



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LARYSSA VIEIRA DO NASCIMENTO**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E SUA ASSOCIAÇÃO COM A DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2014**

**LARYSSA VIEIRA DO NASCIMENTO**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E SUA ASSOCIAÇÃO COM A DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia, pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I – Campina Grande - PB.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Alcione Barbosa Lira de Farias

Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lúcia Helena Marques de Almeida Lima

CAMPINA GRANDE – PB  
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

N244a Nascimento, Laryssa Vieira do.

Aspectos psicossociais e sua associação com a disfunção temporomandibular em estudantes universitários [manuscrito] / Laryssa Vieira do Nascimento. - 2014.

42 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Alcione Barbosa Lira de Farias, Departamento de Odontologia".

"Co-Orientação: Profa. Dra. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima, Departamento de Odontologia".

1. Disfunção da Articulação Temporomandibular. 2. Estresse Psicológico. 3. Universitários. I. Título.

21. ed. CDD 617.6

**LARYSSA VIEIRA DO NASCIMENTO**

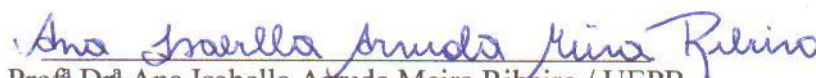
**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E SUA ASSOCIAÇÃO COM A DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito para obtenção do título de  
Bacharel em Odontologia, pelo curso de  
Odontologia da Universidade Estadual da  
Paraíba, Campus I – Campina Grande - PB.

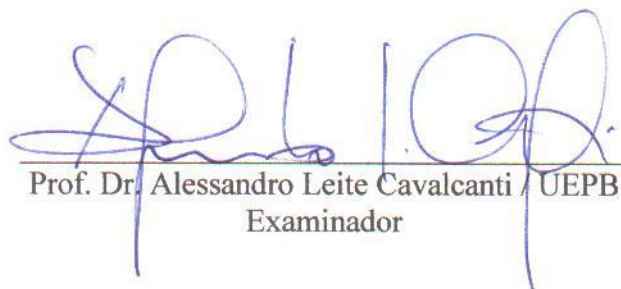
Aprovada em 11 / 07/2014.



Prof<sup>ª</sup>. Ma. Alcione Barbosa Lira de Farias / UEPB  
Orientadora



Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro / UEPB  
Examinadora



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti / UEPB  
Examinador

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Renata Cardoso Rocha Madruga  
Suplente

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Tania e Alvaro, por todo amor, apoio, dedicação e incentivo em todos os dias da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus. Aquele que é o dono da minha vida, me guia e abençoa todos os dias, e me dá forças sempre para seguir adiante nas minhas conquistas. Ele sempre me mostra os melhores caminhos e me proporciona meus melhores momentos. É somente ao Meu Pai do Céu que eu devo e agradeço tudo o que tenho e sou.

Agradeço a toda minha família, em especial aos meus pais Alvaro e Tania, que foram minha base e minha força para chegar até aqui. Obrigada por suas orações, renúncias, pelas palavras de incentivo e por sempre acreditarem em mim.

Gostaria de agradecer em especial a minha amada irmã, Lays, minha melhor amiga, minha confidente, conselheira, com quem divido não só o quarto, mas muitos dos bons momentos de minha vida. Ela é a pessoa que nunca me abandona, me defende e vibra com a minha felicidade, nunca me deixa ficar triste e me incentiva em tudo e a todo momento. Muito mais do que Irmã, ela é algo especial que Deus colocou na minha vida, é meu exemplo de fé.

Ao meu irmão, Alvaro Filho (Alvinho), que no seu jeito diferente de ser é meu amigo fiel e é a quem dedico muito amor. Obrigada, porque entre tantas brigas, nos momentos em que precisei esteve sempre ao meu lado.

Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro de todas as horas, Júlio César, pelo carinho, compreensão, amor e solidariedade inefável. Por me ensinar a paginar o meu trabalho, por esperar minhas ligações tarde da noite, porque eu estava ocupada com a pesquisa e por sempre me apoiar em todas as minhas decisões.

A minha turma, em especial a Murilo, Carolina, Gyslanne, Mikaele e Bruna por toda amizade e dedicação. Obrigada por enfrentarem esses 4 anos comigo, por sempre estarem ao meu lado e me encorajarem a seguir em frente. Eu não teria conseguido sem vocês.

Aos meus professores que me ajudaram a obter todos os conhecimentos necessários. De forma especial, gostaria de agradecer às professoras Alcione e Ana Isabella pelas orientações acadêmicas, pelas conversas, pelos conselhos, pelas oportunidades de trabalho, pelo crescimento intelectual, profissional e pessoal, pela confiança e pelo carinho. Agradeço, pois apesar do tempo tão corrido, foram vocês que me ajudaram e atenderam sempre que precisei. Obrigada por todos os sorrisos e palavras sinceras.

A minha tia Telma Lúcia, peça fundamental para a conclusão deste curso.

A PRPG e secretarias dos cursos pela disponibilidade e atenção.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os alunos que aceitaram participar desta pesquisa.

Decerto vosso Pai celestial bem sabe que necessitais de todas estas coisas; Mas, buscai primeiro o reino de Deus, e a sua justiça, e todas estas coisas vos serão acrescentadas. Não vos inquieteis, pois, pelo dia de amanhã, porque o dia de amanhã cuidará de si mesmo. Basta a cada dia o seu mal. **Mateus 6:32-34.**

## RESUMO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) abrange as alterações que acometem a articulação e/ou músculos na área orofacial. Geralmente, apresenta como sintomas a dor, sons na articulação, função irregular ou limitada da mandíbula, e possui etiologia multifatorial. Seus fatores etiológicos podem ser agrupados em três grandes grupos: anatômicos, neuromusculares e psicológicos. As causas de origem psicossomáticas, na qual os sintomas físicos podem ter origem psíquica, emocional ou mental devem ser consideradas. Fatores emocionais, como a ansiedade e o estresse, podem desencadear hábitos parafuncionais e tensão muscular, levando ao aparecimento dos sinais e sintomas das DTMs. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi verificar a associação dos fatores psicossociais com a ocorrência da Disfunção Temporomandibular. A pesquisa foi realizada com 477 estudantes, selecionados aleatoriamente, acima de 18 anos, regularmente matriculados nos 7 cursos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I, através de um questionário contendo dados de identificação e sócio-econômico-demográficos. A avaliação da DTM, da classe social e do estresse foi realizada por meio do Índice Anamnésico de Fonseca – DMF, Critério de Classificação Econômica do Brasil e Escala de Reajuste Social, respectivamente. Os dados categóricos foram analisados através da estatística descritiva de frequências absolutas e percentuais, média e Desvio Padrão (DP). As análises bivariadas foram feitas por meio do teste *Qui-quadrado de Pearson* ( $\chi^2$ ). Verificou-se que 74 % dos alunos entrevistados apresentavam algum grau de DTM, sendo 68,8% DTM leve, 24,6% moderada e 6,5% severa. A DTM foi mais frequente no sexo feminino (79,3%), com o sintoma de tensão emocional. A classe social, o estado civil e a faixa etária não mostraram nenhuma relação com a DTM. Entretanto o estresse foi o fator mais relacionado com a doença. Os acadêmicos de Fisioterapia apresentaram maior prevalência de DTM. Assim, concluiu-se que há relação entre estresse e DTM, entretanto não houve essa relação entre DTM e classe social.

**Palavras Chave:** Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Classe Social. Estresse Psicológico.



## ABSTRACT

Temporomandibular Disorder (TMD) includes changes that affect the joint and / or muscle pain in the orofacial area. Usually presents symptoms like pain, sounds in the joint, irregular or limited jaw function, and has a multifactorial etiology. Etiological factors can be grouped into three major groups: anatomical, neuromuscular and psychological. The causes of psychosomatic origin, in which the physical symptoms can be psye, emotional, or psye origin must be considered. Emotional factors such as anxiety and stress, can trigger parafunctional habits and muscle tension, leading to the appearance of signs and symptoms of TMD. Therefore, the aim of this research was to investigate the association between psychosocial factors and the occurrence of Temporomandibular Disorders. The survey was conducted with 477 students, randomly selected, age 18, enrolled in 7 courses at the Center for Biological Sciences and the State University of Paraíba, Campus Health I, through a questionnaire containing identification data and socio-economic-demographic. The evaluation of the TMD, social class, and the stress was performed using the Anamnestic Fonseca Indise - DMF, Economic Classification Criterion of Brazil and Social Adjustment Scale, respectively. Categorical data were analyzed using descriptive statistics of absolute and percentage, mean and standard deviation (SD) frequencies. Bivariate analyzes were performed using *chi-square test* ( $\chi^2$ ) test. It was found that 74% of the students had some degree of TMD, 68.8% mild, 24.6% moderate and 6.5% severe. The TMD was more frequent in females (79.3%), with the symptom of emotional tension. Social class, marital status and age showed no relationship with the TMD. However, the stress was more related to disease progression. Physiotherapy academics had higher prevalence of TMD. Thus, it was concluded that there is a relationship between stress and DTM, however there was no such relationship between TMD and social class.

