UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Ira Cristina Uekama

**ESTUDO DE ALTERAÇÕES LOCAIS E SISTÊMICAS EM
INDIVÍDUOS PORTADORES DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR**

RIBEIRÃO PRETO
2012

Ira Cristina Uekama

**ESTUDO DE ALTERAÇÕES LOCAIS E SISTÊMICAS EM
INDIVÍDUOS PORTADORES DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR**

Dissertação apresentada na Faculdade de Odontologia de
Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, como
parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre
em Odontologia Restauradora

Área de concentração: Dentística Restauradora

Orientador: Prof. Dr. César Bataglion

RIBEIRÃO PRETO
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E/OU DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA PRESENTE OBRA POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Uekama, Ira Cristina

Estudo de alterações locais e sistêmicas em indivíduos portadores de disfunção temporomandibular. Ribeirão Preto, 2012.

119 p.: il.; 30cm

Orientador: Prof. Dr. César Bataglion

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. Departamento de Odontologia Restauradora.

Palavras chave: 1. Disfunção Temporomandibular. 2. Dor Orofacial. 3. Epidemiologia em DTM.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ira Cristina Uekama

ESTUDO DE ALTERAÇÕES LOCAIS E SISTÊMICAS EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Dissertação apresentada na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Odontologia Restauradora

A Comissão Julgadora dos trabalhos de defesa da Dissertação de Mestrado, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Área de Concentração: Odontologia Restauradora - opção: Dentística, em sessão pública realizada em ____/____/2011, considerou a candidata _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A **Deus**, por permitir e me presentear uma vida maravilhosa, repleta de desafios e conquistas.

Aos meus queridos pais, **Marli Bastida Uekama** e **Mituaki Uekama**, que me mostram todos os dias exemplos de honestidade, força, perseverança, amor e alegria.

Ao meu irmão **Emerson Urbano Seiji Uekama**, uma pessoa maravilhosa, que através de seu cuidado comigo, me faz sentir que nunca estarei sozinha nessa caminhada.

Aos meus sobrinhos **Bruno Soares Uekama** e **Lucas Yukio Lara Uekama**, vocês são os mais valiosos presentes de Deus!

Ao querido **Annibal Cabral de Oliveira** e família, obrigada pelo carinho e apoio.

À **família Lara**, meu profundo agradecimento, por trazer tantos momentos de paz e confraternização, e por formarmos uma família tão querida!

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por permitir a realização deste projeto, fornecendo toda sua infra-estrutura.

A CAPES, pela bolsa de pesquisa concedida.

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Aos Professores da Graduação da Universidade Estadual Paulista UNESP – Campus Araçatuba, onde fiz minha graduação, meu eterno carinho e admiração.

À Profa. Dra. Simone Cecílio Hallak Regalo pelo incentivo maravilhoso, pela paixão contagiante nos trabalhos que realiza.

À Profa. Dra. Takami Hirono Hotta, pela disponibilidade, apoio, e amizade ao longo desses anos.

Aos Queridos Amigos e Funcionários da FORP que me auxiliaram nessa conquista, compartilhando experiências **Benedita Viana Rodrigues** (Ditinha – Secretária da Clínica de Pacientes Especiais – Dape), **Carlos Feitosa dos Santos** (Secretário da Pós Graduação do Departamento Odontologia Restauradora), **Julio César Souza da Matta** (Técnico do Laboratório de Prótese da Faculdade de Odontologia), **José Carlos Ferreira Junior** (Técnico do Laboratório de Prótese da Faculdade de Odontologia), **Regiane Cristina Moi Sacilotto** (Técnica Acadêmica), **Isabel Cristina Galino Sola** (Técnica Acadêmica – Chefe Administrativo do Serviço), **Rosângela Angelini** (Auxiliar de serviços gerais Departamento de Odontologia Restauradora), **Maria Amália Viesti de Oliveira Motta** (Secretária do Departamento de Odontologia Restauradora), **Maria Isabel Cezário**

Francisco Miguel (Secretária do Departamento de Odontologia Restauradora), **Renata Cristina Rosa** (Assistente Social da FORP) e **Fátima Aparecida Rizoli**, (Auxiliar Odontológica – Dape).

Aos **Queridos Amigos da Pós-graduação**, especialmente as minhas companheiras de mestrado: **Ana Paula**, **Carina**, **Mariângela**, **Renata Filgueira** e **Renata Escatolin**, obrigada por fazerem parte da minha vida, por serem pessoas tão especiais. Dizem que na vida nada acontece por acaso, e nós somos prova disso! A nossa “máfia da oclusão” jamais será esquecida!

Aos **Amigos da Clínica de Oclusão do DAPE**, foram cinco anos de convivência, e não consigo me ver em outro lugar nas sextas-feiras! Foram e são tantos amigos, que eu seria totalmente injusta em citar o nome de qualquer um de vocês! Muito obrigada por tudo!

Aos **Meus amigos fora da faculdade**, obrigada pelo bom humor, inteligência e tolerância, sem vocês a vida seria bem menos interessante.

Ao **Colega e coordenador de saúde bucal da Prefeitura de Santa Rosa de Viterbo, Dr. Antônio Carlos Ferreira**, meu sincero agradecimento por permitir e apoiar a concretização desse projeto, e por juntos sonharmos em uma odontologia de qualidade para a população de nossa cidade, por meio da implantação do Programa de Atendimento de DTM no município.

Aos **Pacientes** atendidos, meus sinceros agradecimentos, por vocês dentro de suas dificuldades e limitações, compreenderem a importância deste trabalho e colaborarem conosco.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu querido orientador, **Prof. Dr. César Bataglione**, que já faz parte da minha vida há alguns anos. Professor e profissional apaixonado pelo que faz, com o dom de unir conhecimento, respeito e fé.

Agradeço imensamente a dedicação, colaboração e paciência, e por acreditar em mim para a realização deste importante projeto.

Meu eterno carinho, gratidão e admiração.

"Amar as minhas limitações,
como amo as minhas possibilidades,
e nos meus acertos e erros,
amar o meu projeto,
que vai se transformando em obra no trabalho,
da construção de mim mesmo."

(Geraldo Eustáquio de Souza)

RESUMO

Uekama, IC. **Estudo de alterações locais e sistêmicas em indivíduos portadores de disfunção temporomandibular.** Dissertação (mestrado) - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo coletivo que engloba um largo espectro de alterações articulares e musculares no sistema estomatognático. Estas disfunções são caracterizadas por dor, ruídos articulares e funções irregulares da mandíbula, e representam a principal causa de dor não dentária da região orofacial. A prevalência de indivíduos com necessidade de tratamento está entre 5 e 12%, calcula-se que no Brasil 8,5 milhões de brasileiros precisariam ter algum tipo de intervenção. Estudos epidemiológicos sobre DTM têm se apresentado deficientes quanto à padronização de índices e classificações. Conscientes disso realizou-se um levantamento de prontuários dos pacientes atendidos no Serviço de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, do projeto DAPE da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP, que realiza atendimento na área de DTM para população encaminhada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre os anos de 2010 e 2011. Avaliou-se 117 prontuários de indivíduos, que foram submetidos à classificação do Índice Anamético de Helkimo, divididos de acordo com a severidade de sinais e sintomas, em dois grupos : AiI (leves a moderados) e AiII (severos). Posteriormente os grupos foram subdivididos com relação ao gênero e faixa etária. Os dados foram coletados por meio de entrevista, onde os indivíduos foram questionados quanto à presença de hábitos parafuncionais, alterações otológicas, oftalmológicas, sistêmicas e comportamentais. Os dados foram tabulados em planilha de Excel, e submetidos à Análise Estatística, utilizando o Teste de Kruskal-Wallis e Teste de Miller, ambos com significância de 0,05. A prevalência de cada alteração também foi avaliada. Os resultados evidenciaram que indivíduos com DTM apresentaram altas prevalências nas alterações locais e sistêmicas pesquisadas.

Palavras chave: Disfunção Temporomandibular, Dor Orofacial, Epidemiologia em DTM.

ABSTRACT

Uekama, IC. **Study of local and systemic changes in individuals with temporomandibular dysfunction.** (Dissertation) - School of Dentistry of University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Temporomandibular (DTM) is a collective term that encompasses a broad spectrum of clinical problems and deformations in orofacial area. These disorders are characterized by pain, joint noises and irregular functions of the jaw, and represent the leading cause of orofacial pain not dental. The prevalence of individuals in need of treatment is between 5% and 12%, it is estimated that in Brazil 8.5 million Brazilians would have some kind of intervention. Epidemiological studies on TMD have presented handicapped on the standardization of indexes and ratings. Aware of this was done a survey of medical records of patients seen in Orofacial Pain service of special Patients clinic FORP-USP, who performs service in the area of TMD for population forwarded by the Central regulating (SUS), the city of Ribeirão Preto, between the years 2010 and 2011. Assessed-if medical records of individuals, these 117 were subjected to the classification of the Anamético Index of Helkimo, and divided according to the severity of symptoms and signs, in two groups AiI (mild to moderate) and AiII (severe). Later groups were sub-divided in relation to gender and age group. The data were collected through interview, where individuals were questioned as to the presence of parafunctional habits, changes otologicals, ophthalmologicals, systemic and behavioral. The data were tabulated into Excel spreadsheet, and subjected to statistical analysis, using the Kruskal-Wallis test, and Miller's Test, both with significance of 0.05. The prevalence of each change was also evaluated. The results showed that TMD patients showed a high prevalence in the surveyed local and systemic changes.

Keywords: Temporomandibular Disorder, Orofacial Pain, TMD epidemiology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. PROPOSIÇÃO.....	25
3. MATERIAIS E MÉTODO.....	29
I. Aspectos éticos.....	31
II. Triagem e seleção de pacientes.....	31
II.1 Critérios diagnósticos.....	31
II.1.1 Confiabilidade do examinador.....	31
II.1.2 Valor diagnóstico do exame.....	31
II.1.3 Critérios de exclusão.....	32
II.1.4 Grupos estudados.....	33
4. RESULTADOS.....	39
5. DISCUSSÃO.....	63
6. CONCLUSÕES.....	85
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXOS.....	101

1. Introdução

INTRODUÇÃO

Os estudos epidemiológicos são de máxima importância para compreensão das disfunções temporomandibulares (DTMs) e têm sido úteis para caracterizar o indivíduo como portador da disfunção, ou se os fenômenos observados são meramente variações de um largo espectro do estado de normalidade (Greene e Marbach, 1982).

Entende-se epidemiologia como a ciência que estuda os fatores que determinam e influenciam a frequência e distribuição de doenças, além de outros eventos relacionados com a saúde e suas causas numa população humana definida. Possui o intuito de estabelecer programas que previnam e controlem o seu desenvolvimento e alastramento (Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 1994).

A partir dessa definição, inicia-se o entendimento sobre a amplitude de ação de um estudo epidemiológico, pois nas políticas públicas, tanto no âmbito da saúde e esfera social, ou seja, as condições sócio-cultural-econômicas desta população podem ser melhor compreendidas, como a região geográfica mais suscetível a determinada situação, a faixa etária, o gênero, entre outras variáveis (Carlsson, 1999).

Segundo Fonseca et al. (1994), no Brasil, além do ensino odontológico nesta área ser deficitário, por não possuir programas educacionais adequados para prover ao aluno noções básicas de diagnóstico e tratamento dos pacientes com DTM, poucos trabalhos científicos sobre o assunto têm sido realizados. Não há dados precisos sobre epidemiologia e necessidade de tratamento da população brasileira. Acredita-se que devem existir aproximadamente seis milhões de brasileiros com sinais e sintomas de DTM, sem, na maioria das vezes, ao menos saber que a doença está presente, se há tratamento e qual o seu prognóstico.

As disfunções temporomandibulares são as condições mais comuns de dores crônicas orofaciais, de causa não dental, que se apresentam aos cirurgiões dentistas e outros profissionais da saúde (Dworkin et al., 1990). Apresentam origem multifatorial não sendo possível reconhecer um único fator etiológico desencadeante, sendo que esta é originada por associação entre fatores psicológicos, estruturais e posturais, que desequilibram a oclusão, os músculos mastigatórios e a articulação temporomandibular em si (Landulpho et al., 2003; Silva 1993; Coronatto et al., 2009)

A DTM pode ser considerada uma síndrome pela diversidade de sintomas a ela associados, muitas vezes dificultando o diagnóstico em razão das ramificações da origem da

dor e outros sinais e sintomas localizados em áreas distantes da ATM (Spyrides et al., 1999; Molina et al., 2000; Silva et al., 2000).

Existe uma associação de fatores predisponentes que podem aumentar o risco da presença das DTMs. Greene e Laskin (1983) classificaram os fatores etiológicos em três categorias: fatores predisponentes, que incluem uma mistura de variáveis morfológicas, fisiológicas, psicológicas e ambientais que aumentam a suscetibilidade para o desenvolvimento do problema; fatores precipitantes, que incluem várias combinações de trauma, tensão, hiperfunção e falhas dos fatores inibidores naturais, que levam ao surgimento dos sintomas; e fatores perpetuadores, que incluem baixa capacidade curativa, incapacidade de controlar os fatores etiológicos, ganhos secundários com a doença e efeitos negativos de tratamento inadequados. A identificação precoce dos sinais e sintomas das DTMs se faz necessário para evitar complicações futuras, dessa maneira, evitando tratamentos mais complexos e muitas vezes desnecessários (Shibayama et al., 2004).

A probabilidade de doença é influenciada por características do indivíduo, ou seja, dependem do funcionamento adequado dos sistemas imunológico, endocrinológico, neurológico e psicológico. Por outro lado, também sofrem influência de variáveis externas, como o ambiente físico, social e cultural, podendo acarretar a exposição de diversidades como agentes patogênicos, dieta, hábitos culturais, acesso aos cuidados de saúde e apoio social (Dworkin et al., 1992).

A comunidade científica busca um melhor entendimento da relação causa e efeito de tal patologia, pois inúmeros fatores podem afetar o equilíbrio dinâmico entre os componentes do sistema mastigatório. Tem sido discutida com bastante relevância na literatura a relação entre os fatores emocionais e as alterações das respostas musculares de pacientes com DTM.

A literatura revista revelou que ainda existe controvérsia no que diz respeito à prevalência dos sinais e sintomas de disfunções temporomandibulares em diferentes grupos de indivíduos. Poderia haver muitas razões para isso, mas as mais frequentemente sugeridas são diferenças nos critérios para diagnóstico e exame e no universo da população investigada (Ribeiro et al., 2002).

Outro fator que também seria motivo de controvérsia dentro das pesquisas sobre DTM, seria a presença de doenças comórbidas, ou seja, alterações sistêmicas que têm alta prevalência em indivíduos portadores dessa disfunção, podendo citar a fibromialgia, cefaléia tipo tensional, gastrite, sinusite, entre outras como alterações otológicas, oftalmológicas e cognitiva-comportamentais (Macmahon e Pugh, 1970).

Conscientes do aumento exponencial à procura de tratamento para as disfunções temporomandibulares na atualidade, e que há necessidade de estudos que mostrem ao Cirurgião-Dentista a relação das disfunções temporomandibulares com outras especialidades médicas. Visto ser a DTM de etiologia multifatorial e tratamento multidisciplinar, foi proposto realizar um levantamento dos protocolos no período de 2010 e 2011, avaliando e caracterizando os pacientes atendidos no Serviço de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do Projeto DAPE (Desmitificando o Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais), realizado na Clínica de Pacientes Especiais da FORP-USP, que oferece atendimento na área de DTM para a população SUS, que é encaminhada pela Central Reguladora da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

2. Proposição

PROPOSIÇÃO

Os objetivos do presente estudo foram:

- Avaliar a prevalência de alterações sistêmicas em indivíduos atendidos no Serviço de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, do projeto DAPE da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP no período de 2010 e 2011;
- Avaliar a prevalência de alterações oftalmológicas e otológica nesses indivíduos;
- Avaliar a prevalência de hábitos parafuncionais nesses indivíduos;
- Avaliar a prevalência de alterações cognitiva-comportamentais nesses indivíduos;
- Avaliar possíveis correlações entre os as variáveis pesquisadas.

3. Materiais e Método

MATERIAIS E MÉTODO

I. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto processo número 2009.1.1416.58.8 (Anexo 01). Os pacientes voluntários receberam informações sobre a pesquisa por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido, que foi aprovado pelo Comitê de Ética desta instituição (Anexo 02). Esclarecidas todas as dúvidas, os indivíduos que optaram participar da pesquisa por livre e espontânea vontade, assinaram o termo em duas vias.

II. Triagem e seleção de pacientes

Foram selecionadas 180 prontuários de indivíduos atendidos no Serviço de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, do projeto DAPE da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP, constante no prontuário de atendimento desta clínica (Anexo 03) no período de 2010 e 2011.

Os indivíduos foram selecionados sem distinção de gênero, raça, classe social, doenças pré-existentes, uso de medicamentos, profissão ou religião.

II.1 Critérios diagnósticos

II.1.1 Confiabilidade do examinador

Nesta pesquisa, apenas um único examinador, com habilidade necessária aprendida, realizou a coleta de dados em indivíduos encaminhados ao Serviço de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, do projeto DAPE da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP. Após o preenchimento completo do prontuário de atendimento, o responsável fez a verificação, e se houvesse necessidade, retificava-o com as correções devidas.

II.1.2 Valor diagnóstico do exame

Participaram nesta pesquisa indivíduos que foram avaliados de acordo com o Índice Anamnético de Helkimo (Helkimo 1974), que está baseado nos diferentes sintomas de disfunção do sistema mastigatório, relatados pelos indivíduos durante a anamnese. Este índice pode apresentar-se em três graus:

Ai0: Composto por indivíduos livres de sintomas de disfunção.

AiI: Composto por indivíduos com sintomas suaves de disfunção.

AiII: Composto por indivíduos com sintomas severos de disfunção.

Optou-se nesta pesquisa pelo Índice Anamnético de Helkimo (Helkimo 1974), por ser um dos índices mais utilizados e permitir a comparação relativa de resultados entre diferentes trabalhos (Oliveira, 1999). Este índice pode auxiliar na verificação inicial de sintomas de DTM, indicando a necessidade de um exame clínico criterioso, que auxilie o clínico a determinar a severidade dos sintomas de DTM por meio de perguntas simples, além de oferecer resultados satisfatórios quanto a sensibilidade e especificidade, que são critérios definidos por Oakley et al., 1993, como a capacidade de um teste ter baixo índice de falso positivo e falso negativo.

A maior limitação do Índice de Helkimo seria a impossibilidade dos resultados serem interpretados de forma e que todos os sinais e sintomas avaliados têm o mesmo grau de importância, reduzindo as possibilidades de avaliação estatística (Oliveira, 1999).

Embora as publicações atuais sobre DTM utilizem o índice RDC/DTM (Dworkin e Leresche, 1992), há controvérsias sobre sua confiabilidade. Alguns autores expuseram algumas deficiências desse índice, como a possibilidade de erro no diagnóstico, pois apenas a coleta de sinais e sintomas, não poderia determinar o diagnóstico, haveria necessidade de outros exames complementares (Dworkin et al., 1990; John et al., 2005). A consequência de um erro no diagnóstico compromete de forma drástica os procedimentos posteriores, podendo expor indivíduos a tratamentos desnecessários e inadequados (Armstrong et al., 1992).

II.1.3 Critérios de exclusão

Na totalidade foram avaliados 180 prontuários, sendo excluídos 10 prontuários incompletos, ou seja, foram desconsiderados prontuários de indivíduos que abandonaram o tratamento na fase inicial, que é o período de coleta de dados e avaliações clínicas. Todos os indivíduos que foram convidados a participar desta pesquisa aceitaram, havendo um entendimento da importância, da seriedade do presente estudo, e principalmente como eles seriam colaboradores no aprendizado de outros profissionais.

