

MÔNICA HARUMI IQUEJIRI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PORTADORES DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR ATENDIDOS EM UMA INSTITUIÇÃO
PÚBLICA DE ENSINO**

CAMPO GRANDE

2018

MÔNICA HARUMI IQUEJIRI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PORTADORES DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR ATENDIDOS EM UMA INSTITUIÇÃO
PÚBLICA DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Odontologia da Universidade
Federal de Mato Grosso do Sul,
para obtenção de título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Zárate

CAMPO GRANDE

2018

MÔNICA HARUMI IQUEJIRI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PORTADORES DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR ATENDIDOS EM UMA INSTITUIÇÃO
PÚBLICA DE ENSINO**

Dissertação apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em
Odontologia da Universidade Federal
de Mato Grosso do Sul, para
obtenção de título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Zárate

Resultado: _____ (Preenchido pela banca: Aprovado/Reprovado
Campo Grande (MS) 31 de agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Zárate (Presidente)
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul / UFMS

Prof. Dr. Marcelo Arruda
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul / UFMS

Profa. Dra. Daisilene Baena Castillo
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul / UFMS

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Tacachi e Natalia, pelo amor incondicional que há envolvido em nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Zárate, por ter me aceitado como sua orientada, por todo tempo dedicado à elaboração e correção do trabalho, por ser tão caprichoso e gentil em suas observações, pelo conhecimento compartilhado e incentivo dado em todas as fases desta caminhada. Minha eterna gratidão.

Agradeço imensamente a Profa. Dra. Daisilene Baena Castillo, por ter me acolhido de forma tão generosa na disciplina de oclusão e posteriormente, no estágio de DTM onde fui muito feliz em poder praticar e compartilhar o conhecimento adquirido; agradeço por ter me ensinado além dos protocolos clínicos em principal, a ter compaixão daqueles que sentem dor e necessitam de ajuda; agradeço o apoio, as discussões científicas, as ideias e a confiança depositada.

Agradeço aos alunos e pacientes do Serdof que fizeram com que este trabalho fosse possível de ser realizado.

Agradeço a minha família, ao meu namorado e aos meus amigos pela compreensão da minha ausência e fadiga, pelo apoio e carinho, pela torcida e vibração em cada fase desta conquista. Agradeço por me incentivarem a prosseguir e por acreditar em mim.

Agradeço ao Programa de Pós- graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul a oportunidade de realizar o curso de mestrado, e a CAPES pelo apoio financeiro.

Agradeço aos professores e funcionários do curso de mestrado pelo apoio, atenção e dedicação.

E agradeço aos meus colegas, pelo aprendizado e pelo companheirismo.

*“Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que
você não conhece como eu mergulhei. Não se
preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer
entendimento”.*

Clarice Lispector

RESUMO

Iquejiri MH. Perfil epidemiológico de portadores de disfunção temporomandibular atendidos em uma instituição pública de ensino. Campo Grande, 2018. [Dissertação – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo que abrange problemas clínicos, da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação, sendo caracterizada principalmente por dor, som na articulação e função irregular ou limitada da mandíbula. O objetivo deste estudo foi traçar um perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Serviço de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Tratou-se de um estudo observacional, retrospectivo, onde foram utilizados dados de todos os pacientes atendidos no período de janeiro de 2008 a julho de 2017, diagnosticados com DTM (n=401). As variáveis analisadas foram idade, gênero, estado civil, queixa principal, duração, região afetada, intensidade, presença de hábitos parafuncionais e/ou bruxismo do sono/vigília, estresse, ansiedade, qualidade de sono, comorbidades e hipótese diagnóstica. Os testes qui-quadrado e exato de Fisher foram utilizados para avaliar associações entre as variáveis. Os resultados mostraram que 84,3% dos pacientes pertenciam ao gênero feminino; 88,3% queixaram-se de dor de intensidade moderada (EVN = 6,5) e 42,4% relataram hábitos parafuncionais. Bruxismo do sono esteve presente em 43,1% dos pacientes; constatou-se alta prevalência para ansiedade (76,2%) e estresse (71,8%). O diagnóstico mais prevalente foi de dor miofascial sem limitação de abertura (65,3%) e a região mais afetada foi a ATM (43,6%). Houve diferença significativa entre o gênero feminino e estresse ($p=0,004$) e dor ($p=0,003$); e estresse e ruído ($p=0,046$). Quando estresse foi associado com ansiedade houve associação com dor ($p=0,021$) e ruído ($p=0,027$). Concluiu-se que a demanda por tratamento para DTM foi de mulheres, jovens, solteiras, sofrendo de dor crônica na região da ATM, diagnosticadas com DTM muscular, sofrendo de ansiedade e estresse, com bruxismo, cefaleia e boa qualidade de sono. O gênero feminino foi associado significativamente com dor e estresse; estresse teve associação com ruído; estresse e ansiedade tiveram associação com dor e ruído. As demais variáveis não tiveram associação com os sintomas, de forma individual ou associadas.

Descritores: Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular, epidemiologia, diagnóstico, comorbidades.

.

ABSTRACT

Iquejiri MH. Epidemiological profile of patients with temporomandibular disorders treated in a public university. Campo Grande, 2018. [Dissertação – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Temporomandibular disorders (TMD) is a term that covers clinical temporomandibular joints and masticatory muscles problems, characterized mainly by pain, clicks, irregular and limited function of the mandible. The aim of this study was to draw an epidemiological profile of the patients treated in the Serviço de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular at the Dentistry School of the Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). It was an observational study, retrospective, with data from all the patients treated from January 2008 to July 2017, diagnosed with TMD (n=401). The analysed variables were age, gender, marital status, main complaint, duration, affected region, intensity, presence of parafunctional habits and/or sleep/awake bruxism, stress, anxiety, sleep quality, comorbidities and diagnostic hypothesis. The chi-square or Fisher's Exact test was used to evaluate the associations between the variables. The results showed that 84,3% of the patients were female; 88,3% complained of moderate intensity pain (VNS=6,5) and 42,4% reported parafunctional habits. Sleep bruxism was present in 43,1% of the patients; high prevalence of anxiety (76,2%) and stress (71,8%). The most prevalent diagnosis was myofascial pain without mouth opening limitation (65,3%) and the most affected region was the TMJ (43,6%). There was a significant difference between female gender and stress ($p=0,004$) and pain ($p=0,003$); and between stress and click ($p=0,046$). When stress was associated with anxiety, there was association with pain ($p=0,021$) and click ($p=0,027$). It was concluded that the demand for TMD treatment was of women, young, single, suffering from chronic TMJ pain, diagnosed with muscle TMJ, anxiety and stress, with bruxism, headache and good sleep quality. The female gender was significantly associated with pain and stress; stress had association with click; stress and anxiety had association with pain and click. Other variables had no association with the symptoms in individual or associated form.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome, epidemiology, diagnosis, comorbidity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Variáveis a serem identificadas na documentação dos usuários do Serviço de Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, atendidos no período de 2008 a 2017.....	37
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência dos sintomas apresentados pelos pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401)	40
Tabela 2 - Prevalência dos fatores predisponentes em função do gênero em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401).....	41
Tabela 3 - Prevalência dos fatores predisponentes em função da presença de dor em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401).....	43
Tabela 4 - Prevalência dos fatores predisponentes em função do sintoma travamento em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401).....	45
Tabela 5 - Prevalência dos fatores predisponentes em função do sintoma ruído em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401).....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAOP	<i>American Academy of Orofacial Pain</i>
ATM	Articulação temporomandibular
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DC/TMD	<i>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>
DTM	Disfunção temporomandibular;
DOF	Dor orofacial
EADS-21	Questionário Escalas de Ansiedade Depressão e Stress
EVN	Escala visual numérica
Faodo	Faculdade de Odontologia
GOHAI	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i>
HAD	<i>Hospital anxiety and depression</i>
IAF	Índice Anamnésico de Fonseca
Idate	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MFIQ	Questionário de limitação funcional mandibular
MS	Mato Grosso do Sul
MT	Mato Grosso
NFBC	<i>Nothern Finland Birth Cohort</i>
OHIP-14	<i>Oral Health Impact Profile - 14</i>
PR	Paraná
QVRSO	Qualidade de vida relacionada a saúde oral
RDC/DTM	<i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>
RJ	Rio de Janeiro
Serdof	Serviço de Dor Orofacial
SF-36	<i>Social Functioning Scale</i>
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3. OBJETIVOS.....	35
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos	35
4 MATERIAL E MÉTODO.....	36
4.1 Aspectos éticos	36
4.2 Amostra.....	36
4.3 Critérios de exclusão	36
4.4 Coleta de dados	36
4.4.1 Identificação das regiões afetadas	37
4.4.2 Intensidade da dor.....	38
4.4.3 Hábitos parafuncionais e hipótese diagnóstica	38
4.5 Análise Estatística	39
5 RESULTADOS.....	40
6 DISCUSSÃO.....	49
7 CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE	64
ANEXO A	66
ANEXO B	67

1 INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo que abrange problemas clínicos da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação, sendo caracterizada principalmente por dor, som na articulação e função irregular ou limitada da mandíbula (DWORKING et al., 1990). A DTM é considerada um subgrupo distinto das desordens musculoesqueléticas e reumatológicas e representa uma causa importante de dor não dental (CARLSSON et al., 2006).

Apesar dos vários estudos realizados, a origem multifatorial e a variabilidade no padrão da desordem dificulta a definição dos mecanismos causadores dessa condição (CARLSSON et al., 2006), podendo ser causada por um trauma na face ou um processo inflamatório da articulação temporomandibular (ATM) ou desencadeada por um estresse psicológico (HELKIMO; 1974).

Tendo a epidemiologia objetivos de proporcionar uma base científica para a análise de fatores etiológicos, prevenir e controlar doenças e fornecer informações sobre a avaliação das necessidades da demanda para o tratamento de uma doença ou condição (MAGNUSSON et al., 2000), vários estudos sobre DTM têm sido desenvolvidos a partir dos anos 70, demonstrando a variedade das definições, dos critérios de avaliação, dos sintomas e dos métodos de examinação que sofreram modificações com o passar dos anos. Ademais, a demografia da população analisada difere por exemplo, em idade e gênero, variáveis socioeconômicas, fatores ambientais e genética. Todos esses fatores fazem com que as comparações sejam difíceis e podem explicar o porquê existem achados contraditórios em estudos semelhantes e bem conduzidos (HELKIMO; 2012).

O estudo dessa desordem tem ganhado destaque devido a sua incidência crescente e precoce na população, além de estar associada com aspectos psicológicos e sua capacidade de afetar a qualidade de vida dos pacientes (BEZERRA et al., 2012; AL-KOTANI et al., 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1997), qualidade de vida é a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores em que vive, e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente afetado de maneira complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência,

relações sociais, crenças pessoais e seu relacionamento com características de seu meio ambiente.

Atualmente, estudos epidemiológicos indicam que a DTM afeta cerca de 5 a 12% da população mundial, sendo a segunda condição musculoesquelética mais comum. Nos Estados Unidos da América (EUA), a prevalência de pessoas que sofrem de pelo menos um sinal de DTM é de 40 a 75%; e que apresentam um sintoma é de 33%. Os mais afetados são adultos jovens e pessoas de meia idade (20 a 50 anos de idade). Dois terços dos indivíduos que sofrem de DTM procuram tratamento. O custo, não considerando os exames de imagem, é estimado em torno de quatro bilhões de dólares por ano (SCRIVANI et al., 2008; SCHIFFMAN et al., 2014; *National Institute of Dental and Craniofacial Research*, 2016). No Brasil, não há um levantamento com esses dados.

A análise das características dos pacientes atendidos em serviços para tratamento de DTM são de fundamental importância para permitir uma melhor compreensão do perfil epidemiológico da população afetada, melhorar o planejamento estratégico da prestação de serviço e o aprendizado acadêmico (OMMERBORN et al., 2010; REISSMAN et al., 2015). Além disso, os dados podem contribuir para a geração de conhecimento científico e melhorar o entendimento das características dessa desordem e assim, obter melhores resultados no tratamento proposto (PIMENTEL et al., 2008; DONNARUMMA et al., 2010; DANTAS et al., 2015).

Portanto, uma vez que a DTM tem prevalência relevante e que a análise do problema de saúde em diferentes populações contribui para sua compreensão e solução, é importante que nos serviços de atendimentos especializados a portadores de DTM sejam conhecidas as principais etiologias da disfunção e as características da população atendida, a fim de se estabelecer programas eficazes de controle, prevenção e tratamento.

A Faculdade de Odontologia (Faodo) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) possui o Serviço de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular (Serdof/DTM) desde o ano de 2008, com o objetivo de atender pacientes com DTM e dor orofacial, sendo o único serviço no âmbito público oferecido no município de Campo Grande. Desta forma, é proposta deste estudo caracterizar a população que faz uso desse serviço, de acordo com as variáveis biológicas e sociocomportamentais, a fim de se verificar para qual o tipo de DTM essa população apresenta-se mais vulnerável, e assim, contribuir para melhorar na atenção a esses pacientes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os estudos sobre DTM baseado em população foram desenvolvidos a partir dos anos 70, sendo esses de difícil comparação com os atuais pelo fato da terminologia ter sofrido modificações com o tempo. Quando os primeiros trabalhos foram publicados, os termos distúrbios funcionais dos sistema da mastigação, disfunção mandibular, disfunção da dor miofascial e síndrome da disfunção dolorosa da articulação temporomandibular eram os mais comumente utilizados. As definições, os critérios de avaliação dos sintomas e os métodos de examinação mudaram com o passar dos anos. Além disso, a demografia da população analisada difere, por exemplo, em idade e gênero, variáveis socioeconômicas, fatores ambientais e genética. Todos esses fatores fazem com que as comparações sejam difíceis e podem explicar porque existem achados contraditórios em estudos semelhantes e bem conduzidos (HELKIMO; 2012).

Os primeiros estudos epidemiológicos em DTM foram feitos em populações da Suécia e Finlândia. Em uma revisão dos primeiros dez estudos, Helkimo (1976) observou que sete eram da Escandinávia, sendo todos transversais. Sete estudos investigaram um grupo de idade específica e três cobriram todos os grupos de idades em adultos, mas apenas um estudo utilizou tanto entrevistas como exames clínicos para o diagnóstico de DTM. Nesses estudos, uma alta taxa de prevalência de sinais e sintomas de DTM foi encontrada. Uma das conclusões dessa revisão foi que sintomas de disfunção no sistema de mastigação são mais comuns do que previamente pensados. Isto implica que no futuro, cirurgiões-dentistas deveriam se interessar mais no diagnóstico e tratamento de distúrbios funcionais do sistema da mastigação na prática clínica. Ainda foi sugerido que mais pesquisas epidemiológicas deveriam ser feitas e que os critérios de diagnóstico padronizados devam ser usados com o intuito de facilitar comparações futuras.

Carlsson (1984), em outra revisão sobre estudos baseados em 18 populações, observou que houve grandes variações na prevalência dos sintomas e enfatizou a necessidade de um desenho melhor para futuras pesquisas epidemiológicas. O ensaio clínico randomizado foi sugerido como sendo um desenho científico de valor e que ainda não havia sido aplicado na epidemiologia da DTM até aquele momento.

