 – Avaliação da dor de cabeça freqüente segundo os hábitos parafuncionais. João Pessoa, 2009.

Variável	Dor de cabeça						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	N	%	n	%		
• Ranger os dentes								
Sim	9	47,4	10	52,6	19	100	p ⁽¹⁾ = 0,337	1,60 (0,61 a 4,23)
Não	46	35,9	82	64,1	128	100		1,00
• Apertar os dentes								
Sim	14	46,7	16	53,3	30	100	p ⁽¹⁾ = 0,240	1,62 (0,72 a 3,65)
Não	41	35,0	76	65,0	117	100		1,00
• Roer unhas								
Sim	15	35,7	27	64,3	42	100	p ⁽¹⁾ = 0,788	1,00
Não	40	38,1	65	61,9	105	100		1,11 (0,53 a 2,33)
• Morder objetos								
Sim	9	42,9	12	57,1	21	100	p ⁽¹⁾ = 0,578	1,30 (0,51 a 3,33)
Não	46	36,5	80	63,5	126	100		1,00

Dor de cabeça							Valor de p	OR (IC a 95%)
Variável	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	N	%	n	%		
• Mascar chicletes								
Sim	9	69,2	4	30,8	13	100	p ⁽²⁾ = 0,017*	4,30 (1,26 a 14,74)
Não	46	34,3	88	65,7	134	100		1,00
• Morder a bochecha								
Sim	14	66,7	7	33,3	21	100	p ⁽¹⁾ = 0,003*	4,15 (1,55 a 11,06)
Não	41	32,5	85	67,5	126	100		1,00
Grupo Total	55	37,4	92	62,6	147	100		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Na Tabela 19 analisa-se o estudo da associação do grau da DTM com cada um dos hábitos parafuncionais para os 16 pesquisados que tinham DTM moderada ou severa. Desta tabela não se verificam diferenças elevadas no grau de DTM entre os que tinham ou não o hábito em relação às frequências do grau da DTM e não se comprova associação significativa entre hábito e grau da DTM ($p > 0,05$).

Tabela 19 – Avaliação do grau da DTM segundo os hábitos parafuncionais. João Pessoa, 2009.

Variável	Grau da DTM						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Moderada		Severa		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
• Ranger os dentes								
Sim	5	71,4	2	28,6	7	100	p ⁽¹⁾ = 1,00	1,25 (0,15 a 10,70)
Não	6	66,7	3	33,3	9	100		1,00
• Apertar os dentes								
Sim	7	70,0	3	30,0	10	100	p ⁽¹⁾ = 1,00	1,17 (0,13 a 10,22)
Não	4	66,7	2	33,3	6	100		1,00
• Roer unhas								
Sim	5	71,4	2	28,6	7	100	p ⁽¹⁾ = 1,00	1,25 (0,15 a 10,70)
Não	6	66,7	3	33,3	9	100		1,00
• Morder objetos								
Sim	2	50,0	2	50,0	4	100	p ⁽¹⁾ = 0,547	1,00
Não	9	75,0	3	25,0	12	100		3,00 (0,29 a 31,63)
• Mascar chicletes								
Sim	2	66,7	1	33,3	3	100	p ⁽¹⁾ = 1,00	**
Não	9	69,2	4	30,8	13	100		

Variável	Grau da DTM						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Moderada		Severa		TOTAL			
	N	%	n	%	n	%		
• Morder a bochecha								
Sim	3	60,0	2	40,0	5	100	p ⁽¹⁾ = 1,00	1,00
Não								1,78
	8	72,7	3	27,3	11	100		(0,19 a 16,49)
Grupo Total	11	68,8	5	31,3	16	100		

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Para os 28 militares que apresentavam dor se analisa a frequência da dor com cada um dos hábitos parafuncionais (Tabela 20). Desta tabela se destaca associação significativa do hábito ranger os dentes com a frequência da dor e para a referida variável destaca que de 8 pesquisados que rangiam os dentes para 7 a dor aparecia e desaparecia enquanto que entre os 20 pesquisados que não tinham o referido hábito para 50,0% a dor aparecia e desaparecia e para 50,0% a dor tinha ocorrido somente uma vez.

Tabela 20– Avaliação da frequência da dor segundo os hábitos parafuncionais. João Pessoa, 2009.

Variável	Frequência da dor						TOTAL		Valor de p
	O tempo		Aparece e		Somente				
	todo		desaparece		uma vez		n	%	
N	%	n	%	n	%	n	%		
• Ranger os dentes									
Sim									p ⁽¹⁾ =
	1	12,5	7	87,5	-	-	8	100	0,008*
Não	-	-	10	50,0	10	50,0	20	100	

Variável	Frequência da dor								Valor de p	
	O tempo todo		Aparece e desaparece		Somente uma vez		TOTAL			
	N	%	n	%	n	%	n	%		
• Apertar os dentes										
Sim	1	12,5	5	62,5	2	25,0	8	100	p ⁽¹⁾ = 0,329	
Não	-	-	12	60,0	8	40,0	20	100		
• Roer unhas										
Sim	1	10,0	7	70,0	2	20,0	10	100	p ⁽¹⁾ = 0,210	
Não	-	-	10	55,6	8	44,4	18	100		
• Morder objetos										
Sim	1	14,3	5	71,4	1	14,3	7	100	p ⁽¹⁾ = 0,139	
Não	-	-	12	57,1	9	42,9	21	100		
• Mascar chicletes										
Sim	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100	p ⁽¹⁾ = 0,153	
Não	-	-	15	62,5	9	37,5	24	100		
• Morder a bochecha										
Sim	-	-	6	85,7	1	14,3	7	100	p ⁽¹⁾ = 0,403	
Não	1	4,8	11	52,4	9	42,9	21	100		
Grupo Total	1	3,6	17	60,7	10	35,7	28	100		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Para os 28 pacientes que tinham apresentado dor se analisa o grau da DTM com a procura por profissional para tratar a dor e os resultados (Tabela 21) onde é possível verificar associação significativa entre as duas variáveis em análise e destaca-se que: que o percentual de pesquisados com DTM leve foi mais elevada entre os que não procuraram o profissional do que entre os que procuraram (63,6% x 16,7%) e o contrário ocorreu com grau severo que teve percentual bem mais elevado entre os que procuraram o profissional (50,0% x 4,5%).

Tabela 21 – Avaliação do grau da DTM segundo a procura por profissional para tratar a dor. João Pessoa, 2009.

Procura por profissional para tratar a dor	Grau da DTM										Valor de p
	Não DTM		Leve		Moderada		Severa		TOTAL		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Sim	1	16,7	1	16,7	1	16,7	3	50,0	6	100	p ⁽¹⁾ =0,025*
Não	3	13,6	14	63,6	4	18,2	1	4,5	22	100	
Grupo Total	4	14,3	15	53,6	5	17,5	4	14,3	28	100	

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

6 DISCUSSÃO

Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo coletivo pertencente ao subgrupo das desordens de dor orofacial, o qual engloba as condições dolorosas músculo-esqueléticas que podem envolver os músculos da mastigação, a ATM e estruturas associadas (MCNEILL, 1997). É relevante afirmar que a prevalência de sinais e sintomas de DTM é alta em populações de não-pacientes (CHUANG, 2002). Os resultados deste estudo, realizado em uma população de não-pacientes, representada por alunos de uma Academia Militar apontam como resultados que aproximadamente metade da amostra apresentava diagnóstico de DTM. Este percentual revela uma prevalência em concordância com a literatura pertinente à DTM em populações de não-pacientes (BIASOTTO-GONZALEZ et al., 2008; BONJARDIM et al., 2009; MARTINS et al., 2007; OLIVEIRA; GROSSI; DIAS, 2008; TOLEDO; CAPOTE; CAMPOS, 2008; VERRI et al., 2008).

