

Caracterização de fatores predisponentes, sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em pacientes das clínicas de prótese dentária da UFCG

Characterization of predisposing factors, signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in patients of the clinics of dental prosthetics of UFCG

Caracterización de factores predisponentes, señales y síntomas de disfunción temporomandibular en pacientes de las clínicas de prótesis dentales de la UFCG

Marcos Roberto da Silva **CAVALCANTE**¹
José Henrique de Araújo **CRUZ**¹
Abrahão Alves de **OLIVEIRA FILHO**²
Luanna Abílio Diniz Melquíades de **MEDEIROS**²
Elizandra Silva da **PENHA**²
Gymenna Maria Tenório **GUÊNES**²

¹Acadêmico(a) do Curso de Graduação em Odontologia, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG 58708-110 Patos-PB, Brasil

²Professor(a) Doutor(a) do Curso de Graduação em Odontologia, Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) 58700-970 Patos-PB, Brasil

Resumo

Introdução: Os estudos sobre perda dentária mostram a sua alta prevalência e com isso a necessidade do uso de próteses dentais, logo, a disfunção temporomandibular (DTM) é bastante frequente nesses pacientes edentados total ou parcialmente. **Objetivo:** Caracterizar fatores predisponentes, sinais e sintomas de DTM nos pacientes atendidos nas Clínicas de Prótese Dentária da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-Paraíba, Brasil. **Metodologia:** Foi realizado um estudo do tipo transversal, observacional, com abordagem indutiva e procedimento comparativo, descritivo, retrospectivo adotando como estratégia de coleta de dados as fichas das Clínicas de Prótese Dentária da UFCG. A amostra foi constituída de 200 fichas do ano de 2014 a 2018. **Resultados:** O presente estudo apontou 67 (33,5%) pacientes do gênero masculino e 133 (66,5%) do gênero feminino e média de idade e erro padrão da média de $48,6 \pm 13,9$ anos; 38 (19%) possuíam desconforto ou dor na mastigação e 39 (19,5%) apresentavam o barulho quando mastigavam. Além disso, 28 (14%) pacientes informaram presença de bruxismo e verificou-se 27 (13,5%) pacientes com apertamento dentário e 150 (75%) respiração nasal. **Conclusão:** Houve a prevalência no sexo feminino, média de idade de $48,6 \pm 13,9$ anos e presença de diversos fatores predisponentes, sinais e sintomas da DTM dado ao seu caráter multifatorial. Os dados levantados servirão para guiar ações de promoção e prevenção de saúde bucal, para evitar a perda de elementos dentais tão precocemente.

Descritores: Prótese Dentária; Oclusão Dentária; Articulação Temporomandibular; Má Oclusão.

Abstract

Introduction: Studies on tooth loss show its high prevalence and therefore the need for dental prostheses, so temporomandibular dysfunction (TMD) is quite frequent in these totally or partially edentulous patients. **Objective:** To characterize predisposing factors, signs and symptoms of TMD in patients treated at the Dental Prosthesis Clinics of the Federal University of Campina Grande (UFCG), Patos-Paraíba, Brazil. **Methodology:** A transverse, observational, cross-sectional, descriptive and retrospective study was carried out with the use of the Dental Clinic Clinics of the UFCG as a data collection strategy. The sample consisted of 200 tokens from 2014 to 2018. **Results:** The present study identified 67 (33.5%) male patients and 133 (66.5%) female patients and mean age and standard error of the mean of 48.6 ± 13.9 years; 38 (19%) had chewing discomfort or pain and 39 (19.5%) presented noise when chewing. In addition, 28 (14%) patients reported presence of bruxism and 27 (13.5%) patients had teeth tightening and 150 (75%) nasal breathing. **Conclusion:** There was a prevalence in females, mean age of 48.6 ± 13.9 years and presence of several predisposing factors, signs and symptoms of TMD due to its multifactorial character. The data collected will serve to guide actions of promotion and prevention of oral health, to avoid the loss of dental elements so early.

Descriptors: Dental Prosthesis; Dental Occlusion; Temporomandibular Joint; Malocclusion.

