



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

**ANNA KÁSSIA TAVARES ALVES CHAVES SANTIAGO**

**PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DISFUNÇÃO DA  
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E DOR OROFACIAL:  
EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS**

**CAMPINA GRANDE/PB**

**MAIO - 2016**

**ANNA KÁSSIA TAVARES ALVES CHAVES SANTIAGO**

**PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DISFUNÇÃO DA  
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E DOR OROFACIAL:  
EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS**

*Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Odontologia da Universidade Estadual da  
Paraíba (UEPB), como requisito para  
obtenção do Título de Bacharel em  
Odontologia.*

**Orientador(a):** Prof. Dr<sup>a</sup>. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro.

CAMPINA GRANDE/PB

MAIO - 2016

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.

S235p Santiago, Anna Kássia Tavares Alves Chaves.  
Programa de atenção ao portador de disfunção da articulação Temporomandibular (DTM) e dor orofacial [manuscrito] : experiência de 10 anos / Anna Kássia Tavares Alves Chaves Santiago. - 2016.  
45 p.

Digitado.  
Monografia (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro, Departamento de Odontologia".

1. Disfunção temporomandibular. 2. Dor orofacial. 3. Saúde coletiva. 4. Educação em odontologia. I. Título.

21. ed. CDD 617.6

**PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DISFUNÇÃO DA  
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E DOR OROFACIAL:  
EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS**

Trabalho de Conclusão de  
Curso apresentado ao Departamento  
de Odontologia, da Universidade  
Estadual da Paraíba (UEPB), em  
cumprimento à exigência para  
obtenção do título de Bacharel em  
Odontologia.

Aprovado em: 25 / 05 /2016.

**BANCA EXAMINADORA**



Profª Dra. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro

Universidade Estadual da Paraíba

(Orientadora)



Profª Ms. Alcione Barbosa Lira de Farias

Universidade Estadual da Paraíba

(Examinadora)



Profª Dra. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima

Universidade Estadual da Paraíba

(Examinadora)

*A **Deus**, pelo dom da vida, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e por transformar minhas angústias em matéria-prima para o meu desenvolvimento espiritual, tornando-me mais humana.*

*Aos meus amados pais, **Sebastião e Lúcia**, não simplesmente por esse momento, mas pelo exemplo que me deram em toda minha vida, pelo grande amor, carinho, dedicação, proteção, renúncias, esforços, cuidado, bondade....*

*Ao meu querido esposo, **Gutemberg**, pelo amor, companheirismo, paciência e incentivo.*

*Ao meu irmão, **Hudson Higo**, meu amigo, meu segundo pai, pelo cuidado, por sua dedicação e pelo exemplo de profissionalismo e humildade.*

*À minha irmã, **Kátia**, minha amiga, minha segunda mãe, que mesmo com a distância, sempre me dedicou a amizade, carinho e compreensão.*

*Aos amigos quase irmãos que a Odontologia me trouxe: **Douglas e Érika**.*

*A todos os meus familiares, aos meus sobrinhos (Gabriela, Kaio, Hiago, Kaike e Gisele), ao meu amado avô (Zé Horácio), às minha tias: Zilda, Olenir e Zenilda e ao tio Zildenir, aos meus padrinhos (Iracy e Idilio), ao meu sogro (Santiago) e sua esposa (Valcely), o meu muito obrigada por todas as palavras de incentivo, pelos cuidados, pelas orações, pelo amor.*

*Á estas queridas pessoas que tornaram mais leve a caminhada: Zé Weliton, Elton, Lucas, Zé Renato, as Dani's (Gomes e Guedes), Késsia, Paullyanna, Tamires, Silmara, Ítalo, Ana Cláudia, Gustavo, Cristopher, Alexandre, Seu Toinho, Tiago, Seu João, Seu Beto, Marta, Cris, Noemi, Angelucy, Rejane, Klécia, Seu Alessandro, Dalvalyne, Dona Jocelma, ... pela convivência agradável, pela troca de conhecimentos e experiências.*

*“(...) – Que quer dizer “cativar”? (...) – É uma coisa muito esquecida... Significa “criar laços...” (...) se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. (...) A gente só conhece bem as coisas que cativou... Foi o tempo que perdeste com tua rosa que fez tua rosa tão importante”*  
*(Saint-Exupéry, A. de. “O Pequeno Príncipe”)*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profª Drª Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro**, carinhosamente Profª Belinha, dirijo o meu maior agradecimento. Exemplo ímpar de professora, pesquisadora e ser humano, pela dedicação, responsabilidade, confiança, ensino, competência, humildade, bondade e compreensão. És a minha grande inspiração profissional! Por tudo, muito obrigada! À senhora todo o meu carinho, respeito e admiração!

À **Profa Alcione Barbosa Lira de Farias**, sinônimo de excelência, competência e amor à profissão, por seus ensinamentos enriquecedores, seu acolhimento, incentivo e convivência tão agradável. A quem devo muitos e bons conselhos e pelo muito que me tem ensinado. Á senhora, minha admiração e mais profunda gratidão!

À **Profa Dra Lúcia Helena Marques de Almeida Lima**, pelos conhecimentos transmitidos e pelas experiências compartilhadas. Muito obrigada pelas orientações acadêmicas, pelo acolhimento e incentivo!

A todo corpo docente do Departamento de Odontologia que compartilharam com excelência os seus conhecimentos e experiências. Em especial aos professores: Marcus Sá, Francineide, Raquel, Silvio, Alexandre, Ana Flávia, Maria Helena, Kátia, Sérgio, Gustavo, Marcelino, Edja, Fernanda, Renata Coelho, Alessandro, Rilva, Denise, Julierme.

À minha dupla, Douglas Sousa (vulgo: Amigo!), que foi para mim como um irmão, sempre me ajudando, incentivando. Muito grata por seguirmos essa jornada com tanta afinidade! A minha amiga Erika (vulgo: Amiga!), por transbordar alegria, sinceridade e confiança. Carrego vocês no coração!

Ao Grupo da Clínica da Dor pelos conhecimentos e experiências compartilhados, pelos momentos vivenciados durante este período. Com vocês aprendi que a relação de ensinar e aprender é um processo mútuo, de responsabilidade e intensidade.

Aos demais amigos e colegas de turma por compartilharem comigo suas experiências.

A todos os pacientes que tive a oportunidade de atender nas Clínicas do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, que dividiram seus sentimentos, e me ensinaram importantes valores, cujos levarei por toda minha vida.

A todos que direta ou indiretamente foram responsáveis pela realização deste sonho.

*“Toda a vida exige luta. Aqueles a quem tudo lhes é dado se tornam preguiçosos, egoístas e insensíveis aos valores reais da vida. O esforço contínuo e trabalho duro que constantemente tentamos evitar é o principal bloco de construção da pessoa que somos hoje“*

*Papa Paulo VI*

## RESUMO

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) compreendem um conjunto de problemas clínicos com altos índices de prevalência desta intercorrência na população, o que constitui um importante desafio para a Odontologia no que se refere à capacitação de cirurgiões dentistas para o diagnóstico e tratamento desta patologia. Com o intuito de suprir tal necessidade e tendo em vista a inexistência de outro serviço de referência no município de Campina Grande, foi criado em 2004 como projeto de extensão e em 2013 transformou-se em programa, intitulado: Programa de Atenção ao Portador de Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), campus I. O objetivo deste trabalho foi apresentar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em relação ao número, gênero, faixa etária, categorização dos índices aplicados e hipótese diagnóstica inicial, por meio de um levantamento no banco de dados do programa, referente ao período de 2006 a 2016. Foram analisados 329 prontuários, 77,8% do gênero feminino, 32,8% tinham entre 16 e 30 anos de idade, 49,8% casados e 41,6% com nível de escolaridade ensino médio; com relação ao grau de severidade da DTM, 36,2% dos pacientes foram classificados com DTM moderada. As análises bivariadas foram realizadas por meio do coeficiente de correlação de *Pearson* (valor de P), com prova de significância bilateral. Verificou-se associação significativa entre a DTM e a faixa etária (P: 0,05), sexo (P: <0,01), e sintomatologia dolorosa (P: <0,01). Este estudo reforçou a importância de se valorizar a extensão no âmbito universitário, para o processo individual e coletivo de formação acadêmica, pois aliou a promoção de atividades acadêmicas integradas de conhecimento e aprendizagem, comprometimento ético e social com o trabalho multiprofissional, transmitindo as reais necessidades dos pacientes e representando a conversão dos ensinamentos teóricos em benefícios diretos para a comunidade, auxiliando sobremaneira na capacitação profissional do futuro cirurgião dentista.

**Palavras-chave:** Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Dor orofacial. Extensão comunitária. Educação em Odontologia.

## ABSTRACT

The Temporomandibular Disorders (TMD) comprise a set of clinical problems with high rates of prevalence of this complication in the population, which is a major challenge for dentistry as regards the training of dentists in the diagnosis and treatment of this pathology. In order to meet this need and in view of the absence of other referral service in the city of Campina Grande, was established in 2004 as an extension project and in 2013 became program, entitled: Attention Program to dysfunction Carrier temporomandibular (TMD) and Orofacial Pain at the State University of Paraiba (UEPB) campus I. the objective of this study was to present the epidemiological profile of patients seen in relation to the number, gender, age, categorization of applied indexes and initial diagnosis, through a survey in the program's database for the period 2006 to 2016. We analyzed 329 medical records, 77.8% female, 32.8% were between 16 and 30 years of age, 49.8% married and 41.6% with high school education level; with respect to the severity of TMD, 36.2% of patients were classified with moderate TMD. Bivariate analyzes were performed using the Pearson correlation coefficient (P value), with bilateral significance test. There was a significant association between TMD and age (P: 0.05), sex (P: <0.01), and pain symptoms (P: <0.01). This study reinforced the importance of valuing the extension in the university, for the individual and collective process of academic training because allied promoting integrated academic activities of knowledge and learning, ethical and social commitment to multidisciplinary work, conveying the real needs of patients and representing the conversion of theoretical teachings in direct benefits to the community, greatly assisting in the professional training of future dentists.