Nos anos 90, foram publicados estudos longitudinais, analíticos, caso-controle e estudos dos tipos de intervenções. Pow et al., em 2001, realizaram um estudo para

estimar os sintomas auto relatados de DTM em 1.526 indivíduos em Hong Kong, por meio de pesquisa telefônica. Perguntas padronizadas a respeito de dor muscular e na articulação, abertura bucal e sons articulares foram realizadas. Além dessas, questões sobre apertamento dentário, padrão de sono e procura de tratamento também foram feitas. Da amostra selecionada, 33% relataram dor na mandíbula, mas apenas 5% desses tinham dores frequentes, com dois terços desse subgrupo tendo sintomas moderados a severos. A prevalência de problemas com a abertura bucal e som articular foi de 0,3% e 1,8%, respectivamente. Não houve diferença entre o relato de sintomas de DTM segundo o gênero dos participantes. Os autores concluíram que um por cento da população chinesa de Hong Kong relatou dor mandibular com intensidade moderada a severa e frequente e 0,6% da população já havia procurado tratamento para dor mandibular.

Com o objetivo de determinar a prevalência de dor orofacial (DOF) na comunidade, descrever a prevalência de DOF dentro de subgrupos populacionais e descrever a incapacidade associada com os sintomas, Macfarlane et al. (2002) avaliaram 2520 indivíduos por meio de questionários. O instrumento consistia de nove itens sobre vários tipos de dor experimentada nos últimos trinta dias anteriores à aplicação do mesmo. Verificaram que a maior prevalência de dor está no grupo de idade entre 18 – 25 anos e a menor, no grupo de 56 – 65 anos, sendo mais prevalente entre pessoas do sexo feminino. O local da dor mais prevalente foi em volta dos olhos, seguida das têmporas. Apenas um sintoma de dor foi relatado por 53% das pessoas, 27% relataram dois sintomas e 12% três ou mais; 62% tinham dor há mais de três meses, sendo considerada como crônica. A conclusão dos autores foi que a dor orofacial é um sintoma comum experimentado por $\frac{1}{4}$ da população adulta. A prevalência é maior em mulheres e jovens adultos e apenas 46% procuraram tratamento.

Investigando três aspectos: socioeconômico, saúde geral e oral e atitudes positivas em relação aos dentes em uma grande amostra de pessoas com 50 a 60 anos de idade, Johansson et al. (2006) compararam esses aspectos com auto relatos de sintomas de DTM. Para tal, questionários foram enviados via correio e 12.468 indivíduos de dois países suecos enviaram suas respostas. Verificaram que mulheres e aqueles que tinham condições socioeconômicas menos favorecidas relataram estar com saúde geral debilitada, insatisfação com seus dentes, desgaste dentário, problemas intra orais. Aqueles que utilizaram próteses removíveis tinham

significativamente maior risco de ter sintomas de dor e disfunção. Concluíram que indivíduos que relataram ter sintomas de DTM diferiam significativamente daqueles sem sintomas de DTM em relação aos aspectos socioeconômicos, saúde geral e oral, condições dentárias e satisfação com seus dentes.

Com o intuito de examinar a incidência e prevalência de sinais e sintomas de DTM entre estudantes universitários, Marklund e Wänman (2007) realizaram um estudo prospectivo, acompanhando 308 estudantes suecos durante um ano. O diagnóstico foi realizado por meio de questionários e exames clínicos e a classificação da DTM foi realizada segundo o critério de diagnóstico do RDC/TMD¹ (1992) no início da pesquisa e após um ano. Perceberam que os sinais e sintomas mais prevalentes foram o som articular (10%) e a dor na ATM (8%). Aproximadamente um quarto daqueles que apresentavam sinais e/ou sintomas de DTM no início da pesquisa, também os apresentavam após um ano. Indivíduos com DTM assintomática foram significativamente mais frequentes entre homens e aqueles com contatos oclusais bilaterais em relação cêntrica. Concluíram que a persistência de sinais e sintomas durante o período observado foi mais relatada entre as pessoas do gênero feminino, mas o desaparecimento dos sintomas não teve o mesmo curso. A oclusão dentária não foi rejeitada como um possível fator em relação a dor articular e/ou disfunção entre os participantes da pesquisa.

Em um estudo para verificar a relação entre classe econômica, escolaridade e fatores demográficos e a ocorrência de DTM, Martins et al. (2008) utilizaram-se de aplicação do Questionário de Fonseca (1994), aplicado por agentes de saúde treinados em 354 indivíduos do município de Piacatu (SP). Constataram que 50,8% dos pesquisados apresentavam algum grau de DTM, sendo que 17,8% necessitavam de tratamento. Destes, 72,4% relataram estar sob estresse emocional. Dor e ruído articular foram as queixas mais frequentes, e as mulheres relataram ter mais tensão emocional que os homens. Concluíram que não houve diferença estatisticamente significativa entre classe econômica, escolaridade e faixa etária com ocorrência de DTM, mas houve relação entre gênero e DTM ($p < 0,02$).

¹ RDC/TMD – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders – instrumento de diagnóstico criado em 1992 baseado em recomendações de especialistas internacionais e informações disponíveis na época. Representa um dos avanços mais significativos dos últimos 20 anos por permitir padronizações em estudos, sendo portanto o instrumento mais utilizado em pesquisas na área. É constituído por dois eixos de abordagem: Eixo I (aspectos físicos) e Eixo II (aspectos psicossociais).

Gonçalves et al. (2010) estimaram a prevalência de sintomas de DTM em função da idade e do gênero em uma amostra urbana da cidade de Ribeirão Preto (SP), por meio de um estudo transversal. Uma amostra estratificada probabilística de 1.230 habitantes foram convidados a participar do estudo. As questões focadas nos sintomas de DTM foram adaptadas do questionário proposto pela Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP), sendo composto por cinco perguntas sobre som e dor na ATM, dor nos músculos da mastigação ou cansaço na mandíbula, dificuldade durante a abertura bucal ou dificuldade durante o movimento de lateralidade. De acordo com os critérios da AAOP, qualquer resposta positiva é sugestiva de DTM. Dos 1.230 habitantes entrevistados, 48,5% eram homens. Som na ATM foi o sintoma mais prevalente relatado por 23,7% da amostra, sendo mais prevalente nas pessoas com idade entre 21 – 50 anos, em ambos gêneros. Dor na ATM foi o segundo sintoma com maior prevalência (16,3%), sendo mais frequente nos grupos etários de 51 – 60 anos e 41 – 50 anos de idade. A prevalência de dor na ATM foi significativamente maior em mulheres do que em homens ($p < 0,001$). Do total, 15,4% tinham dor nos músculos da mastigação e essa prevalência foi relativamente consistente em todos os grupos de idade, sendo maior em mulheres ($p < 0,0001$). A dificuldade durante a abertura bucal foi relatada por 9,8% dos participantes, com pico de prevalência em indivíduos entre 31 - 40 anos de idade e sendo mais prevalente em mulheres ($p < 0,0019$). Dificuldade durante o movimento de lateralidade foi prevalente em 6,8%, sendo mais relatada no grupo de 21 – 30 anos de idade e ocorrendo mais frequentemente em mulheres ($p < 0,001$). De acordo com os números de sintomas, 39,2% da amostra relataram ter pelo menos um sintoma de DTM, sendo mais prevalente no grupo de 21 – 30 anos de idade; dois sintomas de DTM foram relatados por 17,6% da amostra, sendo o grupo que mais relatou o de 31 – 40 anos de idade; três ou mais sintomas de DTM foram relatados por 9,20% da amostra, sendo o grupo de 31 – 40 anos de idade o mais frequente. Mulheres apresentaram taxas mais elevadas de prevalência do que homens para um, dois e três ou mais sintomas ($p < 0,0001$). Os autores concluíram que os sintomas individuais de DTM, assim como os combinados, foram prevalentes na população estudada e mais frequentes em mulheres.

Robin e Chiometo, em 2010, observaram a prevalência de diferentes grupos de DTM e fatores de risco de uma população que procurou atendimento em uma clínica especializada para DTM em uma Universidade Pública da França, por meio de um

estudo retrospectivo de prontuários. Os seguintes dados foram coletados: gênero, idade e história médica. O critério de diagnóstico para DTM utilizado foi o definido pela Academia Americana de Dor Orofacial, o qual classifica a DTM em três categorias: distúrbios articulares, distúrbios musculares e sintomas associados (tensão, cefaleia, zumbido, dor dentária causada por apertamento). Os fatores de risco avaliados foram categorizados em cinco grupos: traumas, hábitos parafuncionais, fatores psicológicos, fatores oclusais e fatores sistêmicos. Dos 300 prontuários analisados, 77,3% era de indivíduos do gênero feminino, 65% tinham idade entre 15-50 anos. Um total de 774 diagnósticos de DTM foram identificados, correspondendo a uma média de 2,6 sintomas para cada indivíduo. Deslocamento de disco com redução (66,7%) e dor muscular (62,3%) foram os diagnósticos mais prevalentes. Sintomas associados representaram quase 9% do diagnóstico, sendo a cefaleia o mais prevalente (14,3%). Foram identificados um de total de 1324 fatores de risco nos 300 indivíduos, correspondendo a uma média de 4,4 fator por indivíduo. Hábitos parafuncionais representaram o grupo mais prevalente (36,9%), seguido de trauma (26,7%) e fatores psicológicos (19,4%). Quando todos os fatores de risco foram considerados individualmente, os mais prevalentes foram o apertamento dentário (77,0%) e estresse (59,3%). Os resultados do estudo enfatizou a alta prevalência de deslocamento de disco com redução e dor muscular entre os indivíduos que sofrem de DTM e também a alta prevalência de apertamento dentário e fatores psicológicos entre os fatores de risco para tal desordem.

Em 2011, Akhter et al. examinaram a incidência de DTM por um período de três anos e avaliaram o risco dos sintomas auto relatados de DTM entre estudantes universitários do Japão. Foram avaliados 492 adolescentes com idade média de 19 anos. Para obter informações a respeito do estresse, um *checklist* de eventos de vida foi utilizado. No início da pesquisa, 342 indivíduos estavam livres de sintomas de DTM, mas após três anos, entre esses 342 indivíduos, 58 passaram a ter sintomas de DTM, e entre aqueles que no início tinham algum sintoma (150 indivíduos), passaram a não ter mais algum sintoma. Analisando os fatores de risco, apenas três associações significantes puderam ser feitas: estresse e estalido em mulheres, bruxismo e estalido em mulheres e trauma mandibular e dor articular em homens. Diante dos resultados do estudo, os autores concluíram que há associação entre trauma mandibular e auto relato de sintomas de DTM e história de estresse; hábitos parafuncionais (bruxismo) podem também resultar em desenvolvimento de sintomas de DTM.

Para avaliar a prevalência de sintomas de disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em estudantes da área da saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Medeiros et al., em 2011, realizaram um estudo transversal por meio de questionário em 347 estudantes. O índice Anamnésico de Fonseca foi utilizado para avaliar a prevalência e severidade da DTM. Entre os indivíduos avaliados, 54,5% apresentou DTM leve; 25,1% foram classificados como livres de DTM; 17,9% possuíam DTM moderada; e 2,6% DTM severa. Houve relação estatisticamente significativa entre DTM moderada e severa e as variáveis gênero, curso, ano do curso, presença de tensão emocional e hábito parafuncional ($p < 0,05$). Foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a presença de hábitos parafuncionais e tensão emocional ($p = 0,05$). Dos indivíduos que apresentavam hábitos, 30,6% relataram ser pessoas com algum grau de tensão emocional. Apenas 14,5% dos indivíduos sem hábitos apresentavam tensão. Os autores puderam observar que a maior parte dos indivíduos apresentou DTM leve. Entre os portadores de algum grau de DTM, a maioria pertencia ao gênero feminino, tinha 21 anos de idade ou mais, apresentava pelo menos um hábito parafuncional e relataram apresentar algum grau de tensão emocional.

Explorando as associações entre bruxismo do sono, subtipos de DTM e *status* psicológicos, Fernandes et al., em 2012, submeteram 272 indivíduos de ambos os sexos a questionários sobre a história da DTM e *status* psicológico. A presença de bruxismo do sono foi validada por meio de diagnóstico clínico proposto pela Academia Americana de Medicina do Sono e consistia em auto relato do paciente e exame clínico intra bucal e palpação muscular orofacial. Os autores verificaram que 62,9% dos pacientes tinham bruxismo do sono e estes apresentavam maior risco para dor miofascial e artralgia. Pacientes com DTM apresentavam alto risco para ocorrência de níveis moderados ou severos de depressão e presença do bruxismo do sono. Concluíram que essa condição parece ser um fator de risco para DTM e isso se torna um fator de risco para a ocorrência de depressão, mas não foi estabelecida uma relação causa-efeito entre esses fatores.

Com o intuito de verificar a prevalência de sinais e sintomas de DTM, Bagis et al. (2012) avaliaram 243 pacientes que procuraram tratamento para DTM em uma Faculdade de Odontologia na Turquia. Os pacientes foram inicialmente entrevistados usando um questionário baseado no RDC/TMD, incluindo os itens idade, gênero, estado civil, saúde geral, uso de antidepressivo, *status* dentário, tipo de oclusão,

limitação de abertura bucal, som na ATM e parafunções. Em seguida, exame clínico incluindo inspeção e palpação dos músculos da cabeça e pescoço e exame intraoral foram realizados. A maioria da população avaliada eram mulheres (n = 171) com idade média de 35 anos; os homens representaram 30% da amostra com idade média de 41 anos. A má oclusão de Classe I foi a mais comum (55% das mulheres e 20% dos homens), seguida da Classe II (11% de mulheres e 6% dos homens) e III (4% das mulheres e 3% dos homens). Em ambos os gêneros, dor no músculo temporal foi o sintoma mais comum, com 92% de frequência, seguida de dor durante a abertura (89%). Dor na ATM em repouso ($p=0,018$) e dor no músculo masseter ($p=0,009$) foram significativamente mais frequente em mulheres do que em homens, assim como som na ATM ($p=0,044$) e apertamento ($p=0,013$). O uso de antidepressivos foi significativamente mais relatado por mulheres do que por homens ($p=0,021$) com frequência de 16%. Idade ($p=0,05$) e perda dentária ($p=0,03$) tiveram efeitos significantes na prevalência de DTM. Baseados nos resultados, os autores concluíram que mulheres têm sinais e sintomas de DTM mais frequentemente do que homens na amostra estudada. O problema mais comum em ambos os gêneros foi dor. Cefaleia, dor no ouvido, dor no músculo temporal e limitação da abertura bucal foram os sintomas mais frequentes, sendo relatados por mais de 80% dos pacientes. Idade e perda dentária têm efeito significativo na prevalência de DTM.

Com o objetivo de avaliar a prevalência de DTM e dos diferentes níveis de ansiedade em estudantes da Universidade Estadual da Paraíba, Bezerra et al. (2012) realizaram um estudo transversal, com abordagem intuitiva em 336 acadêmicos dos cursos de Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia. Por meio de questionário baseado no Índice Anamnésico de Fonseca² avaliaram a presença, grau e sintomas de DTM, questões a respeito dos dados sociodemográficos e o questionário Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Iate)³ foram aplicados. Dos estudantes avaliados, 64,3% eram do gênero feminino,

¹ Fonseca DM, Bonfate G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. Rev Gaucha Odontol. 1994; 42:23-8. Instrumento utilizado amplamente em pesquisas populacionais por ser de fácil aplicação. Diagnostica e classifica a severidade da DTM.

³ Elaborado por Spitzer e cols. (2006). Possui 7 itens com pontuação de 0 a 3 em cada uma com pontuação total de 0 a 21 sendo considerada a frequência dos sintomas nas últimas duas semanas. Valores ≥ 10 são considerados positivos.