Resumen

Introducción: Los estudios sobre pérdida dental muestran su alta prevalencia y con ello la necesidad del uso de prótesis dentales, luego, la disfunción temporomandibular (DTM) es bastante frecuente en estos pacientes desdentados total o parcialmente. **Objetivo:** Caracterizar factores predisponentes, signos y síntomas de DTM en los pacientes atendidos en las Clínicas de Prótesis Dentales de la Universidad Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-Paraíba. **Metodología:** Se realizó un estudio del tipo transversal, observacional, con abordaje inductivo y procedimiento comparativo, descriptivo, retrospectivo adoptando como estrategia de recolección de datos las fichas de las Clínicas de Prótesis Dentales de la UFCG. La muestra fue constituída de 200 fichas del año 2014 a 2018. **Resultados:** El presente estudio apuntó 67 (33,5%) pacientes del género masculino y 133 (66,5%) del género femenino y promedio de edad y error estándar de la edad promedio de $48,6 \pm 13,9$ años; 38 (19%) tenían incomodidad o dolor en la masticación y 39 (19,5%) presentaban el ruido cuando masticaban. Además, 28 (14%) pacientes informaron presencia de bruxismo y se verificó 27 (13,5%) pacientes con aprieto dental y 150 (75%) respiración nasal. **Conclusión:** Hubo la prevalencia en el sexo femenino, promedio de edad de $48,6 \pm 13,9$ años y presencia de diversos factores predisponentes, signos y síntomas de la DTM dada a su carácter multifactorial. Los datos levantados servirán para guiar acciones de promoción y prevención de salud bucal, para evitar la pérdida de elementos dentales tan precocemente.

Descriptores: Prótesis Dental; Oclusión Dental; Articulación Temporomandibular; Maloclusión.

INTRODUÇÃO

O impacto da perda dentária na saúde geral é um fator de risco para má nutrição, invalidez, perda da autosuficiência e diminuição da qualidade de vida. Entretanto os estudos sobre perda dentária mostram a sua alta prevalência e o uso e a necessidade de próteses dentais na população brasileira¹ e no mundo²⁻⁵. Pacientes com perdas dentárias, não considerando as possíveis desordens bucofaciais decorrentes dessas perdas, não procuram o

cirurgião-dentista com a necessária regularidade visando à promoção de saúde bucal, bem estar e qualidade de vida. O sexo do paciente e o grau de instrução (número de anos de estudo) estão entre os fatores predisponentes, podendo ser considerados determinantes significativos na utilização de cuidados bucais².

A perda de dentes posteriores foi o primeiro sinal relacionado à etiologia da Disfunção

Temporomandibular (DTM), ocorrendo o deslocamento posterior e distal do côndilo, provocando pressão sobre o nervo auriculotemporal e estruturas do ouvido^{6,7}.

A DTM, bastante frequente, é definida como uma doença (ou grupo de doenças) que afeta os músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas adjacentes; sua causa mais comum é a dor crônica na face⁸.

De caráter leve ou bastante debilitante, pode acometer pacientes em qualquer idade, mas costuma ser mais frequente em mulheres adultas de meia idade, que constituem cerca de 80% dos casos^{9,10}. Segundo alguns autores, a incidência da DTM tem aumentando^{11,12}.

O paciente com DTM costuma procurar outros especialistas antes de chegar ao atendimento do cirurgião-dentista. O profissional necessita diferenciar a dor proveniente da ATM de neuralgias, processos inflamatórios e cefaleias. A dor característica é pré-auricular, com irradiação temporal, frontal ou occipital. Pode apresentar-se, no entanto, como otalgia referida (30% dos casos), cefaleia, zumbido ou dor de dente. Em alguns casos, pode ser necessário o emprego de bloqueios diagnósticos nervosos regionais e, até mesmo, ganglionares¹³.

Esses pacientes podem apresentar diversas alterações do sistema estomatognático decorrentes de desgaste, má oclusão, tratamentos ortodônticos, processos inflamatórios e infecciosos, trauma, estresse, ansiedade e outros fatores psicogênicos^{9,14}. Além disso, a DTM pode coexistir com outras doenças musculoesqueléticas ou que tenham repercussão nesse sistema¹⁰.

O tratamento da DTM é variado e multidisciplinar: orientação, terapia cognitivo-comportamental, placas de mordida miorrelaxantes, analgésicos, anti-inflamatórios, antidepressivos tricíclicos, acupuntura, infiltrações de pontos gatilho, artrocentese e cirurgia. Essa última é, atualmente, indicada com menos frequência¹⁴.