**Keywords:** Dysfunction Syndrome Temporomandibular Joint. orofacial pain. community outreach. Education in Dentistry.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Variáveis Dependentes	analizadas	no	20
	estudo.....			
Quadro 2.	Variáveis Independentes	analizadas	no	20
	estudo.....			

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da amostra segundo dados sociodemográficos.....	23
Tabela 2	Classificação de DTM e Escala Visual Analógica.....	24
Tabela 3	Correlação entre Índice Anamnésico (DMF), idade e sexo.....	25
Tabela 4	Associação da DTM com o estado civil e nível de escolaridade.....	26
Tabela 5	Correlação entre Índice Anamnésico (DMF) e Escala Visual Analógica (EVA).....	27
Tabela 6	Primeira hipótese diagnóstica.....	28
Tabela 7	Correlação entre Índice Anamnésico e primeira hipótese diagnóstica.....	28
Tabela 8	Descrição da necessidade de reabilitação e utilização de prótese.....	29
Tabela 9	Distribuição da necessidade de reabilitação protética e avaliação da DTM.	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM – Articulação Temporomandibular

CCBS – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

DDA – Deslocamento de Disco Articular

DMF – Índice Anamnésico DMF (Dickson Martins Fonseca)

DTM – Disfunção da Articulação Temporomandibular

Et al – et ali

Nº - Número

PB – Paraíba

SE - Sistema Estomatognático

SFM – Síndrome da Fribomialgia

*SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>1</b>		<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>		
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>		<b>15</b>
<b>3</b>		<b>18</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>		
3.1 OBJETIVO GERAL.....		18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....		18
<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>19</b>
4.3.1.1 Critérios de Inclusão.....		19
4.3.1.2 Critérios de Exclusão.....		19
4.4 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES.....		20
<b>4.4.1 Dependentes.....</b>	<b>Variáveis</b>	<b>20</b>
<b>4.4.2 Independentes.....</b>	<b>Variáveis</b>	<b>20</b>
4.5 ÉTICOS.....	ASPECTOS	21
4.6 COLETA DE DADOS.....		21
<b>4.6.1 Instrumento de Pesquisa.....</b>		<b>21</b>
4.6.1.1 Classificação da DTM – Índice Anamnésico DMF.....		21
4.6.1.2 Avaliação da Dor (Escala Visual Analógica - EVA).....		21
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....		22

<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b>	
<b>APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados para a Pesquisa</b>	
<b>ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) tem sido definida pela maioria dos pesquisadores como uma doença multifatorial (BUMANN; LOTZMAN, 2002) caracterizada por um conjunto de distúrbios clínicos acometendo os músculos mastigatórios, a Articulação Temporomandibular (ATM) e/ou estruturas associadas (LEEuw, 2010), refletidos principalmente por dor, ruídos articulares e função mandibular irregular ou com desvios (CARLSSON; MAGNUSSON; GUIMARÃES, 2002).

Sua etiologia multifatorial, comumente, compromete diversas estruturas anatômicas orofaciais, apresentando quadro clínico variado: sintomatologia dolorosa muscular e articular, concomitante ou isolada, movimentos mandibulares limitados ou assimétricos e ruídos articulares. Parece ter uma forte influência dos fatores psicossociais e psicológicos. Esta natureza multiforme da DTM tem lhe conferido uma posição de destaque no contexto das dores orofaciais (DWORKIN; LeRESCHE, 1992; OKESON, 2013).

Sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) podem ser detectados nas diferentes faixas etárias do crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Sendo importante ressaltar, nesse ponto, que apenas a presença de sinais e sintomas isolados de DTM podem não representar a doença em desenvolvimento. O emprego clínico dos conhecimentos dos fatores de risco é basicamente anamnésico e não demanda a capacitação específica que o diagnóstico físico exige (OKESON, 2013). As mulheres são mais propensas a apresentar DTM, no entanto, estudos comparativos entre sexos em amostras brasileiras são raros (FERREIRA; SILVA; FELÍCIO, 2016).

Os pacientes com DTM queixam-se de limitação na função mastigatória, que pode ser afetada por uma complexa interação de fatores diretos (deslocamentos de disco, hiper mobilidade mandibular, susceptibilidade individual) e fatores indiretos (dor com origem dentária, falta de dentes, dentaduras). Força, movimentos e tempo de mastigação são influenciadas pela morfologia, o estado de saúde das estruturas orofaciais e na capacidade funcional/adaptativa dos músculos mastigatórios e articulações temporomandibulares, além das características do alimento (FERREIRA et al., 2014; MIOCHE, BOURDIOL, MONIER, 2003).

A prevalência de sinais e sintomas de DTM tem se mostrado aparentemente elevada em populações não pacientes (DWORKIN et al., 1990; AGERBERG, INKAPÖÖL, 1990). Os estudos epidemiológicos transversais de população de adultos não pacientes tem apresentado uma prevalência que varia de 40% a 75% naquelas populações que têm no mínimo um sinal

de disfunção (anormalidade de movimento, ruído articular, etc.). Aproximadamente, três quartos da população podem, em algum grau, possuir algum sinal ou sintoma (RUGH; SOLBERG, 1985; SCHIFFMAN et al., 1990).

Com relação ao diagnóstico da DTM tem sido verificado vários métodos empregados de diagnóstico e mensuração da presença e severidade desta patologia que possa ser usado de modo irrestrito por pesquisadores e clínicos. No entanto, para o diagnóstico de casos individuais, a anamnese continua sendo o passo mais importante na formulação da impressão diagnóstica inicial (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010).

Os dados epidemiológicos disponíveis têm apontado a necessidade de realização de novos estudos a fim de que seja demonstrada, de forma consistente, a associação de fatores de risco para o desenvolvimento da dor pela DTM e doenças específicas (LeRESCHE, 1997), o que de certa forma faz com que a história natural das disfunções temporomandibulares não sejam bem compreendida, comprometendo a sucesso das terapias empregadas.

Estudos na literatura tem mostrado que a dor orofacial devido à DTM pode promover um significativo impacto na qualidade de vida dos portadores, interferindo negativamente nas atividades sociais, de lazer e laborais (MURRAY et al., 1996; SEGÚ et al., 2003).

Na situação de dor crônica, o tratamento apropriado requer um diagnóstico precoce; a compilação da história clínica, o exame físico detalhado e os exames complementares auxiliam nos diagnósticos etiopatogênico e nosológico dos doentes com dor crônica, assim como na identificação dos fatores que perpetuam ou agravam a dor (TEIXEIRA, 2006).

Desta forma, considerando-se a alta prevalência de DTM na população e tendo em vista a grande importância que esta experiência propicia aos graduandos, assim como, a prestação de serviços à comunidade, em 2004 foi criado como projeto de extensão e em 2013 passou a categoria programa, intitulado: Programa de Atenção ao Portador de Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campus I; com atuação de equipe multidisciplinar envolvendo profissionais qualificados nas diversas especialidades da Odontologia, como Prótese Dentária, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Ortodontia, bem como de outras áreas da saúde, como Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas e Psicólogos, Neurologistas e Otorrinolaringologistas; contribuindo, assim, para um melhor entendimento dessas desordens e proporcionando atendimento especializado à população. Este trabalho teve como objetivo apresentar um relato de experiência e traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos neste serviço.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

As Disfunções Temporomandibulares (DTMs) são resultantes de desequilíbrio no funcionamento do Sistema Estomatognático. Este sistema é composto por diversas estruturas como ossos do crânio, maxila, mandíbula, articulações, dentes, músculos, ligamentos, vasos e nervos; que juntamente com o Sistema Nervoso realizam as funções estomatognáticas: respiração, fonação, mastigação, deglutição, sucção e êmese. A mandíbula participa destas funções e, por ela ser movimentada pelas Articulações Temporomandibulares (ATMs), a partir da atuação neuromuscular, a necessidade de mantê-las sempre sadias é muito importante (CARREIRO, et al., 2001). (DTM) (JOHN; DWOKIN; MANCL, 2008).

A ATM é um dos componentes do SE, sendo a única articulação móvel do crânio, formada pelo côndilo que se encaixa na fossa mandibular do osso temporal, e é considerada a estrutura mais complexa do corpo humano, por ser: a única que viabiliza movimentos rotacionais e translacionais, devido à articulação dupla com o côndilo da mandíbula; ademais, há duas articulações conectadas a um único osso, a mandíbula, as quais funcionam conjuntamente. Além de conectar a mandíbula ao crânio, possui as funções já citadas e tem influência na postura corporal (MAYDANA, 2007; MELO 2008; BARBOSA; SILVA; SILVA, 2010). Esta articulação sofre continuamente mudanças estruturais, que ocorrem por modelação e remodelação óssea, e são responsáveis pela adaptação de componentes do SE frente às forças que de forma contínua agem sobre este. Quando as forças que atuam sobre este sistema ultrapassam o limite fisiológico da ATM, causam injúrias, favorecendo o desenvolvimento da DTM (TEIXEIRA, ALMEIDA, 2007). É necessário que haja uma relação harmoniosa entre a ATM, a oclusão dentária e o equilíbrio neuromuscular, para que esta articulação funcione de forma adequada (QUINTO, 2000).