Foram também excluídos 03 prontuários de indivíduos menores de 18 anos, pois optou-se por avaliar apenas indivíduos acima desta idade. De acordo com a Organização mundial da Saúde (World Health Organization 1997- Oral Health Surveys) as idades e faixas etárias indicadas para publicações são: 05 anos para estudar a dentição decídua; 12 anos para avaliar dentição permanente; 15 anos para avaliar as condições de risco, já que os dentes permanentes estão expostos há certo tempo, além de avaliar condições periodontais; 35 a 44 anos esta é a faixa etária escolhida para representar a condição bucal dos adultos; de 65 a 74 anos são considerados idosos.

De acordo com a amostra coletada, se fosse considerada apenas a faixa etária indicada, haveria uma perda enorme de dados coletados, além de mascarar a verdade sobre os indivíduos que estavam sendo atendidos na clínica, pois existiu um número considerável de indivíduos avaliados entre 44 e 65 anos neste estudo.

Avaliando-se vários artigos publicados, verificou-se que a maioria dos estudos não respeitava esta orientação da WHO, e havia grande diversidade de classificação. No presente estudo determinou-se a divisão entre duas faixas etárias, sendo uma constituída por indivíduos de 18 a 40 anos, sendo classificada como de adultos jovens, e outra de indivíduos de 41 a 60 anos, sendo considerada de adultos.

Posteriormente iniciamos a organização dos dados coletados, dividindo esses prontuários de acordo com a condição bucal, ou seja, foram formados três grupos, sendo G1 composto por 117 indivíduos dentados, G2 composto por 23 indivíduos desdentados, e G3 composto por 27 indivíduos parcialmente dentados. Porém notou-se, uma grande divergência interna nos grupos G2 e G3, pois havia muitas diferenças nas condições bucais apresentadas entre eles, ou seja, no grupo dos desdentados, havia indivíduos com próteses totais satisfatórias, instaladas há um determinado período de tempo, outros indivíduos com próteses totais completamente sem condições de uso. Ainda dentro dessa discussão, havia maior divergência ainda no grupo G3, pois as condições bucais apresentadas eram inúmeras, tomando como exemplo: indivíduos com próteses parciais removíveis satisfatórias nas duas arcadas, ou em apenas uma arcada; indivíduos com prótese total em uma arcada e prótese parcial removível na outra, entre as mais diversas possibilidades.

Diante da impossibilidade de se constituir grupos passíveis de comparação, devido às diferenças encontradas, optou-se então por descartá-los deste estudo, que foi finalizado com 117 indivíduos dentados (Classe I de Angle).

II.1.4 Grupos estudados

Concluída a fase de avaliação e seleção das faixas etárias, realizou-se a divisão de dois grupos a serem avaliados de acordo com o diagnóstico obtido por meio do Índice Anamnético de Helkimo. Por se tratar de uma Clínica de atendimento especializado em Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular, não havia indivíduos sem sintomas, ou seja, não há grupo Ai0 de acordo com o índice selecionado. Tivemos dois grupos, sendo um constituído por 69 indivíduos classificados como AiI, com sintomas leves a moderados, composto por 45 mulheres e 24 homens, e outro grupo formado por 48 indivíduos classificados como AiII, com sintomas severo, composto por 40 mulheres e 08 homens. Partindo dessa divisão de acordo

com o diagnóstico, iniciou-se a identificação da prevalência de alterações sistêmicas, das quais foram separadas as alterações oftalmológicas, otológicas, devido à proximidade e interação anatômica com o Sistema Estomatognático, além da presença de hábitos parafuncionais e alterações cognitiva-comportamentais nesses grupos.

Figura 1. Sala de Recepção dos Pacientes do Serviço de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, do projeto DAPE da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP.

Figura 2. Abordagem junto aos pacientes, explicando o trabalho de pesquisa.

Figura 3. Abordagem junto aos pacientes, explicando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Figura 4. Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Figura 5. Clínica de Pacientes Especiais FORP-USP, onde foi realizado o atendimento dos pacientes encaminhados ao Serviço de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, do projeto DAPE da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP

Figura 6. Aplicação dos questionários

Figura 7. Anotação em prontuário clínico

planilha da pesquisa - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 A A

Quebrar Texto Automaticamente

Formato: % 000 00 00 00

Formato: como Tabela

Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

C38 X X X X 18

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	
8	PRONTUÁRIO	SEXO	IDADE	SINUSITE	DIABETES	FIBROMIALGIA	HIPERTENSÃO ART.	LABIRINTITE	SONO PREJUDICADO	ARTRITE REUMAT.	ENXAQUECA	GASTRITE	OSTEOPOROSE	CEFALEIA	ULCERA GÁSTRICA	TPM	APERTA	RANGE	ROE UNHAS	MORD
10	8283	F	20	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	1
11	13163	F	67	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	1
12	13778	F	53	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	1
13	14890	F	59	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	1
14	18121	F	54	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	1
15	18915	M	28	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
16	17869	M	63	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	1
17	13815	F	78	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
18	15078	M	59	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
19	16778	F	33	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
20	17080	F	40	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
21	18157	M	69	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	1
22	4830	M	45	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	1
23	18978	F	18	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
24	19294	F	51	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
25	18306	F	65	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	1
26	19389	F	47	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
27	19344	F	18	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	1
28	17735	F	71	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
29	19112	M	32	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
30	18225	F	31	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
31	18184	F	36	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
32	19766	F	28	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
33	19295	F	19	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
34	19442	F	46	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
35	17866	M	28	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
36	19263	F	31	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
37	19301	F	56	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
38	19346	F	18	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM
39	19347	F	27	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM
40	19367	F	56														SIM	NÃO	SIM	
41	19387	F	50	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
42	19392	F	63	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
43	19487	F	16	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

PADRAO DESDENTADOS PARCIAL DENTADO

PT 16:55 27/12/2011

Figura 8. Planilha de Excel para coleta e tabulação de dados

4. Resultados

RESULTADOS

Os resultados do presente estudo mostraram que do número total de 117 indivíduos avaliados, a maioria foi do gênero feminino, sendo 72,64% da amostra formada por mulheres e 27,36% por homens.

As idades variaram de 18 a 60 anos, sendo uma média de 38,14 no grupo AiI (grupo com sintomas leves a moderados), e 33,88 no grupo AiII (grupo com sinais severos). Houve predominância na faixa etária dos adultos jovens, ou seja, de 18 a 40 anos com a prevalência de 60,68%, sobre os 39,32% da faixa etária de 41 a 60 anos, considerados adultos.

De acordo com o índice anamnético de Helkimo, houve maior prevalência no grupo AiI, ou seja, indivíduos que relataram sintomas leves a moderados, em relação aos que relataram presença de sintomas severos constituindo o grupo AiII.

As frequências de gênero, faixa etária com relação ao Índice de Helkimo estão apresentadas na Tabela 01.

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos quanto ao índice anamnético, tendo como variáveis gênero e faixa etária.

	Índice Anamnético			Total
	Ai0	AiI	AiII	
Gênero				
Feminino	-	45	40	85 (72,64%)
Masculino	-	24	08	32 (27,36%)
Total	0	69	48	117 (100%)
Faixa etária				
18 a 40 anos	-	38	33	71 (60,68%)
41 a 60 anos	-	31	15	46 (39,32%)
Total	0	69	48	117 (100%)

Analisando-se inicialmente o grupo AiI, com relação ao gênero, faixa etária e hábitos parafuncionais, os resultados evidenciaram altas prevalências em todos os aspectos avaliados, sendo interessante observar que no gênero feminino há maior prevalência de apertamento, e no masculino rangimento, independente da faixa etária. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de uma parafunção, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 02.

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos do grupo AiI, tendo como variáveis gênero, faixa etária e hábitos parafuncionais.

	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
Hábitos parafuncionais	Feminino (n=23)	Masculino (n=15)	Feminino (n=22)	Masculino (n=09)
Apertamento	20 (86,95%)	12 (80%)	18 (81,81%)	07 (77,77%)
Rangimento	09 (39,13%)	10 (66,66%)	08 (36,36%)	06 (66,66%)
Onicofagia	09 (39,13%)	05 (33,33%)	02 (9,09%)	03 (33,33%)
Morder objetos	04 (17,39%)	05 (33,33%)	01 (4,54%)	01 (11,11%)

Legenda: n= número de indivíduos

Analisando-se o grupo AiI com relação ao gênero, faixa etária e perfil comportamental, os resultados evidenciaram altas prevalências em todos os aspectos avaliados, havendo maior prevalência dos perfis nervoso e ansioso. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de um perfil de comportamento, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 03.

Tabela 3. Distribuição dos indivíduos do grupo AiI, tendo como variáveis gênero, faixa etária e perfil comportamental.

	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
Perfil Comportamental	Feminino (n=23)	Masculino (n=15)	Feminino (n=22)	Masculino (n=09)
Nervoso	16 (69,56%)	08 (53,33%)	11 (50%)	04 (44,44%)
Ansioso	13 (56,52%)	09 (60%)	17 (77,27%)	03 (33,33%)
Tenso	08 (34,78%)	05 (33,33%)	08 (36,36%)	05 (55,55%)

Legenda: n= número de indivíduos.

Analisando-se o grupo AiI com relação ao gênero, faixa etária e alterações otológicas, os resultados evidenciaram maior prevalência de dor no gênero feminino independente da faixa etária. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de uma alteração, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 04

Tabela 4. Distribuição dos indivíduos do grupo AiI, tendo como variáveis gênero, faixa etária e alterações otológicas.

Alterações Otológicas	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
	Feminino (n=23)	Masculino (n=15)	Feminino (n=22)	Masculino (n=09)
Dor ouvido D	10 (43,47%)	03 (20%)	09 (40,90%)	01 (11,11%)
Dor ouvido E	12 (52,17%)	05 (33,33%)	15 (68,18%)	01 (11,11%)
Dif. Aud. D	07 (30,43%)	04 (26,66%)	06 (27,27%)	03 (33,33%)
Dif. Aud. E	08 (34,78%)	05 (33,33%)	05 (22,72%)	02 (22,22%)
Plen. Auric. D	12 (52,17%)	06 (40%)	03 (13,63%)	02 (22,22%)
Plen. Auric. E	11 (43,82%)	07 (46,66%)	03 (13,63%)	02 (22,22%)

Legenda: D=direito; E=esquerdo; Dif. Aud.=dificuldade auditiva; Plen. Auric.=plenitude auricular; n= número de indivíduos.

Analisando-se o grupo AiI com relação ao gênero, faixa etária e alterações oftalmológicas, os resultados evidenciaram maior prevalência de dor e hiperemia conjuntival, independente da faixa etária e gênero. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de uma alteração, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 05

Tabela 5. Distribuição dos indivíduos do grupo AiI, tendo como variáveis gênero, faixa etária e alterações oftalmológicas.

Alterações Oftalmológicas	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
	Feminino (n=23)	Masculino (n=15)	Feminino (n=22)	Masculino (n=09)
Dor olho D	07 (30,43%)	03 (20%)	06 (27,27%)	02 (22,22%)
Dor olho E	08 (34,78%)	03 (20%)	07 (31,81%)	02 (22,22%)
Hiper. Conjunt. D	05 (21,73%)	04 (26,66%)	03 (13,63%)	04 (44,44%)
Hiper. Conjunt. E	06 (26,08%)	03 (20%)	07 (31,81%)	04 (44,44%)
Lacrim. Olho D	05 (21,73%)	02 (13,33%)	05 (22,72%)	03 (33,33%)
Lacrim. Olho E	05 (21,73%)	03 (20%)	05 (22,72%)	02 (22,22%)

Legenda: n= número de indivíduos; D= direito; E=esquerdo; Hiper. Conjunt= hiperemia conjuntival; Lacrim.= lacrimejamento.

Analisando-se o grupo AiI com relação ao gênero, faixa etária e alterações sistêmicas, os resultados evidenciaram alta prevalência e evidenciou certa predileção pelo gênero feminino em alguns aspectos avaliados, havendo maior prevalência de sinusite,

enxaqueca, cefaléia, gastrite, TPM e sono prejudicado. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de uma alteração, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 06.

Tabela 6. Distribuição dos indivíduos do grupo AiI, tendo como variáveis gênero, faixa etária e alterações sistêmicas.

Alterações Sistêmicas	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
	Feminino (n=23)	Masculino (n=15)	Feminino (n=22)	Masculino (n=09)
Sinusite	10 (43,47%)	01 (6,66%)	08 (36,36%)	01 (11,11%)
Diabetes	-	-	02 (9,09%)	01 (11,11%)
Fibromialgia	01 (4,34%)	-	04 (18,18%)	-
Hipertensão	01 (4,34%)	-	05 (22,72%)	02 (22,22%)
Labirintite	-	-	02 (9,09%)	-
Sono prejudicado	09 (39,13%)	06(40%)	08 (36,36%)	05 (55,55%)
Artrite	01 (4,34%)	01 (6,66%)	01 (4,54%)	-
Enxaqueca	10 (43,47%)	-	05 (22,72%)	-
Gastrite	06 (26,08%)	01 (6,66%)	06 (27,27%)	01 (11,11%)
Osteoporose	-	-	03 (13,63%)	-
Cefaléia	08 (34,78%)	04 (26,66%)	12 (54,54%)	03 (33,33%)
Úlcera	-	01 (6,66%)	01 (4,54%)	01 (11,11%)
TPM	15 (65,21%)	-	06 (27,27%)	-

Legenda: n= número de indivíduos; TPM= tensão pré-menstruação.

Analisando-se a partir deste momento o grupo AiII com relação ao gênero, faixa etária e hábitos parafuncionais, os resultados evidenciaram maior prevalência no apertamento e rangimento independente da faixa etária e gênero. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de uma alteração, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 07.

Tabela 7. Distribuição dos indivíduos do grupo AiII, tendo como variáveis gênero, faixa etária e hábitos parafuncionais.

	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
Hábitos parafuncionais	Feminino (n=26)	Masculino (n=07)	Feminino (n=14)	Masculino (n=01)
Apertamento	21 (80,76%)	05 (71,42%)	12 (85,71%)	01 (100%)
Rangimento	12 (46,15%)	03 (42,85%)	06 (42,85%)	-
Onicofagia	07 (26,92%)	03 (42,85%)	03 (21,42%)	-
Morder objetos	02 (7,69%)	03 (42,85%)	01 (7,14%)	-

Analisando-se o grupo AiII com relação ao gênero, faixa etária e perfil comportamental, os resultados evidenciaram altas prevalências em todos aspectos avaliados, independente de gênero e faixa etária. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de uma alteração, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 08.

Tabela 8. Distribuição dos indivíduos do grupo AiII, tendo como variáveis gênero, faixa etária e perfil comportamental.

	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
Perfil Comportamental	Feminino (n=26)	Masculino (n=07)	Feminino (n=14)	Masculino (n=01)
Nervoso	15(57,69%)	04(57,14%)	09(64,28%)	01 (100%)
Ansioso	20 (76,92%)	05 (71,42%)	11 (78,57%)	01 (100%)
Tenso	15 (57,69%)	04 (57,14%)	08 (57,14%)	01 (100%)

Analisando-se o grupo AiII com relação ao gênero, faixa etária e alterações otológicas, os resultados evidenciaram maior prevalência de dor e plenitude auricular, com predileção ao gênero feminino da faixa etária dos 18 a 40 anos. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de uma alteração, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 09.

Tabela 9. Distribuição dos indivíduos do grupo AiII, tendo como variáveis gênero, faixa etária e alterações otológicas.

Alterações Otológicas	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
	Feminino (n=26)	Masculino (n=07)	Feminino (n=14)	Masculino (n=01)
Dor olho D	13 (50%)	01 (14,28%)	04 (28,57%)	-
Dor olho E	13 (50%)	03 (42,85%)	08 (57,14%)	-
Dif. Aud. D	05 (19,23%)	-	01 (7,14%)	-
Dif. Aud. E	04 (15,38%)	-	02 (14,28%)	-
Plen. Auric. D	15 (57,69%)	01 (14,28%)	06 (42,85%)	-
Plen. Auric. E	12 (46,15%)	02 (28,57%)	06 (42,85%)	-

Legenda: D=direito; E=esquerdo; Dif. Aud.=dificuldade auditiva; Plen. Auric.=plenitude auricular; n= número de indivíduos.

Analisando-se o grupo AiII com relação ao gênero, faixa etária e alterações oftalmológicas, os resultados evidenciaram maior prevalência de dor e hiperemia conjuntival na faixa etária dos 18 a 40 anos, independente do gênero. Na faixa etária dos 41 a 60 anos, houve maior prevalência de lacrimejamento e hiperemia conjuntival, no gênero masculino. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de uma alteração, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 10.

Tabela 10. Distribuição dos indivíduos do grupo AiII, tendo como variáveis gênero, faixa etária e alterações oftalmológicas.

Alterações Oftalmológicas	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
	Feminino (n=26)	Masculino (n=07)	Feminino (n=14)	Masculino (n=01)
Dor olho D	10 (38,46%)	03 (42,85%)	04 (28,57%)	-
Dor olho E	10 (38,46%)	03 (42,85%)	03 (21,4%)	-
Hiper. Conj. D	03 (11,53%)	01 (14,28%)	01 (7,14%)	01 (100%)
Hiper. Conj. E	04 (15,38%)	01 (14,28%)	-	01 (100%)
Lacrim. Olho D	07 (26,92%)	01 (14,28%)	03 (21,42%)	01 (100%)
Lacrim. Olho E	06 (23,07%)	01 (14,28%)	03 (21,42%)	01 (100%)

Legenda: N= número de indivíduos; D= direito; E= esquerdo; Hiper. Conj.= hiperemia conjuntival; Lacrim.= lacrimejamento.

Analisando-se o grupo AiII com relação ao gênero, faixa etária e alterações sistêmicas, os resultados evidenciaram certa predileção pelo gênero feminino independente da faixa etária, em alguns aspectos avaliados, havendo maior prevalência de sinusite, sono

prejudicado, enxaqueca, gastrite, cefaléia e TPM. Vale ressaltar que o mesmo indivíduo poderia relatar mais de uma alteração, portanto não havia exclusão de nenhuma variável em questão. Os resultados estão expressos na tabela 11.

Tabela 11. Distribuição dos indivíduos do grupo AiII, tendo como variáveis gênero, faixa etária e alterações sistêmicas.

Alterações Sistêmicas	18 a 40 anos		41 a 60 anos	
	Feminino (n=26)	Masculino (n=07)	Feminino (n=14)	Masculino (n=01)
Sinusite	04 (15,38%)	01 (14,28%)	03 (21,42%)	-
Diabetes	01 (3,84%)	-	-	-
Fibromialgia	01 (3,84%)	-	-	-
Hipertensão	02 (7,69%)	-	01 (7,14%)	01 (100%)
Labirintite	01 (3,84%)	-	-	-
Sono prejudicado	13 (50%)	03(42,85%)	09 (64,28%)	01 (100%)
Artrite	03 (11,53%)	01 (14,28%)	01 (7,14%)	-
Enxaqueca	08 (30,76%)	01 (14,28%)	04 (28,57%)	-
Gastrite	07 (26,72%)	01 (14,28%)	06 (42,85%)	-
Osteoporose	-	-	02 (14,28%)	-
Cefaléia	13 (50%)	02 (28,57%)	13 (92,85%)	-
Úlcera	02 (7,69%)	01 (14,28%)	01 (7,14%)	-
TPM	08 (30,76%)	-	04 (28,57%)	-

Legenda: n= número de indivíduos; TPM= tensão pré-menstruação.