**Keywords:** Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Social Class. Stress, Psychological.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição da amostra segundo dados sociodemográficos.....	24
<b>Tabela 2</b>	Frequência da presença de DTM e do grau de DTM em estudantes...	25
<b>Tabela 3</b>	Distribuição dos universitários segundo os sintomas da DTM.....	25
<b>Tabela 4</b>	Descrição dos níveis de estresse dos estudantes.....	26
<b>Tabela 5</b>	Associação entre as variáveis demográficas e crise de estresse e presença de DTM.....	26
<b>Tabela 6</b>	Distribuição dos estudantes segundo o curso de graduação e ocorrência de crise.....	27

## LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ATM	Articulação Temporomandibular
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CCEB	Critério de Classificação Econômica do Brasil
DMF	Índice Anamnésico de Fonseca
DP	Desvio Padrão
DTM	Disfunção Temporomandibular
Nº	Número
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	19
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	19
4.3 UNIVERSO E AMOSTRA.....	19
<b>4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>20</b>
4.3.1.1 Critérios de Inclusão.....	20
4.3.1.2 Critérios de Exclusão.....	20
4.4 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES.....	20
<b>4.4.1 Variáveis Dependentes.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.2 Variáveis Independentes.....</b>	<b>21</b>
4.5 COLETA DE DADOS.....	21
<b>4.5.1 Instrumentos de Pesquisa.....</b>	<b>21</b>
4.5.1.1 Classificação Social.....	21
4.5.1.2 Escala de Reajuste social.....	22
4.5.1.3 Índice Anamnésico de Fonseca - DMF.....	22
4.6 ASPCTOS ÉTICOS.....	23
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.</b>	
<b>APÊNDICE B – Questionário de Pesquisa.</b>	
<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A Articulação Temporomandibular (ATM) é a única articulação móvel do crânio, sendo considerada a mais complexa do corpo humano, pois permite movimentos rotacionais e translacionais, devido à presença dupla dos côndilos, e duas articulações conectadas a um único osso, a mandíbula, as quais funcionam simultaneamente (MAYDANA, 2007).

A ATM está diretamente relacionada às funções fisiológicas gerais e o funcionamento inadequado desta articulação provoca a Disfunção Temporomandibular (DTM), termo coletivo que abrange um largo espectro de problemas clínicos da articulação e/ou dos músculos na área orofacial. Esta disfunção é caracterizada principalmente por dor, sons na articulação, e função irregular ou limitada da mandíbula (CARLSSON, MAGNUSSON, GUIMARÃES, 2006).

Segundo Buarque e Silva (2011), os sinais mais prevalentes em pacientes com essa patologia são a ausência de guia canino e a dimensão vertical de oclusão reduzida. Dentre os sintomas, podem-se citar ruídos e dores articulares, sensação de surdez e percepção de zumbido, além de limitação de movimentos mandibulares.

Oliveira et al (2003) revelaram que os portadores de DTM podem apresentar falta de apetite, má qualidade do sono, dor de cabeça, dificuldade de mastigação, de abrir e fechar a boca, cortar alimentos, além da diminuição do rendimento nas atividades profissionais e escolares, o que repercute negativamente na qualidade de vida desses indivíduos.

Os fatores etiológicos das DTMs são atribuídos a diversas causas dentre elas condições locais, emocionais ou sistêmicas (MARCHIORI et al., 2007). Razão pela qual a multifatorialidade da etiologia da DTM tem sido a razão dos estudos tentarem identificar o fator que pode ser mais atuante em determinado momento (ALFAYA et al, 2013).

Segundo Pimentel et al (2008), algumas análises demográficas, como local de moradia, são importantes para explicação e entendimento da dor apresentada por pacientes com DTM. Pois, além de determinarem sua morbidade, são indispensáveis para a instituição de um plano de tratamento que permita uma boa adesão por parte do paciente.

Além das condições locais, os hábitos deletérios são considerados fator causal da DTM, pois há vários hábitos deletérios, provenientes do estresse emocional, que prejudicam a estabilidade neuromuscular do aparelho estomatognático, como sucção digital, de língua ou lábios, mascar gomas, bruxismo, e onicofagia (PEREIRA et al, 2005).

O estresse emocional pode gerar hiperatividade muscular, caracterizando o chamado bruxismo ou apertamento dental. O efeito dessa hiperatividade, desenvolvida a partir desse

estado emocional exacerbado, afetará a ATM. Quando um componente emocional está associado a um fator físico, como a alteração oclusal e a liberação das tensões pelo aparelho estomatognático, produz sintomas de dor e disfunção. Os eventos sociais são considerados fontes potenciais de estresse, pois, ao envolverem mudanças, torna necessária uma adaptação ativa que, por conseguinte, envolve desde alterações nos processos fisiológicos até a elaboração e adequação de comportamentos expressos (MARTINS et al, 2007).

Tem sido comprovado pela literatura que as dores crônicas não estão relacionadas apenas aos aspectos biológicos, mas também com os psicossociais. Vale salientar que, após a instalação do quadro doloroso, verifica-se uma influência direta dessa dor sobre as atividades funcionais e relações sociais na vida dos pacientes (WAHLUND, LIST, OHRBACK, 2005).

Logo, o clínico também deve estar ciente do fato de que toda dor pode ser acompanhada por reações psicológicas. Todavia, a maioria dos pacientes com DTM, dor e sintomas de disfunção não necessita de psicoterapia. Normalmente, é suficiente fornecer ao paciente uma explicação tranquilizadora sobre a natureza da condição e aconselhá-lo em relação ao seu controle (CARLSSON, MAGNUSSON, GUIMARÃES, 2006).

É importante ressaltar que no ambiente acadêmico a resolução de problemas se faz imperiosa. Além disso, sabe-se que os estudantes universitários passam por momentos de mudança, desenvolvimento, frustração, crescimento, temores e angústias. Assim, o ambiente que deveria contribuir só na edificação do conhecimento e ser a base para as suas experiências de formação profissional se torna, por vezes, o desencadeador de distúrbios patológicos, quando ocorre uma exacerbação da problemática do estresse acadêmico nos estudantes (MONTEIRO, FREITAS, RIBEIRO, 2007).

O amplo conceito do modelo biopsicossocial oferece um meio promissor para o entendimento da etiologia complexa de muitos problemas de DTM. Portanto, é importante ressaltar que os aspectos dor e capacidade funcional interferem no estado geral de saúde, e observa-se que os pacientes com DTM sofrem impacto negativo na qualidade de vida pelo prejuízo dos aspectos físicos e mentais (KUROIWA et al, 2011).

Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi verificar a associação dos fatores psicossociais com a ocorrência da Disfunção Temporomandibular em estudantes universitários.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar a associação dos fatores psicossociais com a ocorrência da Disfunção Temporomandibular em estudantes universitários.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar a prevalência e o grau de severidade das DTMs;
- Analisar a sua distribuição segundo sexo, faixa etária, estado civil;
- Analisar os sintomas mais frequentes de DTM;
- Observar a prevalência DTM e a crise de estresse por curso;
- Verificar a associação entre estresse e DTM;
- Avaliar a relação entre nível socioeconômico e DTM.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A Articulação Temporomandibular é representada pela conexão entre a fossa mandibular do osso temporal e a cabeça (ou côndilo) da mandíbula. A superfície articular do osso temporal apresenta uma concavidade, a fossa mandibular, e uma convexidade anterior, a eminência ou tubérculo articular. A superfície articular da mandíbula compreende o côndilo mandibular, sendo o mesmo convexo. O disco articular interpõe-se entre essas superfícies articulares para amenizar as discrepâncias ósseas e proporcionar uma face articular amplamente passiva e móvel, que acomoda o movimento de translação feito pelo côndilo mandibular. As ATMs garantem, até certo ponto, a manutenção da dinâmica mandibular com movimentos regulares, sem degraus e dentro dos limites fisiológicos. Portanto, um sólido conhecimento da biomecânica da ATM é essencial e básico para o estudo da função e da disfunção do sistema estomatognático (GOMES; BRANDÃO, 2005).

Além disso, a ATM é uma articulação bilateral, sinovial e formada pelos ossos maxilar e mandibular, dentes, nervos, vasos e músculos capazes de realizar movimentos complexos e atuar em funções vitais do organismo, como a respiração, a deglutição, a mastigação, a fonação e a postura (PEREIRA et al., 2005).