Diante das considerações expostas, objetivou-se caracterizar os fatores predisponentes, sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) nos pacientes atendidos nas clínicas de Prótese Dentária da Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), em Patos, estado da Paraíba, Brasil.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi do tipo transversal, observacional, com abordagem indutiva e procedimento comparativo, descritivo, retrospectivo; adotando como estratégia de coleta os dados das fichas das Clínicas de Prótese Dentária da Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), em Patos, estado da

Paraíba, Brasil. A amostra foi assim constituída por 200 fichas do ano de 2014 a 2018. Os prontuários avaliados eram de pacientes maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, e foram excluídas as fichas que não estavam com todos os dados devidamente preenchidos. A ficha clínica das disciplinas de Prótese Dentária tem finalidade de realizar anamnese inicial do paciente e nela são coletados os dados iniciais e a queixa principal que o levou a buscar o atendimento odontológico. Destas fichas foram retirados os dados para compor a presente pesquisa no que diz respeito a fatores predisponentes, sinais e sintomas da disfunção temporomandibular, previamente autorizado pelo paciente participante sob um termo de consentimento livre esclarecido. Dentre as informações contidas na ficha, tem-se gênero, idade, dentição, dor a mastigação, barulho na mastigação, abertura de boca normal, interferências oclusais, desvio durante abertura e fechamento da boca, mordida cruzada, mordida aberta, respiração bucal, tipo de deglutição, bruxismo, apertamento dentário, hábitos foram analisadas pela avaliação estatística simples do número obtido. Após coletados, os dados foram trabalhados pela estatística descritiva. Os dados coletados no decorrer da pesquisa foram tabulados e trabalhados descritivamente no período de Novembro a Dezembro de 2018. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE: 00450818.2.0000.5181.

RESULTADOS

Foram utilizadas 200 fichas já preenchidas das Clínicas de Prótese Dentária, da Universidade Federal de Campina Grande, entre o período de tempo de 2018 a 2014 de modo retrospectivo, sendo encontradas 67 (33,5%) fichas de pacientes do gênero masculino e 133 (66,5%) do gênero feminino e média e erro padrão da média de idade de $48,6 \pm 13,9$ anos. Das 200 fichas analisadas, 81% (158) dos pacientes moram em Patos, os demais pacientes eram oriundos de cidades circunvizinhas.

Com relação à presença ou ausência de dor ou desconforto na mastigação, 162 (81%) responderam não possuir, enquanto 38 (19%) responderam que possuíam esse desconforto ou dor na mastigação. Quanto ao barulho durante a mastigação, 161 (80,5%) responderam que não tinham barulho, e 39 (19,5%) tinham o barulho quando mastigavam.

Outro dado presente foi quanto a abertura bucal, 176 (88%) relataram normalidade durante a abertura de boca, e 24 (12%) responderam que não abriam normalmente. Além disso, quanto aos contatos prematuros ou interferências oclusais, 115 (57,5%), segundo a ficha clínica, não possuíam interferências, 34 (17%) possuíam interferências e 51 (25,5%) para N.D.N. Diante dos dados expostos relacionados ao desvio de abertura e desvio de

fechamento da boca, relatados nas fichas clínicas, obteve-se os seguintes dados (Tabela 1).

Tabela 1. Desvio no movimento de abertura e de fechamento da boca

Desvio de Abertura da boca	Nº	%
Sim	30	15
Não	170	85
TOTAL	200	100
Desvio de Fechamento da boca	Nº	%
Sim	44	22
Não	156	78
TOTAL	200	100

Para os dados relacionados à alteração na abertura e fechamento da boca, também relatados nas fichas clínicas, foram obtidos os seguintes dados (Tabela 2).

Tabela 2. Tipo de abertura e fechamento da boca

Tipo de Abertura	Nº	%
Salto	15	7,5
Estalido	20	10
Crepitação	3	1,5
N.D.N	162	81
TOTAL	200	100
Tipo de Fechamento	Nº	%
Salto	28	14
Estalido	19	9,5
Crepitação	4	2
N.D.N	149	74,5
TOTAL	200	100

Foi possível ainda verificar nas fichas clínicas a presença de mordida cruzada, que correspondeu a 21 (10,5%), enquanto a maioria, 179 (89,5%) não apresentava a má oclusão. Já a mordida aberta anterior, apenas 4 (2%) relatos da má oclusão, enquanto 198 (98%) não a possuía.