Teste de Kruskal Wallis

O teste estatístico de Kruskal-Wallis foi selecionado por adaptar-se melhor ao presente estudo, por ser um teste não paramétrico, onde as variáveis são nominais e a amostra possuir mais de 20 elementos a serem avaliados. Os resultados estão expressos nas tabelas abaixo.

Para o grupo AiI, gênero feminino, faixa etária 18 a 40 anos, foi encontrado no teste de Kruskal-Wallis um valor de 309,4022 ($p=0,000000$), demonstrando que havia diferença estatística entre as variáveis. Na Tabela 12 são mostrados os valores da mediana, soma de postos e postos médios.

Tabela 12. Valores de mediana, soma de postos e postos médios nas variáveis do gênero feminino do grupo AiI da faixa etária de 18 a 40 anos.

Grupo	Mediana	Soma de postos	Posto médio
Idade	29,0	17733,0	771,0
Aperta	1,0	13121	570,5
Range	1,0	9073,5	394,5
Onicofagia	0,0	9073,5	394,5
Morde objeto	0,0	7233,5	314,5
Nervoso	1,0	11649,5	506,5
Ansioso	1,0	10545,5	458,5
Tenso	0,0	8705,5	378,5
Dor ouvido D	0,0	9441,5	410,5
Dor ouvido E	1,0	10177,5	442,5
Dif. Aud. D	0,0	8337,5	362,5
Dif. Aud. E	0,0	8705,5	378,5
Plen. Auric. D	1,0	10177,5	442,5
Plen. Auric. E	0,0	9809,5	426,5
Dor olho D	0,0	8337,5	362,5
Dor olho E	0,0	8705,5	378,5
Hiper. Conj. D	0,0	7601,5	330,5
Hiper. Conj. E	0,0	7601,5	330,5
Lacrim. D	0,0	7601,5	330,5
Lacrim. E	0,0	7969,5	346,5
Sinusite	0,0	9441,5	410,5
Diabetes	0,0	5761,5	250,5
Fibromialgia	0,0	6129,5	266,5
Hipertensão	0,0	6129,5	266,5
Labirintite	0,0	5761,5	250,5
Sono	0,0	9073,5	394,5
Artrite	0,0	6129,5	266,5
Enxaqueca	0,0	9441,5	410,5
Gastrite	0,0	7969,5	346,5
Osteoporose	0,0	5761,5	250,5
Cefaleia	0,0	8705,5	378,5
Úlcera	0,0	5761,5	250,5
Tpm	1,0	11281,5	490,5

Legenda: D= direito (a); E= esquerdo (a); Dif. Aud.= dificuldade auditiva; Plen. Auric.= plenitude auricular; Hiper. Conj.= hiperemia conjuntival; Lacrim.= lacrimejamento; Tpm= tensão pré-menstrual.

Resultados do Teste de Miller analisando as variáveis no gênero feminino do grupo AiI da faixa etária de 18 a 40 anos.

Analisando o teste de Miller (nível de significância: $p \leq 0,05$), foi encontrada diferença estatística significativa em algumas situações avaliadas. Os resultados evidenciaram essas diferenças para o perfil comportamental nervoso quando comparado às alterações sistêmicas de diabetes, labirintite, osteoporose e úlcera gástrica.

Houve diferença estatística significativa entre o hábito parafuncional de apertar os dentes quando comparados às alterações sistêmicas de artrite, diabetes, fibromialgia, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose e úlcera gástrica. Tal parafunção também se mostrou significativa quando comparado ao hábito de morder objetos.

Segundo este teste estatístico, a idade teve diferença estatística significativa quando comparada a várias alterações sistêmicas, como artrite, cefaléia, diabetes, enxaqueca, fibromialgia, gastrite, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose, sinusite, úlcera gástrica, tensão pré-menstrual, e relato de sono prejudicado. Os resultados evidenciaram diferença estatística significativa entre idade e todas as alterações oftalmológicas, otológicas, e de perfis comportamentais avaliados. Encontrou-se diferença significativa entre idade e os hábitos parafuncionais de morder objetos, ranger dentes e onicofagia.

Os outros aspectos avaliados não evidenciaram diferença estatística significativa.

Para o grupo AiI, gênero feminino, da faixa etária de 41 a 60 anos, foi encontrado no teste de Kruskal-Wallis um valor de 290,8930 ($p=0,000000$), demonstrando que havia diferença estatística entre as variáveis. Na Tabela 13 são mostrados os valores da mediana, soma de postos e postos médios.

Tabela 13. Valores da mediana, soma de postos e postos médios nas variáveis do gênero feminino do grupo Aii da faixa etária de 41 a 60 anos.

Grupo	Mediana	Soma de postos	Posto médio
Idade	50,5	15741,0	715,5
Aperta	1,0	11825,0	537,5
Range	1,0	8074,0	367,0
Onicofagia	0,0	6028,0	274,0
Morde objeto	0,0	5687,0	258,5
Nervoso	0,0	8756,0	398,0
Ansioso	1,0	11143,0	506,5
Tenso	0,0	8074,0	367,0
Dor ouvido D	0,0	8415,0	382,5
Dor ouvido E	1,0	10461,0	475,5
Dif. Aud. D	0,0	7051,0	320,5
Dif. Aud. E	0,0	7392,0	336,0
Plen. Auric. D	0,0	6369,0	289,5
Plen. Auric. E	0,0	6369,0	289,5
Dor olho D	0,0	7392,0	336,0
Dor olho E	0,0	7733,0	351,5
Hiper. Conj. D	0,0	6369,0	289,5
Hiper. Conj. E	0,0	7733,0	351,5
Lacrim. D	0,0	7051,0	320,5
Lacrim. E	0,0	7051,0	320,5
Sinusite	0,0	7733,0	351,5
Diabetes	0,0	6028,0	274,0
Fibromialgia	0,0	6710,0	305,5
Hipertensão	0,0	7051,0	320,5
Labirintite	0,0	6028,0	274,0
Sono	0,0	8074,0	367,0
Artrite	0,0	5687,0	258,5
Enxaqueca	0,0	7051,0	320,5
Gastrite	0,0	7733,0	351,5
Osteoporose	0,0	6369,0	289,5
Cefaleia	1,0	9779,0	444,5
Úlcera	0,0	5687,0	258,5
Tpm	0,0	7392,0	336,0

Legenda: D= direito (a); E= esquerdo (a); Dif. Aud.= dificuldade auditiva; Plen. Auric.= plenitude auricular; Hiper. Conj.= hiperemia conjuntival; Lacrim.= lacrimejamento; Tpm= tensão pré-menstrual.

Resultados do Teste de Miller analisando as variáveis no gênero feminino do grupo AiI da faixa etária de 41 a 60 anos.

Analisando o teste de Miller (nível de significância: $p \leq 0,05$), foi encontrada diferença estatística significativa em algumas situações avaliadas. Os resultados evidenciaram tal diferença para o perfil comportamental ansioso quando comparado ao hábito de morder objetos, e às alterações sistêmicas de artrite e úlcera gástrica.

Houve também diferença estatística significativa entre o hábito parafuncional de apertar os dentes e onicofagia, plenitude auricular direita, hiperemia conjuntiva direita, e alterações sistêmicas de diabetes, labirintite, osteoporose e úlcera gástrica.

Segundo este teste estatístico, a idade teve diferença estatística significativa quando comparada a várias alterações sistêmicas, como artrite, cefaléia, diabetes, enxaqueca, gastrite, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose, sinusite, úlcera gástrica. Os resultados também evidenciaram diferença significativa entre idade e todas as alterações oftalmológicas e otológicas avaliadas. Encontrou-se também diferença estatística significativa entre idade e os hábitos parafuncionais de morder objetos, ranger dentes e onicofagia. Houve diferença estatística significativa entre idade e TPM e relato de sono prejudicado.

Os outros aspectos avaliados não evidenciaram diferença estatística significativa.

Para o grupo AiI, gênero masculino, da faixa etária de 18 a 40 anos, foi encontrado no teste de Kruskal-Wallis um valor de 205,3654 ($p=0,000000$), demonstrando que havia diferença estatística entre as variáveis. Na Tabela 14 são mostrados os valores da mediana, soma de postos e postos médios.

Tabela 14. Valores da mediana, soma de postos e postos médios nas variáveis do gênero masculino do grupo Ail da faixa etária de 18 a 40 anos.

Grupo	Mediana	Soma de postos	Posto médio
Idade	28,0	7545,0	503,0
Aperta	1,0	5715,0	381,0
Range	1,0	5220,0	348,0
Onicofagia	0,0	3982,5	265,0
Morde objeto	0,0	3982,5	265,5
Nervoso	1,0	4725,0	315,0
Ansioso	1,0	4972,5	331,5
Tenso	0,0	3982,5	265,5
Dor ouvido D	0,0	3487,5	232,5
Dor ouvido E	0,0	3487,5	265,5
Dif. Aud. D	0,0	2745,0	249,0
Dif. Aud. E	0,0	3735,0	265,5
Plen. Auric. D	0,0	4230,0	282,0
Plen. Auric. E	0,0	4477,5	298,5
Dor olho D	0,0	3982,5	232,5
Dor olho E	0,0	3487,5	232,5
Hiper. Conj. D	0,0	3487,5	232,5
Hiper. Conj. E	0,0	3487,5	232,5
Lacrim. D	0,0	3240,0	216,0
Lacrim. E	0,0	3487,5	232,5
Sinusite	0,0	2992,5	199,5
Diabetes	0,0	2745,0	183,0
Fibromialgia	0,0	2745,0	183,0
Hipertensão	0,0	2745,5	183,0
Labirintite	0,0	2745,0	183,0
Sono	0,0	4230,0	282,0
Artrite	0,0	2992,5	199,5
Enxaqueca	0,0	2745,0	183,0
Gastrite	0,0	2992,5	199,5
Osteoporose	0,0	2745,0	183,0
Cefaleia	0,0	3735,0	249,0
Úlcera	0,0	2992,5	199,5
Tpm	-	-	-

Legenda: D= direito (a); E= esquerdo (a); Dif. Aud.= dificuldade auditiva; Plen. Auric.= plenitude auricular; Hiper. Conj.= hiperemia conjuntival; Lacrim.= lacrimejamento; Tpm= tensão pré-menstrual.

Resultados do Teste de Miller analisando as variáveis no gênero masculino do grupo AiI da faixa etária de 18 a 40 anos.

Analisando-se o teste de Miller (nível de significância: $p \leq 0,05$), foi encontrada diferença estatística significativa em algumas situações avaliadas. Segundo este teste estatístico, a idade teve diferença estatística significativa quando comparada a várias alterações sistêmicas, como artrite, cefaléia, diabetes, enxaqueca, fibromialgia, gastrite, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose, sinusite, úlcera gástrica e relato de sono prejudicado.

Os resultados evidenciaram diferença estatística significativa entre idade e todas as alterações oftalmológicas. Nas alterações otológicas não houve significância apenas na avaliação da presença de plenitude auricular do lado esquerdo.

Encontrou-se diferença estatística significativa entre idade e os hábitos parafuncionais de morder objetos e onicofagia. Foi encontrado significância dos resultados quando comparado idade e perfil comportamental tenso.

Os outros aspectos avaliados não evidenciaram diferença estatística significativa.

Para o grupo AiI, gênero masculino, da faixa etária de 41 a 60 anos, foi encontrado no teste de Kruskal-Wallis um valor de 117,5615 ($p=0,000000$), demonstrando que havia diferença estatística entre as variáveis. Na Tabela 15 são mostrados os valores da mediana, soma de postos e postos médios.

Tabela 15. Valores da mediana, soma de postos e postos médios nas variáveis do gênero masculino do grupo Ail da faixa etária de 41 a 60 anos.

Grupo	Mediana	Soma de postos	Posto médio
Idade	48,0	2718,0	302,0
Aperta	1,0	2025,0	225,0
Range	1,0	1876,5	208,5
Onicofagia	0,0	1431,0	159,0
Morde objeto	0,0	1134,0	126,0
Nervoso	0,0	1579,5	175,5
Ansioso	0,0	1431,0	159,0
Tenso	1,0	1728,0	192,0
Dor ouvido D	0,0	1134,0	126,0
Dor ouvido E	0,0	1134,0	126,0
Dif. Aud. D	0,0	1282,5	142,5
Dif. Aud. E	0,0	1431,0	159,0
Plen. Auric. D	0,0	1282,5	142,5
Plen. Auric. E	0,0	1282,5	142,5
Dor olho D	0,0	1282,5	142,5
Dor olho E	0,0	1282,5	142,5
Hiper. Conj. D	0,0	1579,5	176,5
Hiper. Conj. E	0,0	1579,5	176,5
Lacrim. D	0,0	1282,5	142,5
Lacrim. E	0,0	1282,5	142,5
Sinusite	0,0	1134,0	126,0
Diabetes	0,0	1134,0	126,0
Fibromialgia	0,0	985,5	109,5
Hipertensão	0,0	1282,5	142,5
Labirintite	0,0	985,5	109,5
Sono	1,0	1728,0	192,0
Artrite	0,0	985,5	109,5
Enxaqueca	0,0	985,5	109,5
Gastrite	0,0	1134,0	126,0
Osteoporose	0,0	985,0	109,5
Cefaleia	0,0	1431,0	159,0
Úlcera	0,0	1134,0	126,0
Tpm	-	-	-

Legenda: D= direito (a); E= esquerdo (a); Dif. Aud.= dificuldade auditiva; Plen. Auric.= plenitude auricular; Hiper. Conj.= hiperemia conjuntival; Lacrim.= lacrimejamento; Tpm= tensão pré-menstrual.

Resultados do Teste de Miller analisando as variáveis no gênero masculino do grupo AiI da faixa etária de 41 a 60 anos.

Analisando-se o teste de Miller (nível de significância: $p \leq 0,05$), foi encontrada diferença estatística significativa em algumas situações avaliadas. Segundo este teste estatístico, a idade teve diferença significativa quando comparada a várias alterações sistêmicas, como artrite, diabetes, enxaqueca, fibromialgia, gastrite, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose, sinusite, úlcera gástrica. Os resultados evidenciaram diferença significativa entre idade e as alterações oftalmológicas de dor nos olhos e lacrimejamento de ambos os lados.

Nas alterações otológicas foram encontrados resultados significantes em dor de ouvido e plenitude auricular de ambos os lados. Encontrou-se diferença significativa entre idade e os hábitos parafuncionais de morder objetos.

Os outros aspectos avaliados não evidenciaram diferença estatística significativa.

Para o grupo AiII, gênero feminino, da faixa etária de 18 a 40 anos, foi encontrado no teste de Kruskal-Wallis um valor de 281,1505 ($p=0,000000$), demonstrando que havia diferença estatística entre as variáveis. Na Tabela 16 são mostrados os valores da mediana, soma de postos e postos médios.

Tabela 16. Valores da mediana, soma de postos e postos médios nas variáveis do gênero feminino do grupo AiII da faixa etária de 18 a 40 anos.

Grupo	Mediana	Soma de postos	Posto médio
Idade	27,5	21905,0	842,5
Aperta	1,0	16166,5	621,7
Range	0,0	12436,0	478,3
Onicofagia	0,0	10363,5	398,5
Morde objeto	0,0	8291,0	318,8
Nervoso	1,0	13265,0	510,1
Ansioso	1,0	15752,0	605,8
Tenso	1,0	14094,0	542,0
Dor ouvido D	0,5	12850,5	494,2
Dor ouvido E	1,0	12563,5	502,5
Dif. Aud. D	0,0	9534,5	366,7
Dif. Aud. E	0,0	8833,0	353,3
Plen. Auric. D	1,0	13392,5	535,7
Plen. Auric. E	0,0	12436,0	478,3
Dor olho D	0,0	11607,0	446,4
Dor olho E	0,0	11607,0	446,4
Hiper. Conj. D	0,0	8705,5	334,8
Hiper. Conj. E	0,0	9120,0	350,7
Lacrim. D	0,0	9949,0	382,6
Lacrim. E	0,0	9949,0	382,6
Sinusite	0,0	9120,0	350,7
Diabetes	0,0	7876,5	302,9
Fibromialgia	0,0	7876,5	302,9
Hipertensão	0,0	8291,0	318,8
Labirintite	0,0	7876,5	302,9
Sono	0,5	12850,5	494,2
Artrite	0,0	8705,5	334,8
Enxaqueca	0,0	10778,0	414,5
Gastrite	0,0	10363,5	398,5
Osteoporose	0,0	7462,0	287,0
Cefaleia	0,5	12850,5	494,2
Úlcera	0,0	10778,	414,5
Tpm	0,0	8291,0	318,8

Legenda: D= direito (a); E= esquerdo (a); Dif. Aud.= dificuldade auditiva; Plen. Auric.= plenitude auricular; Hiper. Conj.= hiperemia conjuntival; Lacrim.= lacrimejamento; Tpm= tensão pré-menstrual.

Resultados do Teste de Miller analisando as variáveis no gênero feminino do grupo AiII da faixa etária de 18 a 40 anos

Analisando-se o teste de Miller (nível de significância: $p \leq 0,05$), foi encontrada diferença estatística significativa em algumas situações avaliadas. Os resultados evidenciaram diferença significativa para o perfil comportamental ansioso quando comparado às alterações sistêmicas de artrite, diabetes, fibromialgia, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose, e úlcera gástrica, e também para a alteração oftalmológica de hiperemia conjuntival do lado direito.

Houve também diferença significativa entre o hábito parafuncional de apertar os dentes com a alteração oftalmológica de hiperemia conjuntiva direita e esquerda, e alterações sistêmicas de artrite, diabetes, fibromialgia, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose, sinusite e úlcera gástrica. Foi também encontrada diferença significativa quando comparado à parafunção de morder objetos, e ao relato de sono prejudicado.

Segundo este teste estatístico, a idade teve diferença significativa quando comparada a várias alterações sistêmicas, como artrite, cefaléia, diabetes, enxaqueca, fibromialgia, gastrite, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose, sinusite, úlcera gástrica. Os resultados evidenciaram diferença significativa entre idade e todas as alterações oftalmológicas e otológicas avaliadas. Encontrou-se diferença significativa entre idade e os hábitos parafuncionais de morder objetos, ranger dentes e onicofagia.

Nos aspectos de alteração de perfil comportamental de tenso e nervoso quando comparados à idade, os resultados se mostraram com diferença estatisticamente significativa. Houve diferença estatística significativa entre idade e TPM e relato de sono prejudicado.

Os outros aspectos avaliados não evidenciaram diferença estatística significativa.

Para o grupo AiII, gênero feminino, da faixa etária de 41 a 60 anos, foi encontrado no teste de Kruskal-Wallis um valor de 178,6037 ($p=0,000000$), demonstrando que havia diferença estatística entre as variáveis. Na Tabela 17 são mostrados os valores da mediana, soma de postos e postos médios.

Tabela 17. Valores da mediana, soma de postos e postos médios nas variáveis do gênero feminino do grupo AiII da faixa etária de 41 a 60 anos.