91,4% eram solteiros e tinham idade entre 18 e 38 anos. Em relação a prevalência de DTM, 62,5% dos universitários foram avaliados como tendo a disfunção e entre esses, 48,2% apresentavam grau leve, 11,3% grau moderado e apenas 3% grau grave. A ausência de DTM foi maior no gênero masculino (42,5%), assim como o grau mais leve dessa disfunção (51,7%), sendo não apenas o grau moderado (15,7%), mas também o grau grave de DTM (3,3%) significativamente maiores no gênero feminino ($p=0,006$). Os resultados do Índice Anamnésico de Fonseca identificaram em um maior percentual o sintoma subjetivo da tensão emocional (61,3%), seguida por dor na nuca ou no pescoço (47,3%), dor de cabeça (45,2%), hábito de ranger ou apertar os dentes (36,3%) e ruídos na ATM (35,8%). Ao avaliar a presença dos diferentes níveis de ansiedade-estado, verificaram que 66,1% dos alunos sofriam de nível médio de ansiedade, 33,6% nível baixo e 0,3% nível alto. Pela análise da ansiedade-traço, 77% dos universitários apresentaram um nível médio, 22% nível baixo e 0,3% nível alto. Houve associação significativa entre os grau de DTM e ansiedade-estado ($p<0,05$) de modo que o nível médio/alto foi mais frequente nos sujeitos portadores de DTM leve e a maior diferença percentual ocorreu no grau moderado. Desta forma, concluíram que a maioria dos universitários investigados apresentaram DTM, obtendo-se a frequência decrescente entre os graus leve, moderado e grave. Dentre esses, os acadêmicos de Fisioterapia apresentaram significativamente maior necessidade de tratamento para DTM e valores mais elevados do nível de ansiedade.

Em 2013, Manfredini et al. verificaram o curso natural da DTM em pacientes com baixo nível de dor relatada, com o objetivo de obter uma melhor visão sobre as características epidemiológicas da doença. Acompanharam 86 pacientes, de ambos os sexos, que foram atendidos em clínica especializada em Padova, Itália. Os pacientes foram diagnosticados com DTM segundo o critério de diagnóstico do RDC/TMD e receberam apenas aconselhamento na primeira consulta, e acompanhamento por 24 e 36 meses. Dos 86 participantes, apenas 69 retornaram às consultas e não receberam nenhum outro tipo de intervenção. Após os 36 meses, foi verificado que dos 68,1% que haviam recebido diagnóstico de DTM do tipo muscular, apenas 23,1% permaneceram com a mesma condição; a taxa de pessoas que sofriam de deslocamento de disco com redução permaneceu inalterada (52,1%); aqueles que sofriam de deslocamento de disco com limitação de abertura (5,7%) no início do estudo, mostraram-se livres da limitação. Os autores concluíram que o curso natural

da doença dos pacientes com DTM com baixo nível de dor relatada foi geralmente favorável.

Campos et al. (2014) realizaram um estudo do tipo transversal na cidade de Araraquara (SP) com o objetivo de avaliar a severidade dos sinais e sintomas de DTM nas mulheres, assim como a percepção da saúde oral, limitações da função mandibular e variáveis sociodemográficas da amostra. O estudo foi realizado por meio de entrevista telefônica com um total final de 701 entrevistas realizadas. Para avaliar a severidade dos sinais e sintomas de DTM, o índice anamnésico de Fonseca (IAF) foi aplicado, assim como para verificar a limitação da função mandibular foi utilizado o questionário e índice de limitação mandibular (MFIQ). A percepção da saúde oral foi investigada por meio do Índice de Avaliação de Saúde Oral (GOHAI). A média de idade das 701 mulheres entrevistadas foi de 44 ± 36 anos; a maioria era casada e não portadoras de prótese dentária. A avaliação da severidade dos sinais e sintomas de DTM indicou que 40,4% das mulheres não apresentaram DTM; 38,1% foram classificadas com DTM suave, 16,0% com DTM moderada e 5,6% com DTM severa. De acordo com a classificação do índice para verificar limitação da função mandibular, as mulheres que apresentavam grau leve compreendiam 91% da amostra; grau moderado 7,1%; e grau severo 1,9%. Houve uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a percepção da saúde oral, uso de prótese dentária, limitação da função mandibular e severidade da DTM. Embasados pelos resultados da pesquisa, os autores concluíram que a severidade da DTM entre as mulheres brasileiras foi maior em não portadoras de prótese dentária e também associada com alto grau de limitação da função mandibular e fraca percepção da saúde oral.

Para avaliar a prevalência de DTM e parafunções orais entre universitários poloneses e sua correlação com fatores psicoemocionais, Wieckiewicz et al. (2014) avaliaram 456 estudantes de ambos os gêneros com idade entre 19 – 30 anos. Foram colhidos dados demográficos dos pacientes, aplicado questionário a respeito de auto percepção dos sintomas de DTM, tipo de reação quanto ao estresse, carga emocional e hábitos parafuncionais. Exame clínico para diagnóstico de DTM também foi realizado em cada participante. Os autores puderam perceber que mais mulheres do que homens relataram ter sintomas de DTM; estudantes que relataram estresse psicoemocional também relataram com mais frequência mais sintomas de DTM; pacientes que sofriam de DTM do tipo muscular e com estresse psicoemocional, também sofriam mais de dor cervical e cefaleia. Não houve correlação entre as

frequências de sintomas e parafunções orais e estresse psicoemocional. Diante dos achados, concluíram que a prevalência de DTM em estudantes universitários poloneses foi alta (54%), sintomas de DTM eram mais frequentes em mulheres e sobrecarga emocional e excitabilidade foram fatores que predispõem para desordens musculares.

Dias et al., em 2015, avaliaram a presença de mudanças degenerativas ósseas na ATM em indivíduos que sofriam de bruxismo do sono, associando essas características com a qualidade de sono. O estudo incluiu 45 mulheres, com idade média de 43 anos, que sofriam de bruxismo do sono e foram diagnosticadas com tal distúrbio por meio de questionário recomendado pela Classificação Internacional de Distúrbios do Sono. Para avaliar a qualidade de sono, o questionário de Qualidade de Sono de Pittsburg⁴ (1989) foi aplicado e para diagnosticar a DTM, questionário segundo o RDC/TMD e tomografia computadorizada foram realizados. Todas as mulheres apresentavam algum tipo de DTM do tipo degenerativa. De acordo com a qualidade do sono, 75,6% tinham uma taxa baixa de qualidade de sono, enquanto que 24,4% foram classificadas como tendo um bom padrão. Entre o grupo com baixa taxa de qualidade de sono, a presença de mudanças degenerativas na ATM foi observada em 67,0% da amostra, enquanto que entre as que tinham um bom padrão, as mudanças foram observadas em 81,8%. Não houve relação entre tipo de bruxismo e qualidade de sono, nem entre bruxismo e presença de mudanças degenerativas. Os autores concluíram que não houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de bruxismo do sono, padrão de qualidade do sono e presença de mudanças degenerativas na ATM.

Dantas et al., em 2015, descreveram o perfil e os sinais e sintomas de pacientes atendidos no serviço especializado de Dor Orofacial de uma universidade pública da Paraíba (PB). Para tanto, analisaram 236 fichas de pacientes atendidos no período de 2005 a 2011 e coletaram os dados referentes às características gerais dos indivíduos, presença e grau de tensão emocional por meio de escala visual analógica, queixa principal, intensidade, frequência e tipo de dor ou disfunção. Verificaram a predominância do sexo feminino (80%), nas faixas etárias de 41 a 60 anos e de 21 a

⁴ Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989; 28(2):193-213.

40 anos; de pessoas solteiras (45%) e casadas (41%). Dos pacientes analisados, 44% tinham vínculo empregatício e 22% possuíam ensino médio completo e 11% superior completo. A origem do encaminhamento dos pacientes, em sua maioria, foi de Cirurgiões-dentistas (49,2%). Quanto a tensão emocional, 84% relataram a possuir e a nota mais frequentemente relatada foi cinco. Dos pacientes atendidos, 64% apresentavam DTM e a dor foi a queixa principal de 44% com nota 8 sendo atribuída por 16,9% dos pacientes. Dos pacientes que queixaram-se de dor, 48% relataram ser de frequência diária. As características de dor mais frequentes foram pulsátil (24%), cansaço muscular (20%) e agulhada/pontada (12%). De acordo com os resultados, os autores concluíram que o sexo feminino prevalece em relação a busca de serviço especializado em dor orofacial e os pacientes atendidos apresentaram DTM e tensão emocional elevada.

Com o intuito de investigar a epidemiologia da cefaleia e dor orofacial em adultos (18-59 anos de idade) e idosos (acima de 60 anos de idade), Siqueira et al. (2015) realizaram um estudo no distrito de Ermelino Matarazzo (SP). A amostra fazia parte de uma pesquisa e foi entrevistada por uma pessoa treinada a respeito dos sintomas de dor experimentados nos últimos 6 meses, características sociodemográficas, comorbidades, medicações em uso, auto percepção de saúde geral, qualidade de vida, satisfação com as atividades diárias e distúrbios do sono. Não foi aplicado critério de diagnóstico. Foram entrevistados 505 adultos e 385 idosos, com idade média de $50,62 \pm 18,97$ anos de idade. A prevalência de dor na cabeça ou na face foi de 55,5%. Mais da metade da população tinha alguma dor no corpo (45,3% de adultos e 56,6% de idosos), sendo que 48,6% dos adultos e 58,7% dos idosos tinham algum prejuízo nas atividades diárias devido a dor. Houve uma diferença entre o gênero e a prevalência de dor ($p < 0,001$). Dor nas costas, artrite, depressão/ansiedade, doença cardíaca, doença pulmonar crônica, uso de analgésicos, pior qualidade de vida e presença de distúrbios do sono tiveram uma relação estatisticamente significativa com a prevalência de dor ($p < 0,001$). O bruxismo foi associado com cefaleias ($p = 0,029$), dor de dente ($p < 0,001$), dor facial ($p < 0,001$) e fadiga na face ($p = 0,004$). A intensidade da dor em pessoas com bruxismo foi maior do que pessoas sem dor ($p < 0,05$) e essas pessoas também apresentaram mais distúrbios do sono ($p = 0,013$). Nessas condições, os autores puderam concluir que cefaleia e queixas de dor são mais prevalentes em idosos e foram associadas ao gênero, comorbidades, uso de medicações e prejuízo na qualidade de vida.

Em 2015, Progiante et al. avaliaram a prevalência de DTM e fatores comórbidos (bruxismo e cefaleia) em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Maringá (PR), por meio de um estudo populacional transversal. Os eixos I e II do RDC/TMD foram utilizados para avaliar os sinais e sintomas de DTM em indivíduos de ambos os sexos e idade entre 20 a 65 anos que aceitaram em participar do estudo. Questionários para analisar as variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossocial, comportamental, dor relativa a DTM e padrão de sono foram aplicados e exame clínico foi realizado. O tamanho final da amostra foi de 1.643 indivíduos que representou 92,56% da taxa de recrutamento. Os pacientes eram predominantemente mulheres (65,9%), adultos jovens (84,7%) entre 20 e 49 anos de idade, casados ou solteiros (90,6%), brancos (70,1%), com renda mediana (75,1%) e com ensino médio completo (79,9%). De acordo com os resultados obtidos, 36,2% da população sofria de algum grau de dor relativa à DTM, sendo que apenas 17,8% sofriam de dor com alta intensidade e 5,1% apresentaram limitação moderada a severa decorrente deste sintoma e necessitavam de tratamento. A dor do grupo estudado apresentou-se com intensidade moderada, crônica, com padrão recorrente e localizada predominantemente nos músculos da mastigação e ATM. De acordo com os grupos de diagnóstico do RDC/TMD, os grupos I e II apresentaram os seguintes resultados: dor miofascial com ou sem limitação de abertura foi o diagnóstico mais prevalente (29,5%) seguido de deslocamento de disco com redução (6,5%). No entanto, apenas 2,2% destes pacientes tinham associado a dor com a necessidade de tratamento. Do grupo III, a artralgia foi o diagnóstico mais comum, sendo apresentado em 21,7% da população, porém, apenas 5,1% foi diagnosticado com osteoartrite e necessitavam de tratamento. Entre as condições comórbidas relatadas, os bruxismos de sono e vigília foram relatados por aproximadamente um terço da população e a migrânea/cefaleia em mais de dois terços. Os resultados do estudo permitiram concluir que a prevalência de DTM diagnosticada com o RDC/TMD na população estudada foi comparável àquelas indicadas em outros estudos similares realizados em outros países. No entanto, a prevalência de pacientes que necessitam de tratamento é baixa. Além disso, a DTM apresentou-se mais em adultos jovens, mulheres, com ensino médio completo e com características de dor e intensidade moderada e baixa taxa de incapacidade.

Com o intuito de verificar a prevalência de sinais e sintomas de DTM e sua relação com hábitos parafuncionais de uma amostra de adolescentes, Oliveira et al.

(2016) realizaram um estudo transversal com 129 estudantes de 16 a 19 anos de idade de escolas públicas de ensino médio de João Pessoa (PB). O Índice Anamnésico de Fonseca foi utilizado, assim como um protocolo resumido da avaliação clínica. Os estudantes foram requisitados a descrever quais os hábitos parafuncionais possuíam. Do grupo avaliado, 65,9% era do sexo feminino. Foi observado que 84,5% da amostra tinham algum grau de DTM, sendo em sua maioria do tipo leve (54,3%), seguida de DTM do tipo moderada (24%) e apenas 6,2% apresentavam DTM severa. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre sintomas de DTM e gênero ($p=0,032$), presença de estresse ($p<0,01$) e hábitos parafuncionais ($p=0,014$). Houve alta prevalência de indivíduos com hábitos parafuncionais (91,5%). Dos sintomas mais prevalentes, cansaço durante a mastigação foi o mais encontrado (28,7%), seguido de barulho articular (17,1%) e dor ao mastigar (14%). Houve relação estatisticamente significativa entre dor durante a palpação muscular e gênero feminino ($p=0,01$), e mastigação unilateral e sensibilidade muscular ($p=0,045$), assim como o hábito de chupar gelo/pirulito e sensibilidade muscular ($p=0,04$). Os autores concluíram que houve alta prevalência de sinais e sintomas de DTM e hábitos parafuncionais na amostra estudada, e houve associação com gênero feminino, estresse emocional e a presença de hábitos parafuncionais. Também houve associação entre sexo feminino e sensibilidade muscular e entre alguns hábitos e sensibilidade muscular.

Com o objetivo de descrever a proporção de homens e mulheres que procuraram por tratamento para DTM, bem como investigar como se distribuíam os sinais e sintomas entre os dois sexos e se havia associação entre gênero e as variáveis idade, duração do problema e os sintomas de DTM, Ferreira et al., em 2016, realizaram um estudo retrospectivo por meio de 1000 prontuários de pacientes que foram atendidos na clínica de dor orofacial e DTM de uma universidade pública de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 1989 e 2005. Dos mil registros analisados, 82,3% eram de mulheres. A média de idade dos pacientes atendidos foi de 33,04 anos, tendo como predominância os adultos jovens (59,9%). Não houve associação entre a idade e o gênero. A média de duração dos sintomas foi semelhante para ambos os sexos (em torno de 58 meses). De modo geral, os sintomas foram mais frequentemente relatados pelas mulheres, sendo que alguns foram associados de modo estatisticamente relevante, como dor, sintomas otológicos e disfonia. Baseados nos resultados, os autores concluíram que houve prevalência do gênero feminino em uma

proporção de 4,6:1, e que as mulheres apresentaram cerca de duas vezes mais chances de apresentar sintomas relacionados com a dor e a voz do que os homens. Não houve associação entre gênero e duração do problema ou a idade.