Quando verificado nas fichas dos pacientes quanto à respiração, encontrou-se os seguintes dados (Tabela 3).

Tabela 3. Dados relativos ao tipo de respiração

Respiração	Nº	%
Nasal	150	75
Mista	24	12
Bucal	9	4,5
N.D.N	17	8,5
TOTAL	200	100

Verificou-se também, de acordo com a ficha clínica, se o paciente possuía deglutição atípica, encontrou-se, de acordo com os prontuários, 8 (4%) pacientes com essa anormalidade, restando 192 (96%) com deglutição normal. Também foi verificado a assimetria facial ao exame físico facial, encontrou-se 9 (4,5%) pacientes com assimetria, e 191 (95,5%) relatos de paciente com simetria facial.

Além disso, quanto ao bruxismo, verificou-se, a partir do exame clínico e anamnese, representados nas fichas, a presença de 28 (14%) pacientes, enquanto 172 (86%) não apresentaram sintomas característicos. Em se tratando do apertamento dentário, verificou-se, a partir dos relatos das fichas a presença de 27 (13,5%) pacientes, enquanto 173 (86,5%) não apresentaram sintomas

característicos.

Ainda, segundo os prontuários, também foi possível verificar hábitos deletérios de mordedura, expressos em tabela, podendo marcar mais de uma opção caso houvesse mais de um hábito citado (Tabela 4).

Tabela 4. Hábitos bucais deletérios

Morder	Nº	%
Lábios	9	20,5
Língua	2	4,5
Unhas	16	36,4
Objetos	6	13,6
Outros	11	25
TOTAL	44	100

DISCUSSÃO

Estudos que tenham comparado os gêneros em amostras brasileiras são raros, no entanto, mulheres são mais susceptíveis às DTM's e a idade dos sujeitos pode interagir com os demais fatores¹². Estes podem aparecer em qualquer idade, mas costuma ser mais frequente em mulheres adultas de meia idade, que constituem cerca de 80% dos casos^{9,10}.

Corroborando com esses estudos, Góes et al.¹⁵ revisaram a epidemiologia da DTM na literatura com ênfase nas variáveis (gênero, faixa etária e sinais e sintomas) e encontraram que a epidemiologia da DTM apresenta-se muito prevalente em populações distintas, como idosos, adolescentes e principalmente em adultos jovens e concluíram que os sinais e sintomas mais frequentes são dor muscular, dor articular, estalido e tensão emocional.

Neste estudo, comprovou-se essa prevalência no sexo feminino e o resultado corrobora com a pesquisa anterior de Portinho et al.¹⁶, no qual foi caracterizado uma amostra de pacientes atendidos em um ambulatório de referência em cirurgia craniofacial e teve como resultado uma predominância de mulheres adultas.

A distribuição da idade e do gênero nos casos de dor orofacial, especialmente a DTM, sugere um possível elo entre a sua patogênese e o hormônio sexual feminino estrogênio^{17,18} ou entre a DTM e os mecanismos de modulação da dor, uma vez que mulheres apresentam maior sensibilidade para a maioria das modalidades de dor¹⁹⁻²³.

A literatura aponta que os sintomas mais frequentes relatados pelos pacientes com DTM são dores na face, articulação e/ou músculos mastigatórios²³, sendo que os estudos realizados por Pereira et al.¹⁴ e Santos et al.²⁴ mostraram que 100% dos indivíduos com diagnóstico de DTM apresentavam dor ou algum desconforto.

Em contrapartida, os dados do presente estudo demonstram que não há necessariamente a presença de dor na mastigação, porém, vale salientar que, no presente estudo não avaliou apenas pacientes com diagnóstico de DTM e sim, pacientes das

Clínicas de Prótese Dentária. Foi possível perceber que as alterações na ATM podem variar de acordo com desconfortos, dor ou barulho durante a mastigação. Logo, sabendo que a DTM é multifatorial, outros sintomas ou agentes podem estar envolvidos na sua etiologia.