No que concerne à relação entre gênero, evidencia-se em diversos estudos a maior ocorrência no gênero feminino (CASANOVA-ROSADO et al., 2006; CAUÁS, et al., 2004; CONTI et al., 1996; ESPOSITO; PANUCCI; FARMAN, 2000; FETEIH, 2006; MARTINS et al., 2007; MENEZES et al., 2008; PEDRONI; OLIVEIRA; GUARATINI, 2003).

Em estudo epidemiológico realizado por Oliveira et al. (2006) em uma população aleatória de 2.396 estudantes universitários brasileiros verificaram uma alta prevalência de DTM, sendo que, dentre as mulheres, 73% foram diagnosticadas como portadoras da disfunção contra 56% de homens atingidos., havendo uma frequência maior de DTM leve para ambos os gêneros. O presente estudo corrobora com a literatura, demonstrando que a prevalência de DTM no gênero feminino foi mais elevada que no masculino

Verificou-se que na maioria dos indivíduos portadores de DTM, a mesma se manifestou quanto ao grau de severidade como leve, fato este que corrobora com a grande maioria dos estudos citados na literatura (BONJARDIM et al., 2005; BONJARDIM et al., 2009; CORONATTO et al., 2009; MENEZES et al., 2008; VERRI et al., 2008). No entanto discorda do estudo realizado por Nassif, Al-Salleh e Al-Admawi (2003) com estudantes militares no qual demonstraram níveis elevados de DTM, sendo que destes 6,9% demonstravam graduação leve, enquanto 51,4% e 16,7% apresentavam graduação moderada e severa, respectivamente. Tal fato, pode estar fundamentado no elevado nível de estresse que a população alvo do referido estudo provavelmente está submetida.

Segundo a AAOP, em 1996 era estimado que 80% da população norte-americana tinham algum sinal ou sintoma de DTM e, que aproximadamente 5% desse grupo necessitavam de tratamento (SIQUEIRA, 2001). Nesta pesquisa a necessidade de tratamento foi verificada em 10,8% da amostra, valor este que corresponde aos pesquisados que tinham DTM moderada ou severa.

A literatura mostra que quanto à faixa etária, ambos os gêneros são afetados durante a terceira década de vida (20 a 30 anos), com menor número de casos de disfunção entre crianças e idosos (LISBOA, 2000; OLIVEIRA, 1992). No presente estudo 45,9% dos pesquisados tinham idades entre 18 a 24 anos e 54,1% entre 25 e 36 anos. A maioria dos pesquisados estavam inseridos na mesma faixa etária, que coincide com a de maior incidência da DTM, impossibilitando uma comparação dentro do grupo entre diferentes faixas. Crianças e idosos não foram objetos desse estudo, mas acredita-se que nas crianças os sinais e sintomas são mais suaves e não existem evidências de que regularmente progridam na idade adulta e nos idosos pode-se explicar a baixa prevalência devido a uma possível auto-resolução do caso ou pelo fato de que, com o avançar da idade, sintomas de outras doenças mais graves sejam mais valorizados, desestimulando a procura por tratamento da DTM (OKESON, 2000).

Quanto à etiologia, é consenso dos autores a teoria Multifatorial (PAIVA, 1997; PEDRONI; OLIVEIRA; GUARITINI, 2003) a qual aponta como fatores causais da DTM: parafunção, trauma, fatores psicológicos e maloclusão (OLSSON; LINDQVIST, 2002; VALLE-COROTTI et al., 2003).

Os hábitos parafuncionais que ocorrem em vigília incluem o apertamento dentário, morder lábio, bochecha e outros objetos, sucção digital, mascar chicletes, apoiar a mão ou objetos sob o queixo, movimentar a mandíbula sem propósito definido e sem contatos dentários, assim como outros hábitos que o indivíduo realiza de maneira consciente ou não (GAVISH et al., 2000; MATHEUS et al., 2005). Em estudo realizado por Rocha, Mendonça, Alencar Júnior et al. (2007) estes manifestaram-se como os fatores mais relevantes na etiologia da dor miofascial. Os hábitos parafuncionais mais expressivos na atual pesquisa foram os de roer as unhas (28,6%) e apertar os dentes (20,4%), seguidos de morder objetos e morder bochecha, ambos com 14,3%. Cerqueira et al. (2007) estudando a prevalência de hábitos parafuncionais em universitários, encontraram como hábitos mais prevalentes mascar chicletes, morder de um lado só, morder objetos e morder os lábios, apresentando, porém, os hábitos de roer unhas com percentual de 35% e cerrar ou apertar os dentes acordados, com 25,7%, valores estes que se aproximam dos obtidos nesta pesquisa. Outrossim, Cauás et al. (2004), analisando hábitos parafuncionais em população de pacientes portadores de DTM

verificaram maior ocorrência dos seguintes hábitos: colocar a mão no queixo (73,5%), seguidos de apertamento dental (59,7%) e bruxismo (57,6%).

É relevante ressaltar o percentual elevado dos dois últimos hábitos citados, provavelmente justificando-se por ser uma população de pacientes, objeto do estudo. Tal fato embasado também pelo trabalho de Branco et al. (2008) que verificaram igualmente numa população de pacientes, percentual elevado de apertamento dental e bruxismo. Cestaris e Camparis (2002) consideram o bruxismo um hábito destrutivo que promove desgastes dentais, danos ao periodonto, dores musculares e DTM. Um dos sinais clínicos mais evidentes do mesmo é o desgaste dental, em consequência do freqüente ranger e/ou apertar dos dentes (CAMACHO et al., 2009).

Utilizando o Índice Anamnésico de Fonseca e o RDC/TMD: Eixo II esta pesquisa mostrou um percentual de 37,2% de indivíduos bruxômanos, sendo o percentual igual nos dois questionários utilizados. Resultado este em concordância com a literatura para populações de não-pacientes, visto que no trabalho realizado por Pires, Silva e Breves (2007), em policiais da Marinha do Brasil, foi identificado um percentual semelhante de indivíduos com evidências clínicas de bruxismo. Na mesma linha de pesquisa, Carvalho et al. (2008) avaliaram policiais militares, encontrando um percentual de bruxismo entre os mesmos um pouco inferior ao deste estudo. Todavia, é importante enfocar a dificuldade de se diagnosticar o bruxismo de forma correta através apenas de questionários, tendo em vista o fato do hábito ser inconsciente e não ter sido feito exame clínico no atual estudo.