Com o intuito de analisar a prevalência de DTM na população do município de Cuiabá-MT e sua associação com fatores psicológicos e qualidade de vida, Oliveira Júnior et al. (2016) realizaram um estudo exploratório transversal com 120 indivíduos com idade entre 18 e 59 anos de ambos os gêneros. Foram utilizados os questionários Índice Anamnésico de Fonseca para avaliar a prevalência e severidade da DTM, EADS-21⁵ que determina a escala de ansiedade, depressão e estresse e o SF-36⁶ para mensurar a qualidade de vida dos indivíduos. Dados sociodemográficos foram coletados. Os autores verificaram que 37% dos indivíduos foram classificados como livres de DTM; 48,3% apresentavam DTM leve; 9,2% DTM moderada; e 5,8% DTM severa, totalizando uma prevalência de DTM de 63,3%. Verificaram que 75% dos indivíduos do gênero feminino apresentavam algum grau de DTM em comparação com 51% do gênero masculino. A respeito dos dados sociodemográficos, houve uma predominância de DTM para indivíduos com companheiro (64,7%), que estudavam ou trabalhavam (70%) e não católicos (68,6%). A idade média dos indivíduos foi de 27 anos. Em relação aos fatores psicológicos, ansiedade e depressão tiveram relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o grupo sem DTM e todos os grupos com DTM. Indivíduos classificados com depressão alta tiveram prevalência de DTM 45% maior que aqueles com depressão baixa e aqueles com estresse alto possuem prevalência de DTM 35% maior que aqueles classificados com estresse baixo. Para o questionário SF-36, observou-se que as variáveis capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, limitação do aspecto emocional e saúde

⁵ Questionário Escalas de Ansiedade Depressão e Stress - Lovibond e Lovibond (1995). Organiza-se em três escalas: depressão, ansiedade e stress, contemplando sete itens para cada uma delas. Cada item consiste em uma frase que remete para sintomas emocionais negativos. Para cada frase existem 4 possibilidades de resposta que são transformadas em notas de 0 a 3. O resultado de cada escala é determinado pela soma dos resultados dos sete itens. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

⁶ Questionário de Qualidade de Vida SF- 36 - é um instrumento de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100, onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde.

mental estão associadas estatisticamente ($p < 0,05$) à presença de DTM. Desta forma, os autores verificaram que houve uma elevada prevalência de DTM para indivíduos do gênero feminino, e houve associação significativa da presença de DTM com depressão, estresse e qualidade de vida.

Barbosa et al., em 2017, avaliaram a suspeita de DTM em estudantes e funcionários de uma universidade do estado do Rio de Janeiro, (RJ), e analisaram a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas das pessoas que sofriam desta condição por meio de um estudo transversal realizado em todos os estudantes, funcionários da área técnica e administrativa de três cursos da área da saúde. O questionário utilizado foi proposto pela Associação Americana de Dor Orofacial. Os dados sociodemográficos coletados foram gênero, idade, grupo racial, ocupação, nível educacional, curso e período. As variáveis clínicas analisadas foram dificuldade em abrir a boca, travamento fechado da mandíbula, dificuldade em usar a mandíbula, presença de ruídos articulares, cansaço mandibular, dor ao redor da orelha, têmporas e bochechas, sinais e sintomas de DTM, trauma recente na cabeça, pescoço ou mandíbula, mudança recente na mordida, tratamento para problemas não explicados na ATM. Dos indivíduos avaliados ($n = 575$), cerca de 75% eram mulheres e a idade média da população foi de 24,7 anos. As características mais relatadas foram ruído articular (35,47%), cansaço e dificuldade de mastigar (22,09%), limitação e dificuldade de movimentar a boca (15,36%). A taxa de comorbidade relatada foi de 34%. Os fatores de risco estatisticamente associados com a presença da suspeita de DTM foram dor no pescoço ou dor no dente ($OR = 47,60$), cansaço na mandíbula ($OR = 13,37$), dificuldade de abrir a boca ($OR = 13,55$), e dor ou sensibilidade ao redor das orelhas, têmporas ou bochechas ($OR = 4,61$). Houve uma prevalência de 60,87% de suspeita da presença de DTM no grupo analisado. Suportados pelos resultados, os autores concluíram que o questionário da AAOP é praticável e viável como uma ferramenta de pré-triagem no levantamento dos sintomas.

Com o objetivo de realizar uma análise retrospectiva dos dados de pacientes encaminhados para um serviço de cuidados para disfunção temporomandibular em uma universidade pública da cidade de João Pessoa (PB), Moura et al. (2017) descreveram a prevalência de sinais e sintomas de DTM, fatores associados e diagnóstico por meio de análise de 213 prontuários de pacientes atendidos no período de março de 2013 a dezembro de 2014. Como resultados, os autores verificaram que a maioria dos pacientes eram do gênero feminino (81,7%), com idade entre 20 e 29

anos (26,8%), solteiros (53%), estudantes (23,3%) e residentes na cidade de João Pessoa. Dor (50,4%) e estalo na ATM (14,9%) estavam entre as queixas mais prevalentes. A respeito dos hábitos parafuncionais, 58,2% relataram ter pelo menos um hábito, sendo o mais prevalente o de roer unhas (28,6%), seguido por apoiar a cabeça na palma da mão ou no braço (22,0%) e morder objetos (20,6%). Da avaliação oclusal, 33,7% dos pacientes possuíam evidências que sugestionavam bruxismo do sono e 18,4% bruxismo de vigília. Dos 213 pacientes avaliados, a maioria teve diagnóstico de DTM do tipo muscular e articular (64,3%), seguido de dor miofascial (41,5%) e deslocamento de disco com redução (19,5%). Os autores concluíram que a maior demanda de pacientes foi de mulheres com idade entre 20 a 29 anos, estudantes e solteiras. A prevalência de sintomas de DTM foi alta de acordo com o índice anamnésico, e o diagnóstico revelou como sendo mais prevalente as desordens musculares. A maioria das terapias aplicadas foram conservadoras e reversíveis, e a frequência de encaminhamento para outras especialidades foi baixa.

Jussila et al. (2017), com a proposta de investigar a prevalência de DTM em indivíduos do programa *Nothorn Finland Birth Cohort 1966* (NFBC 1966) realizaram um estudo transversal entre os anos de 2012 a 2013 por meio de questionário e exame clínico nos indivíduos que nasceram no ano de 1966 nas províncias de Oulu e Lapland, na Finlândia. Dois questionários foram postados para os participantes, sendo um com perguntas a respeito de saúde geral, profissão, economia e duas questões relativas a presença de sintomas de DTM, e o outro questionário consistia de seis perguntas relativas a presença de sintomas de DTM, sendo cinco utilizadas no protocolo de critério de diagnóstico para DTM modificado (DC/TMD)⁷. O exame clínico foi realizado por cinco Cirurgiões-dentistas calibrados e baseado no DC/TMD. Análise estatística foi realizada para verificar a associação entre gênero e sinais de DTM e diagnóstico de DTM baseado no protocolo DC/TMD, avaliar as diferenças entre gêneros e analisar a relação entre dor auto relatada e diagnóstico de DTM segundo o DC/TMD. Ao todo, 1962 pessoas participaram da pesquisa. Destas, 18,5% disseram que tinham dor e 6,11% destes apresentaram sinais clínicos. Dos que relataram não ter sintomas, 27,8% apresentaram sinais de DTM. A prevalência de sinais de DTM foi

⁷ Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network[‡] and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain Headache 2014;28(1):6–27.

de 34,2% (40,8% mulheres e 26,7% homens). O sinal clínico mais comum foi o estalido (26,2%) e a dor durante a palpação dos músculos da mastigação (11,2%). As mulheres tinham sinais clínicos com frequência estatisticamente significativa maior do que homens ($p < 0,05$). O diagnóstico mais comum foi o deslocamento de disco com redução (7,0%). Artralgia, doença degenerativa da articulação e mialgia foram diagnósticos com frequência aproximadas (5,3%, 5,1% e 5,0%) respectivamente. A frequência desses diagnósticos apresentou-se mais significativamente frequente em mulheres do que em homens ($p < 0,05$). Em mulheres, o diagnóstico mais comum foi o deslocamento de disco com redução (8,4%) e artralgia (8,2%), e em homens foi o deslocamento de disco com redução (5,4%) e doença degenerativa da ATM (3,7%). O auto relato de sintomas de DTM foi fortemente associado com os diagnósticos de mialgia e artralgia segundo o DC/TMD. Com base nesses resultados, os autores concluíram que a prevalência de sinais de DTM foi de 34,2% na amostra estudada. O sinal clínico mais encontrado foi o estalido na ATM e o diagnóstico mais comum foi o deslocamento de disco com redução.

Karthik et al. (2017) avaliaram a prevalência e severidade de sinais e sintomas de DTM em 402 estudantes universitários da Índia utilizando o questionário de Fonseca. Cinco questões a respeito de história prévia de problemas na ATM, tensão emocional e tratamento ortodôntico foram adicionadas. Da população estudada, 77% não tinha nenhum sintoma de DTM. Dos que possuíam algum sintoma, 85% foram categorizados como tendo DTM leve e 12% moderada. Não houve significância estatística entre o gênero, idade e sintomas de DTM. O sintoma mais comum apresentado foi a dificuldade em abrir a boca, seguido por dor ao mastigar, dor no ouvido/ATM e estalo na ATM. Houve associação estatística significativa para todos os sintomas acima mencionados ($p = 0,0001$) com a DTM. A respeito do tratamento ortodôntico, 22,8% dos estudantes fizeram ou estavam fazendo tratamento e desses, 26% tinham DTM. Não houve associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, no entanto, a duração do tratamento ortodôntico teve associação estatisticamente significativa ($p = 0,0001$) com a DTM. Também foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p = 0,0001$) entre os que relataram ser tensos (46,8%) e sintomas de DTM. Os autores concluíram que a DTM e seus sintomas associados eram frequentes entre os estudantes e que houve maior prevalência de sinais e sintomas de DTM entre as mulheres do que homens.

Em 2018, Paulino et al. realizaram um estudo transversal com estudantes pré-vestibulandos no município de João Pessoa (PB) com o objetivo de avaliar a presença de sinais e sintomas de DTM, sua associação com gênero, relato de hábitos parafuncionais, tensão emocional, ansiedade e depressão e seu impacto sobre a qualidade de vida relacionada a saúde oral (QVRSO). A amostra foi constituída por 303 estudantes de ambos os gêneros com idade entre 15 e 25 anos. Foi utilizado o índice anamnésico de Fonseca para avaliar sintomas de DTM e questionário de auto preenchimento para presença de hábitos parafuncionais. A escala *Hospital Anxiety and Depression* (HDA)⁸ foi utilizada para verificar a presença de ansiedade e depressão e uma questão objetiva à presença/ausência de tensão emocional foi realizada. A QVRSO foi determinada por meio do questionário Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)⁹. Dos 303 estudantes avaliados, a maioria era do gênero feminino (69%), com idade entre 15 a 19 anos (93,1%). Segundo o índice IAF, algum grau de DTM foi identificado em 89,8% da amostra, sendo 50,2% com DTM leve e 6,6% severa. Desses, 39,6% exibiram necessidade ativa de tratamento. No exame clínico, 56,4% da amostra revelou sinais de DTM, sendo 31% do tipo articular; 11,2% muscular; e 14,2% apresentaram sinais de DTM articular e muscular. Os hábitos parafuncionais exibiram alta prevalência (95,4%) e as variáveis tensão emocional, ansiedade e depressão estavam presentes, respectivamente, em 82,5%, 40,3% e 10,6% da amostra. Foram encontradas associações estatisticamente significantes entre as variáveis sintomas de DTM e gênero feminino ($p<0,001$), relato de hábitos parafuncionais ($p<0,001$) e ansiedade ($p<0,001$); necessidade de tratamento e gênero feminino ($p<0,001$), relato de hábitos parafuncionais ($p=0,039$), relato de tensão emocional ($p<0,001$) e depressão ($p<0,001$); sinais clínicos de DTM e gênero feminino ($p<0,001$) e presença de ansiedade ($p<0,001$). Os voluntários com sintomas de DTM exibiram média do OHIP-14 estatisticamente maior em comparação aos sem sintomas ($p<0,001$). Em relação ao exame físico, maiores escores do OHIP-14 foram verificados apenas para os sinais clínicos simultâneos de DTM articular e muscular ($p=0,001$). Os autores concluíram que a presença de sinais e sintomas de DTM foi

⁸ Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) 8 que possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Zigmond AS, Snaith RP - The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983;67:361-370.

⁹ Slade GD. The Oral Health Impact Profile. In: Slade GD, ed. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997. p.93-104.

estatisticamente associada ao gênero feminino, hábitos parafuncionais, tensão emocional e ansiedade, e representou maior comprometimento da QVRSO.

Para avaliar a prevalência de DTM em sujeitos Nepaleses, Rokaya et al. (2018) avaliaram 500 estudantes de medicina e odontologia por meio de questionários que avaliavam a história pregressa média, odontológica e de DTM, e aplicaram o Índice Anamnésico de Fonseca para classificar a severidade da disfunção. Dos sujeitos avaliados, 74,6% era mulheres, a idade média era de $20,61 \pm 1,66$ anos. A respeito da história médica e hábitos, 33,6% tiveram trauma na cabeça, 42% sofriam de estresse, 50,4% tinham problemas na visão, 32,8% tinham o hábito de ingerir bebida alcoólica e 9,6% fumavam. O problema mais frequentemente relatado foi dor no pescoço ou cansaço no pescoço, com 26,2% e 31% respectivamente. Foi encontrado que 69,4% não sofriam de DTM, 26,6% tinham de DTM leve, 3,4% DTM moderada e 0,6% DTM severa. A respeito da história pregressa odontológica, 59% dos sujeitos relataram problemas dentários, sendo a maioria desses sendo hipersensibilidade (30,8%), má oclusão (15,4%) e apertamento dentário (19,6%). Houve uma significativa correlação ($p=0,03$) entre a variável tratamento dentário e DTM. Os autores concluíram que a prevalência foi leve a moderada. A maioria dos sujeitos tinham problema de visão, história de trauma na cabeça, estresse, consumiam bebidas alcoólicas e tinham recebido tratamento dentários.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – MS, com diagnóstico de DTM, no período de 2008 a 2017.

3.2 Objetivos específicos

- a) Correlacionar as variáveis biológicas e psicoemocionais com o diagnóstico de DTM;
- b) Avaliar o risco de desenvolvimento dos diferentes tipos de DTM em função da presença dessas variáveis.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Aspectos éticos

O trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Resolução 466/2012 – Conep) e aprovado sob o CAAE 85217718.0.0000.0021.

4.2 Amostra

O estudo foi do tipo transversal retrospectivo e com dados secundários. O universo amostral foi constituído de todos os prontuários do Serviço de Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no período de janeiro de 2008 a julho de 2017, contemplando todo o período de funcionamento do serviço e totalizando uma amostra de 401 prontuários.

4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos os prontuários incompletos, rasurados e indevidamente preenchidos. Também foram excluídos prontuários de sujeitos menores de 18 anos, não diagnosticados como portadores de DTM, pacientes com relato de distúrbios neurológicos centrais ou periféricos e histórias de cirurgias e/ou tumores ou traumas na região de cabeça e pescoço.

4.4 Coleta de dados

De acordo com a rotina do serviço de dor orofacial e DTM da instituição, os sujeitos foram entrevistados por alunos da graduação em Odontologia e supervisionados por um docente e profissionais especializados na área. Os dados foram registrados na ficha clínica utilizada que tinha como base o eixo I do RDC/TMD.