Grupo	Mediana	Soma de postos	Posto médio
Idade	46,5	6181,0	441,5
Aperta	1,0	4781,0	341,5
Range	0,0	3479,0	248,5
Onicofagia	0,0	2828,0	202,0
Morde objeto	0,0	2394,0	171,0
Nervoso	1,0	4130,0	295,0
Ansioso	1,0	4452,0	318,0
Tenso	1,0	3913,0	279,5
Dor ouvido D	1,0	3913,0	279,5
Dor ouvido E	0,0	3045,0	217,5
Dif. Aud. D	0,0	2394,0	171,0
Dif. Aud. E	0,0	2611,0	186,5
Plen. Auric. D	0,0	3479,0	248,5
Plen. Auric. E	0,0	3479,0	248,5
Dor olho D	0,0	3045,0	217,5
Dor olho E	0,0	2828,0	202,0
Hiper. Conj. D	0,0	2394,0	171,0
Hiper. Conj. E	0,0	2212,0	158,0
Lacrim. D	0,0	2828,0	202,0
Lacrim. E	0,0	2828,0	202,0
Sinusite	0,0	2828,0	202,0
Diabetes	0,0	2177,0	155,5
Fibromialgia	0,0	2177,0	155,5
Hipertensão	0,0	2394,0	171,0
Labirintite	0,0	2177,0	155,5
Sono	1,0	4130,0	295,0
Artrite	0,0	2394,0	171,00
Enxaqueca	0,0	3045,0	217,5
Gastrite	0,0	3479,0	248,5
Osteoporose	0,0	2611,0	186,5
Cefaleia	1,0	4998,0	357,0
Úlcera	0,0	3045,0	217,50
Tpm	0,0	2394,0	171,0

Legenda: D= direito (a); E= esquerdo (a); Dif. Aud.= dificuldade auditiva; Plen. Auric.= plenitude auricular; Hiper. Conj.= hiperemia conjuntival; Lacrim.= lacrimejamento; Tpm= tensão pré-menstrual.

Resultados do Teste de Miller analisando as variáveis no gênero feminino do grupo AiII da faixa etária de 41 a 60 anos.

Analisando-se o teste de Miller (nível de significância de 0,05), foi encontrada diferença estatística significativa em algumas situações avaliadas. Os resultados evidenciaram diferença significativa para o hábito parafuncional de apertar os dentes quando comparado às alterações sistêmicas de diabetes, fibromialgia, labirintite, osteoporose e cefaléia, também foram significativos para a alteração oftalmológica de hiperemia conjuntival do lado esquerdo.

Houve diferença significativa entre cefaléia com a alteração oftalmológica de hiperemia conjuntiva direita e esquerda, e alterações sistêmicas de diabetes, fibromialgia, hipertensão arterial, labirintite e úlcera gástrica. Foi também encontrada diferença significativa quando comparado à parafunção de morder objetos. Além da alteração otológica de dificuldade auditiva do lado direito.

Segundo este teste estatístico, a idade teve diferença significativa quando comparada a várias alterações sistêmicas, como artrite, cefaléia, diabetes, enxaqueca, fibromialgia, gastrite, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose, sinusite, úlcera gástrica. Os resultados evidenciaram diferença significativa entre idade e todas as alterações oftalmológicas e otológicas avaliadas.

Encontrou-se diferença significativa entre idade e os hábitos parafuncionais de morder objetos, ranger dentes e onicofagia. Nos aspectos de alteração de perfil comportamental de tenso e nervoso quando comparados à idade, os resultados se mostraram significantes. Houve diferença significativa entre idade e TPM e relato de sono prejudicado.

Os outros aspectos avaliados não evidenciaram diferença estatística significativa.

Para o grupo AiII, gênero masculino, da faixa etária de 18 a 40 anos, foi encontrado no teste de Kruskal-Wallis, um valor de 84,85 ($p=0,000000$), demonstrando que havia diferença estatística entre as variáveis. Na Tabela 18 são mostrados os valores da mediana, soma de postos e postos médios.

Tabela 18. Valores da mediana, soma de postos e postos médios nas variáveis do gênero masculino do grupo AiII da faixa etária de 18 a 40 anos.

Grupo	Mediana	Soma de postos	Posto médio
Idade	24,0	1547,0	221,0
Aperta	1,0	1148,0	164,0
Range	0,0	931,0	133,0
Onicofagia	0,0	931,0	133,0
Morde objeto	0,0	931,0	133,0
Nervoso	1,0	1039,5	148,5
Ansioso			
Tenso	1,0	1039,5	148,5
Dor ouvido D	0,0	714,0	102,0
Dor ouvido E	0,0	931,0	133,0
Dif. Aud. D	0,0	605,5	86,50
Dif. Aud. E	0,0	605,5	86,50
Plen. Auric. D	0,0	714,0	102,0
Plen. Auric. E	0,0	822,5	117,5
Dor olho D	0,0	931,0	133,0
Dor olho E	0,0	605,5	86,5
Hiper. Conj. D	0,0	714,0	102,0
Hiper. Conj. E	0,0	714,0	102,0
Lacrim. D	0,0	714,0	102,0
Lacrim. E	0,0	714,0	102,0
Sinusite	0,0	714,0	102,0
Diabetes	0,0	605,5	86,5
Fibromialgia	0,0	605,5	86,50
Hipertensão	0,0	605,5	86,5
Labirintite	0,0	605,5	86,5
Sono	0,0	931,0	133,0
Artrite	0,0	714,0	102,0
Enxaqueca	0,0	714,0	102,0
Gastrite	0,0	605,5	86,5
Osteoporose	0,0	605,5	86,50
Cefaleia	0,0	822,5	117,5
Úlcera	-	-	-
Tpm	0,0	714,0	102,0

Legenda: D= direito (a); E= esquerdo (a); Dif. Aud.= dificuldade auditiva; Plen. Auric.= plenitude auricular; Hiper. Conj.= hiperemia conjuntival; Lacrim.= lacrimejamento; Tpm= tensão pré-menstrual.

Resultados do Teste de Miller analisando as variáveis no gênero masculino do grupo AiII da faixa etária de 18 a 40 anos.

De acordo com o teste de Miller, a idade dos participantes apresentou diferença estatística significativa, em relação à fibromialgia, gastrite, hipertensão arterial, labirintite, osteoporose, alteração otológica de dificuldade auditiva de ambos os lados, e da alteração oftalmológica de presença de dor no olho esquerdo.

Os outros aspectos avaliados não evidenciaram diferença estatística significativa.

Não foi realizado Teste estatístico Kruskal Wallis, nem o Teste de Miller para as variáveis do gênero masculino da faixa etária de 41 a 60 anos, porque nesta amostra havia apenas um indivíduo, o que impediu análise comparativa.

5. *Discussão*

DISCUSSÃO

Os estudos epidemiológicos podem ser classificados de acordo com diversos aspectos, e nem sempre é possível ter um consenso quanto à sua classificação. De acordo com o objetivo da pesquisa, pode-se classificar os estudos em descritivo, quando o pesquisador tem a intenção de descrever o padrão de ocorrência de determinada alteração em relação a variáveis ligadas ao indivíduo analisado, ao tempo e ao local. De outra forma, há estudos cujo objetivo é testar hipóteses específicas de associação causal entre variáveis, neste caso trata-se de um estudo analítico. Há também, o estudo exploratório, que seria uma intersecção entre esses dois tipos (Antunes e Peres 2006).

Os aspectos metodológicos também classificam os estudos epidemiológicos, ou seja, há uma classificação de acordo com o mecanismo de coleta de dados. Podem ser divididos em estudos experimentais, ou de intervenção, e os estudos de observação. Na verdade a diferença básica entre esses estudos relaciona-se com a intervenção do pesquisador na população estudada, sendo que no primeiro tipo, o pesquisador intervém, controlando algum efeito de exposição, testando hipóteses causais sobre associações envolvidas, e no segundo não, ocorre apenas a observação do fato (Antunes e Peres 2006).

Os estudos epidemiológicos também podem ser classificados em controlados, ou seja, quando se constitui um grupo controle, para comparações com grupos tratados, e ou expostos a determinada situação. De outra forma, classificam-se os estudos não-controlados, onde não se forma esse grupo comparativo (Antunes e Peres 2006).

De acordo com a forma de organização dos dados com relação ao tempo, os estudos podem ser classificados em transversais ou longitudinais, sendo que o primeiro envolve um corte instantâneo no tempo, e o segundo é realizado ao longo do tempo, podendo ser retrospectivo, ou prospectivo dependendo do fluxo temporal selecionado (Antunes e Peres 2006).

Para atingir os objetivos de um estudo epidemiológico, se faz necessário medir a frequência das alterações na população avaliada. A primeira medida seria a prevalência, parâmetro conhecido da literatura epidemiológica que pode ser definido como o número total de casos, episódios ou eventos existentes em um determinado local em determinado período de tempo. Outra medida seria a incidência, que pode ser entendida como o número de casos novos durante um tempo específico dentro de uma população sob determinado risco no começo do período (Antunes e Peres 2006).

Este presente trabalho pode ser entendido como um estudo descritivo, pois o pesquisador apenas descreveu os dados coletados e não testou hipóteses, nem associações. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista, ou seja, o indivíduo era questionado pelo pesquisador, que foi previamente habilitado, para executar as perguntas de forma clara e objetiva, e também adequar a linguagem ao indivíduo entrevistado. A resposta do entrevistado era tida como verdadeira, e anotada em prontuário clínico, para posterior avaliação, caracterizando um estudo de observação, onde não ocorreu intervenção.

Neste estudo não se constituiu grupo controle, por se tratar de um estudo inicial de caracterização dos indivíduos que foram encaminhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o Serviço de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial incluído no Projeto DAPE da FORP-USP. Assim sendo, foi impossível estimar o grupo avaliado, para se constituir um grupo controle.

Com relação à organização do tempo, o presente estudo foi classificado como longitudinal, pois foram avaliadas as variáveis em um determinado período de tempo, e não se realizou reavaliações, ou estudos retrospectivos para possíveis comparações. A medida de frequência se deu por meio de análise de prevalência, pois não houve análise de novos casos, somente dos casos presentes no momento da coleta.

A) Gênero

Iniciando a análise dos resultados encontrados neste estudo, temos uma superioridade do gênero feminino com relação ao masculino (Tabela 01), sendo que dos 117 indivíduos selecionados, 85 eram do gênero feminino representando 73,64% da amostra, e 32 eram do gênero masculino, representando 26,36%. Tal relação concorda com publicações anteriores (Dworkin et al., 1990; Huang et al., 2002; Bove et al., 2005; Oviedo Montes et al., 2001; Pedroni et al., 2003; Rocha et al., 2002; Vollaro et al., 2001, Ferreira 2008).

A maior prevalência do gênero feminino tem sido relatada em diversos estudos sobre DTM, e relaciona-se a vários fatores que serão abordados posteriormente, porém é importante ressaltar que na análise de qualquer alteração, estado de saúde ou doença, que demonstre certa predileção por um determinado gênero, é preciso estar alerta para três possíveis fatores causais. O primeiro relaciona-se às diferenças biológicas e fisiológicas que podem ocasionar uma vulnerabilidade de um ou outro gênero a determinada doença ou disfunção; um segundo fator estaria relacionado com diferenças comportamentais, e como último fator a herança genética (Warren et al., 2001).

Alguns autores como De Bont et al., 1997; Carlsson et al 2000; Dao et al., 2000; Rocha et al., 2002, atribuem as discrepâncias encontradas nos resultados de pesquisas quanto ao gênero, às diferenças biológicas e fisiológicas, dentre as quais estão fatores hormonais ou de constituição, fatores moleculares, diferenças psicossociais e morfológicas da ATM.

Além desses aspectos, segundo Lereshe (1999), as mulheres podem detectar sinais aos quais os homens não conseguem, demonstrando uma diferença de sensibilidade biológica ao estímulo, e ainda vale ressaltar que as mulheres parecem ter mais consciência da necessidade e acabam por buscar tratamento mais do que os homens (Agerberg et al., 1990; D'Antônio et al., 2000; Dao et al., 2000; Vollaro et al., 2001; Bonjardim et al., 2005).

B) Idade

Com relação à idade no presente estudo ocorreu maior prevalência em indivíduos considerados adultos jovens, ou seja, na faixa etária de 18 a 40 anos (Tabela 01) estando em concordância com trabalhos de Cauás 2004; Bove et al., 2005; Dworkin et al., 1990; Esposito et al., 2000; Gremillion 2000; Locker et al., 1988; Rocha et al., 2002, Ferreira 2008, os quais consideram esta faixa etária como a mais produtiva da sociedade, sendo caracterizada por uma época de intensa tensão psicológica, e que esse fator poderia aumentar significativamente o desenvolvimento de disfunção craniomandibular.

Estudos epidemiológicos têm revelado que as DTMs não têm apresentado um crescimento com o aumento da idade, pelo contrário, há sinais de estabilização dos sinais clínicos e redução da disfunção (Dworkin et al., 1990, Gremillion 2000, Lereshe, 1999).

Pode-se observar neste presente estudo a diferença proporcional dos grupos dentro da mesma faixa etária, ou seja, na faixa etária dos adultos jovens, encontrou-se 38 indivíduos do grupo AiI, e 33 do grupo AiII, não havendo muita disparidade entre eles. Na faixa etária dos adultos, onde 31 indivíduos eram do grupo AiI, e apenas 15 eram do grupo AiII, revelando uma redução de número de indivíduos com maior idade acometidos por sintomas severos da DTM, estando de acordo com as publicações referidas anteriormente.

C) Hábitos parafuncionais

Os hábitos parafuncionais podem ser definidos como comportamentos que diferem dos funcionais, que no sistema estomatognático, seriam a mastigação, deglutição e fala (Rudgh et al., 1989). Portanto os hábitos de ranger, apertar, morder objetos, língua, bochechas e lábios, e onicofagia são considerados parafuncionais, e podem ocasionar

posicionamento anormal dos dentes, levando a uma oclusão traumática, predispondo à disfunção de ATM.

Para Cauás (2004), a parafunção pode ser definida como todas as atividades neuromusculares não funcionais do sistema estomatognático, que produzem hiperatividade de grupos musculares craniomandibulares e aumentam a pressão interna da ATM, levando a repetitivos microtraumas nas superfícies articulares, podendo contribuir no aparecimento das DTMs.

Os hábitos orais deletérios desencadeiam uma contração muscular do tipo isométrica, demorada e por longos períodos, que inibe o fluxo sanguíneo normal para os tecidos musculares, levando a um aumento de dióxido de carbono e resíduos metabólicos nos tecidos musculares, podendo causar fadiga, espasmos e dor (Cauás, 2004).

Devido aos fatores evidenciados, há maior probabilidade das atividades parafuncionais ocasionarem alterações no sistema muscular e na ATM, pois as estruturas do sistema mastigatório toleram uma determinada quantidade de forças geradas pela hiperatividade e após esse nível pode ocorrer um colapso nos tecidos (Zarb e Mohl, 1991). Bianchini (1998) cita que os hábitos parafuncionais orais podem prejudicar a estabilidade do sistema estomatognático.

Há muita discordância sobre a influência ou não dos hábitos parafuncionais nas DTMs. Autores como Barone et al., 1997, sugerem eles são comuns em populações de indivíduos normais e que na maior parte dos casos não resultam em sintomas de DTM. Contudo, outros concluem que as parafunções têm um papel significativo na etiologia das DTMs (Widmalm et al., 1995; Bianchini, 1998; Zarb e Mohl, 1991).

No presente estudo, os resultados evidenciaram alta prevalência de hábitos parafuncionais em ambos os grupos avaliados (Tabelas 02 e 07), onde os indivíduos foram questionados com relação aos hábitos de apertar dentes, ranger dentes, roer unhas (onicofagia), e morder objetos. No Grupo AiI houve maior prevalência de apertamento dental no gênero feminino independente da idade, houve também maior prevalência do hábito de ranger os dentes e morder objetos no gênero masculino independente da faixa etária, concordando com Cauás, 2004.

No Grupo AiII houve alta prevalência dos hábitos de apertar e ranger independente do gênero e faixa etária, concordando com Rosa 2004; Matheus et al., 2005; Branco et al., 2008; Ferreira 2008.

D) Perfil comportamental

No relato de como os indivíduos se consideravam quanto seu perfil comportamental, houve alta prevalência de todos os aspectos questionados (Tabelas 03 e 08), onde os indivíduos foram questionados se estes se consideravam pessoas nervosas, ansiosas ou tensas. Vale ressaltar que cada indivíduo poderia responder de forma positiva para mais de um quesito.

Avaliando o Grupo AiI, os indivíduos gênero feminino independente da faixa etária consideraram-se mais nervosos, que o masculino. Porém quando questionados quanto a se considerarem ansiosos, os indivíduos do gênero masculino foram mais prevalentes que os do gênero feminino, na faixa etária dos adultos jovens, porém na faixa etária dos adultos, os resultados evidenciaram o oposto. Referindo-se ao quanto esses indivíduos se consideravam tensos, na faixa etária dos adultos, o gênero masculino foi mais prevalente, e na faixa etária dos adulto-jovens, praticamente não houve diferença.

O grupo AiII houve alta prevalência de todos aspectos avaliados de forma equilibrada, porém qualquer consideração neste grupo terá um viés pois, na faixa etária adulto do gênero masculino, há um único indivíduo, o que dificulta a análise.

A teoria psicofisiológica é uma das mais aceitas atualmente e determina que a etiologia da DTM é complexa, multifatorial, havendo evidências de que a ansiedade e a depressão poderiam modificar a percepção de dor de um paciente e a vontade de tolerar a dor. A ansiedade, a depressão e o estresse, cada dia mais presentes na vida cotidiana atual, provavelmente devido ao estilo de vida atribulado, são colaboradores no delineamento do quadro patológico das DTM (Coronato et al., 2008).

Considerando a grande variedade de fatores envolvidos na etiologia da DTM, seu diagnóstico deve ser diferenciado e criterioso, envolvendo a determinação de seus sinais e sintomas característicos e buscar dados que indiquem o estado emocional do paciente, relevantes ao tratamento (Coronato et al., 2008, Lee et al., 1989).

Pesquisas recentes sugerem que a ansiedade pode ser um fator emocional e afetivo concomitante às DTMs (Suvinem e Reade 1995; Roy-Byrne et al., 2008). Existem fortes evidências que alguns pacientes com DTM sejam mais ansiosos e/ou deprimidos que indivíduos assintomáticos (Suvinem e Reade 1995; Turk e Melzack 2001; Slade et al., 2007 e Alschuler et al., 2008).

As DTMs podem ser frequentemente acompanhadas por fatores psicológicos, que podem contribuir para o estabelecimento e manutenção da dor muscular. Caracteriza-se como um problema significativo de dor em que a gravidade, persistência e disfunções psicológicas

ou comportamentais, também são comparavelmente problemáticas ao sofrimento causado por dores em outras partes do corpo (Friction 1995). Altos níveis de ansiedade combinado ao hábito de apertamento dental foram associados à dor miofascial crônica (Velly et al., 2003).

Persiste grande controvérsia sobre este tema, porém devido ao grande número de artigos publicados sobre esta correlação positiva, é necessário que os profissionais da saúde, de maneira geral, estejam atentos à possibilidade de alterações comportamentais e emocionais influenciarem de maneira positiva ou negativa no desenvolvimento, manutenção e intensificação de sintomas, ou doenças (Pomp 1977; Cannistraci e Friedric 1987; Okino et al., 1990, Seger 2002, Wexler e Steed, 1998).

E) Sinais e Sintomas otológicos

A otalgia pode decorrer de causas otológicas, como otite média, otite externa, mastoidite, ou de fatores não otológicos, que incluem condições dentárias, tonsilites, neoplasias, neuralgias e disfunções da articulação temporomandibular (Mota et al., 2007).

Alguns autores como Dworkin et al., 1990; Keersmaekers et al., 1996, sugerem que as DTMs sejam uma das causas mais comuns de otalgia por motivo não-otológico.

Estudos embriológicos sugerem a existência de aspectos que podem contribuir para a relação entre sintomas auditivos e DTM. A mandíbula e os ossículos da orelha média têm a mesma origem embriológica, na cartilagem de Meckel, o que poderia explicar as várias malformações da orelha média associadas a alterações mandibulares, assim como a anatomia e biomecânica da ATM, as quais estão intimamente relacionadas com estruturas e funções auditivas (Mota et al., 2007).