A dor originária de estruturas de qualquer articulação é chamada de artralgia. As estruturas sensíveis à dor na ATM são os ligamentos do disco, a zona bilaminar e a cápsula articular. Em uma articulação saudável, as superfícies articulares não desencadeiam dor porque elas não são inervadas. No entanto, podem ocorrer mudanças degenerativas nas superfícies articulares como resultado de trauma ou inflamação, podendo resultar na exposição de estrutura óssea desgastada originando dor. A dor aguda na ATM pode também induzir a uma resposta protetora dos músculos da mastigação, conhecida como espasmo muscular, que limita o movimento da articulação. Se a dor na ATM persiste e se torna contínua, a articulação se torna uma fonte de dor profunda, a qual pode resultar em dor localizada e/ou desencadear espasmo nos músculos adjacentes (PERTES, BAILEY, 2005).

Quando ocorre algum tipo de desordem na articulação temporomandibular, surge a Disfunção Temporomandibular (DTM) que são problemas clínicos que envolvem a musculatura mastigatória, a ATM e as estruturas associadas, ou ambas. A DTM também é considerada um subgrupo das desordens musculoesqueléticas e reumatológicas, e representa uma causa importante de dor não dental na região orofacial (CARLSSON, MAGNUSSON, GUIMARÃES, 2006).



O aumento na incidência das dores orofaciais crônicas relacionadas às DTM e suas repercussões na qualidade de vida dos indivíduos têm merecido destaque nas investigações em saúde pública (BARBOSA et al, 2008).

A caracterização populacional dos portadores de DTM pode facilitar a investigação inicial e nortear melhor o tratamento, tanto da disfunção em si, como de outros diagnósticos que possam contribuir para o quadro de dor e alteração funcional. O diagnóstico diferencial pode ser difícil inicialmente. O paciente costuma procurar outros especialistas antes de chegar ao atendimento do cirurgião maxilofacial, como otorrinolaringologistas e neurologistas. Assim, é preciso diferenciar a dor proveniente da ATM de neuralgias, processos inflamatórios e cefaléias. A dor característica é pré-auricular, com irradiação temporal, frontal ou occipital (GROSSMANN; COLLARES 2006).

Segundo Paiva e Paiva (2008), a etiologia da DTM, durante muito tempo, foi sustentada por duas grandes correntes: Teoria Dento-Muscular, onde todos os problemas disfuncionais do sistema mastigatório teriam origem a partir de alterações na oclusão, principalmente pelos contatos prematuros e interferências oclusais; e Teoria Psicofisiológica, que considera a disfunção como uma doença psicogênica, gerada principalmente pelo estresse emocional. A Teoria Multifatorial tem sido a mais aceita, onde fatores oclusais, associados às respostas nos músculos e articulações temporomandibulares e às condições gerais e emocionais do paciente, podem iniciar, manter ou agravar o quadro (PEDRONI; OLIVEIRA; GURATINI, 2003).

Sendo assim, fatores como: ansiedade, estresse, problemas oclusais, e posturais que, somatizados aos hábitos parafuncionais, podem levar a exacerbação dos sinais e sintomas com limitação do indivíduo em suas atividades sociais e fisiológicas. A qualidade de vida pode ser afetada diretamente por causa desses fatores (TROELTZSCH et al., 2011).

Independentemente do tipo de avaliação clínica ou questionário aplicado nos diversos trabalhos da literatura pode-se evidenciar vários sinais e sintomas clínicos presentes na DTM, tais como: cefaléia, mialgias, sensibilidade à palpação dos músculos mastigatórios e das articulações temporomandibulares, zumbido, ruídos articulares durante os movimentos condilares e movimentos mandibulares limitados ou assimétricos. Esta variedade de sintomatologia clínica demonstra que essa patologia abrange importantes elementos funcionais, anatômicos e psicossociais (BIASOTTO-GONZALEZ et al, 2008; DONNARUMMA et al, 2010).

O modelo biopsicossocial da doença foi desenvolvido para se entender melhor o caráter das desordens de dor crônica. Este modelo reconhece que não é possível separar a

mente do corpo quando se analisa a dor. Portanto, o uso desse modelo foi proposto para os problemas de DTM como um meio de considerar ambos os impulsos, somato-sensoriais e psicossociais (CARLSSON, MAGNUSSON, GUIMARÃES, 2006).

Os fatores que agredem o indivíduo, como a agitação, o estresse e os distúrbios político-sociais, entre outros; geram não apenas hipertensão, cardiopatias e outras doenças físicas, mas também incontáveis distúrbios mentais que eclodem como sintomas físicos. Quando uma patologia tem como causa primária um trauma ou distúrbio orgânico, em seguida a mente se mobiliza, ativando os mecanismos de defesa do ego que irão se manifestar por meio dos estados de ansiedade, depressão e agitação motora. Ao contrário, quando a patologia se inicia por uma perturbação emocional, o organismo responde quase que simultaneamente, mobilizando sistemas como o nervoso, o endócrino e o vascular (TOMASI, 1989).

Os fatores psicológicos envolvidos nas situações de DTM podem ser divididos em: comportamentais como o bruxismo; emocionais como o estresse, a ansiedade, a depressão; e cognitivos, onde se enquadram aspectos relacionados à memória. Transtornos de ansiedade representam um importante desafio na sociedade moderna, particularmente nas áreas da atenção ao ser humano, razão pela qual existe uma busca crescente do conhecimento quanto aos fatores que podem desencadear o estresse e as suas implicações (CESTARI; CAMPARIS, 2002).

A relação entre estresse, ansiedade, tensão e disfunções músculo esqueléticas tem sido observada (GARCIA et al., 2009); porém, o mecanismo que une esses fatores ainda não foi descrito (MARCHIORI et al., 2007). Estudo mostra que indivíduos cuja qualidade de sono não é boa, eles tendem a desenvolver DTM (MARTINS et al., 2008b). É possível que a piora na qualidade de sono, em decorrência de alterações emocionais, afete o nível de tolerância fisiológica e o indivíduo desenvolve hiperatividade muscular por meio do apertamento dental. O aumento da sobrecarga articular oriunda do apertamento, dependendo da tolerância estrutural do líquido sinovial, pode ocasionar adesões do disco ao côndilo ou osso temporal causando danos às estruturas articulares (OKESON, 2000).

Os eventos sociais são considerados fontes potenciais de estresse, pois, ao envolverem mudanças, torna necessária uma adaptação ativa que, por conseguinte, envolve desde alterações nos processos fisiológicos até a elaboração e adequação de comportamentos expressos. O trabalho de adaptação a estas mudanças, além de trazer implicações fisiológicas, obriga o indivíduo a avaliar cada situação, visando à aquisição de conhecimentos para lidar com elas (MARTINS et al., 2007). Segundo o mesmo autor, eventos de menor importância;

como, por exemplo, mudanças nas atividades religiosas, provocam um efeito menor no indivíduo, quando comparados àqueles de maior importância; como, por exemplo, a morte do cônjuge. O estado psicológico do paciente influencia a resposta ao evento, e a doença irá se manifestar com maior intensidade nos indivíduos com uma personalidade instável.

Para avaliar essas alterações, Holmes e Rahe (1967) estudaram uma série de eventos denominados unidades de eventos de vida, que por meio de constatações empíricas, os autores demonstraram a existência de um consenso geral sobre o grau com que determinados eventos da vida envolvem mudanças e requerem reajuste por parte do indivíduo. Os autores desenvolveram a Escala de Reajustamento Social, que permite mensurar o risco ou a suscetibilidade de um indivíduo para sofrer alteração na saúde.

Por isso, o profissional deve observar os estilos interpessoais do comportamento comum, e não apenas realizar avaliação clínica, buscando identificar as causas físicas dos seus sinais e sintomas. Ressalta-se também a importância de uma minuciosa anamnese, além de exame clínico detalhado, pois, fatores decorrentes da rotina dos pacientes assim como de hábitos parafuncionais e alterações emocionais, podem estar associados à doença (ALFAYA et al, 2013).

Apesar de serem conhecidos os problemas causados pelas questões emocionais na vida das pessoas que sofrem com dor orofacial, nota-se que a maioria não adere ao tratamento proposto, principalmente o tratamento psicológico. Essa resistência em aceitar a presença de conteúdos emocionais na origem das doenças é compartilhada também por alguns profissionais da área clínica, que priorizam o tratamento físico para tentar aliviar o sofrimento. Atitudes como esta podem explicar casos de insucesso no tratamento da doença (ZAVANELLI et al, 2013).

Muitos profissionais da saúde não levam em consideração os fatores emocionais relacionados ao problema da dor, mesmo não encontrando fatores biológicos que expliquem tal problema (GAMEIRO et al, 2006).