A prevalência de DTM entre os pesquisados foi bem mais elevada entre os que apresentavam hábitos parafuncionais comprovando-se relação significativa da mesma com os hábitos de ranger os dentes, apertar os dentes e morder objetos

A DTM é caracterizada por sintomatologia variada que inclui dor na musculatura mastigatória e na região da ATM, limitação e/ou assimetria dos movimentos mandibulares, ruídos articulares (estalidos e crepitações), cefaléia entre outros (CAUÁS et al. 2004; ESPOSITO; PANUCCI; FARMAN, 2000; OKESON, 2000).

Constatou-se nesta pesquisa que 71,6% dos sujeitos da amostra se consideram pessoas nervosas, dado este em concordância com o trabalho de Martins et al. (2008). Quanto aos outros sinais e sintomas abordados pelo Índice Anamnésico de Fonseca, 38,5% sentiam dor na nuca ou torcicolo, 37,8% sentiam dores de cabeça com freqüência, 37,2% têm algum hábito como apertar ou ranger os dentes e 27,7% sentem que seus dentes não se articulam bem ao fechar a boca. Utilizando-se também o RDC/TMD: Eixo II, os sinais e sintomas encontrados com percentual mais elevado foram: Bruxismo (37,2%) seguido de estalidos

(20,9%) e oclusão desconfortável (18,9%).

A cefaléia é um sintoma frequentemente observado numa prevalência elevada em pacientes com DTM (ESPOSITO; PANUCCI; FARMAN, 2000; FRANCO et al., 2008; GOMES et al., 2006; LIMA et al., 2001; OLIVEIRA, 1992; REQUIÃO; MACÊDO, 2008; ROCHA; NARDELLI; RODRIGUES, 2002). Na amostra estudada observou-se um percentual de cefaléia inferior (37,8%) àquele encontrado em estudos com populações de pacientes, fato este também verificado por Bonjardim et al. (2005) em pesquisa com não-pacientes, na qual constatou um percentual de 21,65% de pacientes com queixa de cefaléia. Avaliando-se os pacientes que manifestam dores de cabeça freqüente, e associando tal dado, à presença de hábitos parafuncionais observou-se percentuais mais elevados de cefaléia entre os pesquisados com a presença de hábitos do que os sem hábitos, observando-se associação significativa da cefaléia com os hábitos de mascar chicletes e morder bochechas ($p < 0,05$). Da mesma forma, analisando-se os pacientes que apresentavam tensão e associando-se estes dados com a presença de hábitos parafuncionais, observou-se que os percentuais dos indivíduos com a presença de tensão foram correspondentemente mais elevados entre os que apresentavam hábitos, destacando-se porém que roer unha foi o único hábito parafuncional que apresentou associação estatisticamente significativa com a ocorrência de tensão.

Associando gênero e hábitos parafuncionais verificou-se que com exceção do hábito de ranger os dentes, todos os outros hábitos analisados apresentaram percentuais mais elevados no gênero feminino, em concordância com o trabalho de Cauás et al. (2004).

Segundo a definição de dor pela IASP, estão envolvidos na percepção dolorosa não apenas os componentes físicos e químicos da nocicepção, mas também os aspectos subjetivos psicológicos, especialmente nos pacientes com dor crônica (CONTI et al., 2001).

Dentre os sintomas da DTM, a dor na região orofacial tem sido relatada como o sintoma mais encontrado em seus portadores (DWORKIN; LeRESCHÉ, 1992; OKESON, 1998; PAIVA et al., 1997), sugerindo ser a razão mais importante pela procura de tratamento (VON KORFF et al., 1988; DWORKIN; LeRESCHÉ, 1992; LIST, DWORKIN, 1996; DWORKIN et al., 1990; OLIVEIRA; SHEIHAM, 2004). Verificou-se neste estudo que apenas 18,9% da amostra reportou ocorrência de algum tipo de dor na face, sendo em 85,7% dos casos, de manifestação crônica, ou seja, com mais de 6 meses de duração, em concordância com os achados de Dworkin e LeResche (1992) e List e Dworkin (1996) e, quanto à freqüência, esta dor aparecia e desaparecia em 60,7% dos casos.

Quanto à busca por tratamento, 78,6% não o haviam procurado. Este resultado, porém,

pode estar associado ao fato do estudo ter sido desenvolvido em uma população de não-pacientes. Analisando-se separadamente estes mesmos pacientes, segundo ao grau de severidade da DTM observou-se que aqueles que apresentavam DTM leve não procuraram tratamento em 63,6% dos casos; já aqueles que apresentavam DTM severa o procuraram em 50% dos casos. Observou-se também neste estudo associação entre o hábito de ranger os dentes e frequência da dor, verificando-se que na maioria dos indivíduos que rangiam os dentes, a dor aparecia e desaparecia. Huang et al. (2002) e Glaros, Williams e Lausten (2005) afirmam que hábitos parafuncionais, principalmente aqueles envolvendo tensão muscular e estados emocionais estão fortemente relacionados ao nível de dor facial experimentado por pacientes com DTM. Para Velly, Philippe e Gornitsky (2002), o apertamento dentário combinado ou não com ranger de dentes é um fator contribuinte para dor miofascial.

Apesar do estalido ser o sinal articular mais comum na DTM (WÄNMAN; AGERBERG, 1990; GOULET et al., 1995) analisando-se os indivíduos que apresentavam dor nesta amostra (18,9%), quanto aos sinais e sintomas de DTM, observou-se que a maior prevalência foi de travamento entre os mesmos.

Na população em estudo 19,1% dos indivíduos do gênero masculino e 18,2% do feminino relatavam a presença de dor. Verificou-se associação significativa entre a dor e DTM, como também com o grau de severidade e necessidade de tratamento da mesma, evidenciando-se uma correlação entre aumento do grau de severidade da DTM, e sua necessidade de tratamento com a presença da dor.

Avaliando-se os aspectos psicológicos envolvidos na DTM, no presente trabalho pesquisou-se itens como depressão, somatização com dor e sem dor, utilizando o questionário RDC/TMD: Eixo II. Este estudo apresentou escores discretamente menos elevados de depressão e dos seus graus de severidade quando comparados com o trabalho original de Dworkin e LeResche (1992), enfatizando-se porém, o tipo de população estudada, sendo este último realizado em população de pacientes. Observou-se ainda que, quanto ao item somatização com dor, mais da metade da amostra apresentava-se normal em relação à mesma. Todavia, 26,4% e 12,8% da mesma, manifestava somatização com dor moderada e severa, respectivamente. Enfocando-se também a somatização sem dor, observou-se, de forma similar, que a maioria da população apresentava-se normal em relação à mesma, com percentuais de 16,9% para somatização sem dor moderada e 17,6% para somatização sem dor severa.

Analisando-se a dor em relação à presença de depressão, itens de somatização com dor e sem dor não observou-se associação significativa porém a presença da mesma aumentou de

acordo com o aumento da severidade da depressão, estando presente em 22,9% dos que tinham depressão leve e em 26,3% dos que tinham depressão severa. Ta fato corrobora com o trabalho de Lima (2009) e Demyttenaere et al. (2007). Entretanto estes achados contradizem os de Delaplaine,et al.1978) que não encontraram associação entre depressão severa e sintomas físicos de dor.