As DTMs constituem um termo que abrange uma ordem de problemas envolvendo, além da musculatura mastigatória, a articulação e outras estruturas associadas (SILVA, MORISSO, CIELO, 2007). Desordens dos músculos do aparelho estomatognático e das articulações podem ser acompanhadas pela presença de dor no pescoço, limitação dos movimentos mandibulares, ruídos articulares e sensibilidade muscular (BARBOSA, 2003; OKESON, 2013).

Estas desordens das ATMs podem ser classificadas em dois subgrupos: as de origem articular, onde os sinais e sintomas estão relacionados a ATM; e as de origem muscular, cujos sinais e sintomas relacionam-se com a musculatura do SE (FARILLA, 2007). Estima-se que 50-70% da população apresentam sinais desta patologia em algum estágio durante a vida,

enquanto 20-25% da população foi observado sintomas de DTM (PEDRONI, OLIVEIRA, GUARATINI, 2003). Biasotto-Gonzalez (2005) relatou que tal intercorrência tem sua maior prevalência entre 20 e 45 anos de idade.

A etiologia da DTM tem sido foco de discordância por ter uma etiologia multifatorial, relacionada ao estresse, idade, sexo, personalidade e problemas sistêmicos, como artrite reumatoide e lúpus (ORAL et al., 2009; GONÇALVES; TOLEDO, 2010). Fatores estruturais, neuromusculares, oclusais (perdas dentárias, desgaste dental, próteses mal adaptadas, cáries, restaurações defeituosas, entre outras), psicológicos (devido à tensão, há um aumento da atividade muscular, que gera espasmos e fadiga), hábitos parafuncionais (bruxismo, onicofagia, apoio de mão na mandíbula, sucção digital ou sucção de chupeta) psicossociais e lesão traumáticas ou degenerativas da ATM também tem sido associados (TECCO et al., 2011; PEREIRA et al., 2005).

A cinemática mandibular pode sofrer alterações na presença de dor, afetando o mecanismo neuromuscular, músculos e outras estruturas associadas com o SE; alterando as relações intermaxilares e, conseqüentemente, o padrão de mastigação (DE FELICIO et al., 2013). Estas alterações na ATM estão também frequentemente associada a outras condições como cefaleias, depressão, artrite reumatóide, fadiga crônica, fibromialgia, síndrome do intestino irritável e distúrbios do sono (HOFFMANN; KOTCHEN; KOTCHEN, 2011).

Os hábitos parafuncionais, apesar de não serem funções estomatognáticas, merecem uma atenção especial, pois têm sido considerados causadores das DTM (WINOUR et al., 2001). O bruxismo foi encontrado em grande parte dos pacientes portadores de DTM, e associou-os a fatores psicológicos, oclusais e, em alguns casos, a trauma (RUELA et al., 2001).

A caracterização dos pacientes portadores desses distúrbios pode facilitar a investigação inicial e orientar melhor o tratamento, tanto da disfunção em si, como de outros diagnósticos que possam contribuir no quadro de dor e alterações funcionais. Por ser difícil determinar o diagnóstico diferencial inicialmente. Assim, é necessário reconhecer a dor proveniente da ATM de neuralgias, processos inflamatórios e cefaleias. A dor característica das DTMs é a pré-auricular, com irradiação temporal, frontal ou occipital (GROSSMANN; COLLARES, 2006).

Afirma-se que as imposições sociais são fatores influenciadores à prevalência de vários problemas relacionados à saúde (MARTINS et al., 2008), assim a renda familiar, o nível de escolaridade, ocupação profissional são fatores que podem contribuir para o aumento desta incidência.

Com relação ao seu diagnóstico, tem sido observado que ainda não há um método confiável de diagnóstico e mensuração da presença e severidade desta patologia que possa ser usado de maneira irrestrita por pesquisadores e clínicos. No entanto para o diagnóstico de casos individuais, a anamnese continua sendo o passo mais importante na formulação da impressão diagnóstica inicial (CARRARA; CONTI; BARBOSA; 2010).

Pedrotti et al. (2011) pontuaram que um importante passo para a intervenção frente à DTM é fazer o diagnóstico correto e atuar, inicialmente, com medidas preventivas. Para isto, é substancial o conhecimento sobre as alterações e manifestações clínicas decorrentes.

Os índices anamnésicos têm sido amplamente utilizados, desempenhando papel importante na caracterização e classificação de pacientes com DTM (CONTI et al., 1996). No referido programa deste estudo alguns dos índices utilizados foram: o Anamnésico Simplificado DMF, elaborado e validado por Fonseca et al. (1994), que é utilizado para avaliar o grau de DTM dos pacientes, com base nos sintomas mais comuns; e a escala visual analógica (EVA) é constituída por uma linha de 10 cm que tem, em geral, como extremos as frases “ausência de dor e dor insuportável” (GIFT, 1989).

Em 2002, foi criada a especialidade DTM e Dor Orofacial pelo Conselho Federal de Odontologia, tendo por objetivo promover e desenvolver uma base de conhecimentos científicos para melhor compreensão do diagnóstico e no tratamento das dores e distúrbios do sistema mastigatório, região orofacial e estruturas relacionadas. Não obstante, mesmo entre profissionais da saúde, essa especialidade ainda é pouco conhecida e difundida. A admissão da disciplina de DTM e Dor Orofacial na grade curricular dos cursos de graduação de Odontologia é indispensável e urgente. O reconhecimento e o apoio, por parte das autoridades que gerenciam a política de saúde pública, são necessários para que o atendimento primário ao paciente com dor orofacial seja viabilizado de forma eficaz. Essas medidas reduzirão o sofrimento desses indivíduos e a sobrecarga financeira sobre eles (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010).

Considerando o papel dos cursos de graduação em odontologia na formação profissional, observa-se uma responsabilidade especial em atender a estes pacientes. Assim, um programa específico para tais pacientes mostra-se capaz de desenvolver a tríade educacional de ensino, pesquisa e extensão (MCNEILL; FALACE; ATTANASIO, 1992; KLASSER; GREENE, 2007).

Assim, a atuação do Programa de Extensão ao Portador de Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB,

Campus I, tem contribuído sobremaneira para um melhor entendimento das repercussões das alterações do SE e tem proporcionado atendimento especializado à população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar um levantamento acerca do desempenho clínico, observando perfil dos pacientes, por meio de um levantamento no banco de dados do Programa de Atenção ao Portador de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as características sócio-demográficas e socioeconômicas dos pacientes;
- Classificar a DTM baseado no índice Anamnésico DMF;
- Verificar a associação da DTM com a idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda e ocupação laboral;
- Avaliar através Escala Visual Analógica (EVA) a sintomatologia álgica dos pacientes portadores de DTM;
- Observar a hipótese diagnóstica mais prevalente para os pacientes portadores de DTM e Dor Orofacial;
- Relacionar a necessidade e utilização de prótese dentária;
- Apurar a associação da DTM com a idade, sexo e sintomatologia dolorosa.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

O estudo realizado foi do tipo observacional, retrospectivo, descritivo e transversal.

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada nos arquivos dos prontuários da Clínica da Dor da Universidade Estadual da Paraíba/Campus I do Programa de Atenção ao Portador de Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial. Criado em 2004 como projeto de extensão, em 2013, transformou-se em um programa, e em 2015 tornou-se institucional.

### **4.3 UNIVERSO E AMOSTRA**

O universo compreendeu 934 prontuários de pacientes atendidos pelo Programa de Atenção ao Portador de DTM e Dor Orofacial, entre os anos de 2006 a 2016 e de acordo com critérios pré-estabelecidos, a amostra constou de 329 prontuários.

#### **4.3.1 Critério de Inclusão e Exclusão**

##### **4.3.1.1 Critérios de Inclusão**

Foram incluídos neste estudo os prontuários devidamente preenchidos de pacientes atendidos na Clínica da Dor entre os anos de 2006 a 2016, de ambos os gêneros e idade; seguidos de seus respectivos Termos De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

##### **4.3.1.2 Critérios de Exclusão**

Foram excluídos deste estudo 605 prontuários de pacientes atendidos que necessitavam de tratamento que não se enquadravam no referido programa e que foram referenciados para outros profissionais da saúde, prontuários de pacientes cujo estudo geral

não permitia a realização do estudo conforme a metodologia proposta e prontuários e TCLE incompletos.

#### 4.4 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

##### 4.4.1 Variáveis Dependentes

Quadro 1. Variáveis Dependentes analisadas no estudo.

Variáveis Dependentes	Definição	Categorização
<b>ÍNDICE ANAMNÉSICO DE FONSECA</b>	Índice para avaliação da Disfunção Temporomandibular	Sem DTM DTM Leve DTM Moderada DTM Severa
<b>AVALIAÇÃO DA DOR</b>	Escala visual graduada de 0 (Sem dor) a 10 (pior dor possível)	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 e 10

##### 4.4.2 Variáveis Independentes

Quadro 2. Variáveis Independentes analisadas no estudo.

Variáveis Independentes	Definição	Categorização
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	Cada um dos intervalos em que se agrupam pessoas de idade aproximada.	0 -15, 16 – 30, 31 – 45, 46 – 60, 61 – 75, 76 - ...
<b>ESTADO CIVIL</b>	Existência do indivíduo perante a lei civil.	Casado, Solteiro, Divorciado, Viúvo.
<b>SEXO</b>	Distinção de seres vivos em relação à função reprodutora.	Masculino Feminino
<b>ESCOLARIDADE</b>	Cumprimento de um determinado ciclo de estudo.	Analfabeto, ensino básico, fundamental, médio e superior.
<b>RENDA</b>	Remuneração dos fatores de produção.	Maior que um salário mínimo e menor que um salário mínimo.
<b>OCUPAÇÃO</b>	Função ou cargo exercido.	Estudante, do lar,

		aposentado, agricultor...
--	--	------------------------------

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12, este estudo foi devidamente registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba / n° 54187316.4.0000.5187 (ANEXO A).