Os dados foram coletados por um único pesquisador, devidamente calibrado por meio de índice Kappa (0,89). Os dados coletados são relatados no Quadro 1.

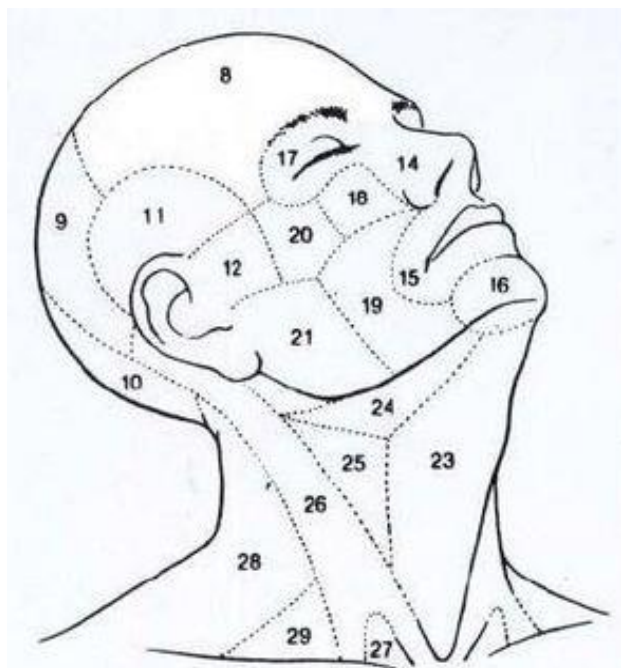
Quadro 1 - Variáveis a serem identificadas na documentação dos usuários do Serviço de Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, atendidos no período de 2008 a 2017.

Sociodemográficas	• Idade • Gênero • Estado civil
Psicoemocionais	• Qualidade do sono • Auto relato de ansiedade • Estresse
Queixas principais	• Dor (presente, com localização e duração ou ausente). • Presença de ruído. • Travamento • Outros
Distúrbios	• Hábitos parafuncionais • Bruxismo • Comorbidades
Hipótese diagnóstica	• Sindrômica • Topográfica

4.4.1 Identificação das regiões afetadas

A região afetada para cada queixa foi categorizada em parotídea massetérica, temporal, ATM, frontal, parietal, occipital e cervical posterior, de acordo com a Figura 1.

Figura 1 - Regiões de identificações das queixas relatadas.



8	Região frontal
9	Região parietal
10	Região occipital
11	Região temporal
12	Região ATM
21	Região parotídeo-massetérica
26	Região esternocleidomastoideia
30	Região cervical posterior

4.4.2 Intensidade da dor

A intensidade da dor foi avaliada por meio da Escala Visual Numérica (EVN) de dor, sendo esta uma variação da escala visual analógica. Essa escala foi validada por Jensen e McFarland em 1993 e identifica variações sobre a intensidade de dor do zero (ausência de dor) a dez (máxima intensidade) por meio de relato verbal do paciente quando questionado: Qual nota você daria para sua dor atual, sendo 0 para a ausência de dor e 10 para a pior dor experimentada?

4.4.3 Hábitos parafuncionais e hipótese diagnóstica

O bruxismo foi categorizado em bruxismo do sono e bruxismo de vigília e os hábitos parafuncionais em onicofagia, morder objetos, morder bochechas e/ou lábio, mascar chicletes e posturais. As comorbidades foram registradas como cervicalgia, cefaleia e outros.

A hipótese diagnóstica foi dividida em sindrômica e topográfica, sendo a sindrômica subdividida em DTM muscular e/ou DTM articular, e a topográfica em masseter e/ou temporal. O diagnóstico de DTM segundo o RDC/DTM foi registrado como dor miofascial, dor miofascial com limitação de abertura, sem classificação, artralgia, deslocamento de disco sem redução e deslocamento de disco com redução.

4.5 Análise estatística

Para a análise estatística foi utilizado o programa IBM SPSS, versão 23 em análise multinível para estabelecer risco às diferentes modalidades de DTM em função das variáveis identificadas. Foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson e o exato de Fisher para analisar as variáveis. Foi adotado intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% foi realizada.

5 RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de todos os pacientes atendidos no Serviço de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (n=401). A análise descritiva revelou que 84,3 % dos pacientes (n=338) pertenciam ao gênero feminino; 27,4% (n=110) estavam na faixa etária de 21 a 30 anos, 18,2% (n=18,2) de 31 a 40 anos e 20,9% (n=84) com idade superior a 40 anos. Em relação às queixas, 49,1% (n=197) e 33,4% (n=134) relataram uma e duas queixas, respectivamente, sem diferença significativa ($p>0,05$) entre os gêneros.

As frequências entre os sintomas da queixa principal foram comparadas, procurando-se estabelecer uma relação entre estes e o gênero dos sujeitos.

Tabela 1 - Prevalência dos sintomas apresentados pelos pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401)

	Gêneros			p	RR
Sintomas	Masculino (n)	Feminino (n)	Total (n)		
Dor					
Ausente	20,6 (13)	10,10 (34)	11,7 (47)	0,03*	1,958
Presente	79,4 (50)	89,9 (304)	88,3 (354)		
Total	100,0 (63)	100,0 (338)	100,0 (401)		
Travamento					
Ausente	98,4 (62)	98,5 (333)	395 (98,5)	1,00	0,942
Presente	1,60 (1)	1,50 (5)	1,50 (6)		
Total	100,0 (63)	100,0 (338)	100,0 (401)		
Ruído					
Ausente	88,9 (56)	93,8 (317)	93,0 (373)	0,177	0,601
Presente	11,1 (7)	6,20 (21)	7,00 (28)		
Total	100,0 (63)	100,0 (338)	100,0 (401)		

Teste exato de Fischer. Nível de significância 5%. RR – Risco relativo. Dados de prevalência em porcentagem.

O teste exato de Fisher mostrou menor prevalência de dor no gênero masculino ($p=0,030$) e não haver diferenças entre as frequências de travamento e ruído entre os gêneros ($p>0,05$). O tempo de duração da queixa principal foi de $44,8\pm 76,1$ meses e a média da EVN para a queixa principal foi 6,5.

As frequências entre fatores predisponentes (bruxismo do sono, de vigília, hábitos parafuncionais, estresse, ansiedade, qualidade do sono) foram comparadas e são apresentadas na Tabela 2, procurando-se verificar a correlação entre esses e o gênero.

Tabela 2 - Prevalência dos fatores predisponentes em função do gênero em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401)

Fatores	Gêneros			p	RR
Predisponentes	Masculino (n)	Feminino (n)	Total (n)		
<i>Bruxismo sono</i>					
Ausente	57,1 (36)	56,8 (192)	56,9 (228)	1,00	1,012
Presente	42,9 (27)	43,2 (146)	43,1 (173)		
Total	100,0 (63)	100,0 (338)	100,0 (401)		
<i>Bruxismo vigília</i>					
Ausente	54,0 (34)	56,2 (190)	55,9 (224)	0,783	0,926
Presente	46,0 (29)	43,8 (148)	44,1 (177)		
Total	100,0 (63)	100,0 (338)	100,0 (401)		
<i>Onicofagia</i>					
Ausente	90,5 (57)	86,1 (291)	86,8 (348)	0,422	1,447
Presente	9,5 (6)	13,9 (47)	13,2 (173)		
Total	100,0 (63)	100,0(338)	100,0 (401)		
<i>Morder objetos</i>					
Ausente	93,7 (59)	92,9 (314)	93,0 (373)	1,000	1,107
Presente	6,3 (4)	7,1 (24)	7,0 (28)		
Total	100,0 (63)	100,0 (338)	100,0 (401)		
<i>Morder bochecha</i>					
Ausente	95,2 (60)	91,4 (309)	93,0 (369)	0,447	1,734
Presente	4,8 (3)	8,6 (29)	7,0 (32)		

(Continua)

(Continuação)

Tabela 2 - Prevalência dos fatores predisponentes em função do gênero em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401)

Total	100,0 (63)	100,0 (338)	100,0 (401)		
<i>Mascar chicletes</i>					
Ausente	90,5 (57)	94,4 (319)	93,8 (376)		
Presente	9,5 (6)	5,6 (19)	6,2 (25)	0,255	0,632
Total	100,0 (63)	100,0 (338)	100,0 (401)		
<i>Má postura</i>					
Ausente	77,8 (49)	73,6 (248)	74,3 (297)		
Presente	22,2 (14)	26,4 (89)	25,8 (103)	0,534	1,214
Total	100,0 (63)	100,0 (338)	100,0 (401)		
<i>Estresse</i>					
Ausente	45,8 (22)	24,4 (55)	28,2 (77)		
Presente	54,2 (26)	75,6 (170)	71,8 (196)	0,004*	2,154
Total	100,0 (48)	100,0 (225)	100,0 (273)		
<i>Ansiedade</i>					
Ausente	39,6 (19)	20,4 (46)	23,8 (77)		
Presente	60,4 (29)	79,6 (179)	76,2 (196)	0,008	2,097
Total	100,0 (48)	100,0 (225)	100,0 (273)		
<i>Qualidade sono</i>					
Boa	57,1 (32)	46,8 (138)	48,4 (170)		
Média	16,1 (9)	15,1 (44)	15,1 (53)	0,247	---
Ruim	26,8 (15)	38,3 (113)	36,5 (128)		

Teste exato de Fischer. Nível de significância 5%. RR – Risco relativo. Dados de prevalência em porcentagem.

A prevalência dos fatores predisponentes à DTM e a presença de dor é mostrada na Tabela 3. Buscou-se verificar a possível correlação entre os mesmos.

Tabela 3 - Prevalência dos fatores predisponentes em função da presença de dor em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401)

Fatores	Dor			<i>p</i>	RR
Predisponentes	Ausente (n)	Presente (n)	Total (n)		
<i>Bruxismo sono</i>					
Ausente	7,7 (31)	49,1 (197)	56,9 (228)	0,211	0,952
Presente	4,0 (16)	39,1 (157)	43,1 (173)		
Total	11,7 (47)	88,2 (354)	100,0 (401)		
<i>Bruxismo vigília</i>					
Ausente	6,5 (26)	49,4 (198)	55,9 (224)	1,000	1,003
Presente	5,2 (21)	38,9 (56)	44,1 (177)		
Total	11,7 (47)	88,3 (354)	100,0 (401)		
<i>Onicofagia</i>					
Ausente	9,5 (38)	77,3 (310)	86,8 (348)	0,248	1,133
Presente	2,2 (9)	11,0 (44)	13,2 (53)		
Total	11,17 (47)	88,3 (354)	100,0 (401)		
<i>Morder objetos</i>					
Ausente	10,2 (41)	82,8 (332)	93,0 (373)	0,121	1,133
Presente	1,5 (6)	5,5 (22)	7,0 (28)		
Total	11,7 (47)	88,3 (354)	100,0 (401)		
<i>Morder bochecha</i>					
Ausente	11,2 (45)	80,8 (324)	92,0 (369)	0,563	1,133
Presente	0,5 (2)	7,5 (30)	8,0 (32)		
Total	11,7 (47)	88,3 (354)	100,0 (401)		
<i>Mascar chicletes</i>					
Ausente	11,5 (46)	82,3 (330)	93,8 (376)	0,337	0,914
Presente	0,2 (1)	6,0 (24)	6,2 (25)		
Total	11,7 (47)	88,3 (354)	100,0 (401)		
<i>Má postura</i>					
Ausente	8,7 (35)	65,6 (263)	74,3 (298)	1,000	0,999
Presente	3,0 (12)	22,7 (92)	25,7 (25)		

(Continua)

(Continuação)

Tabela 3 - Prevalência dos fatores predisponentes em função da presença de dor em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401)

Total	11,7 (47)	88,3 (354)	100,0 (401)		
<i>Outros fatores</i>					
Ausente	11,5 (46)	87,7 (352)	99,3 (398)		
Presente	0,2 (1)	0,5 (2)	0,7 (3)	0,313	0,937
Total	11,7 (47)	88,3 (354)	100,0 (401)		
<i>Estresse</i>					
Ausente	2,2 (6)	26,0 (71)	28,2 (77)		
Presente	11,0 (30)	60,8 (166)	71,8 (196)	0,114	1,089
Total	13,2 (36)	86,8 (237)	100,0 (273)		
<i>Ansiedade</i>					
Ausente	1,5 (4)	22,3 (61)	23,8 (65)		
Presente	11,7 (32)	64,5 (176)	76,2 (208)	0,060	1,109
Total	13,2 (36)	86,8 (237)	100,0 (273)		
<i>Qualidade sono</i>					
Boa	6,8 (24)	41,6 (146)	48,4 (170)		
Média	2,0 (7)	13,1 (46)	15,1 (53)	0,454	---
Ruim	3,4 (12)	33,0 (116)	36,5 (128)		
Total	12,3 (43)	87,7 (308)	100,0 (351)		

Teste exato de Fischer e qui-quadrado de Pearson. Nível de significância de 5%. RR – Risco relativo. Dados de prevalência em porcentagem.

O teste exato de Fisher mostrou não haver correlação entre bruxismo de sono, vigília, hábitos parafuncionais, ansiedade, estresse e presença de dor. O teste qui-quadrado de Pearson mostrou não haver correlação entre qualidade de sono e presença de dor ($\chi^2=1,581$).

As relações entre a presença de travamento e os fatores predisponentes foram testadas. Os dados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Prevalência dos fatores predisponentes em função do sintoma travamento em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401)

Fatores	Travamento			p	RR
	Ausente (n)	Presente (n)	Total (n)		
<i>Predisponentes</i>					
<i>Bruxismo sono</i>				0,703	1,518
Ausente	55,9 (224)	1,0 (4)	56,9 (228)		
Presente	42,6 (171)	0,5 (2)	43,1 (173)		
Total	98,5 (395)	1,5 (6)	100,0 (401)		
<i>Bruxismo vigília</i>				1,000	0,790
Ausente	55,1 (221)	0,8 (3)	55,9 (228)		
Presente	43,3 (174)	0,7 (3)	44,1 (173)		
Total	98,5 (395)	1,5 (6)	100,0 (401)		
<i>Onicofagia</i>				0,575	0,761
Ausente	85,5 (343)	1,3 (5)	86,8 (348)		
Presente	13,0 (52)	0,2 (1)	13,2 (53)		
Total	98,5 (395)	1,5 (6)	100,0 (401)		
<i>Morder objetos</i>				1,000	---
Ausente	91,5 (367)	1,5 (6)	93,0 (373)		
Presente	7,0 (28)	0,0 (0)	7,0 (28)		
Total	98,5 (395)	1,5 (6)	100,0 (401)		
<i>Morder bochecha</i>				1,000	---
Ausente	90,5 (363)	1,5 (6)	92,0 (369)		
Presente	8,0 (32)	0,0 (0)	8,0 (32)		
Total	98,5 (395)	1,5 (6)	100,0 (401)		
<i>Mascar chicletes</i>				1,000	---
Ausente	92,3 (370)	1,5 (6)	93,8 (376)		
Presente	6,2 (25)	0,0 (0)	6,2 (25)		
Total	98,5 (395)	1,5 (6)	100,0 (401)		
<i>Má postura</i>				1,000	---
Ausente	73,3 (294)	1,0 (4)	74,3 (298)		
Presente	25,2 (101)	0,5 (2)	25,7 (103)		
Total	98,5 (395)	1,5 (6)	100,0 (401)		

(Continua)

(Continuação)

Tabela 4 - Prevalência dos fatores predisponentes em função do sintoma travamento em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401).