Quanto ao item somatização com dor, a presença da dor aumentou de acordo com o aumento da severidade da somatização com dor, estando presente em 17,9% dos que tinham somatizaçao com dor leve e em 36,8% dos que tinham somatização com dor severa. Em relação ao item somatização sem dor, a dor manifestou-se em 16,5% dos que se apresentavam normais em relação à mesma, em 16% daqueles que tinham somatização sem dor leve e em 30,8% dos que tinham somatização sem dor severa.

Diversos estudos apontam uma relação entre DTM, grau de severidade e fatores psicológicos como depressão, estresse e ansiedade (BONJARDIM, et al., 2009; CASANOVA ROSADO et al., 2006; CORONATTO et al., 2009; FERNANDES et al., 2007; MOLINA et al., 2007; NASSIF; AL SALLEEH; AL-ADMAWI, 2003; NILSSON; DRANGSHOLT; LIST, 2009; PENNA; GIL, 2006; TOLEDO; CAPOTE; CAMPOS, 2008; YAP; CHUA; TAN, 2004) Um aspecto interessante deste trabalho na avaliação da DTM associada à depressão, somatização com dor e sem dor, que ratifica a literatura consultada foi o fato de ter-se observado uma maior prevalência de DTM entre os pacientes que apresentavam estes fatores emocionais envolvidos revelando associação significativa entre DTM e cada uma das variáveis analisadas ($p < 0,01$). É relevante enfocar a constatação que fatores psicológicos como depressão, somatização com dor e somatização sem dor foram estatisticamente associados à DTM, mostrando que, nos indivíduos com maior severidade de depressão e somatização a DTM se manifestou mais intensamente.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação metodológica deste trabalho refere-se à seleção e tamanho da amostra, visto que, pelo fato da pesquisa ter sido desenvolvida numa Academia de Polícia, só

foi possível analisar-se um número restrito de indivíduos, correspondente aos alunos matriculados, não permitindo a evolução estatística para uma análise complexa do tipo multivariada. Outro dado relevante é que os indivíduos presentes na Academia estavam incluídos dentro de uma mesma faixa etária, não permitindo estudos comparativos de DTM entre grupos de faixas etárias mais diversas.

6.2 CONTRIBUIÇÕES DO PRESENTE ESTUDO

O presente trabalho corrobora com a literatura a cerca do estudo da DTM em populações de não-pacientes, mostrando dados que, indubitavelmente, servirão de subsídios para novas pesquisas com objetivos similares de determinar prevalências de tais disfunções e fatores outros envolvidos na sua ocorrência, visualizando como bem maior o diagnóstico precoce e tratamento da mesma, pela população acometida, atingindo-se assim a premissa maior de qualquer pesquisa que é trazer algum benefício à Ciência e a Comunidade.

Sugere-se para uma futura pesquisa trabalhar-se com policiais com atividades externas, ou seja, aqueles que, já tendo concluído sua formação acadêmica, atuam profissionalmente, acreditando-se estarem os mesmos submetidos a um nível de estresse maior, gerando dados que poderiam ser comparados com os resultados da atual pesquisa.

7 CONCLUSÃO

Considerando-se o estudo desenvolvido, pode-se apresentar as seguintes assertivas:

- a) Verificou-se a ocorrência de DTM em aproximadamente metade da população estudada, havendo maior prevalência no gênero feminino, na faixa etária dos 25 aos 36 anos e quanto à severidade, de grau leve.
- b) Entre os pesquisados que apresentavam DTM, o hábito parafuncional mais expressivo foi o de ranger os dentes, comprovando-se associação entre a DTM e os hábitos de ranger dentes, apertar os dentes e morder objetos;
- c) Foi observada relação significativa ($p < 0,05$) entre a DTM e todos os sinais e sintomas avaliados, com exceção do travamento mandibular;
- d) Fatores psicológicos como depressão, somatização com dor e somatização sem dor foram estatisticamente associados à DTM, mostrando que, nos indivíduos com maior severidade de depressão e somatização a DTM se manifestou mais intensamente;
- e) Associação significativa entre dor e sinais e sintomas de DTM, exceto com o bruxismo, também foi verificada;
- f) A dor orofacial manifestou-se em 18,9% da população, sendo na maioria dos casos de natureza crônica;
- g) Evidenciou-se correlação significativa entre a presença de dor, DTM, o aumento da sua severidade e necessidade de tratamento para a DTM;
- h) Houve correlação entre o aumento da severidade da depressão e somatização com dor e a presença da dor orofacial, porém sem associação significativa.

REFERÊNCIAS

ALENCAR JÚNIOR, F .G. P et al. **Oclusão, dores orofaciais e cefaléia**. São Paulo: Ed. Santos, 2005. 289p.

ALENCAR JÚNIOR, F. G. P; BATISTA, A. U. D. **Diagnóstico das DTMs e Dores Orofaciais**. In: ALENCAR JÚNIOR, F. G. P et al. **Oclusão, Dores orofaciais e cefaléia**. São Paulo: Santos, 2005. cap.6, p.65-91.

ALMEIDA, R. A. C et al. Índices de Helkimo e Craniomandibular para Diagnóstico de Desordens Têmporo-mandibulares: revisão da literatura. **Revista de Cirurgia de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v.5, n.3, p. 9-16, jul./set. 2005.

ALTMAN, D. G. **Practical Statistics for Medical Research**. London: Chapman and Hall, 1991. 611 p.

ANGELOTTI, G. Dor crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. In: ANGERANI-CAMON, V.A. **Psicossomática e a psicologia da dor**. Editora Pioneira, 2001. p.113-130

ARMITAGE, G. C. **Bases Biológicas da terapia periodontal**. São Paulo: Ed. Santos, 1984. 233p.

ASH, M. M; RAMFJORD, S. P; SCHMIOSEROER, J. **Oclusão**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2001.

BAIR, M. J; ROBINSON, R. L; KATON, W. KROENKE, K. Depression and pain comorbidity a literature review. **Archives Internatitonal Med**, v.163, n.20, p. 2433-45, 2003.

BARROS, J. J; RODE, S. M. **Tratamento das Disfunções Craniomandibulares – AT**. São Paulo: Santos, 1995.

BEATON, R. D et al. Self-reported symptoms of stress with temporomandibular disorders: Comparisons to healthy men and women. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v.65, n.2, p289-293, 1991.

BIASOTTO- GONZALEZ, et al. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.18, n.1, p.79-86, 2008.

BRANCO, et al. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.13, n.2.p.61-69, mar/abr.2008.

BRANDÃO, R. T. S. **Contatos Prematuros e Interferências Oclusais em Distúrbios Temporomandibulares**. 2003. 20f. (Seminário apresentado à disciplina de Oclusão, do curso de Doutorado em Ortodontia) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2003.

BONJARDIM, L. R et al. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. **Brazilian Oral Research**, v.19, n.2, p.93-98, 2005.

BONJARDIM, L. R et al. Association between symptoms of temporomandibular disorders and gender, morphological occlusion, and psychological factors in a group of university students. **Indian Journal Dent Research**, v.20, n.2, p190-194, 2009.