#### 4.6 COLETA DE DADOS

##### 4.6.1 Instrumento de Pesquisa

Para a realização deste estudo feito necessário um levantamento, referente ao período 2006 – 2016, no banco de dados do Programa de Extensão Atenção ao Portador de Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Para isso foi elaborado uma ficha como Instrumento de Pesquisa, contendo os dados sócio demográfico e socioeconômico, assim como os índices DMF e EVA (Apêndice B).

##### 4.6.1.1 Classificação da DTM – Índice Anamnésico DMF (FONSECA et al., 1994)

Os pacientes que procuraram a Clínica do Serviço de Controle da Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da UEPB, campus I, foram entrevistados através de um formulário anamnésico simplificado, validado como Índice Anamnésico DMF (FONSECA et al., 1994). Esse formulário é composto por 10 perguntas, às quais o paciente somente pode responder: sim (S), não (N) ou às vezes (AV). Com base neste índice anamnésico, para cada resposta positiva (S) contam-se 10 (dez) pontos; para cada resposta negativa (N) 0 (zero) ponto e para cada resposta alternativa (AV), 5 (cinco) pontos (PAIVA et al., 2008).

O Índice Anamnésico DMF informa sobre a presença dos sintomas mais comuns da DTM e possibilita um diagnóstico imediato, com base na pontuação previamente estabelecida pelo questionário, no total de pontos obtidos pelo paciente e nas alternativas deles decorrentes, que são: (0-15) Não DTM; (20-40) DTM Leve; (45-65) DTM Moderada e (70-100) DTM Severa (FONSECA et al., 1994; PAIVA et al., 2008).

##### 4.6.1.2 Avaliação da Dor (Escala Visual Analógica - EVA)

A Escala Visual Analógica (EVA) consiste em uma linha horizontal de 10 centímetros em que, na extremidade esquerda há a indicação nº 0 “sem dor” e, na direita nº 10 “pior dor possível”. Os pacientes foram instruídos a assinalar com um traço na reta o equivalente à intensidade da dor (GIFT, 1989).

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados e analisados no *SPSS* (versão 20.0). Utilizou-se da estatística descritiva de frequências absolutas, percentuais e estatística inferencial, através das análises bivariadas por meio do coeficiente de correlação de *Pearson* (valor de P), com prova de significância bilateral.

## 5 RESULTADOS

No período de fevereiro de 2006 a abril de 2016 foram atendidos 934 pacientes, sendo 329 aptos a esta pesquisa, e os demais, 605, não tiveram seus prontuários e/ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aptos a este estudo, por estarem incompletos ou terem sido encaminhados para áreas profissionais correlatas. A maioria dos pacientes pertencia a faixa etária entre 16 e 30 anos (32,8 %), do sexo feminino (77,8%) e estado civil casado (49,8%). Verificou-se que “estudante” foi ocupação mais citada. Quanto à escolaridade a maioria apresentava Ensino Médio (41,6%). Por fim, pouco mais da metade (52,9%) afirmou ter renda familiar superior a 1 salário mínimo. (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo dados sociodemográficos.

		F	%
Idade	0 – 15	19	5,8
	16 – 30	108	<b>32,8</b>
	31 – 45	78	23,7
	46 – 60	86	26,1
	61 – 75	34	10,3
	76 - ...	4	1,2
Estado Civil	Casado	164	<b>49,8</b>
	Solteiro	142	43,2
	Divorciado	12	3,6
	Viúvo	11	3,3
Profissão	Do lar	51	15,5
	Estudante	79	<b>24,0</b>
	Aposentado	24	7,3
	Agricultor	30	9,1
	Professor	18	5,5
	Comerciante	18	5,5
	Outras profissões	109	33,1
Sexo	Masculino	73	22,2
	Feminino	256	<b>77,8</b>
Escolaridade	Analfabeto	10	3,0
	Ensino Básico	40	12,2
	Ensino Fundamental	72	21,9
	Ensino Médio	137	<b>41,6</b>
	Ensino Superior	70	21,3

Renda familiar	≤ 1 SM	155	47,1
	> 1 SM	174	<b>52,9</b>

SM – Salário mínimo

Fonte: Própria pesquisa

O Índice Anamnésico de Fonseca mostra o grau de severidade da DTM. Neste estudo, foram obtidos em ordem decrescente os seguintes valores: moderada (36,2%), leve (30,0%), severa (26,0%) e não DTM (7,0%); observando onde totalidade (93%) dos pacientes atendidos apresentavam DTM. A sintomatologia dolorosa foi avaliada através da escala numérica de intensidade da dor (EVA – Escala Visual Analógica), onde a maioria apontou algum grau de sintomatologia (80,9%) variando entre 1 e 10 na gradação deste instrumento de avaliação; para o grau 0 (zero), aproximadamente um quinto (19,1%) dos pacientes indicaram a marcação correspondente à “sem dor” (Tabela 2).

Tabela 2. Classificação DTM e Escala Visual Analógica (EVA).

		F	%	
<b>Avaliação da DTMF – Índice Anamnésico DMF (FONSECA et al., 1994)</b>	Não DTM	23	7,0	
	DTM Leve	100	30,4	
	DTM Moderada	119	<b>36,2</b>	
	DTM Severa	87	26,4	93%
<b>Avaliação da dor através da Escala Visual Analógica (EVA)</b>	0	63	<b>19,1</b>	
	1	2	0,6	
	2	12	3,6	
	3	8	2,4	
	4	15	4,6	
	5	35	10,6	
	6	38	11,6	80,9%
	7	42	12,8	
	8	52	15,8	
	9	16	4,9	
	10	46	14,0	

Fonte: Própria pesquisa

A tabela 3 mostra as relações da presença de DTM com as características sociodemográficas. Com relação a faixa etária, foi revelado que a prevalência de DTM é crescente com o avançar da idade. Por meio do coeficiente de correlação de *Pearson* (valor de

P), com prova de significância bilateral. O estudo demonstrou que houve significativamente mais mulheres com DTM do que homens ( $p < 0,01$ ).

Tabela 3. Correlação entre Índice Anamnésico DMF, idade e sexo.

		Avaliação da DMF – Índice Anamnésico DMF					
		Não DTM	DTM Leve	DTM Moderada	DTM Severa	Total	P
Idade do paciente	0 -15 anos	2 (10,5%)	<b>8 (42,1%)</b>	<b>7</b> <b>(36,8%)</b>	2 (10,5%)	19	
	16 – 30 anos	5 (4,6%)	29 (26,9%)	<b>43</b> <b>(39,8%)</b>	31 (28,7%)	108	
	31 – 45 anos	6 (7,7%)	15 (19,2%)	<b>30</b> <b>(38,5%)</b>	27 (34,6%)	78	
	46 – 60 anos	3 (3,5%)	29 (33,7%)	<b>32</b> <b>(37,2%)</b>	22 (25,6%)	86	
	61 – 75 anos	7 (20,6%)	<b>18 (52,9%)</b>	6 (17,6%)	3 (8,8%)	34	0,05*
	76 anos ou mais	0 (0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	<b>2</b> <b>(50,0%)</b>	4	
	Total	23 (7,0%)	100 (30,4%)	<b>119</b> <b>(36,2%)</b>	87 (26,4%)	329	
Sexo	Masculino	13 (17,8%)	<b>35</b> <b>(47,9%)</b>	13 (17,8%)	12 (16,4%)	73	
	Feminino	10 (3,9%)	65 (25,4%)	<b>106</b> <b>(41,6%)</b>	75 (29,3%)	256	< 0,01*
Total	23 (7,0%)	100 (30,4%)	119 (36,2%)	87 (26,4%)	329		

Fonte: Própria pesquisa

\*Valor de P

A tabela 4 representa as relações da presença de DTM com o estado civil e nível de escolaridade. No que se refere ao estado civil, não se observou associação significativa nesta correlação ( $p > 0,5$ ). No cruzamento de dados entre DTM e escolaridade também não foi encontrado resultado significativo ( $p > 0,6$ ), mas verificou-se na análise descritiva que os pacientes que apresentavam entre 12 a 17 anos de estudo [Ensino Superior] eram mais acometidas por DTM Moderada (45,7%).

Tabela 4. Associação da DTM com estado civil e nível de escolaridade.