Outros fatores			1,000	---
Ausente	97,8 (392)	1,5 (6)	99,3 (398)	
Presente	0,7 (3)	0,0 (0)	0,7 (3)	
Total	98,5 (395)	1,5 (6)	100,0 (401)	
<i>Estresse</i>			0,193	5,091
Ausente	27,5 (75)	0,7 (2)	28,2 (77)	
Presente	71,4 (195)	0,4 (1)	71,8 (196)	
Total	98,9 (270)	1,1 (3)	100,0 (273)	
<i>Ansiedade</i>			0,142	6,400
Ausente	23,1 (63)	0,7 (2)	23,8 (65)	
Presente	75,8 (207)	0,4 (1)	76,2 (208)	
Total	98,9 (270)	1,1 (3)	100,0 (273)	
<i>Qualidade sono</i>			0,312	---
Boa	47,5 (167)	0,9 (3)	48,4 (170)	
Média	14,8 (52)	0,3 (1)	15,1 (53)	
Ruim	36,5 (128)	0,0 (0)	36,5 (128)	
Total	98,8 (347)	1,2 (4)	100,0 (351)	

Teste exato de Fischer e qui-quadrado de Pearson. Nível de significância de 5%. RR – Risco relativo. Dados de prevalência em porcentagem.

Os fatores predisponentes apareceram com baixa prevalência entre os sujeitos que tiveram o travamento como sintoma. O teste exato de Fisher mostrou não haver correlação entre bruxismo do sono, vigília, hábitos parafuncionais, ansiedade e estresse durante o sono e a presença de travamento. O teste qui-quadrado de Pearson mostrou não haver correlação entre qualidade de sono e presença de travamento ($\chi^2=2,328$).

As relações entre a presença de ruído e fatores predisponentes foram testadas. A Tabela 5 mostra os dados utilizados nos cálculos para as correlações.

Tabela 5 - Prevalência dos fatores predisponentes em função do sintoma ruído em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401)

Fatores	Ruído			p	RR
	Ausente (n)	Presente (n)	Total (n)		
<i>Predisponentes</i>					
<i>Bruxismo sono</i>				0,242	1,602
Ausente	52,1 (209)	4,8 (19)	56,9 (228)		
Presente	40,9 (164)	2,2 (9)	43,1 (173)		
Total	93,0 (373)	7,0 (28)	100,0 (401)		
<i>Bruxismo vigília</i>				0,695	1,221
Ausente	51,6 (207)	4,3 (17)	55,9 (224)		
Presente	41,4 (166)	2,7 (11)	44,1 (177)		
Total	93,0 (373)	7,0 (28)	100,0 (401)		
<i>Onicofagia</i>				0,240	0,558
Ausente	81,3 (326)	5,5 (22)	86,8 (348)		
Presente	11,7 (47)	1,5 (6)	13,2 (53)		
Total	93,0 (373)	7,0 (28)	100,0 (401)		
<i>Morder objetos</i>				0,121	0,450
Ausente	87,0 (349)	6,0 (24)	93,0 (373)		
Presente	6,0 (24)	1,0 (4)	7,0 (28)		
Total	93,0 (373)	7,0 (28)	100,0 (401)		
<i>Morder bochecha</i>				1,000	1,127
Ausente	85,5 (343)	6,5 (26)	92,0 (369)		
Presente	7,5 (30)	0,5 (2)	8,0 (32)		
Total	93,0 (373)	7,0 (28)	100,0 (401)		
<i>Mascar chicletes</i>				1,000	---
Ausente	86,6 (348)	7,0 (28)	93,8 (376)		
Presente	6,2 (25)	0,0 (0)	6,2 (25)		
Total	93,0 (373)	7,0 (28)	100,0 (401)		
<i>Má postura</i>				1,000	1,037
Ausente	69,1 (277)	5,3 (21)	74,4 (298)		
Presente	23,9 (96)	1,7 (7)	25,6 (103)		
Total	93,0 (373)	7,0 (28)	100,0 (401)		

(Continua)

(Continuação)

Tabela 5 - Prevalência dos fatores predisponentes em função do sintoma ruído em pacientes atendidos no Serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2018. (n=401).

<i>Outros fatores</i>				0,196	0,204
Ausente	92,5 (371)	6,8 (27)	99,3 (398)		
Presente	0,5 (2)	0,2 (1)	0,7 (3)		
<i>Estresse</i>				0,046*	0,255
Ausente	27,5 (75)	0,7 (2)	28,2 (77)		
Presente	64,5 (176)	7,3 (20)	71,8 (196)		
Total	92,0 (251)	8,0 (22)	100,0 (273)		
<i>Ansiedade</i>				0,018	0,320
Ausente	23,1 (63)	0,7 (2)	23,8 (65)		
Presente	68,9 (188)	7,3 (20)	76,2 (208)		
Total	92,0 (251)	8,0 (22)	100,0 (273)		
<i>Qualidade sono</i>				0,491	---
Boa	44,1 (155)	4,3 (15)	48,4 (170)		
Média	13,7 (48)	1,4 (5)	15,1 (53)		
Ruim	34,5 (121)	2,0 (7)	36,5 (128)		
Total	92,3 (324)	7,7 (27)	100,0 (351)		
Total	93,0 (373)	7,0 (28)	100,0 (401)		

Teste exato de Fischer e qui-quadrado de Pearson. Nível de significância de 5%. RR – Risco relativo. Dados de prevalência em porcentagem.

Assim como no sintoma travamento, os fatores predisponentes não aparecem em alta prevalência para o sintoma ruído. O teste exato de Fisher mostrou não haver correlação entre bruxismo de sono e vigília, hábitos parafuncionais e ansiedade com a presença de ruído, mas houve correlação significativa entre estresse e presença de ruído ($p=0,046$). O teste qui-quadrado de Pearson mostrou não haver correlação entre qualidade de sono e presença de ruído ($\chi^2=1,424$).

Segundo o diagnóstico da DTM, 63,1% (253) sofriam de DTM do tipo muscular, 2,2% (9) de DTM do tipo articular e 33,9% (136) de DTM mista. O diagnóstico segundo o RDC/TMD distribuiu-se da seguinte forma 65,3% (262) apresentaram dor miofascial, 32,2% (129) dor miofascial com limitação de abertura, 25,9% (104) deslocamento de disco com redução, 2,7% (11) deslocamento de disco

sem redução, 5,7% (23) artralgia e 2,7% (11) sem classificação. A região mais afetada pela queixa principal foi a ATM (43,6%), seguida da parotídea-massetérica (37,9%) e temporal (8,2%). Em relação as comorbidades, 38,9% relataram sofrer de cefaleia e 17,2% de cervicalgia.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, optou-se avaliar os pacientes atendidos no Serviço de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular e que sofriam de DTM e seus fatores associados. Esta escolha justifica-se pela ausência de estudos populacionais no município de Campo Grande – MS e por esse serviço ser o único no âmbito público destinado a atender pessoas que sofrem desse distúrbio.

Concordando com a literatura, a maioria da população que procurou atendimento na Faculdade de Odontologia da UFMS era do gênero feminino (84,3%). Povedo Roda et al. (2007) declararam que a chance de as mulheres desenvolverem DTM é aproximadamente quatro vezes maior do que os homens. Ademais, LeResche et al. (1997; 2003) e Licini et al. (2009) justificaram a alta prevalência de sinais e sintomas em mulheres pelas suas características hormonais, comportamentais e psicossociais.

Os grupos etários mais comumente afetados pela DTM foram de 21 a 30 anos, seguidos pelo grupo de 41 a 50 anos e 31 a 40 anos, que agrupados correspondem a 66,5% do total. Cordeiro e Guimarães (2012) concluíram que grupos mais jovens e mais velhos tinham menor prevalência de DTM, mostrando que os sinais e sintomas de DTM eram incomuns nas primeiras duas décadas de vida, com pico entre a terceira e a quinta década e início do declínio na sexta década de vida. Essa conclusão corrobora com os resultados do trabalho atual e com outros estudos (CAMPOS et al., 2014; FERREIRA et al., 2016 e ROKAYA et al., 2018). Podemos inferir que a maior prevalência de DTM está associada com um período da vida onde as pessoas estão se estabelecendo no mercado de trabalho e quando grandes acontecimentos, em sua maioria, acontecem, como casamento e filhos. São fases da vida repletas de expectativas e grandes decisões.

A maioria dos sujeitos da pesquisa apresentaram uma (49,1%) ou duas (33,4%) queixas, sendo a dor a queixa mais prevalente (88,3%) e também mais prevalente em mulheres (89,9%) do que em homens (79,4%), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$). Ruído articular foi o segundo sintoma mais frequente, porém, com prevalência bem menor que a dor com apenas 7,0% e sem diferença significativa entre os gêneros, assim como o travamento que apresentou frequência de apenas 1,5% do total da amostra. Importante lembrar que a dor pode ser a mais prevalente,

pois é o sintoma que mais faz as pessoas procurarem tratamento; demais sintomas podem ser negligenciados.

Outros estudos realizados em clínicas especializadas em tratamento de DTM relataram que a dor é a principal queixa que leva a procura de tratamento, seguido de ruído e travamento com prevalências de dor que variam de 40 – 80% da amostra, sendo as mulheres sempre mais frequentes do que os homens e nem sempre com diferenças significativas para os dois últimos sintomas que sempre aparecem com baixas prevalências em relação a dor (BAGIS et al., 2012; MANFREDINI et al., 2013; DANTAS et al., 2015 e MOURA et al., 2017). Nesse aspecto, a justificativa pode estar relacionada ao fato de que as mulheres apresentam autocuidado maior que os homens.

Em contrapartida, em estudos realizados com amostras livres da doença foi verificado que o sintoma mais frequente foi o ruído articular, que em alguns estudos foi denominado apenas como ruído (MARTINS et al., 2008; BARBOSA et al., 2017); em outros como estalido (POW et al., 2001; JUSSILA et al., 2017; KARTHIK et al., 2017), e alguns designaram como som articular (MARKLUND e WÄNMAN, 2007) seguido da dor e dificuldade em abrir a boca. Esses sintomas foram mais frequentes em mulheres do que homens, mas sem associação individual com o gênero. Em média, o ruído articular e a dor apareceram com frequência similares (cerca de 1/3) e nem sempre foram associados a necessidade de tratamento (GONÇALVES et al., 2010; MEDEIROS et al., 2011).

Outras variáveis de difícil comparação são os hábitos parafuncionais. Não há nomenclatura e classificação normatizada e, portanto, encontra-se na literatura com variados nomes, isolados ou agrupados. Nesse estudo, os hábitos parafuncionais foram classificados em bruxismo de sono, bruxismo de vigília, onicofagia, morder objetos, morder bochechas, mascar chicletes, má postura e outros. Bruxismo de sono e de vigília foram relatados por aproximadamente metade da amostra e os outros hábitos parafuncionais apresentaram baixa frequência (6,2 – 25,7%), sem diferença significativa entre os gêneros e com os sintomas de DTM.

Akther et al. (2011) obtiveram resultado discrepante onde alguns hábitos chegaram a ter prevalência de 83,4% (dormir de apenas um lado), 74,4% (apoiar o rosto na palma da mão) e 76,7% (mascar chicletes). Observaram que apesar da alta prevalência, a presença do hábito parafuncional de forma isolada não representou um

fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de DTM em uma população de 2374 universitários em estudo de coorte com período de 3 anos no Japão.

Outros estudos não tiveram prevalências tão altas para presença de hábitos parafuncionais na amostra estudada, mas encontraram associação com algum hábito e sinais e/ou sintomas de DTM, como Oliveira et al. (2016), que verificaram associação significativa entre o hábito de chupar gelo/pirulito e sensibilidade muscular ($p=0,04$) e Motta et al. (2013) e Paulino et al. (2018) que encontraram associação para cada hábito parafuncional relatado com sinais e sintomas de DTM. Por outro lado, Robin et al. (2010) e Wieckiewicz et al. (2014) que também obtiveram prevalências semelhantes aos estudos citados anteriormente, mas não conseguiram associar os hábitos parafuncionais isoladamente com fatores de risco para desenvolvimento de DTM. Resultados contraditórios para estudos bem delineados que demonstram que os hábitos parafuncionais necessitam de uma forma mais criteriosa de investigação, extrapolando a presença ou ausência e investigando a frequência do hábito.

Vale ressaltar que todos os estudos citados eram estudos de investigação populacional com o intuito de avaliar a associação de fatores de risco com os sinais e sintomas de DTM e utilizaram como ferramenta de coleta de dados questionários estruturados de múltiplas escolhas, especificando os hábitos a serem investigados, diferente do estudo atual que foi baseado em prontuários previamente preenchidos. Dessa forma, pode-se sugerir que os relatos de hábitos parafuncionais estejam subestimados na amostra do presente estudo.

Ademais, os estudos que avaliaram o perfil dos pacientes que procuraram atendimento em clínicas especializadas em dor orofacial são escassos e poucos coletam dados a respeito dos hábitos parafuncionais. Entre os que coletaram, frequência do relato do hábito foi semelhante ao encontrado no presente estudo e nenhum encontrou associação isolada dos hábitos parafuncionais e sinais e sintomas de DTM (ROBIN et al., 2010; BAGIS et al., 2012; MOURA et al., 2017).

Em relação as variáveis psicoemocionais, vale lembrar que não há uniformidade entre os estudos na avaliação. Na maioria dos estudos populacionais é realizada uma única pergunta para investigar a presença ou ausência do fator emocional. Poucos estudos utilizam questionários validados por serem de difícil entendimento ou não representar a população estudada; alguns utilizam *checklists* de eventos considerados estressantes no dia a dia. No trabalho atual, ao avaliar as variáveis estresse e ansiedade, foi verificado alta prevalência na população estudada

(71,8% e 76,2% respectivamente), sendo que estresse teve diferença significativa para o gênero feminino ($p=0,004$). Apesar da alta prevalência, essas variáveis não tiveram associação quando relacionadas aos sintomas dor e travamento; apenas estresse apresentou correlação significativa com a presença de ruído ($p=0,046$).

Vários estudos mostraram que sinais e sintomas de DTM são mais frequentes ou mais severos em populações que sofrem de estresse, ansiedade e/ou tensão emocional (MARTINS et al., 2008; ROBIN e CHIOMETO, 2010; MEDEIRO et al., 2011; WIECKIEWCZ et al., 2014; DANTAS et al., 2015; OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2016; PAULINO et al., 2018; ROKAYA et al., 2018). No entanto, nem todos encontraram associação entre as variáveis.

A alta prevalência de estresse e ansiedade também foi relatada por outros autores (ROBIN e CHIOMETO, 2010; DANTAS et al., 2015; PAULINO et al., 2018; ROKAYA et al., 2018), e concordando com este estudo, Akther et al. (2011) encontraram relação apenas entre as variáveis estresse e estalido em mulheres.

Oliveira Júnior et al. (2016) e Paulino et al. (2018) utilizaram escalas validadas, porém distintas, para avaliação de ansiedade e depressão em populações livres da doença e obtiveram resultados contraditórios. O primeiro autor encontrou relação entre as variáveis estresse e DTM e não encontrou associação entre ansiedade e DTM, sendo que o segundo estudo encontrou associação entre as variáveis sintomas de DTM e ansiedade, necessidade de tratamento e relato de tensão emocional e sinais clínicos de DTM e ansiedade.