O estresse é inevitável face às constantes adaptações que se impõem necessárias às pessoas, pois está presente em situações que exigem capacidade de adaptação da mente e do corpo. O período acadêmico não se constitui exceção, exigindo que o estudante universitário vivencie uma série de mudanças, podendo precipitar o aparecimento de estresse, bem como alterações no desempenho. Pois, além dos acontecimentos cotidianos, na Universidade, o estudante assumirá atividades de alto desempenho, exigindo dele concentração de esforços, assim como a rotina de estudos constante e crescente pode se tornar um fator potencialmente

estressor, porque a vida acadêmica representa um aumento de responsabilidade, ansiedade e competitividade (MONDARDO; PEDON, 2005).

Vale salientar que ao ingressar na vida acadêmica, o estudante passa por diversas situações de crises, vivenciando diversos sentimentos. Entre esses, destacam-se a formação de um novo ciclo de amigos, adaptação a novos horários, problemas financeiros, preocupações com seu futuro mercado de trabalho, afastamento de seu ambiente familiar, as cobranças, o encontro com a dor, o sofrimento, a doença e a morte de pessoas. Todos esses fatores favorecem o desequilíbrio emocional e podem ser entendidos como estressores, desencadeando o estresse e fazendo com que o sujeito não consiga se adaptar a novas situações (MONTEIRO, FREITAS, RIBEIRO, 2007).

Os estudantes da área de saúde constituem um dos grupos de maior vulnerabilidade aos efeitos do estresse, em função de algumas peculiaridades da atividade ocupacional, como ambiente de trabalho emocionalmente tenso e frequentes e longas jornadas de atividades que contribuem, de forma significativa, para isso (PORCU; FRITZEN; HELBER, 2001).

Evidências também mostram, de maneira constante, que nas classes econômicas mais baixas ocorre maior mortalidade, morbidade e índices de incapacidade. As explicações mais frequentes para esta relação incluem moradias pobres (favelas), desemprego, má alimentação, trabalhos insalubres, baixo nível educacional e salarial. Além da falta de acesso a bens materiais, os fatores psicossociais apresentam associações fortes com a saúde, pois diferentes valores determinam comportamentos cotidianos e a prevalência de fatores de risco para algumas doenças; tais como: dieta, exercício, sono e tabagismo (MARTINS et al, 2008b).

O estrato social é um fator influenciador à prevalência de vários problemas relacionados à saúde (MARTINS et al, 2008b). Os rendimentos, nível educacional, ocupação profissional e desigualdades sociais são elementos que podem facilitar esta prevalência, ou ainda, dificultar o acesso aos serviços de saúde, à informação e exames necessários, os quais poderiam ajudar no combate destes problemas. Os indivíduos com níveis de renda mais elevados têm maior acesso a informações sobre saúde, podendo optar por tratamento preventivo e, nesse caso, apresentarem estados de saúde melhores.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa de campo, através de um estudo transversal, por meio de procedimentos comparativos, estatísticos, descritivos e inferenciais.

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A Pesquisa foi desenvolvida nos 7 cursos (Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Ciências Biológicas) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I, no município de Campina Grande.

### 4.3 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo foi constituído por todos os estudantes (n=2.566) regularmente matriculados nos cursos do CCBS da UEPB, Campus I, em fevereiro de 2014. Após cálculo amostral, a amostra foi composta por 477 estudantes que aceitaram participar da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Quadro 1. Distribuição dos alunos segundo os cursos

<b>Curso</b>	<b>N° de Estudantes</b>	<b>Amostra</b>
Odontologia	283	52
Fisioterapia	341	62
Psicologia	292	55
Educação Física	362	68
Enfermagem	340	62
Farmácia	296	55
Ciências Biológicas	652	123
<b>TOTAL</b>	<b>2.566</b>	<b>477</b>

### 4.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

#### 4.3.1.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa os estudantes acima de 18 anos, que aceitaram participar voluntariamente da mesma, tendo lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e estavam regularmente matriculados em um dos cursos do CCBS da UEPB, Campus I.

#### 4.3.1.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa todos os indivíduos que não se encontravam nos critérios de inclusão anteriormente citados.

## 4.4 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

### 4.4.1 Variáveis Dependentes

<b>Variável Dependente</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
DTM	Disfunção Temporomandibular	Sem DTM DTM Leve DTM Moderada DTM Severa
Classe Social	De acordo com os critérios adotados pela CCEB	A1 A2 B1 B2 C1 C2 D E
Nível de Estresse	De acordo com a Escala de Reajuste Social	Sem problemas significativos Crise leve Crise Moderada Crise Severa

#### 4.4.2 Variáveis Independentes

Variável Independente	Definição	Categorização
Sexo	Distinção de seres vivos em relação à função reprodutora	Masculino Feminino
Faixa etária	Cada um dos intervalos em que se agrupam pessoas de idade aproximada	18 – 22 23 – 27 28 – 32 33 - 37
Estado Civil	Existência e condições da existência do indivíduo perante a lei civil	Solteiro Casado

#### 4.5 COLETA DE DADOS

##### 4.5.1 Instrumentos de Pesquisa

Todos os indivíduos participantes desta pesquisa responderam a um questionário contendo dados de identificação e sócio-econômico-demográficos (APÊNDICE B). Inicialmente, os objetivos da pesquisa foram explicados a cada participante, e em seguida, foi-lhe solicitada autorização, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização do preenchimento do questionário. Após o preenchimento, foi possível determinar a classificação social do participante examinado, através da utilização do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2012), o nível de estresse de acordo com a Escala de Reajustamento Social (HOLMES, RAHE, 1967), e o grau de DTM utilizando o Índice Anamnésico de Fonseca (FONSECA et al,1994).

##### 4.5.1.1 Classificação Social

Foi utilizado o Critério de Classificação Social mais atual, conhecido como Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), adotado pela Associação Brasileira de Empresas de

Pesquisa (ABEP, 2012). O critério foi aplicado pelo pesquisador de forma uniforme e precisa. Sendo assim, foram usados os seguintes critérios:

- Para quantificar os aparelhos domésticos em geral, considerou-se na pesquisa aqueles aparelhos alugados em caráter permanente, os aparelhos emprestados de outro domicílio há mais de 6 meses e os aparelhos quebrados há menos de 6 meses.

- Não foram incluídos os aparelhos emprestados para outros domicílios há mais de 6 meses, aparelhos quebrados há mais de 6 meses e aparelhos de propriedade de empregados ou pensionistas.

Cada item elencado teve um valor específico para cada quantidade.

Assim, ao final do preenchimento e da contagem dos pontos foi possível determinar a Classificação Social do indivíduo, onde de 42-46 pontos, o indivíduo foi classificado como pertencente a classe A1, de 35-41 pertencente a classe A2, de 29-34 pertencente a classe B1, de 23-28 classe B2, de 18-22 classe C1, de 14-17 classe C2, de 8-13 classe D e de 0-7 classe E.

#### 4.5.1.2 Escala de Reajuste social

Para avaliar a crise de estresse, foi utilizado um questionário com um sistema de pontos atribuindo valores a certos acontecimentos da vida do indivíduo. O total de pontos foi referente aos eventos que ocorreram nos últimos 12 meses. Portanto, os que indivíduos que somaram 150 pontos foram considerados sem problemas significativos; entre 150-199, foi considerada uma crise leve que significou 33% de possibilidade de contrair doença; de 200-299, foi considerada crise moderada com 50% de possibilidade de contrair doença; e a partir de 300 pontos, foi considerada uma crise intensa com 80% de possibilidade de se contrair doença (HOLMES, RAHE, 1967).

#### 4.5.1.3 Índice Anamnésico de Fonseca - DMF

Para ser possível a classificação do grau de severidade de DTM, aplicou-se um questionário contendo 10 questões referentes aos sinais e sintomas da disfunção. Foram atribuídos valores de zero a dez a cada questão, de maneira que o “SIM” teve escore 10; “ÀS VEZES”, 5 e o “NÃO” foi equivalente a zero. Após a somatória dos resultados obtidos, foi possível estabelecer o grau de severidade da DTM apresentada pelos participantes. Segundo padrões determinados pelo índice, resultados com escore de 0 a 15, o paciente foi considerado



sem DTM; de 20 a 40, com DTM leve; de 45 a 65, com DTM moderada; e de 70 a 100, com DTM severa ou grave (FONSECA, 1994).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12, este estudo foi devidamente registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba/ nº 24166513.4.0000.5187 (ANEXO A). Além disso, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados e analisados no SPSS (versão 21). Utilizou-se da estatística descritiva de frequências absolutas e percentuais, além de medidas de tendência central (média) e de dispersão [Desvio padrão (DP)]. Para verificar associações entre os dados, usou-se o teste *Qui-quadrado de Pearson* ( $\chi^2$ ). Foi aceito uma significância igual ou menor que 0,05, ou seja,  $\leq 0,05$ .