		Avaliação da DTM – Índice Anamnésico DMF					
		Não DTM	DTM Leve	DTM Moderada	DTM Severa	Total	P
Estado Civil	Casado	10 (6,1%)	50 (30,5%)	<b>59</b> <b>(36,0%)</b>	45 (27,4%)	164 100,0 %	0,53*
	Solteiro	11 (7,7%)	43 (30,3%)	<b>52</b> <b>(36,6%)</b>	36 (25,4%)	142 100,0 %	
	Divorciado	1 (8,3%)	3 (36,4%)	4 (33,3%)	4 (33,3%)	12 100,0 %	
	Viúvo	1 (9,1%)	4 (36,4%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	11 100,0 %	
	<b>Total</b>	23 (7,0%)	100 (30,4%)	119 (36,2%)	87 (26,4%)	329 100,0 %	
Escolaridade	Analfabeto	0 (0,0%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)	2 (20,0%)	10 100,0 %	0,64*
	1 – 4 anos [Ens. Básico]	7 (17,5%)	9 (22,5%)	12 (30,0%)	12 (30,0%)	40 100,0 %	
	5 – 8 anos [Ens. Fund.]	5 (6,9%)	22 (30,6%)	<b>32</b> <b>(44,4%)</b>	13 (18,1%)	72 100,0 %	
	9 – 11 anos [Ens. Médio]	4 (2,9%)	<b>47</b> <b>(34,3%)</b>	39 (28,5%)	<b>47</b> <b>(34,3%)</b>	137 100,0 %	
	12 – 17 anos [Ens. Sup.]	7 (7,0%)	18 (25,7%)	<b>32</b> <b>(45,7%)</b>	13 (18,6%)	70 (100,0%)	
	<b>Total</b>	23 (7,0%)	100 (30,4%)	119 (36,2%)	87 (26,4%)	329 100,0 %	

Fonte: Própria pesquisa

\*Valor de P

A tabela 5 mostra a correlação da sintomatologia dolorosa (através da escala visual analógica – EVA) com o diagnóstico dado pelo Índice Anamnésico de Fonseca, os resultados indicaram que os sintomas de dor e sensibilidade dolorosa em pacientes com DTM foram gradativos de acordo com a severidade de tal desordem. A análise bivariada revelou associação significativa entre a presença de DTM e sintomatologia dolorosa avaliada pela EVA.

Tabela 5. Correlação entre Índice Anamnésico DMF e Escala Visual Analógica (EVA).

	Avaliação da DTM					<i>P</i>
	Não DTM	DTM Leve	DTM		Total	
			Moderada	Severa		
Classificação da dor através da escala visual analógica (EVA)	0	16 25,4%	<b>41</b> <b>65,1%</b>	6 9,5%	0 0,0%	63 100,0%
	1	0 0,0%	<b>2</b> <b>100,0%</b>	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%
	2	2 16,7%	<b>7</b> <b>58,3%</b>	2 16,7%	1 8,3%	12 100,0%
	3	0 0,0%	2 25,0%	<b>3</b> <b>37,5%</b>	3 37,5%	8 100,0%
	4	1 6,7%	5 33,3%	<b>8</b> <b>53,3%</b>	1 6,7%	15 100,0%
	5	1 2,9%	10 28,6%	<b>20</b> <b>57,1%</b>	4 11,4%	35 100,0%
	6	1 2,6%	10 26,3%	<b>14</b> <b>36,8%</b>	13 34,2%	38 100,0%
	7	0 0,0%	9 21,4%	<b>21</b> <b>50,0%</b>	12 28,6%	42 100,0%
	8	0 0,0%	5 9,6%	20 38,5%	<b>27</b> <b>51,9%</b>	52 100,0%
	9	1 6,3%	3 18,8%	6 37,5%	6 37,5%	16 100,0%
	10	1 2,2%	6 13,0%	<b>19</b> <b>41,3%</b>	<b>20</b> <b>43,5%</b>	46 100,0%
<b>Total</b>	23 7,0%	100 30,4%	119 36,2%	87 26,4%	329 100,0%	

&lt; 0,01\*

Fonte: Própria pesquisa

\*Valor de P

No que concerne à distribuição da primeira hipótese diagnóstica, sugeriu-se que (21,9%) apresentavam bruxismo, (13,7%) DTM muscular, e entre as menores incidências a neuralgia do trigêmeo (2,4%). (Tabela 6).

Tabela 6. Primeira hipótese diagnóstica.

		F	%
Primeira hipótese diagnóstica	Deslocamento de disco articular com redução	15	4,6
	Deslocamento de disco articular sem redução	13	4,0
	Bruxismo	72	<b>21,9</b>
	Neuralgia do trigêmeo	8	2,4
	DTM Muscular	45	13,7
	DTM Articular	26	7,9
	DVO diminuída	27	8,2
	Colapso oclusal	14	4,3
	Hipermobilidade	38	11,6
	Hipomobilidade	11	3,3
	Outros	60	18,2

Fonte: Própria pesquisa

Percebeu-se por meio da tabela 7 que os resultados da primeira hipótese diagnóstica identificaram o bruxismo como diagnóstico mais frequente e por meio dos resultados do Índice Anamnésico – DMF foi observada a DTM Leve como a mais frequente entre esses pacientes (43,1%). No entanto, a correlação de bivariáveis não mostrou associação significativa entre DTM e primeira hipótese diagnóstica ( $p > 0,21$ ).

Tabela 7. Correlação entre Índice Anamnésico e primeira hipótese diagnóstica.

		Avaliação da DTM – Índice Anamnésico DMF (FONSECA et al., 1994)				Total	P
		Não DTM	DTM Leve	DTM Moderada	DTM Severa		
Primeira Hipótese Diagnóstica	DDA com redução	0 0,0%	2 13,3%	9 60,0%	4 26,7%	15 100%	
	DDA sem redução	0 0,0%	3 23,1%	5 38,5%	5 38,5%	13 100%	
	Bruxismo	8 11,1%	<b>31</b> <b>43,1%</b>	24 33,3%	9 12,5%	<b>72</b> <b>100%</b>	
	Neuralgia do trigêmeo	1 12,5%	3 37,5%	3 37,5%	1 12,5%	8 100%	

DTM muscular	1	6	16	<b>22</b>	<b>45</b>	0,21*
	2,2%	13,3%	35,6%	<b>48,9%</b>	<b>100%</b>	
DTM articular	0	6	5	15	26	
	0,0%	23,1%	19,2%	57,7%	100%	
DVO diminuída	4	8	9	6	27	
	14,8%	29,6%	33,3%	22,2%	100%	
Colapso oclusal	0	3	4	7	14	
	0,0%	21,4%	28,6%	50,0%	100%	
Hipermobilidade	1	14	16	7	38	
	2,6%	36,8%	42,1%	18,4%	100%	
Hipomobilidade	0	4	2	5	11	
	0,0%	36,4%	18,2%	45,5%	100%	
Outros	8	20	26	6	60	
	13,3%	33,3%	43,3%	10,0%	100%	
Total	23	100	119	87	329	
	7,0%	30,4%	36,2%	26,4%	100%	

#### DDA – Deslocamento de Disco Articular

Fonte: Própria pesquisa

\*Valor de P

A tabela 8 descreve a necessidade de reabilitação protética e utilização de prótese dentária. Foi notado que a maioria (53,8%) apresentava a indicação de utilizar algum tipo de prótese dentária.

Tabela 8. Descrição da necessidade de reabilitação e utilização de prótese.

		<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Necessita de reabilitação protética?</b>	Sim	177	<b><u>53,8</u></b>
	Não	152	46,2
<b>Dentre os que necessitam de prótese, as utilizam?</b>	Sim	111	<b><u>62,7</u></b>
	Não	66	37,3

Fonte: Própria pesquisa

Por fim, a tabela 9 mostra o cruzamento de entre o Índice Anamnésico – DMF e a necessidade de reabilitação protética. Concluiu-se que havia necessidade de reabilitação protética em pouco mais da metade dos pacientes (53,8%). Porém o cruzamento de dados

dessas variáveis não mostrou resultado significativo entre a de necessidade de reabilitação e avaliação da DTM.

Tabela 9. Distribuição da necessidade de reabilitação protética e avaliação da DTM.

		Necessita de reabilitação protética?		Total	P
		Sim	Não		
Avaliação da DTM – Índice Anamnésico DMF	Não DTM	13	10	23	0,31*
		56,5%	43,5%	100,0%	
	DTM Leve	<b>58</b>	42	100	
		<b>58,0%</b>	42,0%	100,0%	
	DTM Moderada	62	57	119	
	52,1%	47,9%	100,0%		
	DTM Severa	44	43	87	
		50,6%	49,4%	100,0%	
<b>Total</b>		<b>177</b>	152	329	
		<b>53,8%</b>	46,%	100,0%	

Fonte: Própria pesquisa

\*Valor de P

## 6 DISCUSSÃO

Não obstante as limitações desta pesquisa, por corresponder a um estudo retrospectivo, destaca-se sua relevância, uma vez que, representa a importância dos centros especializados em distúrbios temporomandibulares e dor orofacial, proporcionando informações sobre o perfil dos pacientes que buscam atendimento. No que tange à atenção dada ao ensino das dores orofaciais e DTMs, por exemplo, a literatura apontou que este quesito tem sido reportado desde a década de 1970. A partir de então, avanços notáveis têm sido observados, no entanto, ainda está distante do que pode ser considerado ideal (KLASSER; GREENE, 2007). As DTMs são comumente encontradas nos diferentes segmentos populacionais e têm repercussão negativa na qualidade de vida das pessoas (SCHMID-SCHWAP et al., 2013). Poucos centros de graduação apresentam, entre os componentes, disciplina ou programa de extensão em dor orofacial e distúrbios temporomandibulares. Tal déficit curricular acarreta prejuízos na formação profissional do cirurgião dentista, levando-o a sensação de incapacidade para intervir no plano de tratamento de pacientes portadores de DTM/Dor Orofacial (LEHER et al., 2005).

A caracterização da amostra estudada evidenciou que os pacientes que apresentaram DTM predominaram entre adultos jovens. Este achado pode ser explicado pelo fato de que a faixa etária mais afetada está no período que compreende a etapa de maior produtividade dos indivíduos (MOBILIO et al., 2011); onde os mais afetados se enquadraram na faixa entre 16 a 30 anos. Santos Silva et al. (2005) em um grupo com DTM com idade média de 34,6 anos e Sarlani et al. (2007) de 36,1 anos de idade. Porém, Michelotti (2008) averiguaram pacientes com DTM com média de idade de 45 anos. Um outro estudo relatou diferenças na ocorrência de DTM de acordo com as faixas etárias, afirmando não haver explicação satisfatória na literatura para este fato (PEREIRA JÚNIOR et al., 2004).