Outra variável psicoemocional cuja avaliação não é normatizada é a qualidade do sono cuja avaliação pode ser feita de modo objetivo ou subjetivo. O padrão ouro é o método objetivo realizado por polissonografia, que não é usualmente utilizada em estudos populacionais por ser de alto custo e necessitar de pessoas treinadas. Os mais utilizados em grandes amostras são os métodos subjetivos, entre eles, os questionários que são de baixo custo e representam o sono habitual, porém, podem ser de difícil entendimento e apresentarem, por essa razão, resultados distorcidos.

Para este estudo, a qualidade do sono foi classificada em boa, média ou ruim, por meio de auto percepção. A maioria das pessoas relataram ter uma qualidade de sono boa (48,4%) ou ruim (36,5%), sem associação com os sintomas e outros fatores predisponentes. A prevalência de qualidade de sono ruim aparece muito variada na literatura. Pow et al. (2001) e Tosato et al. (2016) utilizaram auto relato para avaliar a qualidade de sono dos participantes e obtiveram resultados discrepantes. Pow et al.

(2001) encontraram associação entre o sintoma estalido e auto relato de descansar pouco durante o sono ($p < 0,001$), sendo que apenas 19% da amostra relatou dormir mal. Tosato et al. (2016) verificaram que 63,3% da amostra relatou que não dormia bem, porém, sem associação com sintomas de DTM. Ademais, estudos que utilizaram questionários validados, também encontraram resultados contraditórios. Martins et al., 2009 e Dias et al. (2015) associaram a baixa qualidade de sono com sintomas de DTM, enquanto que Wagner e Moreira Filho (2018) não encontraram associação entre as variáveis em questão.

Em relação às comorbidades relatadas pelos sujeitos da pesquisa, cefaleia teve 38,9% de prevalência e cervicalgia 17,2%, resultados que corroboram com outros estudos (ROBIN e CHIOMETO, 2010; BEZERRA et al., 2012; ROKAYA et al., 2018). Entretanto, alguns estudos populacionais realizados com metodologia semelhante, questionário e exame clínico, encontraram que as pessoas que sofriam de DTM tinham presença de cefaleia em torno de 90% e cervicalgia 100% (BAGIS et al., 2012; BARBOSA et al., 2017). Vale ressaltar que a amostra de Barbosa et al. (2017) era constituída de funcionários de uma mesma instituição, e que o músculo mais afetado pela dor encontrado no estudo de Bagis et al. (2012) foi o músculo temporal, com 92% de frequência, o que é um achado isolado entre os estudos avaliados.

No estudo atual, verificou-se que a região da ATM foi a mais afetada pela queixa principal, com frequência de 43,6% seguida da região parotídea massetérica (37,9%) e temporal (8,2%). Outros estudos encontraram que a região afetada pela queixa principal foram os músculos da mastigação, com frequências semelhantes às citadas anteriormente (ROBIN e CHIOMETO, 2010; CORDEIRO e GUIMARÃES, 2012; MOURA et al., 2017).

A duração média da queixa principal foi cerca de 44 meses e de intensidade moderada. Outros trabalhos corroboram com o tempo da queixa principal (FERREIRA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2016) que foi justificada por ser uma dor de intensidade leve a moderada (CORDEIRO e GUIMARÃES, 2012).

Em relação ao diagnóstico, foi encontrado que 63,1% sofriam de DTM muscular, 33,9% DTM mista e apenas 2,2% DTM articular. Segundo o critério do RDC/TMD, dor miofascial sem limitação foi o diagnóstico mais encontrado, com 65,3% de frequência, seguido de dor miofascial com limitação de abertura (32,2%) e deslocamento de disco com redução (25,9%). Artralgia, deslocamento de disco sem redução e doenças degenerativas tiveram frequências muito baixas. Essa distribuição

dos diagnósticos corroboram com outros estudos que verificaram que a DTM muscular ou a dor miofascial com ou sem limitação de abertura é mais frequente entre a população que procura tratamento (ROBIN e CHIOMETO, 2010; MANFREDINI et al., 2013; MOURA et al., 2017), diferente do que foi encontrado em estudos em populações livres da doença nos quais a DTM articular ou o deslocamento de disco com redução foi o diagnóstico mais frequente (PROGIANTE et al., 2015; JUSSILA et al., 2017). É de fácil entendimento esses achados contraditórios dependendo da população estudada uma vez que a dor é a queixa mais comum em clínicas especializadas para tratamento de DTM. Ademais, pessoas que sofrem de ruído articular, nem sempre o associam com a necessidade de tratamento ou negligenciavam o sintoma.

Infelizmente, poucos estudos populacionais utilizam o critério do RDC/TMD para realizar a pesquisa, impossibilitando a comparação entre os diagnósticos. O RDC/TMD é uma ferramenta de diagnóstico muito rica, no entanto, necessita de anamnese minuciosa e exame físico calibrado, tornando-o moroso e de difícil aplicação para grandes populações. Muitos autores optam por avaliar a presença e severidade de DTM por meio do questionário do Índice Anamnésico de Fonseca, que apenas classifica a DTM como leve, moderada e severa. Além de ser um instrumento de fácil compreensão e aplicabilidade, não necessita de exame clínico e portanto, confere agilidade ao pesquisador.

No estudo atual, os prontuários foram preenchidos por alunos de graduação que receberam aula e demonstração clínica da aplicação do critério do RDC/TMD, assim como da coleta de dados da anamnese. A alteração dos dados colhidos ao longo dos anos do Serviço de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular foi um dos fatores limitantes, uma vez que a ficha clínica era adaptada aos achados clínicos dos pacientes, introduzindo novos dados e removendo outros. A ausência de algumas informações em alguns prontuários por esquecimento ou omissão do aluno foi outro fator limitante, como, por exemplo, a presença dos hábitos parafuncionais. Assim também acontece com a história clínica do paciente, que inicialmente era colhida por meio de questões estruturadas, atualmente é realizada por meio de história pregressa do sintoma, e foi percebido que o aluno consegue preencher de maneira mais efetiva quando as perguntas eram estruturadas.

Por meio deste estudo, pôde-se verificar qual o perfil do paciente que procura o Serviço de Dor Orofacial da UFMS, suas queixas e fatores associados, contribuindo para a melhoria do serviço.

É sugestão que algumas variáveis sejam coletadas por meio de múltipla escolha, dando ênfase na frequência quando presentes; aplicação de questionários relativos a qualidade de sono; alteração da forma de coleta da história pregressa do sintoma e realização de uma triagem para verificar a presença/ausência de DTM, uma vez que em muitos prontuários foi verificado a ausência da disfunção.

7 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que:

1. O perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – MS, com diagnóstico de DTM, era em sua maioria, pertencentes ao gênero feminino, com entre as faixas etárias de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos de idade, tendo de uma a duas queixas. A queixa principal foi a dor moderada, com duração média de 44,8 meses, na região da ATM, relatando bruxismo de sono e/ou vigília, estresse, ansiedade, cefaleia, com boa qualidade do sono, sendo diagnosticada com DTM do tipo muscular e com classificação pelo RDC/TMD de dor miofascial com ou sem limitação de abertura.
2. Dor e estresse estão associadas ao gênero feminino; pacientes que relataram estresse também apresentaram ruído na ATM. Pacientes com estresse e ansiedade apresentaram dor e ruído.
3. A presença de estresse pode ser fator de risco para sintomas de DTM do tipo muscular e articular nas mulheres.

8 REFERÊNCIAS

Al-Kotani A, Naimiakbar A, Albadawi E, Ernberg M, Hedenberg--Magnusson B, Chriditis N. Prevalence of diagnoses temporomandibular disorders among Saudi Arabian children and adolescents. J Headache Pain 2016; 17(1):41.

Akhter R, Morita M, Esaki M, Nakamura K, Kanehira T. Development of temporomandibular disorder symptoms: a 3-year cohort study of university students. J Oral Rehabil 2011; 38:395-403.

Bagis B, Ayaz EA, Turgut S, Durkan R, Özcan M. Gender difference in prevalence of signs and symptoms of tempormandibular joint disorders: a retrospective study on 243 consecutive patients. Int. J. Med. Sci 2012; 9(7):539-44.

Barbosa RN, Robles FRP, Assaf AV, Silva MG, Mendes KLC, Guimarães AS. Temporomandibular disorders and relationship with socio-demografic and clinical variables in a University of the state of Rio de Janeiro. Rev Dor 2017; 18(1):59-64.

Bezerra BP, Ribeiro AC, Farias ABL, Farias ABL, Fontes LB, Nascimento SR, et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. Rev Dor 2012; 13(3):235-42.

Campos JAD, Carrascosa AC, Bonafé FSS, Maroco J. Epidemiology of severity of temporomandibular disorders in brazilian women. J Oral Facial Pain Headache 2014; 28:147-52.

Carlsson GE. Epidemiological studies of signs and symptoms of TMJ-pain dysfunction. A literature review. Aust Soc Prosthodont Bull 1984; 14:7-12.

Carlsson GE, Magnusson T, Guimarães AS. Tratamento das disfunções temporomandibulares na clínica odontológica. São Paulo:Quintessence; 2006.p.13-7.

Cordeiro IB, Guimarães AS. Profile of patients with temporomandibular joint disorder: main complaint, signs, symptoms, gender and age. Rev Gaúcha Odontol. 2012;60(2):148-8.

Dantas AM, Santos E JL, Vilela RM, Lucena LB. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um serviço de controle da dor orofacial. Rev Odontol UNESP 2015; 44(6):313-9.

Dias GM, Bonato LL, Guimarães JP, Silva JNN, Ferreira LA, Grossmann E, et al. A study of the association between sleep bruxism, low quality of sleep, and degenerative changes of the temporomandibular joint. J Craniofac Surg 2015; 26:2347-50.

Donnarumma MD, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. Rev CEFAC. 2010; 12(5):788-94.

Dworking SF, Huggins KH, Le Resche L, Von Korff M, Howard J, Truelove E, et al. Epidemiology of symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. J Am Dent Assoc 1990; 120(3):273-81.

Fernandes G, Franco AL, Siqueira JTT, Gonçalves DAG, Camparis M. Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorder, depression and non-specific physical symptoms. J Oral Rehabil 2012; 39:538-44.

Ferreira CLP, Silva MAMR, Felício CM. Sinais e sintomas de desordem temporomandibular em mulheres e homens. CoDAS 2016; 28(1):17-21.

Gonçalves DAG, Fabbro AMD, Campos JADB, Bigal ME, Speciali JG. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. J Orofac Pain 2010; 24(3):270-8.

Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. 3. Analyses of anamnestic and clinical recordings of dysfunction with the aid of indices. Sven Tandlak Tidkt 1974; 67(3):165-81.

Helkimo M. Epidemiological surveys of dysfunction in the masticatory system. *Oral Sci Rev.* 1976; 7:54-69.

Helkimo M. Quarenta anos do estudo da epidemiologia das DTM. In Guimarães AS. *Dor orofacial entre amigos: Uma discussão científica.* São Paulo: Quintessence editora Ltda; 2012.p.71-89.

Jensen MP, McFarland CA. Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain* 1993; 55: 195–203.

Johansson A, Unell L, Carlsson GE, Söderfeldt B, Halling A. Risk factors associated with symptoms of temporomandibular disorders in a population of 50- and 60-year-old subjects. *J Oral Rehabil* 2006; 33:473-82.

Jussila P, Kiviahde H, Närpänkangas R, Pääkilä J, Pesonen P, Sipilä K, et al. Prevalence of temporomandibular disorders in the northern Finland birth cohort 1966. *J Oral Facial Pain Headache* 2017; 31:159-64.

Karthik R, Hafila MI, Saravanan C, Vivek N, Priyadarsini B, Ashwath B. Assessing prevalence of temporomandibular disorders among University students: a questionnaire study. *J Int Soc Prevent Communit Dent* 2017; 7:S24-9.

LeResche L, Saunders K, Von Korff MR, Barlow W, Dworking SF. Use of exogenous hormones and risk of temporomandibular disorder pain. *Pain* 1997;69(1-2):153-60.

LeResche L, Mancl L, Sherman JJ, Gandara B, Dworking SE. Changes in temporomandibular pain and other symptoms across the menstrual cycle. *Pain* 2003;106(3):253-61.

Licini F, Nojelli A, Segu M, Collesano V. Role of psychosocial factors in the etiology of temporomandibular disorders: relevance of a biaxial diagnosis. *Minerva Stomatol* 2009; 58(11-12):557-66.

Macfarlane TV, Blinkhorn, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(1):51-60.

Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain* 2000; 14(4):10-9.

Manfredini D, Favero L, Gregorini G, Cocilovo F, Guarda-Nardini L. Natural course of temporomandibular disorders with low pain-related impairment: a 2-to-3-year follow-up study. *J Oral Rehabil* 2013; 40:436-42.

Marklund S, Wänman A. Incidence and prevalence of temporomandibular joint pain and dysfunction. A one-year prospective study university students. *Acta Odontol Scand* 2007; 65(2):119-27.

Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundfeld MLMM. Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Cienc Saude Colect* 2008; 13(2):2089-96.

Medeiros SP, Batita AUD, Forte FDS. Prevalência de sintomas de disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em estudantes universitários. *RGO – Rev Gaúcha Odontol* 2011; 59(2):201-8.

Motta LJ, Guedes CC, De Santis TO, Fernandes KPS, Mesquita-Ferrari A et al. Association between parafunctional habits and signs and symptoms of temporomandibular dysfunction among adolescents. *Oral Health Prev Dent* 2013;11:3-7.

Moura WP, Silva PLP, Lemos GA, Bonan PRF, Montenegro RV, Batista AUD. Retropective review of patients referred to a temporomandibular dysfunction care setting of a Brazilian public university. *Rev Dor* 2017; 18(2):128-43.

National Institute of Dental and Craniofacial Research [homepage da internet]. Bethesda MD: National Institute of Health. c2013 - [atualizada em 31 de janeiro de 2017; acesso em 2017 mar 20]. Disponível em: <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/FindDataByTopic/FacialPain>>.

Oliveira CB, Lima JAS, Silva PLP, Forte FDS, Bonani PRF, Batista AUD. Temporomandibular disorders and oral habits in high-school adolescents: a public health issue? Rev Gaúch Odontol 2016; 64(1):8-16.

Oliveira Júnior GJ, Cruz JN, Ditos L, Candido LNS, Caldas LF. Associação entre os sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com os fatores psicológicos em comunidades de Cuiabá-MT. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2016; 29(1):32-41.

Ommerborn MA, Kollmann C, Handschef J, Deprich RA, Lang H, Raab WH-M. A survey on German dentists regarding the management of craniomandibular disorders. Clin Oral Investig. 2010; 14(2):137-44.

Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLP, Bonan PRF, Batista AUD. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. Ciênc. Saúde Colet 2018; 23(1): 173-86.

Pimentel PH, Coelho Júnior LG, Caldas Júnior AF, Kominsky M, Aroucha JM. Perfil demográfico dos pacientes atendidos no centro de controle da dor orofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial 2008; 8(2):71-8.

Poveda Roda R, Bagan JV, Días Fernández JM, Hernández Bacán S, Jiménez Soriano Y. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12(4):E292-8.

Pow EHN, Leung KCM, McMillan AS. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in Hong Kong Chinese. J Orofac Pain 2001; 15:228-34.

Progiante OS, Pattussi MC, Lawrence HP, Goya S, Grossi PK, Grossi ML. Prevalence of temporomandibular disorders in an adult Brazilian community population using the Research diagnostic Criteria (Axis I and II) for temporomandibular Disorders. (The Maringá study). Int J Prosthodont. 2015; 28:600-9.

Reissman DR, Behn A, Schierz O, List T, Heydecke G. Impact of dentists' years since graduation on management of temporomandibular disorders. Clin Oral Investig. 2015; 19(9):2327-36.