## 5 RESULTADOS

A maioria dos voluntários pertencia ao sexo feminino (71,9%), com faixa etária entre 18 e 22 anos (69,4%) e estado civil solteiro (91%). Verificou-se ainda, uma relativa equidade na distribuição dos participantes entre os cursos de graduação, com os estudantes de biologia estando em maior número. Quanto à classe social, pouco mais que um terço pertencia a classe econômica B2. (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo dados sociodemográficos.

		F	%
<b>Sexo</b>	Masculino	134	28,1
	Feminino	343	<b>71,9</b>
<b>Faixa etária</b>	18 a 22	331	<b>69,4</b>
	23 a 27	112	23,5
	28 a 32	32	6,7
	33 a 37	2	0,4
<b>Estado civil</b>	Solteiro	434	<b>91,0</b>
	Casado	43	9,0
<b>Curso de graduação</b>	Odontologia	52	10,9
	Fisioterapia	62	13,0
	Enfermagem	62	13,0
	Psicologia	60	12,6
	Biologia	121	<b>25,4</b>
	Farmácia	55	11,5
<b>Classe social</b>	Educação física	65	13,6
	A1	2	0,4
	A2	27	5,7
	B1	90	18,9
	B2	163	<b>34,2</b>
	C1	101	21,2
<b>Idade do estudante</b>	C2	76	15,9
	D	18	3,8
	Média (DP)	<b>21,67(3,12)</b>	

A prevalência de DTM nos seus diferentes graus de severidade ficou estabelecida com a grande maioria dos universitários apresentando essa disfunção, na seguinte ordem decrescente: grau leve, moderado e severo. (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência da presença de DTM e do grau de DTM em estudantes.

		<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Presença de DTM</b>	Sim	353	<b>74,0</b>
	Não	124	26,0
	Leve	243	<b>68,8</b>
<b>Grau da DTM</b>	Moderada	87	24,6
	Severa	23	6,5
	Sem DTM	124	26,0

Percebeu-se por meio da tabela 3 que os resultados do Índice Anamnésico - DMF identificaram como sintoma mais frequente a tensão emocional, pela autopercepção dos entrevistados como pessoas tensas, seguido por dor de cabeça frequente, e falta de um bom contato entre os dentes superiores e inferiores, durante o fechamento da boca. Os menos frequentes foram: dificuldade para realizar outros movimentos mandibulares, seguido por dificuldade para abrir a boca, e cansaço ou desconforto quando mastiga.

Tabela 3. Distribuição dos universitários segundo os sintomas da DTM.

		<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Tem dificuldade para abrir bem boca?</b>	Sim	34	<b>7,1</b>
	Não	400	83,9%
	Às vezes	43	9%
<b>Dificuldade para realizar outros movimentos com a mandíbula?</b>	Sim	30	<b>6,3</b>
	Não	408	85,5
	Às vezes	39	8,2
<b>Sente cansaço ou desconforto quando mastiga?</b>	Sim	60	<b>12,6</b>
	Não	322	67,5
	Às vezes	95	19,9
<b>Tem frequentemente dor de cabeça?</b>	Sim	162	<b>34,0</b>
	Não	202	42,3
	Às vezes	113	23,7
<b>Sente dor de ouvido ou próximo dele?</b>	Sim	69	14,5
	Não	343	71,9
	Às vezes	65	13,6
<b>Sente dor na nuca ou no pescoço</b>	Sim	136	28,5
	Não	222	46,5
	Às vezes	119	24,9
<b>Percebe se tem ruídos nas ATMs quando movimenta a mandíbula?</b>	Sim	115	24,1
	Não	295	61,8
	Às vezes	67	14,0
<b>Tem o hábito de ranger ou apertar os dentes?</b>	Sim	108	22,6
	Não	310	65,0
	Às vezes	59	12,4
<b>Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?</b>	Sim	145	<b>30,4</b>
	Não	296	62,1
	Às vezes	36	7,5
	Sim	228	<b>47,8</b>
<b>Você se considera uma pessoa tensa?</b>	Não	132	27,7
	Às vezes	117	24,5

A tabela 4 descreve o nível de estresse dos estudantes. Sendo assim, ao avaliar a presença dos diferentes níveis da doença, verificou-se que quase metade não apresentava problemas significativos e pouco mais da metade dos estudantes estavam em crise. Destes, a maioria apresentava um grau moderado, com 50% de chance de contrair doenças.

Tabela 4. Descrição dos níveis de estresse dos estudantes.

		F	%
<b>Crise de estresse</b>	Sim	265	<b>55,6</b>
	Não	212	44,4
<b>Grau da crise de estresse</b>	Leve – 33% de chance de contrair doença	89	33,6
	Moderada – 50% de contrair doença	121	<b>45,7</b>
	Intensa – 80% de chance de contrair doença	55	20,8
	Sem problemas significativos	212	44,4

A tabela 5 mostra as relações da presença de DTM com as características sócio-demográficas. A partir disso, o estudo demonstrou que houve mais mulheres com DTM que homens ( $p < 0,01$ ). A faixa etária com maior prevalência da doença foi entre 23 a 27 anos e a menor foram os que estão entre 33 a 37 anos. No que se refere ao estado civil, não se verificou associação significativa; solteiros e casados tiveram uma frequência parecida. Já para os cursos de graduação, os estudantes de fisioterapia foram os que apresentaram maior frequência, com mais da metade apresentando DTM, e os de educação física a menor frequência. Outra associação significativa foi com a crise de estresse, onde dos estudantes que estavam em crise, a maioria apresentava DTM (77,7%), quando comparados com aqueles que não estavam em crise (69,9%). A análise bivariada não revelou associação nem entre a presença de DTM e a classe social nem entre a presença de DTM e o Grau da crise de estresse.

Tabela 5. Associação entre as variáveis demográficas e crise de estresse e presença de DTM.

		Presença de DTM		P
		Sim	Não	
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	81 <sub>a</sub> (60,4%)	53 <sub>b</sub> (39,6%)	<b>&lt; 0,01</b>
	<b>Feminino</b>	272 <sub>a</sub> ( <b>79,3%</b> )	71 <sub>b</sub> (20,7%)	
<b>Faixa etária</b>	<b>18 a 22</b>	245 (74,0%)	86 (26,0%)	*
	<b>23 a 27</b>	90 ( <b>80,4%</b> )	22 (19,6%)	
	<b>28 a 32</b>	17 (53,1%)	15 (46,9%)	
	<b>33 a 37</b>	1 (50,0%)	1 (50,0%)	
<b>Estado civil</b>	<b>Solteiro</b>	325 <sub>a</sub> (74,9%)	109 <sub>a</sub> (25,1%)	0,16
	<b>Casado</b>	28 <sub>a</sub> (65,1%)	15 <sub>a</sub> (34,9%)	

<b>Curso de graduação</b>	<b>Odontologia</b>	41 <sub>a</sub> (78,8%)	11 <sub>a</sub> (21,2%)	<b>&lt; 0,01</b>
	<b>Fisioterapia</b>	54 <sub>a</sub> ( <b>87,1%</b> )	8 <sub>b</sub> (12,9%)	
	<b>Enfermagem</b>	49 <sub>a</sub> (79,0%)	13 <sub>a</sub> (21,0%)	
	<b>Psicologia</b>	45 <sub>a</sub> (75,0%)	15 <sub>a</sub> (25,0%)	
	<b>Biologia</b>	88 <sub>a</sub> (72,7%)	33 <sub>a</sub> (27,3%)	
	<b>Farmácia</b>	41 <sub>a</sub> (74,5%)	14 <sub>a</sub> (25,5%)	
	<b>Educação física</b>	35 <sub>a</sub> (53,8%)	30 <sub>b</sub> (46,2%)	
<b>Classe social</b>	<b>A1</b>	2 <sub>a</sub> (100,0%)	0 <sub>a</sub> (0,0%)	<b>0,35</b>
	<b>A2</b>	18 <sub>a</sub> (66,7%)	9 <sub>a</sub> (33,3%)	
	<b>B1</b>	64 <sub>a</sub> (71,1%)	26 <sub>a</sub> (28,9%)	
	<b>B2</b>	121 <sub>a</sub> (74,2%)	42 <sub>a</sub> (25,8%)	
	<b>C1</b>	71 <sub>a</sub> (70,3%)	30 <sub>a</sub> (29,7%)	
	<b>C2</b>	64 <sub>a</sub> (84,2%)	12 <sub>b</sub> (15,8%)	
<b>Crise de estresse</b>	<b>D</b>	13 <sub>a</sub> (72,2%)	5 <sub>a</sub> (27,8%)	<b>0,04</b>
	<b>Sim</b>	206 <sub>a</sub> ( <b>77,7%</b> )	59 <sub>b</sub> (22,3%)	
<b>Grau da crise de estresse</b>	<b>Não</b>	147 <sub>a</sub> (69,3%)	65 <sub>b</sub> (30,7%)	<b>0,48</b>
	<b>Leve</b>	67 <sub>a</sub> (75,3%)	22 <sub>a</sub> (24,7%)	
	<b>Moderada</b>	93 <sub>a</sub> (76,9%)	28 <sub>a</sub> (23,1%)	
	<b>Intensa</b>	46 <sub>a</sub> (83,6%)	9 <sub>a</sub> (16,4%)	

a-b diferenças significantes por meio do *teste de bonferroni*.