Observou-se que a metade (49,8%) dos pacientes eram casados, houve quantidade significativa (43,2%) de pacientes solteiros. Contudo, Bezerra et al. (2012) obtiveram, em seu estudo à cerca da prevalência de DTM e diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários, que 91,4 % eram solteiros e 8,6% casados ou com união estável, divergindo dos estudos desta pesquisa.

Os resultados encontrados no presente estudo estão de acordo com outras pesquisas pois mostraram que entre mulheres, existe um maior envolvimento em relação à DTM, bem como o aumento da expressão dos sinais e sintomas (NOMURA et al., 2007). Muitos fatores têm sido pesquisados para esclarecer o fato das pessoas do sexo feminino, em sua maioria,

serem mais acometidas de DTM. Uma das explicações seria a de talvez as mulheres se preocuparem mais com a sua saúde do que os homens, procurando atendimento para o seu problema (RUELA, 2001). Esta maior prevalência de mulheres acometidas por DTM é provável devido à influência do comportamento hormonal, anatômico e fatores psicossociais (NOMURA et al., 2007; MAZZETO et al., 2014; SLADE et al., 2013). As mulheres têm 3 vezes mais riscos de desenvolver dor miofacial do que os homens (VELLY; GORNITSKY; PHILIPPE, 2003). A maioria dos indivíduos que buscam tratamento para DTM são mulheres em idade reprodutiva (MANFREDINI, et al., 2012), porém ainda não existe consenso na literatura sobre a razão da maior prevalência em mulheres do que em homens (WARREN; FRIED, 2011). A maior prevalência de DTM na idade reprodutiva, aliada ao padrão de início após a puberdade, maior associação com período pré-menstrual e taxas de prevalência diminuídas no período pós-menopausa sugerem que os hormônios reprodutivos femininos podem ter um importante papel na etiologia ou na manutenção da condição de DTM (NEKORA-AZAK et al., 2008).

No que se refere à escolaridade achados que corroboram com este estudo, que confirmou como negativa a relação entre DTM e fatores de ordem econômica e nível de escolaridade. Um estudo mostrou que o aumento de nível de ensino não impediu o desenvolvimento de sinais e sintomas de DTM, e que a incidência de DTM não foi maior em pacientes com um baixo nível de escolaridade. Quanto à renda, observou-se que uma boa condição financeira não eximiu a possibilidade de desenvolver a DTM (SENER; AKGUNLU, 2011),

Nos prontuários do presente estudo, foi utilizado o Índice Anamnésico de Fonseca, desenvolvido para classificar os pacientes de acordo com a severidade de seus sintomas, rastreamento dos portadores de DTM pela sua simplicidade, rapidez e baixo custo. Levando em consideração os resultados alcançados neste trabalho com relação ao grau de DTM, dos 329 pacientes avaliados, 36,2% foi caracterizado como portador de DTM Moderada, 30,4% DTM Leve e 26,4% DTM Severa e 7,0% não apresentaram DTM. Diferente dos resultados apresentados por Silveira (2007), em que 37,56% dos voluntários apresentaram DTM Leve, 19,0% DTM Moderada e 2,72% DTM Severa, e por Vieira et al. (2010), onde 37,37% dos pacientes apresentavam DTM Leve, 35,16% DTM Moderada e 19,78% DTM Severa. De acordo com Fonseca et al. (1994) os indivíduos portadores de DTM moderada e severa necessitam de tratamento específico. Os indivíduos que apresentaram grau moderado ou severo nesta pesquisa somaram 62,6%.

A dor é a queixa principal nos estudos sobre DTM, ou a que mais incomoda os pacientes que apresentam esta desordem. Ela tem a função de proteção, indicando ao indivíduo que algum dano está ocorrendo em seu organismo (BIANCHINI, 2000). Apesar de haver evidências para acreditar que as DTMs ou qualquer condição dolorosa da face causem algum impacto na qualidade de vida, um pequeno número de trabalhos documentou o uso de ferramentas específicas ou multidimensionais com esse objetivo (OLIVEIRA et al., 2003). Nos prontuários deste estudo é utilizada a escala visual analógica (EVA), identificar o grau de dor, que consiste em uma linha horizontal com 10 marcações em que em uma das extremidades há a indicação “sem dor” e na outra extremidade “a pior dor possível”, para que o paciente assinalasse o equivalente à intensidade da dor; os resultados indicam que os sintomas de dor e sensibilidade dolorosa em pacientes com DTM foram gradativos de acordo com a severidade e significativamente maiores, em concordância com pesquisa de Moreno em 2009.

No presente estudo foi observado que a ocupação de “estudante” (24,0%), seguida de “do lar” (15,5%) compreenderam uma expressiva porcentagem entre os prontuários analisados. Devido à carência de trabalhos, na literatura, que abordem a ocupação dos pacientes atendidos em clínicas escolas que se dedicam o diagnóstico e tratamento das DTMs, não foi possível correlacionar esta variável com a ocupação dos pacientes. Todavia, no estudo de Donnarumma, et al. (2010) com pacientes que estavam em tratamento ortodôntico e apresentavam DTM, foi observado a seguinte incidência: 43 (34,4%) profissionais com vínculo empregatício; 24 pessoas (19,2%) profissionais do lar; 21 (16,8%) autônomos (de variadas áreas); 12 (9,6%) estudantes (de diferentes áreas); 8 (6,4%) profissionais da área da saúde; 10 (8%) professores de variadas matérias, do ensino infantil à graduação; cinco (4,0%) aposentados; e duas (1,6%) outras profissões, que e que somadas não tiveram número expressivo. Tavarez (2013), em seu estudo sobre a prevalência e gravidade de DTM em professores do ensino superior, apontou que a frequência de DTM em professores não foi diferente da de não professores ( $\alpha^2 = 1,925$ ;  $p = 0,165$ ); entretanto, quando professores foram acometidos por DTM, o grau de gravidade foi maior, quando comparados com não professores ( $\alpha^2 = 6,436$ ;  $p < 0,05$ ). Não houve diferença estatística significativa ( $p > 0,05$ ) entre a jornada de trabalho de portadores e não portadores de DTM. Em outro estudo, com alunos de uma escola de saúde, verificou-se quanto à prevalência por curso, que o que mais apresentou DTM foi o de Fisioterapia (65,6%), seguido do de Enfermagem (3,7%) e de Farmácia (5,4%) (MINGHELLI; KISELOVA; PEREIRA, 2016).

Com relação à renda familiar, esta pesquisa revelou que pouco mais da metade (52,9%) tinham renda familiar superior a um salário mínimo. Simultaneamente a pesquisa de Selaimen (2007), que observou a avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares, a renda da amostra, revelou-se que aproximadamente 50% da população estudada recebiam de dois a cinco salários mínimos, podendo-se considerar como de baixa renda. Em média 15% da população estudada apresentavam renda muito baixa, variando de zero a um salário mínimo. Por volta de 20% da amostra relatavam renda variando entre seis e dez salários mínimos. Apenas 10% da amostra relatavam renda superior a onze salários mínimos.

No presente estudo não foi possível avaliar o comportamento da sintomatologia dolorosa após o tratamento indicado, pois não havia esta proposição nos prontuários analisados. Dixon, Bird (1981) defenderam que a escala visual analógica (EVA) pode ser utilizada para avaliar a dor em diversas patologias, incluindo as DTMs. Ela permite mensurar subjetivamente desde a ausência de dor até o mais alto grau de dor. No estudo de Torres et al. (2012) pode-se perceber que todos os pacientes que realizaram o tratamento para DTM apresentaram melhora no quadro doloroso, segundo os valores da EVA, sendo essa melhora significativa estatisticamente ( $p = 0,0445$ ) quando comparadas as médias pré e pós-intervenção fisioterapêutica.

Com relação à primeira hipótese diagnóstica, sugeriu-se que parcela significativa (21,9%) era bruxômano. Valor de grande significância e corroboram com estudos tais como o de Branco et al. (2008) que avaliou 182 pacientes, onde 76,9% ( $n = 140$ ) relataram algum tipo de parafunção, podendo ser diurna, noturna ou a associação de ambas. A parafunção diurna foi a mais frequente entre os subgrupos de DTM, sendo encontrada em 64,8% dos casos contra 55,5% dos casos com relatos de bruxismo do sono. O relato de ambas as parafunções foi constatado em 43,4% ( $n = 79$ ) dos pacientes com DTM. Blini et al. (2010) verificaram que o bruxismo ocorreu em 50% dos sujeitos sintomáticos de DTM, sendo mais frequente nos sujeitos com grau severo de sintomatologia (25%), seguido pelo grau moderado (14,3%) e pelo grau leve (10,7%).

No que tange à necessidade e utilização de prótese dentária, foi visto que uma parcela significativa (53,8%) dos pacientes apresentou indicação de reabilitação protética, e dentre eles pouco mais da metade (62,7) faziam uso de algum tipo de prótese. Medeiros et al. (2012), considerando a elevada perda dentária, ainda em adultos, puderam observar pela alta necessidade de prótese dentária, alcançando 91% de necessidade de prótese inferior e 45% dos indivíduos adultos do município faziam uso de prótese dentária superior e 4% usavam

prótese inferior. A prevalência de idosos que faz uso de prótese superior foi 50% e 7%, prótese inferior, porém 73% já necessitavam de prótese superior e 91% de prótese inferior. Num estudo com 720 indivíduos, 63,7% usavam algum tipo de prótese superior e 30,0% usavam prótese inferior; mulheres usavam prótese superior e inferior com maior frequência; indivíduos com idade entre 60 e 74 anos fizeram maior uso de próteses, sendo a prótese total a mais usada; entre as categorias de renda, a prótese total superior foi a mais utilizada pelos indivíduos que recebiam menos de 1 salário mínimo (MALLMANN; TOASSI; ABEGG, 2012).