Robin O, Chiomento A. Prevalence of risk factors for temporomandibular disorders: a retrospective survey from 300 consecutive patients seeking care for TMD in a French dental school. J. Stomat. Occ. Med. 2010; 3:179-86.

Rokaya D, Suttage K, Joshi S, Bhattarai BP, Shah PK, Dixit S. An epidemiological study on the prevalence of temporomandibular disorder and associated history and problems in Nepalese subjects. J Dent Anesth Pain Med 2018;18(1):27-33.

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group 2014; 28(1):6-27.

Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. N Engl J Med 2008; 359:2693-705.

Siqueira SRDT, Vilela TT, Florindo AA. Prevalence of headache and orofacial pain in adults and elders in a Brazilian community: an epidemiological study. Gerodontology 2015; 32:123-31.

Tosato JP, Politti F, Garcia MBS, Gonzalez TO, Biasotto-Gonzalez DA. Correlation between disorder pain and quality of sleep in women. *Fisioter Mov.* 2016;29(3):527-31.

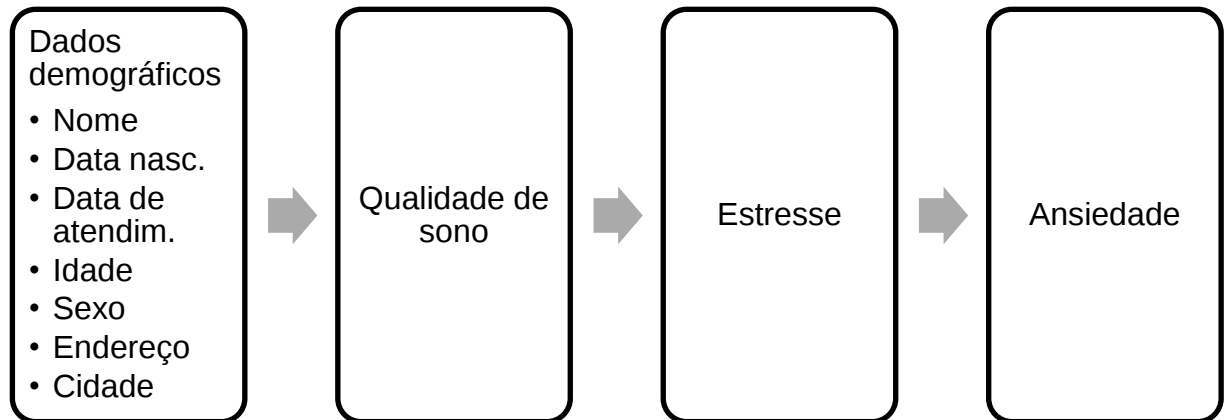
Wagner BA, Moreira Filho P. Painful temporomandibular disorder, sleep bruxism, anxiety symptoms and subjective sleep quality among military firefighter with frequent episodic tension-type headache. A controlled study. *Arq Neuropsiquiatr* 2018;76(6):387-92.

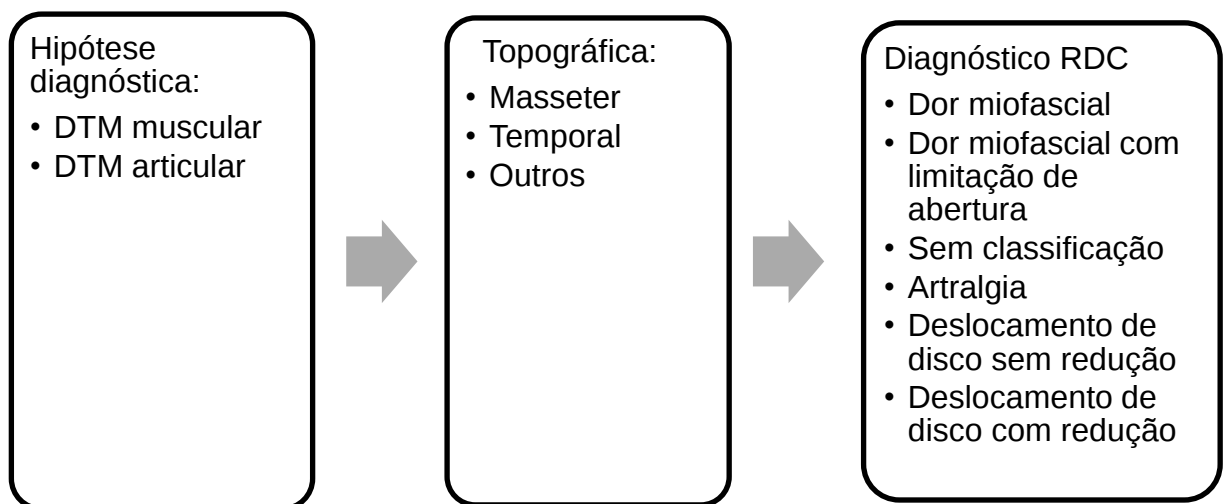
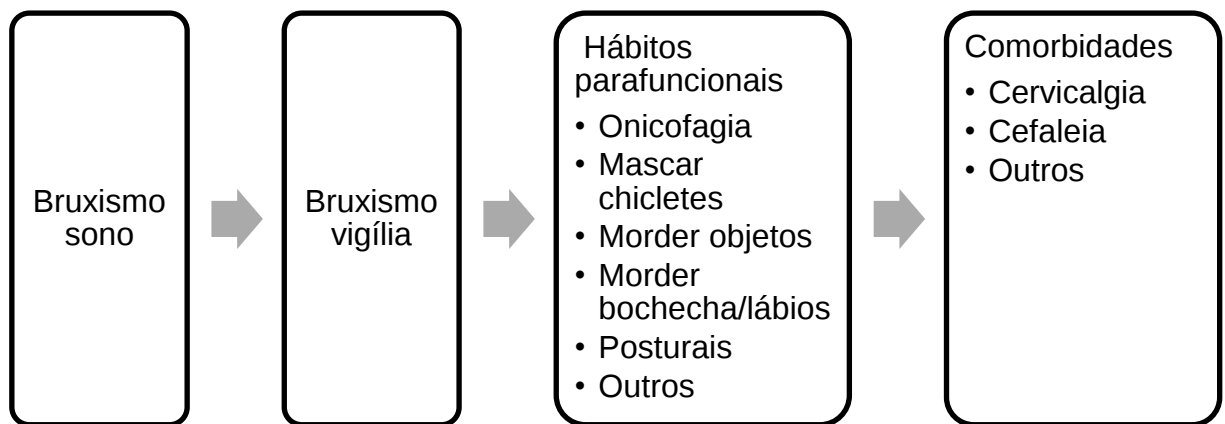
Wieckiewicz M, Grychowska N, Wojciechowski K, Pelc A, Augustyniak M, Sleboda A, et al. Prevalence and correlation between TMD based on RDC/TMD diagnoses, oral parafunctions and psychoemotional stress in Polish university students. *Biomed Res Int.* 2014; 472346.

World Health Organization. Measuring quality of life (1997).
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

APÊNDICE

Instrumento de coleta de dados







UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ATENDIDOS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE

Pesquisador: MONICA HARUMI IQUEJIRI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85217718.0.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.685.758

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora delinea o contexto de que a Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo que abrange problemas clínicos, da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação, sendo caracterizada principalmente por dor, som na articulação e função irregular ou limitada da mandíbula. A etiologia das DTM é multifatorial, com fatores biológicos de predisposição genética aliados a padrões comportamentais, sociais, emocionais e cognitivos, que isolados ou associados, contribuem para o estabelecimento dos sinais e sintomas de DTM. Neste cenário, o presente projeto de pesquisa se trata de um estudo transversal e com dados secundários que objetiva traçar um perfil epidemiológico dos indivíduos atendidos no serviço de DTM e dor orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Serão investigadas diversas variáveis sociodemográficas e clínicas, e uma análise multinível será desenvolvida a fim de se verificar qual a modalidade de DTM apresenta maior risco de ocorrência em função das variáveis.

Critérios de inclusão: todos os prontuários das pessoas atendidas no Serviço de Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no período de janeiro de 2008 a julho de 2017, contemplando todo o período de funcionamento do serviço.

Critérios de exclusão: Serão excluídos os prontuários incompletos, rasurados e indevidamente

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.685.758

preenchidos. Também serão excluídos prontuários de sujeitos menores de 18 anos, não diagnosticados como portadores de DTM, pacientes com relato de distúrbios neurológicos centrais ou periféricos e histórias de cirurgias e/ou tumores ou traumas na região de cabeça e pescoço.

Tamanho estimado da amostra: 450 indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: “Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – MS, com diagnóstico de DTM, no período de 2008 a 2017.”

Objetivo Secundário: “a) Correlacionar as variáveis biológicas e psicoemocionais com o diagnóstico de DTM; b) Avaliar o risco de desenvolvimento dos diferentes tipos de DTM em função da presença dessas variáveis.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos apontados pela pesquisadora: “Os riscos da pesquisa são: a indevida exposição dos dados e a identificação dos participantes”.

- Benefícios apontados pela pesquisadora: “Permitir uma melhor compreensão das características epidemiológicas da população afetada, melhorar o planejamento estratégico da prestação de serviço e o aprendizado acadêmico. Em adição a isso, os dados podem contribuir para a geração de conhecimento científico por meio de pesquisa para melhorar o entendimento das características desta desordem e desta forma, obter melhores resultados no tratamento proposto.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A pesquisadora atendeu completamente a lista de pendências apontadas no parecer à versão 1 do projeto, fornecendo as justificativas adequadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foram anexados projeto detalhado, instrumento de coleta de dados (informado dentro do projeto detalhado), autorização institucional (adequada), cronograma, orçamento da pesquisa, termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados, termo de responsabilidade para uso de dados de prontuário.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.685.758

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresenta todos os itens necessários para aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_983566.pdf	25/04/2018 15:38:43		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	25/04/2018 15:33:19	MONICA HARUMI IQUEJIRI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	25/04/2018 15:30:58	MONICA HARUMI IQUEJIRI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso.pdf	25/04/2018 15:30:38	MONICA HARUMI IQUEJIRI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.pdf	25/04/2018 15:30:20	MONICA HARUMI IQUEJIRI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa.pdf	25/04/2018 15:27:01	MONICA HARUMI IQUEJIRI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	19/02/2018 09:40:45	MONICA HARUMI IQUEJIRI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhado.docx	19/02/2018 09:35:15	MONICA HARUMI IQUEJIRI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 30 de Maio de 2018

Assinado por:
Edilson José Zafalon
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B – FICHA CLÍNICA ATUAL

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Faculdade de Odontologia Prof. Albino Coimbra Filho

PROJETO DE EXTENSÃO EM DOR OROFACIAL E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

SERDOF - Serviço de Dor Orofacial e DTM

Acadêmico Responsável:

FICHA CLÍNICA DE DTM

COMPLEMENTAÇÃO DA ANAMNESE

01. MOTIVO DA CONSULTA? _____

02. JÁ PROCUROU ALGUM TRATAMENTO PARA ESTE MOTIVO? QUAL? _____

03. VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA É PORTADOR DE ALGUMA DOENÇA? (artrite, fibromialgia, depressão...):

04. TEM DORES OU INCHAÇO NAS ARTICULAÇÕES? NÃO () SIM () _____

05. ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO? NÃO () SIM () . SE SIM, QUAL? _____

06. ESTÁ TOMANDO ALGUMA MEDICAÇÃO?

MEDICAÇÃO	DOSE	FREQÜÊNCIA	FINALIDADE	HÁ QUANTO TEMPO

07. OUTRAS OBSERVAÇÕES RELEVANTES

HISTÓRICO DAS QUEIXAS PRINCIPAIS

QUEIXA 1: (queixa, tipo de dor, intensidade da dor: 0-10, localização - região anatômica, tempo de início - em dias ou meses ou anos, frequência - por semana, duração - em horas, horário de ocorrência- manhã/tarde/noite/dia todo, fatores precipitantes, fatores de melhora, fatores de piora, fatores acompanhantes):

QUEIXA 2:

QUEIXA 3:

COMORBIDADES:

HÁBITOS PARAFUNCIONAIS (Bruxismo do sono e/ou vigília, morder objetos, morder lábio, bochechas, língua, mascar chiclete, onicofagia, etc) _____

HÁBITO POSTURAL _____

POSTURA DE SONO _____

QUALIDADE E QUANTIDADE DE SONO _____

INGESTÃO DE ÁGUA (EM LITROS) _____

INGESTÃO DE CAFEÍNA (EM XÍCARAS) _____

TRAUMAS, CIRURGIAS, _____

EXAME FÍSICO

01. PALPAÇÃO MUSCULAR

MÚSCULO	INTENSIDADE (0 - 3) *		DOR REFERIDA
	D	E	
- Temporal posterior			
- Temporal médio			
- Temporal anterior			
- Masseter superior			
- Masseter médio			
- Masseter inferior			
-Esternocleidomastóideo S			
-Esternocleidomastóideo M			
-Esternocleidomastóideo I			
- Trapézio			
- Cervicais posteriores			

Marcar (0,1,2 ou 3)

* CÓDIGO PARA VERIFICAR INTENSIDADE

0- ausência de dor;

1- sensibilidade dolorosa relatada pelo paciente (dor leve);

Para os itens acima: Marcar as medidas em milímetros //

02. AVALIAÇÃO ARTICULAR E DE MOVIMENTAÇÃO MANDIBULAR

PRESENÇA DE DESVIO? S () N () LADO? D () E ()

PRESENÇA DE DEFLEXÃO? S () N () LADO? D () E ()

TESTE DE CARGA

Teste funcional muscular

MUSCULAR		
Anterior	() - () +	onde:
Lado D	() - () +	onde:
Lado E	() - () +	onde:

Teste funcional articular

ARTICULAR		
Lado D	() - () +	onde:
contra lateral	alívio () sim () não	
Lado E	() - () +	onde:

ABERTURA AUSÊNCIA DE DOR	ABERTURA MÁX. COM DOR	LATERALIDADE		PROTRUSÃO	PALPAÇÃO CONDILAR		PALPAÇÃO PÓS CONDILAR		PALPAÇÃO SUPRA CONDILAR	
		D	E		D	E	D	E	D	E

AUSCULTAÇÃO ARTICULAR

PRESENÇA DE ESTALIDO? S () N () LADO? D () E ()

PRESENÇA DE CREPITAÇÃO? S () N () LADO? D () E ()

ANÁLISE OCLUSAL (CONTATOS)

LATERALIDADE DIREITA: _____
INTERFERÊNCIAS? : _____

LATERALIDADE ESQUERDA: _____
INTERFERÊNCIAS? : _____

PROTRUSÃO: _____
INTERFERÊNCIAS? : _____

OBSERVAÇÕES RELEVANTES (trauma oclusal, contato prematuro, contato deflexivo, mobilidade dental...)

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (Topográfica, Sindrômica, Etiológica):

RDC: () Dor miofascial

() Dor miofascial com limitação de abertura

() Deslocamento de disco com redução

() Deslocamento de disco sem redução

() Artralgia

() Osteoartrite/osteoartrose

() Sem classificação

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

CONDUTAS TERAPÊUTICAS

() Comportamental:

() Fisioterapia:

() Termoterapia:

() Crioterapia:

() Farmacoterapia: _____

() Disp. Interoclusal: _____

() Outros: _____

Estou ciente do plano de tratamento proposto e me comprometo a cumprir com
minhas obrigações para sua realização integral.

Campo Grande, ____/____/____

Assinatura do Paciente

Assinatura Prof. ou Precep.