\* Não é possível usar teste qui-quadrado pois apresenta células com n menor que 5.

Por fim, a tabela 6 mostra o cruzamento entre crise de estresse e curso de graduação. Não foi encontrado resultado significativo ( $p = 0,61$ ), mas verifica-se que o curso de biologia possui maior frequência de estudantes com crise de estresse.

Tabela 6. Distribuição dos estudantes segundo o curso de graduação e ocorrência de crise.

	<b>Crise de estresse</b>		<b>P</b>
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	
<b>Odontologia</b>	24 <sub>a</sub> (9,1%)	28 <sub>a</sub> (13,2%)	<b>0,61</b>
<b>Fisioterapia</b>	36 <sub>a</sub> (13,6%)	26 <sub>a</sub> (12,3%)	
<b>Enfermagem</b>	34 <sub>a</sub> (12,8%)	28 <sub>a</sub> (13,2%)	
<b>Psicologia</b>	35 <sub>a</sub> (13,2%)	25 <sub>a</sub> (11,8%)	
<b>Biologia</b>	63 <sub>a</sub> ( <b>23,8%</b> )	58 <sub>a</sub> (27,4%)	
<b>Farmácia</b>	32 <sub>a</sub> (12,1%)	23 <sub>a</sub> (10,8%)	
<b>Educação física</b>	41 <sub>a</sub> (15,5%)	24 <sub>a</sub> (11,3%)	

## 6 DISCUSSÃO

As Disfunções Temporomandibulares são frequentes nos diferentes segmentos da população e têm um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos (SCHMID-SCHWAP et al, 2013).

Na presente pesquisa, a alta prevalência de DTM (74%) na população avaliada foi observada, estando de acordo com outros estudos (ABOU-ATME et al, 2006; FETEIH, 2006; BEZERRA et al, 2012). Porém, em outro trabalho analisado, os autores registraram uma prevalência inferior de DTM em estudantes da graduação (53,21%) (TJAKKES et al, 2010). Vale salientar que dos 74% dos estudantes com DTM desta pesquisa, a maioria tinha grau leve, seguida pelos graus moderado e severo, mostrando que houve concordância, em relação ao grau de DTM, com outros estudos (CAVALCANTI et al, 2011; VERRI et al, 2008).

Avaliando-se o gênero, pôde-se verificar uma maior severidade de DTM entre nas mulheres, corroborando com estudos encontrados na literatura (MINGHELLI, KISELOVA, PEREIRA, 2011; FERREIRA et al, 2012). A maior prevalência de DTM neste gênero pode estar relacionada às diferenças fisiológicas, tais como: variações hormonais, estrutura muscular e limiar dor mais baixo (VEDOLIN et al, 2009). Além disso, a maior flacidez dos tecidos conjuntivo e muscular, relacionada com os níveis de estrogênio, explica porque estes tecidos apresentam uma menor capacidade de suportar pressão funcional levando à DTM. Mas, diferente dos estudos citados anteriormente, o estudo de Tosato, Caria (2006) não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros masculino e feminino ( $p > 0,05$ ).

No presente estudo, a faixa etária com maior prevalência de DTM foi entre 23 e 27 anos, estando de acordo com os resultados obtidos por Tosato; Caria (2006) que realizaram um trabalho com o intuito de verificar a prevalência de DTM em crianças entre três e sete anos de idade e universitários entre 17 e 38 anos; e perceberam que a presença dos sintomas de DTM tornou-se mais frequente entre os universitários. Outro estudo relatou diferenças na ocorrência de DTM conforme as faixas etárias, afirmando não haver explicação satisfatória na literatura para este fato (PEREIRA JÚNIOR et al, 2004). Essas diferenças foram confirmadas quando se observou que para Pimentel et al (2008) a faixa etária mais acometida foi entre 30 e 59 anos; e para Bezerra et al (2012) foi entre 18 e 22 anos.

Em relação ao estado civil, os dados obtidos neste estudo revelaram que a maior prevalência dos indivíduos com DTM era solteiro, corroborando com os achados de Pimentel et al (2008).

Quando questionados sobre se considerarem uma pessoa tensa, a maioria dos estudantes com DTM respondeu positivamente. O aspecto emocional descrito por esses indivíduos está em concordância com a literatura (DINIZ et al, 2012) que classifica o fator emocional como um agravante da DTM.

Assim, ao se analisar os sintomas de DTM referidos no Índice Anamnésico de Fonseca, verificou-se que os mais frequentes foram se considerarem uma pessoa tensa, seguido de dores de cabeças frequentes e falta de articulação entre os dentes durante o fechamento da boca. Entretanto, para Minghelli, Kiselova e Pereira (2011) os sintomas mais frequentes foram as cefaleias e o hábito de apertar ou ranger os dentes. A possível relação da DTM com a cefaleia pode ser explicada pelo fato de que as cefaleias estão relacionadas às atividades musculares, sendo assim, as atividades que envolvem a cabeça e o pescoço provavelmente desempenham um papel importante na etiologia de muitas dores de cabeça. Em outro estudo (BUARQUE E SILVA et al, 2011), os sintomas mais frequentes foram ruídos e dores articulares.

A alta prevalência de DTM em universitários normalmente está relacionada ao estresse emocional. É bem conhecido que as condições psicológicas tem sido identificadas como fatores de risco (FERREIRA et al, 2012). Portanto, na condição de estudantes de graduação, o estresse pode ter sido um fator etiológico e predisponente, influenciando no aumento da tensão emocional e, conseqüentemente, ocasionando a DTM. Esta consideração está de acordo com o estudo de Pedroni; Oliveira; Guaratini (2003), que identificaram o fator emocional como uma importante causa de DTM em estudantes universitários.

Além disso, essa teoria foi reforçada por Alfaya (2013), que afirmou que os fatores emocionais, assim como os hábitos parafuncionais, desempenham um papel importante na etiologia e perpetuação da doença. Resultados estatisticamente significantes demonstraram que a associação à tensão emocional, como estresse, depressão e ansiedade, pode ser um fator contribuinte, predisponente, iniciador ou perpetuador da DTM (MARTINS et al., 2010; SELAIMEN et al., 2007; TOLEDO; CAPOTE; CAMPOS, 2008).

A alta prevalência de DTM encontrada, neste estudo, associada à crise de estresse esteve de acordo com os achados de Manfredi et al (2006), que avaliaram 455 estudantes universitários e chegaram a conclusão que 90,9% dos indivíduos com DTM apresentavam alto nível de estresse, o que evidenciou a influência desse fator no desenvolvimento da DTM.

Para avaliar a relação entre a DTM e o curso de graduação, um estudo realizado com universitários dos cursos da área de saúde verificou uma elevada prevalência de DTM nos estudantes. A divulgação do tema junto às populações sujeitas a grande estresse emocional, como são os estudantes do ensino superior, revela-se de grande importância, para que eles estejam mais atentos aos sinais e sintomas de desta disfunção. Acredita-se que os profissionais de saúde apresentam altos níveis de ansiedade, fato este que se inicia nos anos de ensino superior (MINGHELLI; KISELOVA; PEREIRA, 2011).

Monteiro; Freitas; Ribeiro (2007) analisaram situações geradoras de estresse vivenciadas por universitários e constataram que as situações de estresse estavam presentes durante o transcorrer do curso, além de perceberem que os sintomas apresentados pelos alunos foram de aspectos fisiológico e emocional.

Sendo assim, um estudo demonstrou que os estudantes de Odontologia apresentam sintomas de estresse importantes durante sua formação (SOFOLA; JEBODA, 2006). Ademais, são mais ansiosos e exibem mais depressão e transtorno obsessivo-compulsivo do que a população em geral (POLYCHRONOPOULOU; DIVARIS, 2005). Porém, nesta pesquisa, ficou evidente a maior prevalência dos estudantes de biologia em relação ao estresse e dos estudantes de Fisioterapia em relação à DTM, corroborando com os estudos de Bezerra et al (2012).