BUESCHER, J. J. Temporomandibular Joint Disorders. **American Family Physical**. n.76, 2007.

BUYSSE, D. J et al. The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v.28, n.2, p.193-213, 1989.

CAMACHO, G. B et al. **Bruxismo**: uma experiência com pacientes. Extensão Universitária – ADITEME. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, 2008.

CAMPOS, J. A. D. B et al. Internal consistency and reproducibility of portuguese version of research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD – axis II). **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.11, n.6, p.451-459, Nov/Dec. 2007.

CAMPBELL, L. C; CLAUW, D. J; KEEFE, F. J. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. **Biology Psychiatry**, v.54, n.3, p.399 -409, 2003.

CARLSSON, G. E; DEBOEVER, J. A. Epidemiologia. In: ZARB, G. A et.al. **Disfunções da Articulação Tempromandibular e dos músculos da Mastigação**. São Paulo: Santos, 2000, p.159-168.

CARVALHO, S. C. A et al. Associação entre bruxismo e estresse em policiais militares. **Revista Odonto Ciênc**, v.23, n.2, p.125-129, 2008.

CAUÁAS, M et al. Incidências de hábitos parafuncionais e posturais em pacientes portadores de disfunção da articulação craniomandibular. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v.4, n.2, p.121-129, abr./jun., 2004.

CASAGRANDE; ROSATO, C. Relação entre tratamento ortodôntico e desordem temporomandibular. **Ortodontia**, v.31, n.1, jan/abr.1998.

CASANOVA-ROSADO, J. F et al. Prevalence and associated factors for temporomandibular disorders in a group of Mexican adolescents and youth adults. **Clinical Oral Investigations**, v.10, p.42-49, 2006.

CAVALCANTE, V. O. Fisiopatologia da dor. In: FIGUEIRÓ, J. A. B; ANGELOTTI, G; PIMENTA, C. A. M. **Dor e Saúde mental**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p.23-32.

CHAVES, T. C et al. Principais instrumentos para a avaliação da disfunção temporomandibular, parte II: Critérios diagnósticos; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.15, n.1, p.101-106, 2008.

CERQUEIRA, J. A et al. Prevalência de hábitos parafuncionais em universitários. In: III ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA FAMINAS DA ZONA DA MATA –MG, 2007. **Revista Científica da FAMINAS – Muriaé**, v.3, n.1, sup.1, p.223, jan-abr. 2007.

CESTARI, K; CAMPARIS, C. M. Fatores psicológicos: Sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares. **JBA**, v.2, n.5, p.54-60, jan./mar. 2002.

CHUANG, S. Y. Incidence of temporomandibular disorders TMDs in senior dental students in Taiwan. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.29, p.1206-1211, 2002.

CONTI, P. C. R et al. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.10, n.3, p.254-62, 1996.

CONTI, P. C et al. Pain measurement in TMD patients: evaluation of precision and sensitivity of different scales. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.28, p.534-539. 2001.

CORONATTO, et al. Associação entre DTM e ansiedade: estudo epidemiológico em pacientes, edêntulos. **International Journal of Dentistry**, Recife, v.8, n.1, jan./mar. 2009.

DELAPLAINE, R. IFABUMUYI ,O.L. MERSKEY ,H., ZARFAS,J.Significance of pain in psychiatric hospital patients. *Pain*. 4(4):361-6 ,1978

DEGORATIS, L; LIPMAN, R. S; COVI, L. SCL-90: na outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. **Psychopharmacol Bull**, v.9, p.13-27, 1973.

DEMYTTENAERE,K.; BRUFFAERTS, R. LEE,S.POSADA-VILLA J. KOVESS,V.,ANGERMEYER,M.C.et al.Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the world Mental health Surveys. *Pain*. 129(3):332-42, 2007

DWORKIN, S.F. et al. Assessing clinical signs of temporomandibular disorders: reliability of clinical examiners. **J Prosth Dent**, v.63, p.574-580, 1990.

DWORKIN, S. F. Perspectives on the interaction of biological, psychological and social factors in TMD. **Journal American Dentistry Association**, v.125, n.7, p.856-863, 1994.

DWORKIN, S. F; LeRESCHÉ, L. Research Diagnostic Criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, criteria. **Journal Craniomandibular Dis Facial Oral Pain**, v.6, p.301-355, 1992.

ESPOSITO, C. J; PANUCCI, P. J; FARMAN, A. G. Associations in 425 patients having temporomandibular disorders. **Journal Kentucky Medical Association**, v.98, n.5, p.213-215, 2000.

FETEIH, R. M. Signs and symptoms of temporomandibular disorders and oral parafunctions in urban Saudi Arabian adolescents: a research report. **Head & Face Medicine**, v.2, n.25, ago.2006.

FERNANDES, et al. Desordem temporomandibular e ansiedade em graduandos de odontologia. **Ciência Odontológica Brasileira**, v.10, n.1, p.70-77, jan/mar.2007.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2004.

FONSECA, D. M. **Disfunção Craniomandibular (DCM):** diagnóstico pela anamnese. 1992. Dissertação (Mestrado em Odontologia, área de concentração Prótese) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 1992.

FONSECA, D. M. et al. Diagnóstico pela Anamnese da disfunção craniomandibular. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.42, n.1, p.23-28, 1994.

FRANCO, A. L. et al. Interação entre cefaléias e disfunção temporomandibular: Uma revisão de literatura. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.37, n.4, p.401-406, 2008.

GAROFALO, J. P et al. Predicting chronicity in acute temporomandibular joint disorders using the research Diagnostic Criteria. **Journal of the American Dental Association**, v.129, p.438-446, abr. 1998.

GAVISH, A. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.27, p. 22–32, 2000.

GLAROS, A. G. WILLIAMS, K. LAUSTEN, L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. **Journal of the American Dental Association**, v.136, p.451-458, 2005.

GOMES, M. B et al. Limiar de dor à pressão em pacientes com cefaléia tensional e disfunção temporomandibular. **Cienc Odontol Brás**, v.9, n.4, p.84-91, out./dez. 2006.

GOULET, J.P. et al. Jaw pain prevalence among French-speaking Canadians in Québec and related symptoms of tempromandibular disorders. **J Dent Res**, v.74, n.11, p.1738-1744, 1995

HENRIQUES, S. E. F. **Reabilitação Oral:** filosofia e planejamento. São Paulo: Santos, 2003.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais.** Sandra Costa. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HUANG, G. J et al. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). **Journal Dentistry Research**, v.81, n.4, p.284-8, 2002.

KOMINSKI, M et al. Adaptação cultural do questionário “Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders”: Axis II para o português. **Journal Brás lin Odontol Int**, v.8, n.43, p.51-61, 2004.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M de A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LIMA, C. C. M. Avaliação clínica das desordens temporomandibulares em pacientes sintomáticos. 2001. 194 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001.

LIMA, R. T. A. Fatores associados à DTM em uma população com depressão e ansiedade. 2009. 138p Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LIPOWISK, Z.J. Somatization: The concept and its clinical application. **American Journal Psychical**, v.145, p.1358-68, 1988.