Como enfatizam Martins et al.²⁵, em relação à DTM, estudos epidemiológicos estimam que 40% a 75% da população apresentam pelo menos um sinal desta síndrome, como ruídos na ATM, e 33% pelo menos um sintoma, como dor na face ou na ATM.

Já no estudo de Fehrenbach et al.²⁶ no qual analisaram a relação da DTM à dor orofacial e cefaleia através de uma revisão narrativa, concluíram que existe relação entre dor na região orofacial e cefaleia com a DTM, porém ainda não é claro o mecanismo dessa correlação, sendo necessários mais estudos para elucidar esse quadro clínico.

Neste estudo, embora a maioria dos pacientes, segundo as fichas clínicas, consigam abrir a boca normalmente, 17% (34) foi diagnosticada, segundo a ficha clínica, com contatos prematuros ou interferências oclusais. Por se tratar de uma interferência, as intercuspidações acabam sendo prejudicadas e a ATM sofre com esses desajustes oclusais, podendo ser a causa de DTM.

O contato prematuro desencadeia um arco reflexo protetor. Em um contato prematuro unilateral a maior parte da força oclusal será aplicada nos dentes que estão efetuando aquele contato. A posição mandibular fica instável e as forças da oclusão serão aplicadas também sobre a musculatura o que acarretará um maior fechamento no lado direito e um deslocamento da posição mandibular para aquele lado. Se caso for aplicado forças maiores aos dentes e articulação, nesta situação existe um risco significativo de colapso das articulações, da musculatura, dos dentes e estruturas de suporte²⁷.

Em se tratando dos desvios de abertura e de fechamento da boca não foi possível confirmar valores significativos de alterações na população estudada, mas não se descarta a possibilidade de ser um dos fatores que podem compor a causa da DTM. Além disso, foi possível verificar que 20 (10%) pacientes apresentam abertura do tipo estalido e 28 (14%) fechamento do tipo salto com maior prevalência em relação aos outros tipos de abertura e fechamento de boca.

De acordo com o estudo realizado por Portinho et al.¹⁶, no qual identificaram a frequência de achados clínicos em pacientes com DTM, percebeu-se que os estalidos e crepitações foram encontrados em cerca de metade dos casos. Eles costumam ocorrer pelo deslocamento dos meniscos, que acontecem, quando há o rompimento ligamentar entre o disco e o côndilo mandibular. Esta alteração leva ao deslocamento do músculo pterigoideo lateral. O deslocamento mais comum é o anterior e medial,

devido às orientações do músculo pterigoideo lateral. O deslocamento pode ser ou não redutível e ocorrer ou não com limitação de abertura bucal.

No presente estudo, os dados de desvios de abertura, desvios de fechamento da boca e os tipos de abertura e fechamento de boca se tornam relevantes para um correto tratamento dos sintomas da DTM e para uma melhor estabilidade neuromuscular do aparelho estomatognático, embora este não configurassem a queixa principal dos pacientes. Pois, a desestabilização deste aparelho gera fatores associados à DTM.

Alguns estudos apontam que essas más oclusões podem reduzir a força mastigatória, além de associação entre a mordida cruzada posterior e a sintomatologia da disfunção temporomandibular²⁸. Já no estudo de Lemos et al.²⁹ a severidade da má oclusão não foi correlacionada à presença de sinais e sintomas de DTM.

Na amostra estudada foram observados poucos casos de mordida cruzada e mordida aberta anterior. Pode-se inferir que, qualquer má oclusão desestabiliza a ATM, conseqüentemente, correlacionando a outros fatores, pode gerar uma DTM, ou seja, quando avaliada isoladamente não pode ser considerada como uma causa da DTM.

Corrêa e Bérzin³⁰ afirmam que a relação entre respiração e DTM é determinada especialmente pelo uso excessivo da musculatura inspiratória acessória, o que pode também acarretar alterações posturais. Fatores como: padrão ventilatório apical, tensão/ansiedade e respiração bucal podem ser indicados como os principais responsáveis por estas alterações.