A pressão produzida pelo deslocamento distal e posterior do côndilo mandibular sobre o nervo auriculotemporal e estruturas da orelha, especialmente sobre a tuba auditiva, pode ser responsável por alguns sinais e sintomas auditivos que aparecem nas DTMs (Costen 1936). Dentre esses sinais e sintomas, os mais comuns são: sensação de plenitude auricular, zumbido, otalgia e vertigem com nistagmo. O conjunto dessas alterações musculares, articulares e auriculares foi chamado de “Síndrome de Costen” (Costen 1936).

Outros autores sugerem que a dor de ouvido pode ser na realidade, a dor da própria articulação temporomandibular sentida em posição mais posterior. A proximidade entre as estruturas articular e da orelha, a herança filogenética similar e o trajeto da inervação podem confundir o paciente e o profissional, no momento de localizar a dor (Tuz et al., 2003).

Outros autores acreditam que a dor possa ser produzida por hipercontração e hiperestiramento do músculo pterigóideo lateral, que leva à hipertonia do músculo tensor do tímpano, sendo essa dor quase sempre referida em uma região diferente e distante do local de origem (Okeson 1992).

Interferências na região da fissura petrotimpânica, por onde passam o nervo corda do tímpano, a artéria timpânica e o ligamento disco-maleolar, poderiam também causar sintomas otológicos (Felicio et al., 2004).

Uma configuração plana da eminência articular poderia levar ao deslizamento do côndilo da mandíbula contra o ligamento esfenomandibular, desencadeando a disfunção do sistema neuromuscular e provocando alterações no reflexo protetor durante a deglutição, o que inibiria a abertura da tuba auditiva e reduziria a ventilação da orelha média (Felicio et al., 2004).

Para D'Antonio et al. (2000) na faixa de 85% dos pacientes com DTM apresentam sintomas otorrinolaringológicos. No trabalho realizado por Gutiérrez et al. (2001), 80% dos pacientes apresentaram queixa de dois a quatro sintomas auditivos e 20% de um ou cinco sintomas, sendo 60% queixa bilateral, 20% do lado direito e 20% do esquerdo. Quando relacionados dois sintomas otológicos muito frequentes (otalgia e zumbido) com os resultados audiológicos obtidos, observou-se que a otalgia foi mais referida por mulheres (70%).

Pereira et al. (2005), realizaram pesquisa com pacientes portadores de DTM e verificaram que o zumbido, a otalgia e a plenitude auricular eram descrito por 62,5% dos pacientes, hipoacusia e a tontura por 37,5%, somente 12,5% dos indivíduos não relataram nenhum sintoma auditivo.

Pascoal et al. (2001), encontraram sintomas otológicos em 80% dos pacientes avaliados, sendo que 64 pacientes (50,8%) referiam à dor em ouvido; 65 (51,6%), sensação de plenitude auricular; 63(50%) referiam à presença de tinnitus; 42(33,3%) sensação de tontura; 11(8,73%), sensação de vertigem; e 12(9,52%) relataram perda auditiva.

A ausência de anormalidade nas audiometrias comprova que eles não apresentam perda auditiva relacionada à desordem temporomandibular (Pascoal 2001). Existem muitas tentativas para explicar a relação entre alterações de ATM e sinais e sintomas auditivos, porém ao analisar a literatura, Jacob et al., 2005, evidenciaram que a relação entre perda auditiva e disfunção temporomandibular ainda não está estabelecida.

No presente estudo, os indivíduos foram questionados quanto à presença de otalgia (dor nos ouvidos), dificuldade auditiva e plenitude auricular, que seria reconhecida

como uma sensação de ouvido tampado. Os resultados evidenciaram que no grupo AiI (Tabela 04) houve maior prevalência de dor no gênero feminino independente da faixa etária, concordando com D'Antonio 2000. Avaliando-se o sintoma dificuldade auditiva, as prevalências apresentaram variação discreta entre os gêneros e faixa etária. Os resultados evidenciaram que no sintoma de plenitude auricular houve maior prevalência no gênero masculino, exceto no lado direito, na faixa etária dos adultos jovens.

No grupo AiII (Tabela 09) houve maior prevalência do gênero feminino em todos os sintomas avaliados, em todas faixas etárias, concordando com D'Antonio 2000.

Os resultados encontrados concordam com Ferreira et al., 2002, Bruto et al., 2000, que verificaram predomínio da otalgia em portadores de DTM do gênero feminino, em comparação ao masculino, e sugeriram que tal situação poderia ser devido à maior absorção do estresse emocional pela mulher, o que leva a uma diminuição do nível de tolerância fisiológica e aumento da hiper-atividade muscular, produzindo desequilíbrio funcional.

F) Sinais e sintomas oftalmológicos

A literatura atual se mostra deficiente no que se refere a uma explicação da correlação entre DTM e a sintomatologia oftalmológica, a dor nos olhos e ao redor deles é relativamente comum (Agerberg e Ikapööl 1990; Arlen 1983; Okeson 1992).

As sintomatologias oftalmológicas mais comumente encontradas são: fotofobia, escurecimento da visão, espasmos dos músculos do olho, visão nublada, lacrimejamento, edema palpebral, hiperemia conjuntival, queimação e dor orbital (Agerberg e Ikapööl et al., 1990, Friction 1991; Molina 1989; Steenks e Wijer 1996).

Além disso, a presença de “Trigger points” ou pontos algícos podem promover o fenômeno de dor referida, que pode ser entendida, como uma situação dolorosa onde o seu local de ocorrência difere do seu local de origem (Okeson 1992).

Agerberg e Ikapööl, 1990; Arlen 1983; Okeson 1992, relataram que a presença de pontos algícos no músculo esternocleidomastóideo poderia causar dor referida, dentro, ao redor e abaixo dos olhos, nos músculos cervicais posteriores, na área supra-orbital. No músculo occipitofrontal provocam dor referida atrás do olho. A palpação de pontos gatilho no músculo masséter e temporal pode causar dor referida supra-orbital. Dor no músculo pterigóideo lateral pode se refletir para a região infra-orbital. Em alguns casos, os efeitos autonômicos são produzidos pelo impulso doloroso profundo oriundo dos pontos gatilho. Os

efeitos excitatórios centrais na região trigeminal raramente cruzam a linha média, desta forma, se a dor profunda for unilateral, os efeitos serão do mesmo lado que a dor (Okeson 2006)

Outros autores como Weiner et al. (1987), sugerem que há dados experimentais indicando alteração no fluxo sanguíneo em veias oftálmicas em pacientes com DTM, podendo desta forma contribuir para o aparecimento ou aumento da intensidade da dor, pela possibilidade de se tratar de uma dor de origem vascular.

No presente estudo avaliamos por meio de auto-relato os sintomas de dor, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, onde o indivíduo poderia responder de forma positiva a mais de um quesito.

No Grupo AiI, os resultados evidenciaram maior prevalência de dor nos olhos no gênero feminino independente da faixa etária. Com relação à hiperemia conjuntival a prevalência foi maior no gênero masculino independente da faixa etária, e no lacrimejamento, os resultados mostraram equilíbrio entre os gêneros e faixas etárias (Tabela 05).

No Grupo AiII os resultados da faixa etária dos adultos jovens evidenciaram maior prevalência de dor no gênero masculino (Tabela 10). Com relação ao sintoma de hiperemia conjuntival a prevalência se mostrou equilibrada entre os gêneros e com relação ao sintoma de lacrimejamento, a prevalência foi maior no gênero feminino. Na faixa etária dos adultos, os resultados revelaram maior prevalência de dor no gênero feminino, e nos sintomas de hiperemia conjuntival e lacrimejamento houve maior prevalência no gênero masculino.

Pereira et al. (2000) avaliaram a presença de sintomatologia ocular em 19 pacientes, e encontrou alta prevalência, sendo a dor ocular o sintoma mais presente com 84,2%, seguido de lacrimejamento 63,2% e hiperemia conjuntival 52,6%. Estes estão de acordo com os obtidos neste presente estudo, divergindo apenas no grupo AiII no sintoma de lacrimejamento.

G) Alterações sistêmicas

Neste tópico encontrou-se grande dificuldade, pois na literatura consultada, pôde-se constatar que em alguns aspectos havia riqueza de dados, ou seja, muitos artigos e publicações sobre determinadas alterações sistêmicas co-mórbidas à Disfunção Temporomandibular, porém em outras alterações houve escassez de dados. Os indivíduos foram questionados com relação à presença de Sinusite, Diabetes, Fibromialgia, Hipertensão Arterial, Labirintite, Sono prejudicado, Artrite, Enxaqueca, Gastrite, Osteoporose, Cefaléia, Úlcera Gástrica e TPM (Tensão Pré-Menstrual).

É oportuno ressaltar, a necessidade de maiores estudos nesta área, pois é uma realidade a interação do corpo humano frente uma alteração em determinado sistema, ou seja, se o ser humano for avaliado de forma holística, há de se pensar que uma alteração no sistema estomatognático, poderá refletir em alterações em outros sistemas, e vice-versa.

G.1) Sinusite

Sinusite é uma inflamação de vias respiratórias superiores conhecidas como seios paranasais geralmente associada a um processo infeccioso por vírus, bactéria ou fungo mas que também pode estar associado a uma alergia ou a inalação de poluentes (Isaacson, 1996). Sua frequência varia entre 1 e 15% das crianças e 1 e 40% dos adolescentes dependendo da região do mundo, sendo mais comum em regiões frias e com grandes variações climáticas (Strachan et al., 1997).

A relação entre disfunções respiratórias e temporomandibulares tem sido recentemente constatada pela incidência de dor orofacial, entre indivíduos com história de doenças respiratórias obstrutivas, tanto de vias aéreas superiores como nas inferiores (Pasinato et al., 2006).

Pasinato et al. (2006) relataram que o modo respiratório bucal e misto e o padrão ventilatório apical predominaram em indivíduos com DTM, e poderia acarretar numa alteração postural cervical, projetando a cabeça anteriormente, o que poderia agravar ou desencadear problemas na ATM. Fatores como: padrão ventilatório apical, tensão/ansiedade e respiração bucal podem ser indicados como os principais responsáveis por estas alterações (Correa e Bérzin, 2004).

Outra condição que pode ser avaliada, é que um dos sintomas da sinusite pode ser dor referida aos dentes maxilares, o que pode levar ao cirurgião-dentista a um diagnóstico confuso (Okeson, 2006). Portanto, se faz necessário um exame radiográfico da face, para identificar alterações nos seios paranasais, antes de qualquer procedimento irreversível. A sinusite obstrutiva crônica exibe sintomas de pressão ou enchimentos, e dificuldade respiratória, além de dor e cefaléia caso a mucosa nasal esteja afetada (Okeson, 2006).

A sinusite pode ocorrer em função de uma infecção odontogênica e vice-versa, contudo há uma condição patológica que pode levar à odontalgia, e que não provém dos seios paranasais, denominada neuralgia neurítica, que é resultado de um processo inflamatório do plexo-alveolar superior, e seus sintomas percorrem a distribuição periférica do nervo afetado.

As prováveis causas da neurite periférica são traumas, infecções bacterianas, virais ou tóxicas, e os sintomas são dores em ferroadas e em queimação (Okeson, 2006).

Não foram encontrados artigos que relacionassem diretamente a presença de sinusite e DTM, mas sim uma correlação entre sinusite e dor orofacial, e cefaléias.

Estudos epidemiológicos sobre a prevalência de sinusite, sem avaliar a presença de DTM, relataram que na Coreia do Sul 6,95% da amostra possuía sinusite crônica (Kim et al., 2011). Nos EUA a porcentagem foi mais expressiva, 12,5% (Hamilos, 2011). Na Europa um estudo revelou que 10,9% da amostra avaliada tinham sinusite (Hastan et al., 2011).

Com relação à Sinusite, os resultados do presente estudo mostraram uma prevalência maior no gênero feminino na faixa etária adulta, e na faixa etária dos adulto-jovens não houve diferença entre os gêneros. Comparando-se estes resultados (Tabelas 06 e 11), com os obtidos nos artigos anteriores, notou-se maior prevalência em pacientes com DTM, sugerindo uma correlação positiva entre a disfunção e alteração dos seios paranasais.

Não foram encontrados dados mais recentes sobre a porcentagem no Brasil.

G.2) Diabetes

Diabetes mellitus é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue. A prevalência no Brasil era de 7,6% da população entre os anos de 1996 e 1997, infelizmente estudos recentes reforçaram a ideia que a velocidade de aumento do número de casos está sendo acentuada, havendo uma previsão desastrosa, onde 12% da população devem apresentar esta doença nos tempos atuais. (Sociedade Brasileira de Diabetes-www.diabetes.org.br).

Os resultados encontrados no presente trabalho revelaram que a prevalência nos indivíduos avaliados da faixa etária dos adultos no grupo AiI (Tabela 06) foi maior do que numa população sem DTM. Porém nos indivíduos com sintomas severos, AiII (Tabela 11) a prevalência foi inferior do que em indivíduos sem DTM, o que sugere não haver correlação positiva entre estas alterações.

A literatura vigente mostrou-se deficiente neste tópico, pois não foi encontrado nenhum artigo que relacionasse esta alteração sistêmica com a DTM.

G.3) Fibromialgia

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa não-inflamatória, caracterizada por dores musculares difusas, fadiga, distúrbios de sono, parestesias, edema subjetivo, distúrbios cognitivos e dor em pontos no corpo com sensibilidade aumentada ou tender-points. (Fibromialgia. Portal Banco de Saúde. 2008)

A fibromialgia acomete cerca 2% a 7% da população adulta mundial, e as mulheres são 5 a 9 vezes mais afetadas do que os homens. A idade predominante do aparecimento dos sintomas oscila entre os 20 e os 50 anos, sua incidência aumenta com a idade (Cavalcante et al., 2006, Staud et al., 2001).

Eriksson et al. (1988) realizaram a primeira investigação que descreveu a relação entre DTM e FM, neste artigo, os pesquisadores demonstraram que 75% dos pacientes com fibromialgia tinham histórico clínico de DTM, variando de grau moderado a severo, de acordo com o índice de Helkimo.

Pennacchio et al. (1998) notaram que 97% dos fibromiálgicos foram diagnosticados com DTM e que somente 30% do grupo controle apresentou sintomas de DTM. Manfredini et al. (2004) encontraram resultados semelhantes, onde 86,7% dos indivíduos com FM tiveram, pelo menos, uma confirmação de DTM.

Siqueira (2001) sugeriu a ligação entre DTM e FM formulando quatro modelos possíveis: 1) a diminuição do limiar de dor na FM é responsável pela dor musculoesquelética da face e, nesse caso, a FM é o problema predominante que predispõe à DTM; 2) a FM e a DTM estão associadas a alterações psicológicas primárias, ou seja, elas não têm relação causal direta, mas surgem em decorrência de alguma anormalidade de saúde mental; 3) a angústia psicológica observada em algumas pessoas fibromiálgicas leva a maior preocupação, a aumento de visitas médicas e à prevalência diagnóstica; nesse caso, o paciente apresenta a FM como problema inicial e a DTM não constitui diagnóstico para a sua queixa; 4) todas as disfunções dolorosas estão associadas a um aumento na prevalência da FM; logo, a DTM faz surgir a FM.

Embora a FM e a DTM sejam entidades clínicas distintas, elas podem ocorrer de maneira associada, bem como apresentar sinais e sintomas comuns, especialmente relacionados à dor. Os sinais e sintomas de DTM são mais prevalentes em fibromiálgicos do que a presença de FM em pacientes com DTM (Fraga et al., 2011).

Considerando-se o escasso conhecimento sobre a apresentação orofacial da FM, o tratamento da DTM para pacientes com FM deve ser conservador e direcionado aos possíveis fatores de risco (Consalter et al., 2010).

No presente estudo (Tabelas 06 e 11) a FM teve maiores resultados no gênero feminino, no grupo AiI, na faixa etária adulta, concordando com os autores Cavalcante et al., 2006; Staud et al., 2001.

G.4) Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (HTA), hipertensão arterial sistêmica (HAS) conhecida popularmente como pressão alta é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial. A hipertensão arterial em 2004, acometia 35% da população brasileira acima de 40 anos, acredita-se que 20% da população mundial apresente o problema atualmente (Ministério da Saúde do Brasil – 2010)

Com relação à hipertensão arterial segundo Maxier et al., 1997, seu trabalho foi o primeiro estudo de correlação entre hipertensão arterial e a percepção de dor em pessoas com dor crônica, e os resultados revelaram que o nível da pressão arterial de repouso, não está associado à percepção de dor em indivíduos com DTM.

Bove et al. (2005), em seu estudo constataram que 25% dos indivíduos tinham níveis elevados de pressão arterial (maior que 120x80 mmHg), porém não se identificou gênero, tão pouco faixa etária, nem severidade de DTM.

No presente estudo as porcentagens encontradas foram inferiores a este último, onde o nível mais alto (22,72%) foi no grupo de adultos com sinais e sintomas leves a moderados, nos grupos restantes a faixa de 4 a 7% predominou.

G.5) Labirintite

Labirintite é uma desordem do equilíbrio do corpo humano. Tal desordem é causada por um processo inflamatório ou infeccioso que afeta os labirintos, que ficam dentro do sistema vestibular, órgão responsável pelo equilíbrio, postura e orientação do corpo e que se localiza no ouvido interno (Ministério da Saúde do Brasil – 2010).

Com relação à Labirintite, foi realizada revisão de literatura, e não foi encontrado nenhum artigo publicado para poder se realizar uma comparação, as prevalências encontradas foram muito baixas (Tabelas 06 e 11), sendo que apenas no grupo AiI da faixa etária adulta, as mulheres tiveram 9,09% de prevalência. A literatura vigente mostrou-se deficiente neste tópico.

G.6) Sono Alterado

De acordo com Travell e Simons (1999), o distúrbio do sono pode fazer parte de um círculo vicioso, onde o sono de má qualidade pode tanto atuar como fator agravante do quadro de dor muscular, como também pode ser prejudicado pela dor muscular já instalada. Podendo ser considerado um fator de grande relevância e que deve ser investigado e controlado.

A baixa qualidade do sono influencia na etiologia, pois a falta de permanência adequada em alguns estágios do sono pode acarretar na diminuição na produção de algumas substâncias extremamente importantes para a regeneração tecidual muscular e nervosa, como o GH (Hormônio do Crescimento), e substâncias relacionadas à dor, como serotonina e substância P. (Rocha, 2007).

Segundo Mazzetto et al. (2001), os distúrbios do sono podem afetar o sistema estomatognático, por consequência atuam sobre a vida diária do indivíduo, seja na interação social, comunicação verbal e concentração, seja no equilíbrio afetivo/cognitivo, culminando por limitar ou incapacitar as atividades fisiológicas do indivíduo, ou seja, afeta a qualidade de vida.

Rocha et al. (2007), relataram em seu estudo que o distúrbio do sono esteve presente em 48% dos pacientes, foi considerado tanto em qualidade como em quantidade. Pobre qualidade foi diagnosticada quando o paciente relatava cansaço físico ao acordar e baixa quantidade quando inferior a 6 horas diárias.

Lavigne e Kato 2005, encontraram uma correlação entre a severidade de DTM e a qualidade do sono, uma vez que a DTM se acentuou, e acarretou numa diminuição na qualidade do sono. O aumento do grau de desordem leva a uma piora da qualidade do sono ou vice-versa, sendo encontrado relato de sono prejudicado em 70% da população com DTM severa.

Oliveira et al., (2003), encontraram por meio de relato que 68,18% dos indivíduos avaliados possuíam alguma alteração no sono, variando a interferência desta alteração na sua qualidade de vida em pouco, mais ou menos e muito.

No presente estudo a baixa qualidade de sono foi relatada pela maioria dos indivíduos avaliados (Tabelas 06 e 11), mostrando-se mais prevalente nos grupos AiII com sinais e sintomas mais severos, acentuando a porcentagem com o aumento da idade. Tal dado concorda com Lavigne e Kato, 2005, e Rocha, 2007.