LISBOA, J. A. A. **Avaliação do grau de concordância, acurácia e precisão de cinco escalas de aferição da dor em pacientes portadores de Disfunção Temporomandibular (DTM)**. Salvador, 2000. 103f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. 2000.

LIST, T.,DWORKIN, S.F. Comparing TMD diagnoses and clinical findings at Swedish and US TMD Centers using research diagnostic criteria temporomandibular disorders. **J Orofacial Pain**, v.10, n.3, p.240-253, 1996.

LUCENA, L. B.de S et al. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. **Braz Oral Res**, v.20, n.4, p.312-317, 2006.

MAIA, E. A. V; VASCONCELOS, L. M. R; SILVA, A. S. Prevalência das Desordens Temporomandibulares. Uma Abordagem Sobre a Influência do Estresse. **Revista ABO Nacional**, v. 9, n.4, p. 228-232, 2001.

MARTINS, R. J et al. Relação entre classe econômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13 (supl 2) p.2089-2096, 2008.

MARTINS, R. J et al. Relação da classe econômica e qualidade do sono na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.19, n.3, p.269-75, set./dez. 2007.

MARTINS, R. J. et al. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção Temporomandibular. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.2, p.215-222, 2007.

MATHEUS, R. A. et al. A relação entre os hábitos parafuncionais e a posição do disco articular em pacientes sintomáticos para disfunção têmporo-mandibular. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.62, n. 1 e 2, p.9-12, 2005.

MCNEELY, M. L; OLIVO, S. A; MAGEE, D. J. A Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Interventions for Temporomandibular Disorders. **Physical Therapy**, n.86, p.710-715, 2006.

McNEILL, C. History and evolution of TMD concepts. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.83, p.51-60, 1997.

MCNEILL C. et al. Temporomandibular disorders: diagnosis, management, education, and research. **Journal of the American Dentistry Association**, v.120, n. 2, p. 253-263, 1999.
MENEZES, et al. Correlação entre cefaléia e Disfunção Temporomandibular. **Fisioterapia e pesquisa**, São Paulo, v.15, n.2, p,183-187, abr./jun. 2008

MERIGHI,L.B.M et al. Ocorrência de Disfunção Temporomandibular (DTM) e sua relação com hábitos orais deletérios em crianças do município de Monte Negro – RO. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.9, n.4, 497-503, 2007.

MICHELOTTI, A et al. Home-exercise regimes for the management of non-specific temporomandibular disorders. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.32, p.779-785, 2005.

MIRANDA, M. E; VIOLA, M. J. Disfunções na ATM. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.36, n.6, p.443-448, nov/dez. 1998.

MOLINA, O. F. et al. A disfunção mastigatória e o “desconforto dental” em três grupos definidos de pacientes com bruxismo e DCM – comparação com um grupo controle. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Curitiba, v.5, n.27, p. 51-65, maio./jun. 2000.

MOLINA, O. F et al. Depression, pain and site: a Clinical comparison study in mild, moderate, severe and extreme bruxers. **Revista Neurociências**, v.15, n.1, p.9-16, jan/mar. 2007.

MOREIRA, M. M. S. M.; ALENCAR, JÚNIOR, F. G. P; BUSSADORI, M. Fatores Psicológicos na etiologia de Disfunção craniomandibular. **Revista da APCD**, v.52, n.5, p.377-381 set/out. 1998.

NASSIF, N. J; AL-SALLEEH, F; AL-ADMAWI, M. The prevalence and treatment needs of symptoms and signs of temporomandibular disorders among young adult males. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.30, p.944-950, 2003.

NAZZARIO, D. **Disfunções temporomandibulares x tratamento ortodôntico**. 1999. 72f. Dissertação (Especialização em Fonoaudiologia Clínica) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo, 1999.

NILSSON, I. M; DRANGSHOLT, M; LIST, T. Impact of temporomandibular Disorder Pain in Adolescents: Differences by Age and Gender. **Journal of Orofacial Pain**, v.23, n.2, p.115-122, 2009.

OKESON, J. P. **Fundamentos de Oclusão e Desordens Temporomandibulares**. 2.ed. Lexington: Artes médicas, 1992.

_____. **Dor Orofacial**: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence, 1998.287p.

_____. **Fundamentos de Oclusão e Desordens Temporomandibulares**. 4.ed. Artes Médicas, São Paulo, 2000.

_____. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. 500p

_____. **Dores Bucofaciais de Bell**. 5.ed. São Paulo: Quintessence, 2003. 500p.

OLIVEIRA, A. S. **Caracterização multifatorial de uma população de portadores de desordens temporomandibulares [thesis]**. Piracicaba: FOP/UNICAMP, 2002.

OLIVEIRA, A. S. et al. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college students. **Brazilian Oral Research**, v.20, n.1, p.3-7, 2006.

OLIVEIRA, A. S; GROSSI, D. B; DIAS, E. M. Sinais e sintomas da disfunção temporomandibular nas diferentes regiões brasileiras. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo. v.15 ,n.4, p.392, out/dez. 2008.

OLIVEIRA, C.M; SHEIHAM, A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. **J Orthodontics**, v.31, p.20-27, 2004.

OLIVEIRA, W. **Contribuição ao estudo da frequência de sintomas subjetivos, relatados como queixa principal, por pacientes com disfunção craniomandibular**. 1992. 147 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade de São Paulo, São José dos Campos, 1992.

OLIVEIRA, W. Aspectos Gerais sobre Disfunção Temporomandibular. In: W. Oliveira. **Disfunções Tempromandibulares**. São Paulo. Artes Médicas. 2000, cap.1. p 3-9

OLIVEIRA, W. Disfunção Temporomandibular. In: PAIVA, H. J. **Noções e Conceitos Básicos em Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial**. São Paulo: Santos, 2008. cap.15. p. 215-232.

OLIVEIRA, W; BRUNETI, R. F. Disfunção Craniomandibular: atividade solidária ou campo de divergências entre a medicina e a odontologia. **Aparelho Locomoto Clín cir**, v.1, n.1, p.39-44, 1998.

OLSSON, M.; LINDQVIST, B. Occlusal interferences in orthodontic patients before and after treatment, and in subjects with minor orthodontic treatment need. **European Journal of Orthodontics**, v.24, p.677-687, 2002.

PAIVA, H. J. Sistema estomatognático: integração anatômica, funcional e clínica. In: PAIVA, H. J. et al. **Oclusão: Noções e Conceitos básicos**. São Paulo, p.17-30. 1997.

PAIVA, H. J. **Noções e Conceitos Básicos em Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial**. São Paulo: Editora Santos, 2008.

PARKER, M. W; HOLMES, E. K; TEREZHALMY, G. T Personality Characteristics of patients with temporomandibular disorders: diagnostic and therapeutic implications. **Journal of Orofacial Pain**, v.7, n.4, p.337-344, 1993.

PEDRONI, C. R; OLIVEIRA, A. S; GUARATINI, M. I. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.30, n.3, p.283-289, fev. 2003.

PENNA; P. P; GIL, C. Estudo de um dos aspectos psicossomáticos relacionados com as desordens craniomandibulares. **RPG Pós Grad**, v.13, n.2, p.181-185, 2006.