Outro fator analisado em relação à DTM foi a classe social, devido a sua associação com a morbidade e mortalidade. Neste estudo, foi possível que observar não houve associação evidente entre classe econômica e presença de disfunção temporomandibular, estando de acordo com os estudos de Martins et al (2008a). Uma possível explicação é o fato de todos os estratos serem acometidos por problemas que, apesar de diferentes, levam à ocorrência de estresse emocional. Assim, as preocupações dos mais pobres com o sustento da família e dos mais ricos com os negócios e a violência são possíveis causas de tensão que dificultam a diferenciação entre as classes em relação à DTM (MARTINS et al, 2008a).

Novas pesquisas podem ser realizadas para elucidar melhor alguns resultados, pois o presente estudo teve algumas limitações, como por exemplo: foi realizada apenas com estudantes. Desse modo, novos problemas podem ser identificados com outro público alvo.

Algumas dificuldades encontradas nesta pesquisa foram o cansaço físico durante a coleta de dados, por passar muito tempo em pé explicando os questionários aos alunos e por andar bastante entre um departamento e outro em busca de voluntários; adequar os horários da pesquisadora com o horário dos estudantes; e encontrar estudantes com disponibilidade de



tempo para responder os questionários, pois muitos alunos os achavam extensos e preferiam não responder.

Vale salientar que, esta pesquisa foi importante para aumentar o conhecimento dos estudantes acerca do tema abordado e promover uma melhora na qualidade de vida dos mesmos, pois permitiu um diagnóstico imediato de DTM, possibilitando a realização de aconselhamentos para evitar o agravamento da doença. Além disso, justificou um protocolo mais adequado de tratamento multidisciplinar das Disfunções Temporomandibulares.

## 7 CONCLUSÃO

A prevalência de DTM foi elevada, sendo o grau leve o mais frequente. Não foram observadas associação entre a presença de disfunção com a faixa etária e o estado civil, porém foi encontrada com o sexo. Quanto ao sintoma, a tensão emocional foi o mais frequente. O curso de fisioterapia foi o mais acometido pela DTM e o curso de biologia pelo estresse. O estresse mostrou associação com o aparecimento da DTM, contudo a classe social não teve associação com a doença.

## REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – <[www.abep.org](http://www.abep.org)> [abep@abep.org](mailto:abep@abep.org). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 – IBOPE. Acessado em 24 de outubro de 2013.
- ABOU-ATME, Y. S.; ZAWAWI, K. H.; MELIS, M. Prevalence, intensity, and correlation of different TMJ symptoms in lebanese and italian subpopulations. **J Contemp Dent Pract**, Cincinnati, v. 7, n. 4, p. 71-78, Sept. 2006.
- ALFAYA, T.A. et al. Alterações psicossomáticas e hábitos parafuncionais em indivíduos com disfunção temporomandibular. **Rev SaudPesq**, v. 6, n. 2, p. 185-189, maio/ago. 2013.
- BARBOSA, T.S. et al. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. **Int J Pediatr Otorhinolarynol**, v. 73, n. 3, p. 299-314. 2008.
- BEZERRA, B.P.N. et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. **Rev Dor**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 235-42, jul-set. 2012.
- BIASOTTO-GONZALEZ, D.A. et al. Correlação entre Disfunção Temporomandibular, postura e qualidade de vida. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, v. 18, n. 1, p. 79-86. 2008.
- BUARQUE E SILVA, W.A. et al. Prevalência de sinais e sintomas de disfunções temporomandibulares (DTM) em adultos tratados no CETASE: estudo piloto transversal. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac**, v. 52, n. 4, p. 200–204. 2011.
- CARLSSON, G.E.; MAGNUSSON, T.; GUIMARÃES, A.S. Tratamento das Disfunções Temporomandibulares na Clínica Odontológica. São Paulo: Quintessence Editora Ltda, 2006. p. 215.
- CAVALCANTI, M. de O.A., et al. Grau de severidade da disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em policiais militares. **RGO**, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 351-356, jul./set. 2011.
- CESTARI, K.; CAMPARIS, C.M. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares. **J Bras Oclusão, ATM & Dor Orofacial**, v. 2, n. 5, p. 54-60. 2002.
- DINIZ, M.R., et al. Psychological factors related to temporomandibular disorders: : an evaluation of students preparing for college entrance examinations. **Acta Odontol Latinoam**, v. 25, n. 1, p. 74-81. 2012.
- DONNARUMMA, M.D.C., et al. Disfunções Temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 788-794, Set-Out. 2010.

- FERREIRA, F.B., et al. Prevalência das desordens temporomandibulares em graduandos da Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 48, n. 1, jan/mar 2012.
- FETEIH, R. M. Signs and symptoms of temporomandibular disorders and oral parafunctions in urban saudi arabian adolescents: a research report. **Head Face Med**, London, v. 2, article 25, Aug. 2006.
- FONSECA, D.M., et al. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **RGO**, v. 42, n. 1, p. 23-8, Jan-Fev. 1994.
- GAMEIRO. G. H., et al. How may stressful experiences contribute to the development of temporomandibular disorders? **Clinical Oral Investigations**, v. 10, n. 4, p. 261-268. 2006.
- GARCIA, A.M., et al. Fatores Associados à Ocorrência de Vibrações Articulares. **Rev Fac Odontol**, Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 24-28, jan./abr., 2009.
- GOMES, C.A.; BRANDÃO, J.G.T. Biomecânica da articulação temporomandibular (ATM). RBC - **Rev Inter Cir Traumatol Buco-maxilofa**, v. 3, n. 10. 2005.
- GROSSMANN, E; COLLARES, M.V.M. Odontalgia associada à dor e à disfunção miofascial. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac**, v. 9, n. 1, p. 19-24. 2006.
- HOLMES, T.H.; RAHE, R.H. The social readjustment rating scale. **J Psychosom Res**, v. 11, p. 213-218. 1967.
- KUROIWA, D.N., et al.. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*. **Rev Dor**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 93-98. abr-jun 2011
- MANFREDI, A.P.S. et al. Environmental stress and temporomandibular disorder (TMD) among members of a public university in Brasil. **Braz J Oral Sci**. v. 8, n. 8, ago/set. 2006.
- MARCHIORI, A.V. et al. Relação entre a disfunção temporomandibular e a ansiedade em estudantes do ensino fundamental. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 37-42, jan./abr. 2007.
- MARTINS, R.J. et al. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 2, p. 215-222. 2007.
- MARTINS, R.J. et al. Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Cienc Saude Coletiva**, n.13, v. 2, p. 2089-2096, 2008a.
- MARTINS, R.J. et al. Relação da classe econômica e qualidade do sono na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 147-153. 2008b.
- MARTINS, R.J., et al. Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. **Rev Odonto Ciênc**, v. 25, n. 1, p. 32-36. 2010.

MAYDANA AV. Critérios diagnósticos de pesquisa para as desordens temporomandibulares em uma população de pacientes brasileiros. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

MINGHELLI, B; KISELOVA, L; PEREIRA, C. Associação entre os sintomas da disfunção temporomandibular com factores psicológicos e alterações na coluna cervical em alunos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve. **Rev Port Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p.140-147. 2011.

MONDARDO, A.H.; PEDON, E.A. Estresse e desempenho acadêmico em estudantes universitários. **Rev Cienc Human**, Ano VI, n. 6. 2005.

MONTEIRO, C.F. de S.; FREITAS, J.F. de M.; RIBEIRO, A.A.P. Estresse no cotidiano acadêmico: O olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 1, p. 66 – 72, Mar. 2007.

OKESON, J.P. Etiologia e identificação dos distúrbios funcionais no sistema mastigatório. In: Okeson JP. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 117-272.

OLIVEIRA et al. Impacto da dor na vida de portadores de Disfunção Temporomandibular. **J Appl Oral Sci**, v. 11, n. 2, p. 138-143. 2003.

PAIVA, H. J. de.; PAIVA, A. M. F.V. de. Interação Anatomofuncional do Sistema Mastigatório. In: PAIVA, H. J. de. **Noções e Conceitos Básicos em Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial**. São Paulo: Santos, p. 37-42. 2008.

PEDRONI, C.R.; OLIVEIRA, A.S.; GUARATINI, M.I. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. **J Rehabil**, v. 30, p. 283-289, 2003.

PEREIRA, K.N.F., et al. Signs and symptoms in the patients with dysfunction temporomandibular. **Rev CEFAC**, v. 7, n. 2, p. 221-8. 2005.

PEREIRA JÚNIOR, F.J., et al. Visão geral das desordens temporomandibulares Parte I: definição, epidemiologia e etiologia. **RGO**, v. 52, n. 2, p. 117-121. 2004.