G.7) Artrite

Artrite reumatóide, também conhecida como artrite degenerativa, artrite anquilosante, poliartrite crônica evolutiva (PACE) ou artrite infecciosa crônica é uma doença auto-imune sistêmica, caracterizada pela inflamação das articulações, e que pode levar a incapacitação funcional dos pacientes acometidos (Bértolo et al., 2009)

Os autores Yoshida et al., 1998, e Franks 1969 sugerem que a probabilidade de os pacientes com Artrite Reumatóide, desenvolverem sintomas na ATM dependeria da severidade e duração da doença sistêmica. Os mesmos autores referiram uma prevalência de alterações na ATM em função desta alteração sistêmica na ordem de 4,7% a 84%.

A prevalência global da Artrite Reumatóide é próxima de 1%, sendo as mulheres afetadas três a quatro vezes mais que os homens, com pico de incidência entre 35 e 50 anos (Cunha et al., 2007; Fernandes et al. (1998); Rothenberg (1981); Medeiros (1991); Ramfjord e Ash (1983).

Garrod desde 1859 acreditava que a Artrite Reumatóide tinha uma peculiar tendência a afetar essa articulação (Cunha et al., 2007).

Segundo Felipe (2000), os efeitos da Artrite Reumatóide na ATM, decorrem da falta de produção do líquido sinovial, não somente nesta articulação, como nas outras do corpo, acarretando dor, limitação e rigidez ao movimento.

Em sua publicação, Cunha et al. (2007), relataram que em sua amostra analisada, 87,1% eram do gênero feminino e 12,9% do gênero masculino. Na análise do componente anamnético segundo Helkimo, verificou-se que a maioria (53,7%) dos pesquisados foi classificada na categoria AiI e, em segundo lugar (40,0%), foi classificada em AiII. E concluiu-se que a prevalência de DTM foi mais elevada no grupo de pacientes com Artrite Reumatóide do que no grupo sem a doença, para ambos os índices.

Os resultados do presente estudo mostraram que a prevalência foi maior no grupo AiII do que no AiI, independente do gênero e faixa etária. Não houve preferência pelo gênero feminino. Os dados que não concordam com as pesquisas anteriores.

G.8) Enxaqueca

A enxaqueca é uma cefaléia de ocorrência relativamente comum, acometendo aproximadamente 16% da população, tem característica incapacitante, que interfere nas atividades diárias do paciente, prejudicando significativamente a qualidade de vida do indivíduo (Mitirattanakul e Merrill, 2006; Jensen et al., 1993).

Apesar do mecanismo desencadeador da enxaqueca não ser completamente compreendido, sabe-se que sua fisiopatologia não passa pela participação da musculatura mastigatória. Por outro lado, considerando que a ATM e os músculos da mastigação recebem inervação sensorial trigeminal também é responsável pela condução de impulsos nociceptivos, oriundos dos vasos sanguíneos cranianos envolvidos na gênese da enxaqueca, tornase explícita uma possível sobreposição de estímulos nociceptivos em casos de co-morbidade (Saldanha et al., 2008).

Ballegaard et al. (2008), verificaram a tendência de maior prevalência de DTM entre pacientes com cefaléia combinada, o que sugere que a presença de migrânea (enxaqueca) e de Cefaléia tipo tensional (CTT), seria um possível fator de risco para o desenvolvimento de DTM. Ademais, a prevalência de sinais e sintomas de DTM esteve positivamente correlacionada com o grau de severidade e a frequência de crises de dor de cabeça. Segundo os autores Gonçalves et al., 2010 a enxaqueca é co-morbida a algumas doenças crônicas dolorosas, incluindo as DTMs.

Segundo Franco et al. (2008), em uma revisão de literatura, sugeriram que os dados levantados na literatura atual suportam uma estreita inter-relação entre cefaléias primárias, enxaquecas e DTM, sugeriu-se, ainda, que um problema afetaria o outro, podendo atuar como fator predisponente, desencadeante ou agravante.

Embora grandes avanços tenham sido obtidos no estudo dessas duas condições isoladamente, ao longo dos últimos 10 anos, a natureza dessa interação ainda é pouco esclarecida, havendo necessidade de mais estudos.

No presente estudo, encontrou-se resultados que concordam com os autores acima, pois foi encontrado independente da faixa etária e grau de severidade, maior prevalência no gênero feminino (Tabelas 06 e 11).

G.9) Gastrite

A gastrite pode ser entendida como uma inflamação dos tecidos estomacais, podendo se apresentar na fase aguda, e evoluir para a crônica (Ministério da Saúde do Brasil – 2010).

No presente estudo a prevalência de gastrite foi alta (Tabelas 06 e 11) principalmente, no gênero feminino, onde houve maior frequência em ambos os grupos com relação ao gênero masculino, apresentando as maiores porcentagens no grupo AiiI, na faixa etária adulta.

Não foi encontrado nenhum artigo que correlacionasse DTM com Gastrite, a literatura vigente mostrou-se deficiente neste tópico.

G.10) Osteoporose

A osteoporose é definida como uma moléstia que se caracteriza pela perda de massa óssea, levando à redução da qualidade do tecido ósseo, assim como sua resistência, aumentando a suscetibilidade à fratura (Simon 2007). Esta perda relaciona-se com a redução dos níveis de estrógeno, que ocorrem geralmente na menopausa, fazendo com que mulheres sejam mais suscetíveis a tal alteração sistêmica (Galhardo 2011)

Segundo Galhardo (2011), relatou que tanto a osteopenia, quanto a osteoporose, são fatores de risco para desenvolvimento de DTM articular.

No presente estudo foi encontrado relato positivo para a osteoporose apenas em mulheres da faixa etária adulta, em ambos os grupos, sua prevalência não foi discrepante, sugerindo não haver correlação entre a severidade da DTM, com a ocorrência da osteoporose. Não foram encontrados na literatura atual artigos para realizar avaliações e comparações.

G.11) Cefaléia

As cefaléias são uma das queixas mais comuns da população em geral e situam-se entre as dez condições sintomáticas mais comuns apresentadas às clínicas médicas (Franco et al., 2008). As distúrbios temporomandibulares e cefaléia podem estar frequentemente associadas, podendo ser encontradas em crianças, adolescentes e adultos (Olesen et al., 2000), acredita-se que as cefaléias sejam duas vezes mais prevalentes em grupos com DTM quando comparados a grupos controle (Luponi et al., 2007).

Pacientes com cefaléia do tipo tensional (CTT) têm frequentemente três ou mais sintomas dos critérios de disfunção do sistema estomatognático. A correlação positiva de dois fatores pode indicar maior agravamento no quadro clínico da doença (Olesen et al., 2000). Dessa forma, os Cirurgiões-Dentistas, deveriam ser capacitados para no exame clínico identificar a possibilidade desta comorbidade, e necessidade de encaminhamento para área médica.

As alterações no sistema mastigatório (dentes, periodonto, músculos e ATM) podem levar a reações, adaptações e sintomas nesse sistema. A cefaléia é um dos sintomas mais comuns nos problemas de ATM. Recentemente, foi demonstrado que 69% dos pacientes

que rangiam os dentes, e pacientes com hipersensibilidade da cápsula articular freqüentemente tinham cefaléia (Olesen et al., 2000).

Segundo Ciancaglini e Radaelli, 2001; Pettengill 1999, as cefaléias são significativamente mais prevalentes em indivíduos com DTM (cerca de 27,4%), sendo as mulheres as mais vulneráveis quanto ao grau de prevalência e severidade da dor.

Recentemente, verificou-se uma tendência à maior prevalência de DTM entre pacientes com cefaléia combinada, o que sugere que a presença de migrânea (enxaqueca) e de CTT seria um possível fator de risco para o desenvolvimento de DTM (Ballegaard et al., 2008).

Embora grandes avanços tenham sido obtidos no estudo dessas duas condições isoladamente, ao longo dos últimos 10 anos, a natureza dessa interação ainda é pouco esclarecida (Franco et al., 2008).

No presente estudo a prevalência de cefaléia foi muito alta (Tabelas 06 e 11), havendo superioridade no gênero feminino em ambos grupos, independente da faixa etária, aumentando a porcentagem com a severidade dos sinais e sintomas da DTM, concordando com Ciancaglini e Radaelli, 2001; Pettengill, 1999; Jensen et al., 1993.

Existe ainda muito a ser aprendido sobre a relação entre cefaléia e DTM, espera-se que critérios de classificação validados, e assim utilizados para produção científica padronizada e passível de comparação (Oliveira et al., 2002).

G.12) Tensão pré-menstrual

A tensão pré-menstrual (conhecida pela sigla TPM) é uma síndrome que atinge as mulheres e que ocorre, em maior ou menor grau, nos dias que antecedem a menstruação. É caracterizada por uma irritabilidade e ansiedade mais acentuadas, bem como manifestações físicas, como por exemplo dor nos seios, distensão abdominal e cefaléia (Ministério da Saúde do Brasil – 2010).

Leresche et al.(2003), relatou que o nível da dor proveniente da DTM, poderia aumentar no período em que a mulher tivesse menor quantidade de estrogênio no corpo. Neste estudo, a pesquisadora comparou mulheres que faziam uso de contraceptivos orais, mulheres que não faziam uso e homens. Os resultados evidenciaram que nas mulheres que não faziam uso, houve picos de dor, sendo um no período de ovulação, outro durante a menstruação, e

outro ao final do ciclo. Nas mulheres que faziam uso do contraceptivo, apenas os dois últimos foram observados, enquanto para os homens, não houve diferença em nenhum período.

No presente estudo a prevalência de TPM foi alta, apresentando a maior porcentagem nas mulheres do grupo AiI, na faixa etária de jovem-adulto (Tabela 06 e 11).

G.13) Úlcera Gástrica

A úlcera é uma lesão localizada no esôfago, com destruição da mucosa da parede destes órgãos, atingindo os vasos sanguíneos subjacentes. Sua incidência é de 0,3 casos a cada 1.000 habitantes por ano (Ministério da Saúde do Brasil – 2010).

A literatura se mostrou deficiente neste tema, pois não foram encontrados artigos que correlacionassem a DTM a esta alteração sistêmica. Alguns artigos sugerem a correlação entre úlcera e gastrite, a alterações do estado emocional e comportamental, porém não se apresentam de forma conclusiva.

No presente estudo encontrou-se uma prevalência mais alta do que os dados epidemiológicos, acometendo mais o gênero masculino, independente do grau de severidade, não estabelecendo relação com a faixa etária.

Todos os resultados e discussões abordadas, provavelmente servirão de apoio para melhorar as informações dos Cirurgiões-Dentistas, aumentando sua atenção quanto às diversas alterações locais e sistêmicas presentes em indivíduos portadores de DTM. Porém, é uma realidade a necessidade de estudos padronizados, com a finalidade comparação das prevalências das alterações avaliadas nas populações portadoras e não portadoras de DTM, pareando-se gênero, faixa etária, condições sócio-econômicas, entre outras variáveis.

Ao avaliar os resultados desta coleta, abriu-se um leque de informações, e pensamentos. Pôde-se observar como os indivíduos atendidos respondiam com ênfase quando questionados sobre seus sintomas, pois sabe-se que o tempo de espera para um tratamento pelo SUS é longo, e provavelmente estes indivíduos já vivenciaram muitos episódios de dor e desamparo.

6. Conclusões

CONCLUSÕES

A partir da metodologia aplicada e dos resultados obtidos, pôde-se concluir que:

- A prevalência de DTM foi maior em mulheres;
- A faixa etária mais prevalente de indivíduos com DTM foi de adultos jovens, de 18 a 40 anos;
- O grupo AiI (sinais e sintomas leves a moderados) teve maior prevalência do que o AiII (sinais e sintomas severos);
- Os Hábitos Parafuncionais mais prevalentes foram de apertamento e rangimento dental, em ambos os grupos, gêneros e faixa etária, não evidenciando qualquer predileção;
- As Alterações Comportamentais apresentaram-se com altas prevalências em ambos os grupos, gêneros e faixas etárias, não evidenciando qualquer predileção;
- As Alterações Otológicas mais prevalentes foram de otalgia e plenitude auricular, em ambos os grupos, gêneros e faixas etárias;
- As Alterações Oftalmológicas de dor, hiperemia conjuntival e lacrimejamento tiveram altas prevalências em ambos os grupos, gêneros e faixas etárias, não evidenciando qualquer predileção;
- As alterações sistêmicas mais prevalentes foram Sinusite, Sono prejudicado, Gastrite e Cefaléia, porém os resultados apresentaram - se muito variados quanto ao gênero, faixa etária e grau de severidade nos indivíduos portadores de DTM, e assim conclui-se que mais estudos são necessários nessa área de investigação;
- Encontrou-se diferença estatística significativa em vários aspectos analisados, sugerindo uma correlação entre as alterações locais e sistêmicas e a Disfunção Tempoamandibular.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Agerberg G, Inkapööl I. Craniomandibular disorders in a urban swedihs population. *J Cranimandibular Disord*, Lombard. 1990; 4(3):154-64.
2. Antunes JLF, Peres MA. In: *Fundamentals of dentistry: oral health epidemiology*. 1º ed. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan. 2006; 19-31.
3. Arlen H. Otolaryngologic Manifestations of Craniomandibular disorders. *Dental Clinics of North America*. 1983;27(3):523-6.
4. Armstrong BK, White E, Saracci R. *Principles of exposure measurement in epidemiology*. Oxford: Oxford University Press. 1992.
5. Auschuler KN, Theisen-Goodvich ME, Haig AJ, Geisser ME. A Comparison of the relationship between depression, perceived disability, and physical performance in persons with chronic pain. *Eur J Pain*. 2008; 12(6); 757-64.
6. Ballegaard V, Thede-Schmidt-Hansen P, Svensson P, Jensen R. Are headaches and temporomandibular disorders related? a blinded study. *Cephalalgia*. 2008; 28:832-41.
7. Barone A, Sbordone L, Ramaglia I. – Craniomandibular disorders and orthodontic treatment need in children. *J Oral Rehabil*. 1997; 24(1): 2-7.
8. Bértolo MB, Costallat LTL, Persoli LB, Costa FF. Updating the brazilian consensus on diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis. *Temas de Reumatologia Clínica*. 2009; 10 (1).
9. Bianchini EMG. Temporomandibular joint disorder: relations with speech articulation. 1998. Tese (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
10. Bonjardim LR, Gavião MBD, PEREIRA LJ, Castelo PM, Garcia RCMR. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. *Braz Oral Res*, São Paulo. 2005; 19 (2): 93-8.
11. Bove SRK, Guimarães AS, Smith RI. Characterization of patients in a clinic of temporomandibular disorders and orofacial pain. *Rev Lat Am Enfermagem*, São Paulo. 2005; 13(5):686-91.
12. Branco RS, Branco CS, Tesch RS, Rapoport A. Frequency of reports of parafunctions in diagnostic subgroups of tmd according to the diagnostic criteria for temporomandibular disorders research (RDC/TMD). *Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2008. 13(2):61-9.
13. Bruto LH, Kós AOA, Amado SM, Monteiro CR, Limam AT. Ear changes in temporomandibular disorders. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2000. 66:327-32.
14. Cannistraci AJ, Friedrich JA. A multidimensional approach to bruxism and TMD. *NY State Dent J*. 1987; 53(8):31-4.

15. Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. *J. Orofac. Pain.* 1999;13(4):232-7.
16. Carlsson G E, De Boever JA. Epidemiologia. In: Zarb GA; Carlsson GE; Sessle BJ; Mohl ND. Disorders of the temporomandibular joint and muscles of mastication. 2 ed. São Paulo: Santos, 2000; Cap. 6: 159-70.
17. Cauás M. Incidences of parafunctional habits and posture in with patients crâniomandibular dysfunction. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.* 2004;4(2):121-129.
18. Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA, Marques AP. The prevalence of fibromyalgia: a Literature Review. *Rev Bras Reumatol.* 2006; 46 (1) 40-48.
19. Ciancaglini R, Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent.* 2001; 29:93-8.
20. Consalter E, Sanches ML, Guimarães AS. Correlation between temporomandibular disorder and fibromyalgia. *Rev Pain. São Paulo*, from July to September. 2010; 11 (3): 237-241.
21. Coronatto EAS, Bataglion C, Hotta TH. Assessment of anxiety and effectiveness of treatment with occlusal appliance in patients with temporomandibular disorders: clinical case. *Stoma- Lisboa.* 2008; 86:20-3.
22. Coronatto EAS, Zuccolotto MCC, Bataglion, C, Bitondi MBM. Association between temporomandibular disorders and anxiety: epidemiologic study in the edentulous. *Int J Dent, Recife.* 2009 8(1):6-10.
23. Corrêa ECR, Bérzin F. Temporomandibular disorder and dysfunctional breathing. *Braz J Oral Sci* 2004; 3(10):498-502.
24. Costen JB. Neuralgias and Ears Symptoms associated with disturbed function of the temporomandibular joint. *J. Amer. Med. Ass,* 1936;7 (4): 252-55.
25. Cunha SC, Nogueira RVB, Duarte AP, Vasconcelos BCE, Almeida RAC. Analysis of Helkimo and craniomandibular indexes for temporomandibular disorder diagnosis in patients with rheumatoid arthritis. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2007; 73(1)19-26.
26. D'Antonio WEPA, Ikino CMY, Castro SM, Balbani APS, Jurado JRP, BENTO RF. Temporomandibular disorders as a cause of ear pain: a clinical study. *Rev Bras Otorrinolaringol, São Paulo.* 2000; 66 (1): 46-50.
27. Dao TT, LeResh L. Gender differences in pain. *J Orofac Pain.* Toronto, Summer 2000; 14(3):169-84;184-95.

28. De Bont LGM, Dijkgraaf LC, Stegenga B. Epidemiology and natural progression of articular temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, St. Louis.1997; 83(1):72-6.
29. Dorland's Illustrated Medical Dictionary. 28. Ed. Philadelphia: W. B. Saunders.1994; 1939.
30. Dworkin SF, LeResche L. Editors (1992). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders:review, criteria, examinations and specifications, critique.1 *CraniomandibDisord Facial Oral Pain*. 6:301-355.
31. Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, Von Korff M, Howard J, Truelove E, Sommers E. (1990) Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: Clinical signs in cases and controls. *J Am Dent Assoc*. 120:273–281
32. Eriksson PO, Lindman R, Stal P, Bengtsson A. Symptoms and signs of mandibular dysfunction in primary fibromyalgia syndrome (PSF) patients. *Swed Dent J*. 1988;12(4):141-9.
33. Esposito CJ, Panucci PJ, Farman AG. Associations in 425 patients aving temporomandibular disorders. *J Ky Med Assoc*, Louisville. 2000; 98(5): 213-5.
34. Felicio CM, Faria TG, Rodrigues da Silva MAM, Aquino AMCM, Junqueira C. Temporomandibular Disorder: relationship between otologic symptoms and orofaciais.*Revista brasileira de otorrinolaringologia*. 2004; 70 (6):786-93.
35. Felipe DDL. Rheumatoid arthritis and dysfunction of the temporomandibular joint.CEFAC - Centro de especialização em fonoaudiologia clínica Motricidade oral. Londrina. 2000.
36. Fernandes V, Natour J, Jamil, Sato E. Diagnosing and treating rheumatoid arthritis. 1998.
37. Ferreira EAG, Marques AP, Matsutani LA, Vasconcelos EG, Mendonça LLF. Assessment of pain and stress in patients with fibromyalgia. *Rev. Bras. Reumatol*.2002; 42(2),104-110.
38. Ferreira CLP. Temporomandibular disorders: a retrospective study of 1000 cases and guidelines for the diagnosis including orofacial myofunctional conditions. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas. 2008.
39. Fibromialgia. Portal Banco de Saúde. 2008.
40. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnosis by history of craniomandibular dysfunction. *RGO*.1994; 42(1):23-28.1994.
41. Fraga BP, Santos EB, Fraga TP, Macieira JC, Farias-Neto JP, Júnior LJQ, Bonjardim LR. Fibromyalgia and temporomandibular disorders: a literature review *RSBO*. 2011; 8 (1): 89-96.