PEREIRA, F. J et al. **Critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares RDC/TMD**. On Line, 2002.

PICCOLOTO, M. A; HONORATO, D. C. Uma abordagem fisioterapêutica nas desordens temporomandibulares: estudo retrospectivo. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v. 10, n. 2, p. 77-83, 2003.

PIMENTEL, P. H. W. G et al. Perfil Demográfico dos Pacientes atendidos no Centro de Controle da Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. **Revista de Cirurgia de Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v.8, n.2, p.69-76, abr./jun. 2008.

PIRES, A. A; SILVA, F. C.; BREVES, R. C. Prevalência de bruxismo em militares da Marinha do Brasil e sua associação com dores de cabeça e dores musculares. **Revista naval de Odontologia on line** , v.1, n.2, p.5-10, 2007.

PORTNOI, A. G. Estresse e distúrbios craniomandibulares. In: BARROS, J. J; RODE, S. M. **Tratamento das disfunções craniomandibulares – A.T.M.** São Paulo: Santos, 1995. Cap.15, p.165-168

REQUIÃO, F. M. O; MACÊDO, C. R. S. Prevalência de cefaléia em pacientes portadores de disfunção temporomandibular. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v.7, n.3, p.220-227, set/dez. 2008.

ROCHA, S. S; MENDONÇA, J. F; ALENCAR JÚNIOR, F. G. P. Estudo da Prevalência dos fatores etiológicos em pacientes com dor miofascial orofacial. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.36, n.1, p.41-46, 2007.

ROCHA, A. P. F; NARDELLI, M. R; RODRIGUES, M. F. Epidemiologia das desordens temporomandibulares: estudo da prevalência da sintomatologia e sua interrelação com a idade e o sexo dos pacientes. **Revista do Serviço ATM**, Juiz de Fora, v.2, n.1, p.5-10, jan./jun. 2002.

RUGH, J. D; DAHLSTROM, L. **Behavioral and psychological mechanisms**. In: ZARB, G. A. et al. **TMJ and masticatory muscle disorders**. 2.ed. Copenhagen: Munksgard, 1994. cap.9, p. 208-218, 1994.

SANTOS, E. C. A et al. Avaliação Clínica dos sinais e sintomas da DTM em crianças. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v.11, n.2, p.29-34, mar./abr. 2006.

SANTOS JÚNIOR, J. **Oclusão, princípios e conceitos**. São Paulo: Santos, 1998.

SCHIFFMAN, E. L; FRICTON, J. R; HALEY, D. The relationship of occlusion, Parafunctional habits and recente life events to mandibular dysfunction in a non-patient population. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.19, n.3, p.201-23, maio. 1992.

SEGER, L. **Psicologia e Odontologia: Uma abordagem integradora**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2002.

SHIBAYAMA, R; GARCIA, A. R; ZUIM, P. R. J. Prevalência de Desordem Temporomandibular (DTM) em pacientes portadores de próteses totais duplas, próteses parciais removíveis e universitários. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.25, n.2, p.18-21. jul./dez. 2004.

SIQUEIRA, J. T. T. Disfunção Temporomandibular: Classificação e Abordagem Clínica. In: SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA, M. J. **Dor Orofacial: Diagnóstico, Terapêutica e Qualidade de vida**. Curitiba: Maio, 2001. cap.9.1, p.373-404.
SIQUEIRA, J. T. T; TEIXEIRA, M. J. **Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida**. Curitiba: Editora Maio, 2001. 673p.

SUVINEN, T. I; READE, P. C. Temporomandibular disorders: a critical review of the nature of pain and its assessment. **Journal Orofacial Pain**, v.9, p.317-39, 1995.
SPECULAND, B; GOSS, A. N. Psychological fators in temporomandibular joint dysfunction pain. **International Journal of Oral Surgery**, v.14, n.2, p.131-137, 1985.

TAUCCI, R. A; BIANCHINI, E. M. G. Effect checking of temporomandibular disorders in speech: symptoms and characteristics of the jaw movements. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.12, n.4, 2007.

TOLEDO, B. A. S; CAPOTE, T. S. de O; CAMPOS, J. A. D. B. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. **Ciênc Odontol Bras**, v.11, n.4, p.75-79, out/dez. 2008.

TOMACHESKI, D. F. et al. Disfunção Têmporo-mandibular: Estudo introdutório visando estruturação de prontuário odontológico. **UEPG Ciencias Biológicas e da Saúde**, v.10, n.2, p.17-25, jun. 2004.

TURCIO, K. H. L; GARCIA, A. R; ZUIM, P. R. J. A importância dos ruídos articulares do diagnóstico das desordens temporomandibulares. **Arquivos em Odontologia**, v.40, n.4, p.303-313, jul./set. 2004.

VALLE-COROTTI, K. M. do et al. A Oclusão e a sua relação com as disfunções temporomandibulares (DTM) em jovens com e sem tratamento ortodôntico: Um estudo comparativo. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v.8, n.6, p.79-87, nov./dez. 2003.

VELLY, A. M; PHILIPPE, P; GORNITSKY, M. Heterogeneity of temporomandibular disorders: cluster and case-control analyses. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.29, n.10, p.969-79, 2002.

VERRI, F. R. et al. Avaliação da qualidade do sono em Grupos com diferentes níveis de Desordem temporomandibular. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, 2008.

VON KORFF, M. et al. An epidemiologic comparison of pain complaints. **Pain**, v.32, p.173-183, 1988.

VON KORFF, M. Le RESCHE, L; DWORKIN, S. F. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. **Pain**, v.55, p.251-8, 1993.

WÄNMAN, A.; AGERBERG, G. Temporomandibular joint sounds in adolescents: A longitudinal study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endol**, v.69, p.62-68, 2003

WRIGHT, I. J; DEARY, I. J; GEISLER, P. R. Depression, hassles and somatic symptoms in mandibular dysfunction syndrome patients. **Journal Dentistry**, v.19, n.6, p.352-6, 1991.

YAP, A. U. J; CHUA, E. K; TAN, K. B. C. Depressive symptoms in Asian TMD patients and their association with non-specific physical symptoms reporting. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v.33, n.5, p.305-310, 2004

ZANINI, C. F. C. Os **Hábitos parafuncionais na disfunção da articulação Têmporo-mandibular**. 1999. 61f. Monografia (especialização em Motricidade Oral) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) Porto Alegre, 1999.

ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis**. 4.ed. New Jersey, Prentice Hall, 1999. 929 p.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFPB MESTRADO EM DIAGNÓSTICO ORAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a) _____

Esta pesquisa trata de uma avaliação de DTM (Disfunção Têmporomandibular) e hábitos parafuncionais relacionados com fatores psicossociais em policiais militares. Está sendo desenvolvida por Maria de Oliveira Alves Cavalcanti, aluna do Curso de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Luciana Barbosa Sousa de Lucena.

O termo DTM é uma expressão empregada para designar alterações envolvendo a musculatura da mastigação, as articulações temporomandibulares e estruturas relacionadas afetando o sistema mastigatório, através de sinais e sintomas que limitam suas atividades normais.