Quanto ao tipo respiratório, observou-se um predomínio da respiração nasal 150 (75%) seguida da respiração mista 24 (12%), no qual o indivíduo alterna os tipos nasal e bucal. Com esse resultado, podemos destacar mais um fator relacionado à DTM, pois como relata Corrêa e Bérzin³⁰, a obstrução nasal é motivo de alterações na postura craniocervical e mandibular para facilitar a respiração.

Outro dado levantado no presente estudo foi a respeito da deglutição atípica com um total de 8 (4%) relatos, isso se torna necessário, pois a literatura mostra relações da deglutição com a DTM^{31,32}. Como afirma Stuginski-Barbosa et al.³³ os músculos da mastigação, envolvidos na fisiopatologia da dor miofascial mastigatória, também participam da função de deglutição, porém, em seus estudos não houve associação entre a presença de DTM e características atípicas da deglutição avaliadas em todos os testes.

As assimetrias faciais representam um desequilíbrio entre as estruturas esqueléticas homólogas da face. A maioria das pessoas apresenta algum grau de assimetria facial, pois é rara a condição de perfeita simetria³⁴.

Encontrou-se durante a análise dos prontuários 9 (4,5%) pacientes com assimetria facial que, apesar de baixa a frequência, representa um dado preocupante devido à sobrecarga na articulação e, conseqüentemente, sobre fator predisponente a dor.

Segundo o estudo de Blini et al.³⁵, no qual verificaram a ocorrência de bruxismo em sujeitos adultos do sexo feminino com queixa de DTM e sua relação com o grau de sintomatologia da disfunção, o bruxismo esteve presente em 50% dos casos de DTM.

Estes resultados, somados ao fato que não houve relação entre o bruxismo e o grau de sintomatologia de DTM, estabelecido pelo Índice Anamnésico, sugere-se que sujeitos com sintomas de DTM devem ser questionados e avaliados quanto à presença de bruxismo, independentemente do grau de sintomatologia da disfunção³⁶. Corroborando com isso, o presente estudo verificou a presença de bruxismo, no qual 28 (14%) dos pacientes apresentam esse hábito parafuncional.

Fazendo uma relação entre apertamento dentário e DTM, Michelotti et al.³⁶ realizaram estudo sobre parafunções orais como fatores de risco nos subgrupos diagnósticos de DTM e relataram que o apertamento e o ranger de dentes são significativamente mais frequentes nesses pacientes.

Quando se observa o resultado de apertamento dental neste estudo, pode-se relacionar com o bruxismo, pois são achados comuns que geralmente estão associados. Segundo a literatura, ele se configura como um fator predisponente para a DTM.

O estresse emocional pode gerar hiperatividade muscular, caracterizando o chamado bruxismo ou apertamento dental³⁷. O bruxismo acordado ou diurno é caracterizado pelo apertamento dentário, podendo também apresentar o ranger de dentes, e sua prevalência, estimada na população adulta, é de 20%³⁸.

O apertamento dentário é um hábito parafuncional de natureza multifatorial, podendo ser influenciado por fatores psicogênicos e pelo uso de algumas drogas, entre outros, e está associado a sobrecarga nos dentes, no periodonto, nos músculos e nas articulações temporomandibulares. Com isso, pode representar um fator predisponente e também de exacerbação de DTM e desenvolvimento de dor crônica³⁹.

Um dos fatores etiológicos associados à disfunção temporomandibular (DTM) são os hábitos parafuncionais⁴⁰. Estes promovem um aumento da atividade muscular acima da necessária (hiperatividade muscular)^{41,42}.

O estudo verificou aspectos deletérios de mordedura, sendo o hábito de morder unhas com maior ocorrência 16 (36,4%). Porém, no estudo de Michelotti et al.³⁶ o hábito parafuncional de roer as

unhas não foi considerado fator de risco.

Assim como no estudo de Bortolletto et al.⁴² não foram encontrados associação estatística entre DTM e alguns hábitos parafuncionais como o de morder unha, cutícula, objetos, lábios e mascar chicletes.

Segundo o estudo de Trindade et al.⁴³ no qual identificaram a prevalência de DTM em estudantes do primeiro e do último ano de cursos de educação física, enfermagem e fisioterapia do Centro Universitário do Planalto de Araxá (UNIARAXÁ) e sua relação entre os hábitos parafuncionais. Demonstraram que os hábitos parafuncionais são significantes no desenvolvimento e na progressão de DTM's, pois todos os participantes relataram possuir algum hábito e a prevalência de 78% de algum nível de DTM.