42. Franco BP, Godoi DA, Castanharo SM, CAMPARIS. Interaction between headache and temporomandibular disorders: a review of the literature. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2008; 37(4): 401-406.
43. Franks AS. Temporomandibular joint in adult rheumatoid arthritis. A comparative evaluation of 100 cases. *Ann Rheum Dis* 1969;28(2):139-45.
44. Friction JR. Recent Advances in Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. *Journal of American Dental Association, USA* 1991;122(11):25-32.
45. Friction JR. Management of masticatory myofascial pain. *Seminars in Orthodontics*, Dec. 1(4), 229-43, 1995.
46. Galhardo APM. Temporomandibular disorders. Monografia de Especialização. APCD São Caetano do Sul. 2011.
47. Gonçalves DAG, Fabro ALD, Bonini JDD, Bigal ME, Speciall JG. Symptoms of Temporomandibular Disorders in the Population: An Epidemiological Study. *Journal of Orofacial Pain*. 2010; 24(3).
48. Greene CS, Laskin DM. Long term evaluation of treatment for myofacial pain-dysfunction syndrome: a comparative analysis. *J Am Dent Assoc*. 1983;107(2):235-238.
49. Greene CS, MARBACH JJ. (1982): Epidemiologic Studies of Mandibular Dysfunction: A Critical Review, *J Prosthet Dent*. 48:184-190.
50. Gremillion HA. The prevalence and etiology of temporomandibular disorders and orofacialpain. *Text Dent J, Dallas*. 2000;117(7): 30-9.
51. Gutiérrez JXD, Gomez MVSG, Jurado JP, Bento RF, Ching LH, Siqueira JTT. Signs and biomechanical changes in the auditory symptoms of TMJ. *Archives Otolaryngology foundation*. 2001;5(2):71-76.
52. Hamilos DLJ. *Allergy Clin Immunol*. Oct;128(4):693-707; quiz 708-9. Epub 2011 Sep 3. Chronic rhinosinusitis: epidemiology and medical management.
53. Hastan D, Fokkens WJ, Bachert C, Newson RB, Bislimovska J, Bockelbrink A, Bousquet PJ, Brozek G, Bruno A, Dahlen SE, Forsberg B, Gunnbjornsdottir M, Kasper L, Kramer U, Kowalski ML, Lange B, Lundback B, Salagean E, Todo-Bom A, Tomassen P, Toskala E, Van Drunen CM, Bousquet J, Zuberbier T, Jarvis D, Burney P. Chronic rhinosinusitis in Europe--an underestimated disease. A GA²LEN study. *Allergy*. 2011;66(9):1216-23.
54. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. 2. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Swed. Dent*. 1974; 67:101-194.
55. Huang G, LeReshe L, Critchlow CW, Martin MD, Drangsholt MT. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). *J Dent Res, Alexandria*. 2002; 84(4): 284-8.
56. Isaacson G. Sinusitis in childhood. *Pediatr Clin North Am*. 1996; 43:1297-318.

-
57. Jacob LCE, Rabiço TM, Campelo RM, Aguiar FP, Zeigelbom BS. Analysis of auditory symptoms and otoacoustic emissions evoked by transient stimulation in individuals with temporomandibular dysfunction. *Communication Disorders, São Paulo*. 2005; 17(2):173-182.
 58. Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, Olesen, J. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. *Pain*. 1993. 52(2):193-9.
 59. John MT, Dworkin SF, Lloyd A, Mancl LA. Reliability of clinical temporomandibular disorder diagnoses. *Pain*. 2005; 118: 61–69.
 60. Keersmaekers K, De Boever JA, Van Den Berghe L. Otalgia in patients with temporomandibular disorders. *The J of Prosthetic Dentistry*, 1996; 75: 72-6.
 61. Kim YS, Kim NH, Seong SY, Kim KR, Lee Gb, Kim KS. *Am J Rhinol Allergy*. 2011 May-Jun;25(3):117-21. Prevalence and risk factors of chronic rhinosinusitis in Korea.
 62. Landulpho AB, Silva WAB, Silva FA. Analysis of joint sounds in patients with temporomandibular disorders treated with interocclusal appliances. *JBA* 2003; 3(10): 112-117.
 63. Lavigne G, Kato T. Usual and unusual motor activities associated with tooth wear. *Int. J. Prosthodont* 2005; 18(4):291-2.
 64. Lee YO, Lee SW. A study of emotional characteristics of Temporomandibular Disorders patients using SCL-90-R. *J Craniomandibular Dis Fac Oral Pain* 1989;3:25-34.
 65. LeResch L, Mancl L, Sherman JJ, Gandara B, Dworkin SF. Changes in temporomandibular pain and other symptoms across the menstrual cycle. *Pain*. 2003; 253-261.
 66. LeReshe L. Gender considerations in the epidemiology of chronic pain. In: Crombie IA, Croft PR, Linton SJ, LeReshe L, Van Korf M. *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press. 1999; 43-52.
 67. Locker D, Slade G. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders I Canadian population. *Community Dent Oral Epidemiol*, Copenhagen, 1988; 30(1):52-60.
 68. Lupoli TA, Lockey RF. Temporomandibular dysfunction: an often overlooked cause of chronic headaches. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2007; 99:314-8.
 69. Macmahon B, Pugh TF. — *Epidemiology: principles and methods*. Boston, Little, Brown CO. 1970.
 70. Manfredini D, Tognini F, Montognani G, Bazzichi L, Bombardieri S, Bosco M. Psychic and occlusal factors in bruxers. *Aust. Dent. J., Sydney*. 2004; 49(2):84-89.

71. Maixner W, Fillingim R, Kincaid S, Sigurdsson A, Harris B. Relationship Between Pain Sensitivity and Resting Arterial Blood Pressure in Patients With Painful Temporomandibular Disorders. *Psychosomatic Medicine*. 1997; 59:503-511.
72. Matheus RA, Ghelardi IR, Vega Neto DB, Tanaka EE, Almeida SM, Matheus AF. The Relationship Between Habits and the Position of the Articular Disc in Symptomatic Patients for Temporomandibular Dysfunction. *Rev Bras Odontol*. 2005; 62(1/2): 9-12.
73. Mazzetto MO, Carniel IC, Figueiredo MAC. Changes Psychosocial Disorders in Patients With Craniomandibular *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, Curitiba. 2001;1(3).
74. Medeiros JS. *Oclusion*. São Paulo, American Med., 1991.
75. Ministério da Saúde do Brasil – 2010. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>.
76. Mitrirattanakul S, Merrill RL. Headache Impact in Patients With Orofacial Pain. *J Am Dent Assoc*. 2006; 137(9):1267-74.
77. Molina OF, Hamaoui N, Mazzetto MO, Stechman J, Bielenki CRZ, Faria S. The main complaint of patients with craniomandibular disorders and bruxism - a comparative study. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2000; 5(26): 22-31.
78. Molina OF. *Fisiopatologia Craniomandibular (Oclusão e ATM)*. São Paulo. 1989; 595.
79. Mota LAA, Albuquerque KMG, Santos MHP, Travassos RO. Sinais e Sintomas Associados à Otalgia na Disfunção Temporomandibular. *Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol.*, São Paulo. 2007;11(4): 411-415.
80. Oakley ME, Mc Creary CP, Flack VF, Clark GT. Screening for psychological problems in temporomandibular disorders patients. *J. Orofac. Pain*. 1993;7(2):143-9.
81. Okeson JP. *Fundamentals of Occlusion and TMD*. Ed. Artes Médicas, 2º edição, São Paulo. 1992; 449.
82. Okeson PJ. *Bell's Orofacial Pains. The Clinical Management of Orofacial Pain*. Quintessence 2006. Ed. 6º. São Paulo.
83. Okino MCNH, Gallo MA, Finkelstei NL, Cury FN, Jacob LS. Psychology and Odontologia_ Assistance to patients with dysfunction of the temporomandibular joint (ATM). *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*. 1990; 6(2): 27-29.
84. Olesen JW, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The headaches*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2000.
85. Oliveira SLS, Carvalho DS. Headaches and TMJ (ATM) *Rev. Neurociências*. 2002; 10(3): 141-152.

-
86. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, BÉRZIN F. Pain impact on life of patients with Temporomandibular disorder. *J Appl Oral Sci.* 2003; 11(2): 138-43.
 87. Oliveira W. Occlusion, stress and psychological characteristics as etiological factors of craniomandibular dysfunction. São José dos Campos, 1999. 149p. Tese de Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Campus de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.
 88. Oviedo-Montes AF, Ramblas-Ángeles MP, Ocampo AA. The craniomandibular disorder undiagnosed. *Cir Cirj, México.* 2001; 69: 242-46.
 89. Pascoal MIN, Rapoport A, Chagas JFS, Costa CC, Maagna LA. Prevalence of otologic symptoms in temporomandibular disorders: a study of 126 cases. *Revista brasileira de otorrinolaringologia.* 2001;65(5):627-33.
 90. Pasinato F, Corrêa ECR, Peroni ABF. Evaluation of mechanical ventilation in patients with temporomandibular dysfunction and asymptomatic, *Rev. bras. fisioter., São Carlos.* 2006;10(3):285-289.
 91. Pedroni CR, De Oliveira AS, Guaratini MI. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. *J Oral Rehabil, Oxford.* 2003; 30(3):283-9.
 92. Pennacchio EA, Borg-Stein J, Keith DA. The incidence of pain in the muscles of mastication in patients with fibromyalgia. *J Mass Dent Soc.* 1998; 47:8-12.
 93. Pereira GS, Duarte JM, Vilela EM. Evaluation of ocular symptoms in patients with temporomandibular dysfunction. *Arq. Bras. Oftal.* 2000; 63(4) 263.
 94. Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Signs and symptoms of patients with temporomandibular dysfunction. *Revista CEFAC, São Paulo.* 2005;7(2): 221-228.
 95. Pettengill CA. Comparison of headache symptoms between two groups: a TMD group and a general dental practice group. *Cranio.* 1999;17:64-9.
 96. Pomp MA. Psychotherapy for the myofascial pain-dysfunction syndrome: a study of factors coinciding with symptom remission. *J Amer dent Assoc.* 1977;89:629-32.
 97. Ramfjord S, Ash MM. Occlusion. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara 46 S.A. 1983;6-11/260-63/409-10.
 98. Ribeiro RA., et al. Prevalence of craniomandibular dysfunction in patients with double dentures and patients natural teeth. *Cienc Odontol Bras.* 2002;5(3) 2002.
 99. Rocha SS, Mendonça JF, Alencar Júnior FGP. Study of the prevalence of etiologic factors in patients with myofascial orofacial pain. *Revista de Odontologia da UNESP.* 2007; 36(1): 41-6.

100. Rocha APF, Nardelli MR, Rodrigues MF. Epidemiology of temporomandibular disorders: a study of the prevalence of symptoms and their interrelationship with age and gender. *Rev Serviço ATM, Juiz de Fora*. 2002; 2(1):5-10. 2002.
101. Rosa RS. Prevalence of temporomandibular disorders in university and its association with occlusal factors, joint and bruxism [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
102. Rothenberg RE. *Medicine and Health: A Practical Guide* Vol.1. São Paulo. Abril Cultural. 1981; 117-27.
103. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30(3); 208-25.
104. Rudgh JD, Ohrbach R. Parafungio oclusal. *Fundamentals of occlusion*. Rio de Janeiro: Quintessence, 1989; cap.18: 281-294.
105. Saldanha ADD, Hildeberg PB, Pinto LMS, Cunha CO, Silva RS, Conti PE. Interrelationship between Temporomandibular disorder and migraine *Rev. Dor*. 2008 - Nov/Dez; 9(4):1356-1361.
106. Seger L. Psychology applied to TMJ dysfunction. In Seger L. et al. *Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora*. 4. ed. São Paulo: Santos. 2002; 214-238.
107. Shibayama R, Garcia AR, Zuim PRJ. Prevalence of temporomandibular disorder (TMD) in patients with double dentures, removable partial dentures and university. *Dental journal de Araçatuba*, v.25, n.2, p. 18-21, Julho/Dezembro, 2004.
108. Silva FA. Treatment of functional alterations of the stomatognathic system. *Review APCD*. 1993; 47(3): 1055-1062.
109. Silva WAB, Silva FA, Okino LA, Di Hipólito Jr O. Epidemiologic study of stomatognathic system functional disorders. *J Dent Res*. 2000; 79: 584-588.
110. Simon LS. Osteoporosis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2007; 33:149-76.
111. Siqueira JTT. Temporomandibular disorders: classification and clinical management. In: Siqueira JTT, Teixeira MJ (eds.). *Orofacial pain: diagnosis, therapy and quality of life*. Curitiba: May. 2001; 373-404.
112. Slade GD, Diatchenko L, Bhalang K, Sigurdsson A, Fillingim RB, Belfer I. Influence of psychological factors on risk of temporomandibular disorders. *J. Dent. Res*. 2007; 86(11); 1120-5.
113. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em – [Http:// www.diabetes.org.br](http://www.diabetes.org.br).

114. Steenks MH, Wijer A. Temporomandibular Joint Dysfunction Viewpoint of Physiotherapy and Dentistry. Diagnosis and Treatment. Livraria Santos Editora Ltda., 1ª edição, São Paulo. 1996.
115. Spyrides GM, Spyrides SMM, Eite KSA, Almeida MAL, Pinheiro TB, Carvalhal R. Occlusal splints for treating bruxism and temporomandibular disorders. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 1999; 4(23): 365-377.
116. Staud R, Vierck CJ, Cannon RL, Mauderli AP, Price DD. Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind-up) in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*. 2001; 91:165-75.
117. Strachan D, Sibbald B, Weiland S, Ait-Khaled N, Anabwani G, Anderson HR. Worldwide variations in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Pediatr Allergy Immunol*. 1997; 8(4):161-76.
118. Suviden TI, Read PC. Temporomandibular disorders: a critical review of the nature of pain in its assessment. *J. Orofac. Pain*. 1995; 9: 317-39.
119. Travell JG, Simons LS. Myofascial pain and dysfunction: the trigger points manual. Upper half of body. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
120. Turk DC, Melzack R. Editors. Handbook of Pain Assessment. 2nd ed. New York; Guilford Press; 2001.
121. Tuz HH, Onder EM, Kisnisci RS. Prevalence of otologic complaints in patients with temporomandibular disorder. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2003; 123: 620-3.
122. Velly AM, Gomistsky M, Philippe P. Contributing factors to chronic myofascial pain: a case-control study. *Pain*. 2003; 104(3); 491-9.
123. Vollaro S, Michellotti A, Cimino R, Farella M, Martina R. Epidemiologic study of patients with craniomandibular disorders. Report of data and clinical findings. *Minerva Stomatol*, Torino, v. 50, n. 1-2, p. 9-14, jan/fev. 2001.
124. Warren MO, Fried JL. Temporomandibular disorders and hormones in women. *Cells Tissues Organs*, New York. 2001;169(3):187-9. 2001.
125. Weiner LB, Grant LA, Grant AH. Monitory Ocular Changes that May Accompany Use Of Dental Appliances and/or Osteopathic Craniosacral Manipulations in the Treatment of TMJ and Related Problems. *The Journal of Craniomandibular Practices*, July. 1987; 5(3):278-85.
126. Wexler GB, Steed PA. Psychological factors and temporomandibular outcomes. *J. Craniomandib.Pract*. 1998; 16(2):72-76.
127. Widmlam SE; Gunn, SM; Christiansen RL; Hawley LM. –Association between CMD signs and symptoms, oral parafunctions, race and Sex, in 4-6-year-old African American and Caucasian children – *J Oral Rehabil*. 1995; 22(2):95-100.

128. World Health Organization Geneva 1997- Oral Health Surveys. 4° Ed.
129. Yoshida A; Higuchi Y; Kondo M; Tabata O; Ohishi M. Range of motion of the temporomandibular joint in rheumatoid arthritis: relationship to the severity of disease. *Cranio*. 199;16(3):162-7.
130. Zarb GA; Mohl ND. Temporomandibular disorders and occlusion: Prologue. In: MOHL e col. – Fundamentals of occlusion. Rio de Janeiro, Quintessence editora. 1991; 423-29.

ANEXO 1- Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto

Comitê de Ética em Pesquisa

Of.CEP/140/FORP

Ribeirão Preto, 07 de abril de 2010.

Ref. processo n.º 2009.1.1416.58.8
CAAE n.º 0094.0.138.000-09

Senhora Pesquisadora:

A pedido da Profa. Dra. Cláudia Helena Lovato da Silva, Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa, informamos que foi **aprovado "ad referendum"** do referido Comitê, em 05 de abril de 2010, o projeto de pesquisa "Caracterização de condições bucais e sistêmicas de pacientes atendidos em serviço público de dor orofacial e disfunção temporomandibular no período de 2010 a 2011".

Na oportunidade, lembramos da necessidade de serem entregues na secretaria do CEP os Relatórios Parciais em **05 de fevereiro de 2011** e **05 de dezembro de 2011** e o Relatório Final em **05 de outubro de 2012**, com os respectivos formulários preenchido pelo pesquisador responsável.

Daniel Mesquita de Moraes

Secretário do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilma. Sra.

IRA CRISTINA UEKAMA

Departamento de Odontologia Restauradora

ANEXO 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nós, Ira Cristina Uekama, Prof.Dr. César Bataglion, Profa.Dra. Takami Hirono Hotta e Richard Honorato de Oliveira, convidamos você, _____, a participar da pesquisa CARACTERIZAÇÃO DE CONDIÇÕES BUCAIS E SISTÊMICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EM SERVIÇO PÚBLICO DE DOR OROFACIAL E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NO PERÍODO DE 2010 A 2011.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as condições bucais e gerais dos pacientes atendidos no Serviço de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular do Centro de Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, atendimento inserido dentro do Projeto DAPE (Desmistificando o Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais) e sua avaliação será feita inicialmente por cirurgiões-dentistas que realizam detalhado questionário, exame clínico intra e extra-bucal presentes na ficha clínica utilizada pelo serviço, inclusive exame físico de palpação. Após estes procedimentos chega-se ao diagnóstico, que consiste em reunir as informações dos pacientes, sinais, sintomas e avaliação de exames complementares.

A sua participação é voluntária; sendo que os procedimentos a serem realizados foram apresentados e claramente explicados a você pelos pesquisadores responsáveis; ficando claro que nenhum dos procedimentos comprometem a sua integridade física, emocional e moral. A pesquisadora principal Ira Cristina Uekama se compromete a prestar assistência à sua integridade integral no decorrer da pesquisa. Se necessário poderá entrar em contato pelo telefone 3602-4020.

Salientamos que você poderá fazer qualquer pergunta sobre os procedimentos, que é livre para desistir do seu consentimento e interromper a sua participação nesta pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, e que será atendido na clínica odontológica da mesma forma. Garantimos também o sigilo que assegura sua privacidade.

Entendemos também que este estudo está sendo realizado em benefício das ciências médica e odontológica e solicitamos que você concorde com a divulgação dos dados obtidos através de publicação científica.

Caso ocorra algum dano à sua saúde, em razão da participação na pesquisa, nós pesquisadores seremos responsáveis por todas as despesas, além daquelas referente a seu transporte e alimentação, caso se faça necessário.