O objetivo do estudo é avaliar a Disfunção Temporo-mandibular (DTM) e hábitos parafuncionais relacionados com fatores psicossociais em policiais militares, contribuindo desta forma para um melhor entendimento dos fatores envolvidos no desenvolvimento dessa disfunção.

Solicitamos a sua colaboração em responder os questionários, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

O pesquisador está a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

Contato: Maria de Oliveira Alves Cavalcanti.

Email: mcavalcantii@hotmail

Fone:(083)32167254/(083)321674

ANEXO A – Declaração do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS-CEP



CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, aprovou o parecer favorável do relator desse Comitê, autorizando os pesquisadores MARIA DE OLIVEIRA ALVES CAVALCANTI e LUCIANA BARBOSA LUCENA, publicarem a pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DA DOR, DISFUNÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR - DTM E HÁBITOS PARAFUNCIONAIS ASSOCIADOS A FATORES PSICOLÓGICOS EM POLICIAIS MILITARES. Protocolo CEP/CCS nº. 551/09.

João Pessoa, 30 de outubro 2009.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

ANEXO B - Questionário Específico

Nome: _____

Rua: _____ Nº _____ Bloco: _____ Aptº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____ Instrução: _____

Sexo: M F

Função: _____ Est. Civil: _____

Índice Anamnésico de Fonseca (FONSECA *et al.*, 1994):

DMF (1994) Respostas: **S** – Sim: 10 pontos ou **AV** – Às Vezes: 05 pontos ou **N** – Não: 0

	S	AV	N
1- Sente dificuldade para abrir bem a boca?			
2- Você sente dificuldade para movimentar sua mandíbula para os lados?			
3- Tem cansaço ou dor muscular quando mastiga?			
4- Sente dores de cabeça com frequência?			
5- Sente dor na nuca ou torcicolo?			
6- Tem dor de ouvido ou próximo dele?			
7- Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou quando abre a boca?			
8- Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?			
9- Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?			
10- Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)? Em uma escala de 0 a 10: 0 “não é nervosa” e 10 “muito nervosa”: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
SOMA PARCIAL			
SOMA TOTAL			

(0-15) Não DTM; (20-40) DTM Leve; (45-65) DTM Moderada; (70-100) DTM Severa

Marque com um X o que você pratica com frequência no seu dia-a-dia:

() ranger os dentes

- () apertar os dentes
- () roer unhas
- () morder objetos
- () mascar chicletes
- () morder a bochecha

ANEXO C – Questionário Eixo II RDC-TMD

1. Você já sentiu dor na face em locais como: a mandíbula (queixo), nos lados da cabeça, na frente do ouvido, ou no ouvido (ATM)?		Não Sim	0 1
→ Se a sua resposta foi NÃO , passe para a pergunta 14.a → Se a sua resposta foi SIM , passe para a próxima pergunta			
2. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez? ____ ____ anos ou ____ ____ meses			
3. A dor na face ocorre?			1 2 3
O tempo todo Aparece e desaparece Ocorreu somente uma vez			
4. Você já procurou algum profissional de saúde para tratar a sua dor na face?	Não Sim, nos últimos 6 meses Sim, há mais de seis meses		1 2 3
5. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula?			
Não Sim → Se a sua resposta foi NÃO , passe para a pergunta 7. → Se a sua resposta foi SIM , passe para a próxima pergunta			
6. A sua dor na face já existia antes da pancada ou trauma?			Não Sim

7. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota para ela, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é a “pior dor possível”? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é a “pior dor possível”? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face? ____ ____ dias	
10. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade”? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?				1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
Nenhuma mudança Mudança extrema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
12. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos), onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?				1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
Nenhuma mudança Mudança extrema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
13. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo) impedem, limitam ou prejudicam?				
a. Mastigar	☐ Não ☐ Sim	0 1	g. Atividade sexual	☐ Não ☐ Sim 0 1
b. Beber (tomar líquidos)	☐ Não ☐ Sim	0 1	h. Limpar os dentes ou face	☐ Não ☐ Sim 0 1
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	☐ Não ☐ Sim	0 1	i. Bocejar (abrir a boca quando está com sono)	☐ Não ☐ Sim 0 1
d. Comer alimentos duros	☐ Não ☐ Sim	0 1	j. Engolir	☐ Não ☐ Sim 0 1
e. Comer alimentos moles	☐ Não ☐ Sim	0 1	k. Conversar	☐ Não ☐ Sim 0 1
f. Sorrir ou gargalhar	☐ Não ☐ Sim	0 1	l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	☐ Não ☐ Sim 0 1

14.a. Alguma vez a sua mandíbula (queixo) já ficou travada de uma forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?	Não	Sim	0 1
→ Se você NUNCA teve travamento da mandíbula, passe para a pergunta 15.a → Se você JÁ TEVE travamento da mandíbula passe para a próxima pergunta			
14.b. Este travamento da mandíbula (queixo) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?	Não	Sim	0 1
15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?	Não	Sim	0 1
15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve o barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?	Não	Sim	0 1
15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range ou aperta os dentes quando está dormindo?	Não	Sim	0 1
15.d. Durante o dia, você range ou aperta os seus dentes?	Não	Sim	0 1
15.e. Você sente a sua mandíbula (queixo) “cansada” ou dolorida quando acorda pela manhã?	Não	Sim	0 1
15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?	Não	Sim	0 1
15.g. Você sente desconfortável ou diferente a forma como os seus dentes se encostam?	Não	Sim	0 1
16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?	Não	Sim	0 1
16.b. Você sabe se seus avós, pais ou irmãos já tiveram artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do corpo?	Não	Sim	0 1
16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha, sem ser a articulação (junta) perto do ouvido?	Não	Sim	0 1
→ Se você NÃO teve dor ou inchaço, passe para a pergunta 17 → Se você JÁ TEVE dor ou inchaço , passe para a próxima pergunta			

16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos doze meses?	☐ Não	☐ Sim	0 1
17. Durante os últimos 6 meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaqueca?	☐ Não	☐ Sim	0 1
20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:			
	Nem Um Pouco (0)	Um Pouco (1)	Moderada mente(2)
			Mui to(3)
			Extrema nte (4)
a. Por sentir dores de cabeça			
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual			
c. Por ter fraqueza ou tontura			
d. Por sentir “aperto no peito” ou no coração			
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão			
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer			
g. Por ter falta de apetite			
h. Por chorar facilmente			
i. Por culpar-se pelas coisa que acontecem ao seu redor			
j. Por sentir dores na parte inferior das costas			
k. Por sentir-se só			
l. Por sentir-se triste			
m. Por preocupar-se muito com as coisas			
n. Por não sentir interesse pelas coisas			
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago			
p. Por ter músculos doloridos			

q. Por ter dificuldade em adormecer	
r. Por ter dificuldade em respirar	
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	
u. Por sentir um “nó na garganta”	
v. Por sentir-se desanimado sobre o futuro	
w. Por sentir-se fraco em partes do corpo	
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	
z. Por comer demais	
aa. Por acordar de madrugada	
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço ou sacrifício	
dd. Por sentir-se inútil	
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	
ff. Por ter sentimentos de culpa	