O cruzamento de dados a respeito da necessidade de reabilitação protética e sua associação com a DTM não mostrou resultado significativo entre a de necessidade de reabilitação e avaliação da DTM. Os resultados do estudo clínico de Jorge et al. (2013) mostraram que a presença de DTM em pacientes usuários de prótese não pôde ser correlacionada ao uso de prótese, já que a presença de DTM para pacientes desdentados e dentados apresentou-se semelhante.

Um relevante fator a ser considerado foi que, para que não haja sobreposição significativa entre o papel do cirurgião dentista no diagnóstico e manejo dos transtornos que acometem o SE, bem como o papel de outros profissionais de saúde, é essencial que haja uma grande interação entre eles (ATTANASIO, 2002). Desta forma, centros de especializados em DTM e Dor Orofacial deveriam contar com equipes multiprofissionais, tal qual se encontra no Programa de Atenção ao Portador de Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial, do Departamento de Odontologia da UEPB/Campus I.

Em síntese, pôde-se inferir que a Extensão deve ser valorizada tanto quanto o ensino e pesquisa, pois é a partir dela que se tem a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos acumulados e apreendidos em sala de aula, devolvendo-os à sociedade. No momento em que tem-se o contato com a sociedade, identificam-se suas reais carências, o que pôde direcionar sobremaneira às pesquisas e o ensino.

## 7 CONCLUSÃO

- A faixa etária mais prevalente foi entre adultos jovens; estado civil: casado; sexo feminino; nível de escolaridade: ensino médio; ocupação: estudante e com renda familiar superior a um salário mínimo;
- A DTM moderada foi a mais prevalente;
- Com relação a faixa etária, foi revelado haver associação com DTM sendo crescente com o avançar da idade; assim como o sexo.No que se referem ao estado civil a escolaridade, não foi observado haver associação;
- Os sintomas de dor e sensibilidade dolorosa em pacientes com DTM foram gradativos de acordo com a severidade de tal desordem, havendo associação;
- O bruxismo foi a hipótese diagnóstica mais observada;
- Verificou-se que a maioria apresentava indicação de reabilitação protética.

## REFERÊNCIAS

- AGERBERG, G., INKAPÖÖL. Craniomandibular disorders in an urban Swedish population. **J Craniomandib Dis Fac Oral Pain**, v. 4, p. 154-64, 1990.
- ATTANASIO, R. The study of temporomandibular disorders and orofacial pain from the perspective of the predoctoral dental curriculum. **J Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 16, n. 3, p. 176-80, 2002.
- BARBOSA, G. A. S. Recursos fisioterápicos disponíveis para o tratamento das disfunções temporomandibulares, **J Bras Oclus ATM Dor Orofac**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 311-19, set. 2003.
- BARBOSA, I. A. M.; SILVA, P. E.; SILVA, K. A. F. Tratamento das Disfunções da Articulação Temporomandibular por meio da Técnica de Dígito Pressão. **Rev Eletrônica Saúde CESUC**. Catalão – GO, v. 1, n. 1, 2010.
- BEZERRA, B. P. N. et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. **Rev Dor**. v. 13, n. 3, p. 235-42. São Paulo, 2012.
- BIANCHINI, E. M. G. Articulação Temporomandibular e Fonoaudiologia. In: Bianchini E. M. G., organizadora. **Articulação Temporomandibular: implicações, limitações e possibilidades**. Carapicuíba: Pró-fono; p. 07-17, 2000.
- BIASOTTO-GONZALEZ, D. A. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**. São Paulo. Manole. p. 228. 1º ed. 2005.
- BLINI, C. C. et al. Relação entre bruxismo e o grau de sintomatologia de disfunção temporomandibular. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 427-33, 2010.
- BRANCO, R. S. et al. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). **Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 61-9, 2008.
- BUMANN, A.; LOTZMAN, U. **Disfunção Temporomandibular: Diagnóstico Funcional e Princípios Terapêuticos**. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CARLSSON, G. E.; MAGNUSSON, T.; GUIMARÃES, A. S. Predictors of signs and symptoms of temporomandibular disorders: a 20-year follow-up study from childhood to adulthood. **Acta Odontol Scand**, v. 60, n. 3, p. 180-5, jun. 2002.
- CARRARA, S. V.; CONTI, P. C. R.; BARBOSA, S. J. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e dor Orofacial. **Dental Press J Orthod**, São Paulo, v. 15, n.3, p. 114-20, mar. 2010.
- CARREIRO, C. F. P. et al. Desordens Temporomandibulares: terapia odontológica e fonoaudiológica. **J Bras Fonoaudiol**, v. 2, n. 3, p. 40-4, 2001.

CONTI, P. C. R.; FERREIRA, P. M.; PEGORARO, L. F.; CONTI, J. V.; SALVADOR, M. C. G. Disfunção temporomandibular (DCM). Parte II - Aspectos psicológicos e hiperatividade muscular. **Rev ABO Nac.** v. 2, n. 2, p. 103-6, 1996.

DE FELICIO, C. M. et al. Mandibular cinemática e músculos mastigatórios EMG em pacientes com baixa TMD duradouro de gravidade ligeira a moderada. **J Electromyogr Kinesiol**, 23, p. 627-33, 2013.

DIXON, J. S.; BIRD, H. A. Reproducibility along a 10-cm vertical visual analogue scale. **Ann Rheum Dis.** v. 40, n.1, p. 87-9, 1981.

DONNARUMMA, M. D. C. et al. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. **Rev CEFAC**, São Paulo , v. 12, n. 5, p. 788-94, out, 2010

DWORKIN, S. F. et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: Clinical signs in cases and controls. **J Am Dent Assoc**, v. 120, p. 273-81, 1990.

DWORKIN, S. F.; LeRESCHÉ, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, criteria. **J Craniomand Facial Oral Pain**, v. 6, p. 301-55, 1992.

FARILLA, E. E. **Frequência das parafunções orais nos diferentes subgrupos de diagnósticos de Desordens Temporomandibulares de acordo com Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Desordens temporomandibulares (RCD/TMD).** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

FERREIRA, C. L. et al. Impaired orofacial motor functions on chronic temporomandibular disorders. **J Electromyogr Kinesiol.** v. 24, p. 65-71, 2014.

FERREIRA, C. L.; SILVA, M. A.; FELÍCIO, C. M. Sinais e sintomas de disfunçãotemporomandibular em mulheres e homens. **Codas**, v. 28, n. 1, p.17-21, 2016.

FONSECA, D.M., et al. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **Rev Gaúcha de Odontol**, v.42, n.1, p.23-8, 1994.

GIFT, A. G. Visual analogue scales: measurement of subjective phenomena. **Nurs Res**, v. 38, 286-8, 1989.

GONÇALVES, L. P. V; TOLEDO, O. A. et al. Relações entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos locais. **Dental Press J. Orthod**, v.15, n.2, p.97-104, mar. 2010,

GROSSMANN, E.; COLLARES, M. V. M. odontalgia associada à dor e a à disfunção miofascial. **Ver Bras Cir Craniomaxilofac**, v. 9, n.1, p. 19-24. 2006.

HOFFMANN, R. G.; KOTCHEN, J. M.; KOTCHEN, T. A.; et al. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. **Clin J Pain.** v. 27, n. 3, p. 268-74, 2011.

JOHN, M. T.; DWORKIN, S. F.; MANCL, L. A. Reliability of clinical temporomandibular disorder diagnoses. **Pain.** v. 118, n. 1, p. 61-69. 2008.

JORGE, J. H.; SILVA JÚNIOR, G. S.; URBAN, V. M.; NEPPELENBROEK, K. H.; BOMBARDA, N. H. C. Desodens temporomandibulares em usuários de prótese parcial removível: prevalência de acordo com a classificação de Kennedy. **Rev Odontol UNESP**, v. 42, n. 2, p. 72-7, 2013.

KLASSER, G.D.; GREENE, C. S. Predoctoral teaching of temporomandibular disorders: A survey of U.S. and Canadian dental schools. **J Amer Dent Assoc**, Chicago, v. 138, n. 2, p. 231-7, feb. 2007.

LEEUW, R. **Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento**. 4º ed. São Paulo: Quintessence; 2010.

LEHER, A. et al. Is there a difference in the reliable measurement of temporomandibular disorder signs between experienced and inexperienced examiners? **J Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 19, n. 1, p 58-64, 2005.

LeRESCHE, L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation for etiologic factors. **Crit Rev Oral Biol Med**, v. 8, p. 291-305, 1997.

MALLMANN, F. H.; TOASSI, R. F. C.; ABEGG, C. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três 'Distritos Sanitários' de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 79-88, 2012.

MCNEILL, C.; FALACE, D.; ATTANASIO, R. Continuing education for TMD and orofacial pain: a philosophical overview. **J Craniomand Dissord**, Lombar, v. 6, n. 2, p. 135-6, 1992.

MANFREDINI, D.; GUARDA-NARDINI, L.; WINOCUR, E.; PICCOTTI, F.; AHLBERG, J.; LOBBEZOO, F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. v. 112, p. 453-62, 2011.

MARTINS, R. J. et al. Relação da classe econômica e qualidade de vida na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Rev Odontol Univ São Paulo**. v. 20, n. 13, p. 147-53. 2008.