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo foram caracterizados os fatores predisponentes, sinais e sintomas de disfunção temporomandibular nos pacientes atendidos nas clínicas de Prótese Dentária da Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), em Patos, estado da Paraíba, Brasil, do qual obteve-se prevalência no sexo feminino, média de idade de 48,6 ± 13,9 anos entre ambos os gêneros e ocorrência de diversos fatores predisponentes, sinais e sintomas da DTM, dado o caráter multifatorial. Sendo assim, foram identificados fatores predisponentes, sinais e sintomas que poderão guiar ações preventivas específicas e individuais de promoção e prevenção de saúde bucal, para evitar a perda de elementos dentais tão precocemente.

REFERÊNCIAS

1. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília, 2004.
2. Born G, Baumeister SE, Sauer S, Hensel E, Kocher T, John U. Characteristics of risk groups with an insufficient demand for dental services - results of the study of health in Pomerania (SHIP). *Gesundheitswesen*. 2006;68(4):257-64.
3. Medina-Solís CE, Pérez-Núñez R, Maupomé G, Casanova-Rosado JF. Edentulism among Mexican adults aged 35 years and older and associated factors. *Am J Public Health*. 2006;96(9):1578-81.
4. Zitzmann NU, Marinello CP. Survey of treatmentseeking complete denture wearers concerning tooth loss, retention behavior and treatment expectations. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 2006;116(3):229-36.
5. Musacchio E, Perissinotto E, Binotto P, Sartori L, Silva-Netto F, Zambon S, et al. Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. *Acta Odontol Scand*. 2007;65(2):78-86.