PERTES, R.A.; BAILEY, D.R. Desordens da articulação temporomandibular. In: Pertes RA, Gross SG. **Tratamento clínico das desordens temporomandibulares e da dor orofacial**. São Paulo: Quintessence; 2005. p. 69-89.

PIMENTEL, et al. Perfil Demográfico dos Pacientes Atendidos no Centro de Controle da Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilofa**, Camaragibe, v. 8, n. 2, p. 69-76, abr./jun. 2008.

POLYCHRONOPOULOU, A.; DIVARIS, K. Perceived Sources of Stress Among Greek Dental Students. **J Dent Educ**, v. 69, n. 6. 2005.

PORCU, M.; FRITZEN, C. V.; HELBER, C. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Maringá. **Psiquiatr Prat Med**, v. 34, n. 1, 2001.

- SCHMID-SCHWAP, M., et al. Sex, specific differences in patients with temporomandibular disorders. **J Orofac Pain**, v. 27, n. 1, p. 42-50. 2013.
- SELAIMEN, C. et al. Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com distúrbios temporomandibulares. **Cienc Saude Colet**, v. 12, n. 6, p. 1629-1639, 2007.
- SOFOLA, O.O.; JEBODA, S.O. Perceived sources of stress in nigerian dental students. **Eur J Dent Educ**, v. 10, p. 20-23, 2006.
- TJAKKES, G.H., et al. TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. **Health Qual Life Outcomes**, v. 8, p. 46. 2010.
- TOLEDO, B. A. S.; CAPOTE, T. S. O.; CAMPOS, J. A. D. B. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. **Cienc Odontol Bras**, v. 11, n. 4, p. 75-79. 2008.
- TOMMASI, A.F. Distúrbios psicogênicos. In: Tommasi AF. **Diagnóstico em patologia bucal**. São Paulo: Pancast editorial; 1989. p. 645-53.
- TOSATO, J.P.; CARIA, P.H.F. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. **RGO**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 211-224, jul./set. 2006.
- TROELTZSCH, M. et al. Prevalence and association of headaches, temporomandibular joint disorders, and occlusal interferences. **J Prosthet Dent**, v. 105, n. 6, p. 410-417, 2011.
- VEDOLIN, G.M., et al. The impact of stress and anxiety on the pressure pain threshold of myofascial pain patients. **J Oral Rehabil**, v. 36, n. 5, p. 313-2. 2009.
- VERRI, F.R., et al. Avaliação da qualidade do sono em Grupos com diferentes níveis de Distúrbio temporomandibular. **Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr**, v. 8, n. 2, p. 165-9. 2008.
- WAHLUND, K. LIST, T.; OHRBACK, R. The relationship between somatic and emotional stimuli: disorders (tmd) and a control group. **Eur J Pain**, v. 2, p. 19-27. 2005.
- ZAVANELLI, A.C., et al. Disfunção temporomandibular na visão de profissionais e acadêmicos de odontologia. **Estud psicol**, Campinas, v. 30, n. 4, Oct./Dec. 2013.

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E SUA ASSOCIAÇÃO COM A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS”. Você foi selecionado de forma aleatória e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador.

É importante lembrar que a sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum risco.

O objetivo deste estudo será avaliar a associação da classe econômica e do estresse na ocorrência de Disfunções Temporomandibulares.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário.

Os benefícios relacionados com a sua participação estão no fato de que poderá ser constatada uma disfunção ainda não percebida, e poderá buscar o tratamento correto mais precocemente, evitando maiores prejuízos à sua saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados dos resultados da pesquisa serão utilizados apenas para divulgação científica, preservando sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal (9971-9063), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

---

Assinatura da aluna

## APÊNDICE B – Questionário de Pesquisa.

### Questionário de Pesquisa

#### IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_ Período Letivo \_\_\_\_\_

Gênero: • M • F

#### **AVALIAÇÃO DA DTM – ÍNDICE ANAMNÉSICO DMF (FONSECA et al., 1994):**

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

	Dadas:		Lado D/E
1- Sente dificuldade para abrir bem a boca?			
2- Tem dificuldade para realizar outros movimentos com a mandíbula?			
3- Sente cansaço ou desconforto quando mastiga?			
4- Tem freqüentemente dor de cabeça?			
5- Sente dor de ouvido ou próximo dele?			
6- Tem dor na nuca ou no pescoço?			
7- Percebe se tem ruídos nas ATMs quando movimenta a mandíbula?			
8- Tem o hábito de ranger ou apertar os dentes?			
9- Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?			
10- Você se considera uma pessoa tensa?			
<b>SOMA</b>			

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

Diagnóstico Imediato: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_



## CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (CCEB) - Sistema de pontos

Posse de itens

Quantidade de Itens

	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto	Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 Completo	Fundamental 2 Incompleto	1
Fundamental 2 Completo	Médio Incompleto	2
Médio Completo	Superior Incompleto	4
Superior Completo	Superior Completo	8

## CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classes	Pontos
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

Classe	Renda Familiar por Classes
A1	12.926
A2	8.418
B1	4.418
B2	2.565
C1	1.541
C2	1.024
D	714
E	477

## ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL

Acontecimento	Valor Médio	Meus Pontos
Morte do Cônjuge	100	
Divórcio	73	
Separação matrimonial	65	
Ser preso	63	
Morte de um familiar chegado	63	
Acidente ou doença grave	53	
Casamento	50	
Perda de emprego	47	
Reconciliação conjugal	45	
Reforma	45	
Doença familiar	44	
Gravidez	40	
Problemas sexuais	39	
Novo membro na família	39	
Reajuste profissional	39	
Mudança do nível econômico	38	
Morte de um/a amigo/a íntimo/a	37	
Discussões com o cônjuge	35	
Dívida com hipoteca	31	
Falta de pagamento de um empréstimo	30	
Alteração de funções no trabalho	29	
Partida de um filho ou filha	29	
Problemas com os sogros	29	
Realização pessoal importante	28	
Início/término do trabalho do cônjuge	26	
Início/fim do curso escolar	26	
Mudança de condições de vida	25	
Reajuste de hábitos pessoais	24	
Discussão com o chefe	23	
Mudança de horário	20	
Mudança de morada	20	
Mudança de escola	20	

Mudança de atividade recreativa	19	
Mudança de função na igreja	19	
Mudança de atividade social	18	
Aquisição de um pequeno empréstimo	17	
Mudança de horas de sono	16	
Mudança das reuniões de família	15	
Mudanças de hábitos alimentares	15	
Férias	13	
Aniversário	12	
Infração legal menor	11	

TOTAL

<b>Crise de Estresse</b>	<b>Pontuação</b>
Sem problemas significativos	150 ou menos
Crise Leve: 30% de chance de adoecer	150-199
Crise Moderada: 50% de chance de adoecer	200-299
Crise Intensa: 80% de chance de adoecer	Mais que 300

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.<sup>a</sup> Dra. Dornúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

### PARECER DO RELATOR

Número do Protocolo: 24166513.4.0000.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 20/12/2013

Pesquisador(a) Responsável: Alcione Barbosa Lira de Farias

Orientando: Larissa Vieira do Nascimento

Situação do parecer: Aprovado

**Apresentação do Projeto:** O projeto é intitulado: *ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E SUA ASSOCIAÇÃO COM A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR*. Trata-se de um estudo observacional, com abordagem indutiva, prospectivo e transversal. A Disfunção Temporomandibular abrange as alterações causadas na articulação e/ou músculos na área orofacial. Geralmente, apresenta como sintomas a dor, sons na articulação e função irregular ou limitada da mandíbula. A pesquisa será realizada com 350 estudantes, escolhidos aleatoriamente, acima de 18 anos, regularmente matriculados nos cursos do CCBS da UEPB, através de um formulário contendo dados de identificação e dados sócio-econômico-demográficos. A avaliação da Disfunção Temporomandibular, da classe social e do estresse será realizada por meio do Índice Anamnésico de Fonseca, Critério de Classificação Econômica Brasil e Escala de Reajuste Social, respectivamente. Os dados categóricos serão analisados através de método estatístico a ser definido, paramétrico e/ou não paramétrico e os resultados serão expressos por meio de tabelas, quadros, gráficos e discutidos.

**Objetivo da Pesquisa:** Verificar a associação dos fatores psicossociais com a ocorrência da Disfunção Temporomandibular em estudantes do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), campus I.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** A pesquisa não oferece riscos ao participante. Benefícios: Melhora na qualidade de vida dos estudantes, pois por permitir um diagnóstico imediato de DTM, será possível realizar aconselhamentos para evitar o agravamento da doença; Encaminhamentos para o Serviço de Controle da Dor Orofacial, do departamento de Odontologia da UEPB, centro de referência para o tratamento de DTM.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador:** Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo.

**Recomendações:** Atende a todas as exigências protocolares do CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.