Você receberá uma cópia deste termo, com o endereço e telefone dos pesquisadores e da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da FORP/USP. Caso tenha alguma dúvida você poderá entrar em contato conosco.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Sujeito da Pesquisa/R.G.

Ira Cristina Uekama _____

Richard Honorato de Oliveira _____

Prof. Dr. César Bataglion _____

Profa.Dra. Takami Hirono Hotta _____

ANEXO 3- Prontuário Clínico

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPTO. DE ODONTOLOGIA RESTAURADORA – ÁREA DE OCLUSÃO

CURSO DE OCLUSÃO, DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Nome do (a) paciente: _____ código: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ CEP: _____ - _____ Estado: _____ Fone res.: _____ - _____
 Profissão: _____ Fone com.: _____ Estado civil: _____
 Data: Nascimento: ____/____/____ Escolaridade: _____
 Data do Exame: ____/____/____
 Atendido por: _____ () Graduação () Pós-Graduação () Curso _____

FICHA DE AVALIAÇÃO**Procedência:**

Médico () Cirurgião-Dentista () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo ()
 Outra disciplina (): qual? _____ Outros: _____

Anamnese:

1. Qual a sua queixa principal?

2. Há quanto tempo você sente sua queixa principal?

3. Tratamentos realizados:

História médica (assinalar com “X”):

() Cardiopatia	() Epilepsia	() Artrite reumatóide	() Enxaqueca
() Hipertensão arterial	() Hepatite	() Osteoporose	() Cefaléia
() Sinusite	() Labirintite	() Dependência Química	() Distúrbios Psicológicos
() Rinite alérgica	() Gastrite	() Hipertireoidismo	() Sono Prejudicado
() Alergia	() Úlcera gástrica	() Hipotireoidismo	() Problemas Familiares
() Problemas renais	() Transplantado	() Gravidez	() Problemas Emocionais
() Diabetes	() Fibromialgia	() Tensão Pré-Menstrual	() Problemas no Trabalho

Outros problemas sistêmicos: _____

Está tomando algum medicamento de rotina ? não () sim () Qual? _____

É alérgico(a) a algum medicamento? não () sim () Qual? _____

Você teve algum traumatismo recente na cabeça ou pescoço? sim () não ()

Qual foi ? _____

Pressão Arterial: _____

REVISÃO DOS SISTEMAS

Circule a resposta apropriada de acordo com a legenda abaixo			
N = Não	J = Já teve anteriormente	A = Apresenta atualmente	
Artrites			
Artrite	N	J	A
Gota	N	J	A
Osteoartrite	N	J	A
Implantes artificiais			
Prótese (ocular / auditiva / etc)	N	J	A
Marcapasso	N	J	A
Válvula coronária	N	J	A
Desordens sanguíneas			
Hemorragia	N	J	A
Anemia	N	J	A
Leucemia	N	J	A
Desordens endócrinas			
Diabetes	N	J	A
Problemas de tireóide	N	J	A
Tensão pré-menstrual - TPM	N	J	A
Desordens oculares			
Glaucoma	N	J	A
Herpes ocular	N	J	A
Dores de cabeça			
Dor de cabeça sob tensão	N	J	A
Enxaqueca	N	J	A
Dores de cabeça inexplicáveis	N	J	A
Otorrinolaringologista (nariz, ouvido)			
Rinite	N	J	A
Sinusite	N	J	A
Adenóide	N	J	A
faringite	N	J	A
Desordens coronárias			
Palpitação	N	J	A
Pressão alta	N	J	A
Desordens urinária / renal			
Problemas renais	N	J	A
Infecções urinárias	N	J	A
Desordens no fígado			
Hepatite	N	J	A
Cirrose	N	J	A
Desordens pulmonares			
Asma	N	J	A
Enfisema	N	J	A
Tuberculose	N	J	A
Bronquite	N	J	A
Desordens musculares			
Fibromialgia	N	J	A
Tensão muscular	N	J	A
Distrofia muscular	N	J	A
Espasmo muscular frequente	N	J	A

HÁBITOS COMPORTAMENTAIS

Pratica exercícios?	() não	() diariamente	() 1 vez por semana
	() mais de uma vez na semana		
Que tipo de exercícios?	() caminhada	() hidroginástica	() corrida
	() esportes	() outros _____	
Atividades sociais:	() nenhuma	() muito pouco	() moderada
	() muito ativo		
Alimentação:	() não se alimenta bem	() apetite ruim, come pouco	() apetite moderado
	() se alimenta bem		
Bebidas com cafeína:	() nenhuma	() 1 a 2 diariamente	() 3 a 4 diariamente
	() mais de 6 diariamente		
Refrigerante tipo cola:	() nenhuma	() 1 a 2 diariamente	() 3 a 4 diariamente
	() mais de 6 diariamente		
Toma vitaminas:	() nenhuma	() ocasionalmente	() diariamente
	() usa megadoses		
Fuma tabaco:	() nenhum	() às vezes	() + de 1 maço/dia
		() menos de 1 maço/dia	

Já fez ou faz uso de placa miorelaxante?

() não () Sim Quando? _____

Qual o efeito?

Já fez ajuste oclusal ?

() Não () Sim Quando? _____

Qual o efeito?

Faz uso de remédio controlado?

() Não () Sim Qual(is)? _____

Qual o efeito?

Qual é seu lazer preferido?

Quando você pode dedicar-se a ele? () Nunca () Raramente () sempre que posso () sempre que tenho vontade

Quanto você pode dedicar-se a ele? () Dia () mês () Ano Quando praticou pela última vez? _____

HÁBITOS PESSOAIS

Roe unhas?	() Sim	() Não
Masca chicletes?	() Sim	() Não
Mastiga objetos (como ponta de caneta, por exemplo)	() Sim	() Não
Sucção de dedos?	() Sim	() Não
Respirador bucal?	() Sim	() Não
Apóia o telefone entre o ombro e a cabeça sem usar as mãos?	() Sim	() Não
Uso prolongado de computador?	() Sim	() Não
Dorme com as mãos debaixo do queixo?.	() Sim	() Não
Morde os “cantos” da boca?	() Sim	() Não

outros: _____

História Dentária (assinalar com “X” quando a resposta for positiva):

Sua mordida está desconfortável ou diferente? sim () não ()

Você está em tratamento odontológico? não () sim () Qual ? _____

Você já fez tratamento ortodôntico? sim () não ()

Situação protética atual:

Prótese Total Insatisfatória: () Superior () Inferior _____

Prótese P. Removível Insatisfatória: () Superior () Inferior _____

Prótese P. Fixa Insatisfatória: () Superior () Inferior _____

Sinais de Parafunções (assinalar com “X” quando a resposta for positiva):Você *aperta* () ou *range* () os seus dentes?Você tem o hábito de: *roer unhas* () *morder canetas* () *morder lábios* () *mascar chicletes* ()*Manter objetos entre os dentes* outros: _____Você se considera *nervoso* : (), *ansioso*: () ou *tenso*: ()**Característica da dor na consulta inicial: Dor Aguda** () **Dor Crônica** ()

Início dos sintomas: _____

Frequência dos sintomas: _____

Horário dos sintomas: _____

Situação de dor mais intensa	() Abertura () Fechamento	() Mastigação () Repouso	() Travamento fechado () Travamento aberto	() Movimento excêntrico () Apertando os dentes
Fatores desencadeantes	() Espontâneo () Estresse () Depressão	() Bocejar () Insônia () Posição de trabalho	() Mastigação () Abertura máxima () Músculos cansados	() Abertura prolongada () Uso de álcool () _____

Sintomas otológicos (assinalar com “X”):

Perguntas	Inicial	2ª avaliação: ____/____/____	3ª avaliação: ____/____/____
Você sente dor nos ouvidos?	D () E ()	D () E ()	D () E ()
Sensação de ouvido tampado ?	D () E ()	D () E ()	D () E ()
Tem dificuldade auditiva ?	D () E ()	D () E ()	D () E ()

Sintomas oftalmológicos (assinalar com “X”):

Perguntas	Inicial	2ª avaliação: ____/____/____	3ª avaliação: ____/____/____
Tem dor nos olhos ?	D () E ()	D () E ()	D () E ()
Tem vermelhidão nos olhos ?	D () E ()	D () E ()	D () E ()
Tem lacrimejamento ?	D () E ()	D () E ()	D () E ()
Tem visão dupla ?	D () E ()	D () E ()	D () E ()
Sente os olhos coçarem ?	D () E ()	D () E ()	D () E ()

Índice de Fonseca

Perguntas	Início			Final		
	Sim	Não	As vezes	Sim	Não	As vezes
1. Sente dificuldade para abrir bem a boca?						
2. Sente dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados?						
3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?						
4. Sente dores de cabeça com frequência?						
5. Sente dores na nuca ou torcicolo?						
6. Tem dor de ouvido ou perto dele (ATM)?						
7. Notou ruídos nas ATMs ao mastigar ou ao abrir a boca?						
8. Tem algum hábito de apertar ou ranger os dentes?						
9. Sente que seus dentes não se articulam bem?						
10. Considera-se uma pessoa tensa (nervosa)?						

Análise Muscular**Dor à Palpação: (Escala VAS – 0 a 10)**

Local	Inicial		2ª avaliação: ____/____/____		3ª avaliação: ____/____/____	
	D	E	D	E	D	E
Temporal Anterior	()	()	()	()	()	()
Temporal Médio	()	()	()	()	()	()
Temporal Posterior	()	()	()	()	()	()
Masseter Superficial	()	()	()	()	()	()
Masseter Profundo	()	()	()	()	()	()
Esternocleidomastóideo	()	()	()	()	()	()
Trapézio	()	()	()	()	()	()
Suprahióideos	()	()	()	()	()	()
Infrahióideos	()	()	()	()	()	()
Pterigóideos Md e Lat	()	()	()	()	()	()
Pólo Lateral Côndilo	()	()	()	()	()	()
Meato Acústico Externo	()	()	()	()	()	()
Região Retroauricular	()	()	()	()	()	()

Análise Articular (assinalar com “X”)

Perguntas	Inicial	Final: ____/____/____
Você nota estalos na articulação temporomandibular (ATM)?	Abertura: D () E () Fechamento: D () E ()	Abertura: D () E () Fechamento: D () E ()
Você nota crepitações na articulação temporomandibular (ATM)?	Abertura: D () E () Fechamento: D () E ()	Abertura: D () E () Fechamento: D () E ()

Você já teve episódios de travamento fechado? Não (): Sim (): o que ocorreu? _____

Você já teve episódios de travamento aberto? Não (): Sim (): o que ocorreu? _____

Outras informações relevantes sobre as articulações temporomandibulares: _____

IV. DIAGRAMA DE DOR:

Marque com um X as áreas onde o paciente apresenta **dor**.
Anota a ocorrência de pontos-gatilho

Nos seguintes desenhos:

1. Marque com um X as áreas onde o paciente apresenta **dor**.
2. Marque com um ponto sólido [•] exatamente onde a **dor começa**.
3. Marque com um círculo onde ocorre área de **dormência** (perda de sensação)

AVALIAÇÃO INTRA-ORAL**AVALIAÇÃO DOS TECIDOS MOLES**

Gengiva: _____

Língua: _____

Assoalho da boca: _____

Orofaringe: _____

Bochechas: _____

AVALIAÇÃO DOS DENTES

**ANOTAR PRÓXIMO AO DENTE AS ALTERAÇÕES CLÍNICAS
QUE POSSAM SER FONTE DE DOR**

X = DENTE AUSENTE

E= NECESSIDADE DE ENDODONTIA

R = NECESSIDADE DE RESTAURAÇÃO

C = CÁRIE

S= SENSIBILIDADE D.

Necessita de restauração (dente nº):

Necessita de endodontia (dente nº):

Necessita de periodontia (dente nº):

Necessita de exodontia (dente nº):

Necessita de prótese fixa (dente nº):

Necessita de prótese parcial removível (PPR): () Superior () Inferior

Necessita de prótese total (PT): () Superior () Inferior

Necessita de tratamento ortodôntico : () Sim () Não

Higiene bucal: () Boa () Regular () Ruim

Estado periodontal: () Saudável () Gengivite () Periodontite

Exame clínico**Exame da Movimentação Mandibular: em milímetros**

Medidas (em mm)	Inicial	2ª avaliação: ____/____/____	3ª avaliação: ____/____/____
Abertura			
Lateralidade direita			
Lateralidade esquerda			
Protrusão			
Overbite			
Overjet			

Desvio da Linha Média

Em Oclusão	D () _____ mm	E () _____ mm	Sem Desvio ()
Em Abertura Máxima	D () _____	E () _____	Sem Desvio ()

Oclusão em Relação Cêntrica	() Sim	() Não
Prematuridade Cêntrica	() Sim Dentes: ____ X ____	() Não
Deslize para Anterior	() Sim	() Não
Deslize Lateral	() Sim D () E ()	() Não D () E ()
DVR: _____ mm	DVO: _____ mm	EFL: _____ mm

Exame Clínico da Oclusão:

Lateralidade para a DIREITA (assinalar no quadro abaixo os dentes que participam da desocclusão)

Lado de Trabalho

Lado de Balanceio

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Guias de Desocclusão:

() Canino

() Grupo

() Grupo Anterior () Combinada

É portador de prótese total: ()

Lateralidade para a ESQUERDA (assinalar no quadro abaixo os dentes que participam da desocclusão)

Lado de Balanceio

Lado de Trabalho

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Guias de Desocclusão:

() Canino

() Grupo

() Grupo Anterior () Combinada

É portador de prótese total: ()

Protrusão

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Dentes Ausentes

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Guia Anterior Efetiva:

() Sim () Não

É portador de prótese total: ()

Dentes com sinais de bruxismo

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Dentes com Mobilidade

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Sangramento Gengival:

() Localizado () Generalizado

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

EXAMES RADIOGRÁFICOS RECOMENDADOS:

a) Radiografias periapicais: () ___/___/___

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

b) Radiografia panorâmica () ___/___/___

c) Radiografia transcraniana () ___/___/___

d) outras imagens () ___/___/___ Quais? _____

Achados relevantes na avaliação radiográfica: _____

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

PLANO DE TRATAMENTO:

EXAMES DOS MODELOS DE ESTUDO:

a) Montagem em articulador semi-ajustável : data: ____/____/____

Distância Intercondilar	Ângulo de Bennett	Inclinação Condilar	RC	MIH
() P () M () G	D = 15° E = 15°	D = 30° E = 30°	()	()

b) Análise oclusal dos modelos montados em articulador : data: ____/____/____

Modelos desocluídos: ausência dental, mesialização, distalização, giroversão, vestibulo-versão, apinhamento, supra-oclusão, infra-oclusão, extra-numerário, raiz residual, diastema

Modelos ocluídos: desvio da linha média, overbite, overjet, mordida cruzada, mordida aberta (anterior ou posterior), curva de Spee, curva de Wilson, guia canino, função em grupo, contatos prematuros, interferências em trabalho, em balanceio, em protrusão.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

(colocar data , os procedimentos realizados e nome do profissional que atendeu)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ANEXO 4- Índice de Helkimo

Curso de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial em Pacientes com Necessidades Especiais: Abordagem Multidisciplinar

Nome:.....Inscrição:.....
 Endereço:.....
 Telefone:.....Data de Nascimento:.....Data:.....

1. ÍNDICE DE AVALIAÇÃO CLÍNICA (Di) = A+B+C+D+E

Obs: após →, quantificar.

A) Avaliação da movimentação mandibular:

Índice	Abertura→	Lateralidade D→	Lateralidade E→	protrusão→
() 0	() ≥ 40mm	() ≥ 7mm	() ≥ 7mm	() ≥ 7mm
() 1	() 30 – 39mm	() 4 – 6mm	() 4 – 6mm	() 4 – 6mm
() 5	() < 30mm	() 0 – 3mm	() 0 – 3mm	() 0 – 3mm

Resultado da soma dos índices: () 0 = normal; () 1 a 4 moderada; () 5 a 20 muito restrita.

B) Avaliação da função da ATM→ :

Índice	Características
() 0	Trajetória reta de abertura e fechamento, sem sons palpáveis nas ATMs
() 1	Desvio (> 2mm) da trajetória ou sons palpáveis nas ATMs
() 5	Travamento mandibular fechado ou luxação das ATMs

C) Dor no movimento

Índice	Características
() 0	Todos os movimentos sem dor
() 1	Dor somente em um movimento
() 5	Dor em 2 ou mais movimentos

C') dores de cabeça, nuca; apertamento dental:

Índice	Cabeça	Nuca/torçicólo	Apertar/ranger
	Não	Não	Não
	Às vezes	Às vezes	Às vezes
	Sim	Sim	Sim

D) Dor muscular:

Músculos palpados	D	E
Masseter profundo		
Masseter superficial		
Temporal anterior		
Temporal médio		
Temporal posterior		
Pterigoideo lateral		
Pterigoideo medial		

Resultados→ :

Índice	Características
() 0	Nenhum músculo sensível à palpação
() 1	Sensibilidade em 1 – 3 músculos
() 5	Sensibilidade em pelo menos 4 áreas palpadas

E) Dor na ATM:

	D	E
Pólo lateral		
Meato acústico externo		

Resultados:

Índice	Características
() 0	Nenhuma sensibilidade
() 1	Sensibilidade no pólo lateral, uni ou bilateral
() 5	Sensibilidade no meato, uni ou bilateral

CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE DISFUNÇÃO:

0 pt	Disfunção do grupo 0	Clinicamente livre de sintomas	Di0
1 - 4 pts	Disfunção do grupo 1	Suave disfunção	DiI
5 - 9 pts	Disfunção do grupo 2	Moderada disfunção	DiII
10 - 13 pts	Disfunção do grupo 3	Severa disfunção	DiIII
15 - 17 pts	Disfunção do grupo 4	Severa disfunção	DiIII
20 - 25 pts	Disfunção do grupo 5	Severa disfunção	DiIII

2. ÍNDICE DE DISFUNÇÃO ANAMNÉSICA (Ai):

Índice	Características
() Ai0	Livres de sintomas de disfunção, sem sintomas de AiI e AiII
() AiI	1 ou mais leves sintomas: sons, fadiga, rigidez mandibular, sem sintomas de AiII
() AiIII	1 ou mais severos sintomas: dificuldade abrir boca, travamento, luxação, dor no movimento, dor na ATM, dor nos músculos da mastigação.

3. ÍNDICE DO ESTADO DA OCLUSÃO (Oi) = A+B+C+D**A) Número de dentes→**

Índice	Características
() 0	28 a 32 dentes
() 1	20 a 27 dentes
() 5	< 20 dentes

B) Número de dentes ocluídos:

Índice	Características
() 0	24 a 32 dentes
() 1	16 a 23 dentes
() 5	02 a 15 dentes

C) Interferências em relação cêntrica:

Índice	Características
() 0	Nenhum deslize, deslize reto, simétrico e menor que 2 mm
() 1	Contato unilateral, deslize cêntrico menor que 2mm e/ou desvio lateral da mandíbula menor que 0,5mm
() 5	Deslize cêntrico maior que 2mm e/ou desvio lateral DA mandíbula maior que 0,5mm

D) Interferências articulares:

Índice	Características
() 0	Nenhum distúrbio na articulação
() 1	Leve: 1 interferência no lado de trabalho ou unilateral na protrusão
() 5	Severa: interferência no lado de balanceio, uni ou bilateral

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO DE OCLUSÃO (Oi):

() 0 pt	Nenhum distúrbio na oclusão ou ATM	Oi0
() 1-4 pts	Moderado distúrbio na oclusão ou ATM	OiI
() 5-20 pts	Severo distúrbio na oclusão ou ATM	OiIII

Overbite : _____ mm

Overjet : _____ mm

Relação Molar : _____

Desvio da linha mediana : _____ mm () direito () esquerdo

Deslize cêntrico : _____ mm