6. Molina OF. Disfunção da ATM. In: Molina OF. (Ed.). *Fisiopatologia craniomandibular: oclusão e ATM*. 2. ed. São Paulo: Pancast; 1995.
7. Poveda RR, Bagan JV, Díaz FJM, Hernández BS, Jiménez SY. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2007;12(4):292-98.
8. Siqueira JTT. As dores orofaciais na prática hospitalar: experiência brasileira. *Prática Hospitalar*. 2006;48(6):85-9.
9. Teixeira ACB, Marcucci G, Luz JGC. Prevalência das maloclusões e dos índices anamnésicos e clínicos em pacientes com disfunção da articulação temporomandibular. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999;13(3):251-56.
10. Amantéa DV, Novaes AP, Campolongo GD, Barros TP. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção temporomandibular. *Acta Ortop Bras*. 2004;12(3):155-59.
11. Darling DW, Krauss S, Clasheen-Wray MB. Relationship of head posture and the rest position of the mandible. *J Prosthet Dent*. 1994;52(1):111-15.
12. Ferreira CLP, Silva MAMR, Felício CM. Sinais e sintomas de desordem temporomandibular em mulheres e homens. *CoDAS*. 2016;28(1):17-21.
13. Grossmann E, Collares MVM. Odontalgia associada à dor e à disfunção miofascial. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2006;9(1):19-24.
14. Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC*. 2005;7(2):221-28.
15. Góes KRB, Grangeiro MTV, Figueiredo VMG. Epidemiologia da disfunção temporomandibular: uma revisão de literatura. *J Dent Pub H*. 2018;9(2):115-120.
16. Portinho CP, Razera MV; Splitt BI, Gorgen ARH, Faller GJ, Collares MVM. Apresentação clínica inicial em pacientes com disfunção Temporomandibular. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2012;15(3):109-12.
17. Ferreira CLP, Silva MAMR, Felício CM. Sinais e sintomas de desordem temporomandibular em mulheres e homens. *CoDAS*. 2016;28(1):17-21.
18. Warren MO, Field JL. Temporomandibular disorders and hormones in women. *Cells Tissues Organs*. 2001;169(3):187-92.
19. Cairns BE. Pathophysiology of TMD pain: basic mechanisms and their implications for pharmacotherapy. *J Oral Rehabil*. 2010;37(6):391-410.
20. Leresche L, Mancl L, Sherman JJ, Gandara B, Dworkin SF. Changes in temporomandibular pain and other symptoms across the menstrual cycle. *Pain*. 2003;106(3):253-61.
21. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. 2009;10(5):447-85.
22. Miyazaki R, Yamamoto T. Sex and/or gender differences in pain. *Masui*. 2009;58(1):34-9.
23. Bereiter DA, Okamoto K. Neurobiology of estrogen status in deep craniofacial pain. *Int Rev Neurobiol*. 2011;97:251-84.
24. Santos ECA, Bertoz FA, Pignatta LMB, Arantes FM. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2016;11(2):29-34.
25. Martins Jr RL, Kerber FC, Stuginski JB. Atitudes e conhecimento de médicos cefalíatras em relação à disfunção temporomandibular. *Migrâneas cefaléias*, 2009;12(1):10-15.
26. Fehrenbach J, Silva BSG, Brondani LP. A associação da disfunção temporomandibular à dor orofacial e cefaleia. *JOI Passo Fundo*. 2018;7(2):69-78.
27. Sartoretto SC, Bello YD, Bona AD. Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia. *RFO Passo Fundo*. 2012;17(3):352-59.
28. Garcia AR. Fundamentos teóricos e práticos da oclusão. 1. ed. São Paulo: CID Editora; 2003.
29. Lemos GA, Moreira VG, Forte FDS, Beltrão RTS, Batista AUD. Correlação entre sinais e sintomas da Disfunção Temporomandibular (DTM) e severidade da má oclusão. *Rev Odontol UNESP*. 2015;44(3):175-80.
30. Corrêa ECR, Bérzin F. Temporomandibular disorder and dysfunctional breathing. *Braz J Oral Sci*. 2004;3(10):498-502.
31. Andrade NA, Gameiro GH, Derossi M, Gavião MBD. Posterior crossbite and functional changes. *Angle Orthod*. 2009;79(2):380-6.
32. Pasinato F, Corrêa ECR, Peroni ABF. Avaliação da mecânica ventilatória em indivíduos com disfunção têmporo-mandibular e assintomáticos. *Rev bras fisioter*. 2006;10(3):285-89.
33. Stuginski-Barbosa J, Alcântara AM, Pereira CA, Consoni FMC, Conti PCR. A deglutição inadequada está associada à presença de dor miofascial mastigatória? *Revista Dor*. 2012;13(2):132-36.
34. Abreu DG. Respiração bucal e disfunção da ATM e sua relação com o desempenho físico. *Fiepbulletin*. 2012;82:132-35.
35. Blini CC, Morisso MF, Bolzan GP, Silva AMT. Relação entre bruxismo e o grau de Sintomatologia de disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC*. 2009;12(3):427-33.
36. Michelotti A, Cioffi I, Festa P, Scala G, Farella M. Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. *J Oral Rehabil*. 2010;37(3):157-62.
37. Allgayer S, Mezzomo FS, Polido WD, Rosenbach G, Tavares CAE. Tratamento ortodôntico-cirúrgico da assimetria facial esquelética: relato de

- caso. Dental Press J Orthod. 2011;16(6):100-10.
38. Garcia AR. Contribuição para o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento de pacientes com disfunção e/ou desordens temporomandibulares: avaliação clínica, radiográfica e laboratorial [tese de livre-docência]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista; 1997.
39. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: na overview for clinicians. J Oral Rehabil. 2008; 35(7):476-94.
40. Cardoso LM, Kraychete DC, Araújo RPC. A relevância do apertamento dentário nas desordens temporomandibulares. R Ci med biol. 2011; 10(3):277-83.
41. Okeson JP. Etiology of functional disturbances in the masticatory system. In: Okeson JP, editor. Management of temporomandibular disorders and occlusion, 6.ed. St. Louis: Mosby; 2008.
42. Bortolletto PPB, Moreira APSM, Madureira PR. Análise dos hábitos parafuncionais e associação com Disfunção das Articulações Temporomandibulares. Rev assoc paul cir dent. 2013;67(3):216-21.
43. Trindade APNT, Custódio MAC, Carvalho AS, Rodrigues W, Oliveira LCN. Prevalência de DTM e hábitos parafuncionais em estudantes de uma instituição de ensino superior. Fiep Bulletin. 2018;88(1):425-28.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

José Henrique de Araújo Cruz

henrique_araujo1992@hotmail.com

Submetido em 19/01/2019

Aceito em 12/03/2019