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

MAZZETO, M. O. et al. Severity of TMD related to age, sex and electromyographic analysis. **Braz Dent J**. v. 25, p. 54-8, 2014.

MEDEIROS, J. J. et al. Edentulismo, uso e necessidade de prótese e fatores associados em município do nordeste brasileiro. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 12, n. 4, p. 573-78, 2012.

MELO, G. M. Disfunções temporomandibulares e dores orofaciais: uma visão interdisciplinar para o tratamento. **Rev Dentística online**. v. 17, p. 38-42, 2008.

MICHELOTTI, A. Tactile and pain thresholds in patients with mofascial pain of the muscles: a case-control stud. **J Orofac Pain**. v. 22, n. 2, p. 139-145, 2008.

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 Sau Pub.**, Lisboa , v. 29, n. 2, p. 140-7, jul.. 2016.

MIOCHE, L.; BOURDIOL, P.; MONIER, S. Chewing behavior and bolus formation during mastication of meat with different textures. **Arch Oral Biol**, v. 48, p. 193-200, 2003.

MOBILIO, N. et al. Prevalence of self-reported symptoms related temporomandibular disorders in an Italian population. **J Oral Rehab**, Oxford, may., 2011.

MORENO, B. G. D.; et al. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. **Rev Bras Fisio**, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 210-14, mai./jun., 2009.

MURRAY, H. et al. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial unit. **J Orofac Pain**, v. 10, n. 4, p. 316-23, 1996.

NEKORA-AZAK, A. et al. Estrogen replacement therapy among postmenopausal women and its effects on signs and symptoms of temporomandibular disorders. **Cranio**. v.26, n.3, p. 211-15, 2008.

NOMURA, K. et al. Use of the Fonseca's questionnaire to assess the prevalence and severity of temporomandibular disorders in Brazilian dental undergraduates. **Braz Dent J**, v. 18, p. 163-7, 2007.

OKESON, J. P. **Etiology of functional disturbances in the masticatory system**. In: Okeson JP, editor. Management of temporomandibular disorders and occlusion, 7th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 102-28, 2013.

OLIVEIRA, A. S.; et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. **J Appl Oral Sci**. v. 11, n. 2, p. 138-43, 2003.

ORAL K, BAL KÜÇÜK B, EBEOĞLU B, DINÇER S. Etiology of temporomandibular disorder pain. **Agri**, v. 21, p. 89-94, 2009.

PAIVA, H. J. et al. **Noções e Conceitos Básicos em oclusão,disfunção temporomandibular e dor orofacial**. Livraria Santos: São Paulo, 2008. 457p.

PEDRONI, C. R.; DE OLIVEIRA, A. S.; GUARATINI, M. I. Prevalence stud of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. **J Oral Rehabil**. v. 30, n. 3, p. 283-9, 2003.

PEDROTTI, F.; et al. Diagnóstico e Prevalência das Disfunções Temporomandibular em Graduados do Curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. **Stomatos Canoas**. v. 17, n. 32, p. 15-23. 2011.

PEREIRA JÚNIOR, F. J. et al. Visão geral das desordens temporomandibulares Parte I: definição, epidemiologia e etiologia. **RGO**, v. 52, n. 2, p. 117-21. 2004.

PEREIRA, K. N. F.; et al. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. **Rev CEFAC**. v. 7, n. 2, p. 221-28. 2005.

QUINTO, C. A. Classificação e tratamento das disfunções temporomandibulares: qual o papel do fonoaudiólogo no tratamento dessas disfunções? **Rev CEFAC**. v. 2, n. 2, p. 15-22, 2000.

RUELA, A. C. C.; et al. Prevalência de bruxismo em 277 pacientes portadores de desordens temporomandibulares. **RPG Rev Pós Grad**, v. 1, n. 8, p. 70-75, 2001.

RUGH, J. D.; SOLBERG, W. K. Oral health status in the United States. Temporomandibular disorders. **J Dent Educ**, v. 49, p. 398-404, 1985.

SARLANI, E. et al. Temporal summation of pain characterizes women but not men with temporomandibular disorders. **J Orofac Pain**. v. 21, n. 4, p. 309-17, 2007.

SANTOS SILVA, R. S. et al. Pressure pain threshold in the detection of masticator muscle pain: a algometer-based study. **J Orofac Pain**. v. 19, n. 4, p. 318-24, 2005.

SCHIFFMAN, E. L. et al. The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. **J Am Dent Assoc**, v. 120, n. 3, p. 295-303, 1990.

SEGÙ, M. et al. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. **Minerva Stomatol**, v. 52, n. 6, p. 279-87. 2003.

SELAIMEN, C. et al. Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares. **Ciênc saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1629-39, 2007.

SENER, S.; AKGUNLU F. Sociodemographic comparison in patients with subjective and objective clinical findings of Temporomandibular Disorders. **Eur J Dent**. v. 5, n. 4, p. 380-6, 2011.

SHMID-SCHWAP, M. et al. Sex, specific differences in patients with temporomandibular disorders. **J Orofac Pain**, v. 27, n. 1, p. 42-50, 2013.

SILVA, A. M. T.; MORISSO, M. F.; CIELO, C. A. Relação entre grau de severidade de disfunção temporomandibular e a voz. *Pró-Fono. Atual. Cient.* v. 19 n.3 Barueri jul/set. 2007.

SILVEIRA, A. M. et al. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. **Rev Bras Otorrinolaringol**. v. 4, n. 74, p. 528-32, 2007.

SLADE, G. D. et al. Signs and symptoms of first-onset TMD and sociodemographic predictors of its development: the OPPERA prospective cohort study. **J Pain**. v. 14, p. 20-32, 2013.

TAVAREZ, Rudys Rodolfo De Jesus et al. Prevalência e gravidade de disfunção temporomandibular em professores do ensino superior. **Rev. dor**, v. 14, n. 3, p. 187-91, 2013.

TECCO, S.; CRINCOLI, V.; DI BISCEGLIE, B.; SACCUCCI, M.; MACRÍ, M.; POLIMENI, A. Signs and symptoms of temporomandibular joint disorders in Caucasian children and adolescents. **J Craniomand Practice**, v. 29, p. 71-9, 2011.

TEIXEIRA, S. A.; ALMEIDA, F. M. A influência do tratamento ortodôntico nas disfunções temporomandibulares. **Bras Odontol**. v. 2, n. 1, p. 129-36. 2007.

TEIXEIRA, M.J. **Dor: Manual para o clínico**. São Paulo: Atheneu. 2006. 526p.

TORRES, F.; CAMPOS, L. G.; FILLIPINI, H. F.; WEIGERT, K. L.; VECCHIA, G. F. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. **Rev Fisioter Mov**. Curitiba, v. 25, n. 1, p. 117-25, jan./mar. 2012

VELLY, A. M., GORNITSKY, M., PHILIPPE, P. Contributing factors to chronic myofascial pain: a case-control study. **J Pain**, v. 14, n. 3, p. 8-37, 2003.

VIEIRA J. C. et al. **Prevalência de disfunção temporomandibular entre universitários segundo índice de Helkimo, e sua correlação com diversos hábitos parafuncionais**. IC UFU. 2009 [acesso 4 abr. 2016]; 1-10. Disponível: em: <https://ssl4799.websiteseuro.com/swge5/seg/cd2009/PDF/IC2009-0366.pdf>.

WARREN, M. P.; FRIED, J. L. Temporomandibular disorders and hormones in women. **Cells Tissues Organs**. v. 169, n. 3, p. 187-92, 2001.

WINOCUR, E.; et al. Oral habits among adolescent girls and their association with symptoms of temporomandibular disorders. **J Oral Rehabil**. v. 7, n. 38, p. 624-9. 2001.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO****SERVIÇO DE CONTROLE DE DTM E DOR OROFACIAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização dos exames necessários ao diagnóstico e tratamento.

Concedo ainda, se necessário, a documentação do caso (imagens, modelos, fotografias, ou outras informações contidas nesta ficha) com finalidade de ensino e divulgação (dentro das normas éticas vigentes) em congressos, jornais/revistas científicas, etc.

Estou ciente que serão utilizados materiais e técnicas na tentativa de promover uma melhor qualidade de vida.

Fui informado que minha colaboração é essencial para o sucesso do tratamento.

Declaro que obtive todas as informações necessárias sobre os exames, diagnósticos e possibilidade de tratamento que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos na odontologia.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. do paciente ou responsável

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

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



## ANEXO B – 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/  
PROREITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Marconi do Ó Catão.  
Coordenador CEP-UEPB

Relator: 20.

**Título da Pesquisa:** PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E DOR OROFACIAL –EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS.

**Pesquisador Responsável:** Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro

**Orientanda:** Anna Kássia Tavares Alves Chaves Santiago.

**CAAE:** 54187316.4.0000.5187

**Data da 1ª relatoria:** 16/03/2016

**Data da Publicação Colegiado:** 30/03/2016

**SITUAÇÃO DO PROJETO:** APROVADO

**Apresentação do Projeto:** Projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, para análise e parecer com fins de realização de pesquisa referente ao trabalho de conclusão do curso de Odontologia, da Universidade Estadual da Paraíba, tendo como orientanda, a aluna concluinte Anna Kássia Tavares A. C. Santiago, sob a orientação da pesquisadora Ana Isabella A. M. Ribeiro. Trata-se de um estudo observacional, com abordagem qualitativa, apresentando caráter descritivo, transversal. Será desenvolvido através de prontuários do banco de dados do Programa de Extensão Atenção ao Portador de Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. A Odontologia enfrenta um relevante