



SOUZA, Cintia de Melo Silva¹
OLIVEIRA, Breno Paulo Almeida de²
MATOS, Daniella Andaluza Dias³
ESTEVES, Renata Antunes⁴

PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE DESORDEN TEMPOROMANDIBULAR EM ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Resumo: Realizar um levantamento da prevalência dos sinais e sintomas da Desordem Temporomandibular, em estudantes de Odontologia. O levantamento epidemiológico contou com a participação de 476 voluntários, tanto do gênero masculino quanto do gênero feminino, com idade média de 20 anos, selecionados entre os alunos do curso de graduação de Odontologia, do Centro Universitário do Pará, na cidade de Belém, Pará. A coleta dos dados e avaliação desse estudo foi feita por meio de uma ficha clínica contendo o questionário de Helkimo modificado por Fonseca, contendo dez perguntas a respeito de fatores de risco para Desordem Temporomandibular. Os dados foram analisados estatisticamente através do teste não paramétrico do Qui-quadrado, considerando o nível de significância $p < 0,05$. Não foi encontrada diferença estatística significativa quando comparado o grau de severidade entre homens e mulheres. Observou-se que 45,59% dos alunos apresentaram DTM Leve, sendo que as mulheres relataram com maior frequência serem tensas e sentirem dores de cabeça. A DTM é prevalente dentre os universitários, mas principalmente em sua forma leve.

Palavras-chave: Desordem temporomandibular. Sinais e sintomas. Prevalência. Epidemiologia.

Abstract: To determine the prevalence of signs and symptoms of Temporomandibular Disorders in dental students. The epidemiological survey involved the participation of 476 volunteers, both male as female, mean age 20 years, selected among undergraduate students of Dentistry, University Center of Pará, in the city of Belém, Pará. Data collection and evaluation of this study was done through clinical records containing the questionnaire of Helkimo modified by Fonseca, containing ten questions about risk factors for Temporomandibular Disorders. Data were analyzed statistically using the nonparametric chi-squared test, considering a significance level $p < 0.05$. No statistically significant difference was found when comparing the degree of severity between men and women. It was observed that 217 (45.59%) of the students showed mild TMD. Women reported more often being tense and feeling headaches. The TMD is prevalent among university students, but especially in its mild form.

Keywords: Temporomandibular Disorder. Signs and symptoms. Prevalence. Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

A Desordem Temporomandibular (DTM) também conhecida como Desordem Craniomandibular

¹Mestra em Clínica Odontológica com ênfase em Prótese Dentária pelo Centro Universitário do Pará – CESUPA (2019).

²Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário do Estado do Pará (2012).

³Mestra em Odontologia (Implantologia) pela Universidade do Sagrado Coração (2005). Atualmente é docente do Centro Universitário do Estado do Pará.

⁴Doutora em Materiais Dentários pela USP (Doutorado Interinstitucional UFPA/UFPI). Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal do Pará e professora efetiva do Centro Universitário do Pará.

(DCM) é uma patologia que abrange uma diversidade de sinais e sintomas clínicos e engloba as estruturas do sistema estomatognático, composto pelos músculos da mastigação, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas⁵.

Estas patologias podem se manifestar através de diversos sinais e sintomas que incomodam, e, muitas vezes, até incapacitam seus portadores de desempenharem as funções fisiológicas do sistema estomatognático, tais como mastigação, deglutição, fala e sucção. Entre os sinais e sintomas mais presentes estão os ruídos articulares (estalidos e crepitação), mialgias, dor articular, dor de ouvido, cefaléias e deslocamento da ATM, dentre os quais, os ruídos articulares correspondem aos sinais de maior prevalência⁶.

As diferenças com relação às variáveis como idade e sexo têm mostrado relevância na literatura. Magnusson et al.⁷ notaram em suas pesquisas que já na infância podemos notar o aparecimento de sintomas de DTM, muito embora elas geralmente sejam de caráter leve. Com o passar do tempo, foi observado aumento dessa prevalência em adultos jovens, e mais tarde uma ligeira regressão. Já Schmitter et al.⁸ observaram que em pessoas idosas os ruídos articulares têm maior prevalência do que nos indivíduos jovens, mas o contrário ocorre com relação aos sintomas (dores musculares e dores na articulação temporomandibular), onde estes estão mais evidentes nos jovens. É constante na literatura, estudos que mostrem uma maior prevalência de sinais e sintomas de DTM assim como sua gravidade, em indivíduos do sexo feminino⁹, muito embora isso ainda seja muito questionado, já que o sexo feminino tem aparecido com maior representação nas pesquisas.

A DTM é uma condição comum tendo

em vista que grande parcela da população apresenta e/ou relata alguma sintomatologia característica dessa disfunção. Estima-se que 40% a 60% da população em geral apresente essa condição. Muito embora sua prevalência seja alta, a quantidade de pacientes com reais necessidades de tratamento é muito baixa. Solberg et al.¹⁰ ao examinar 739 estudantes constataram que apenas 25% não apresentava qualquer sintomatologia de Desordem Temporomandibular, mas apesar desse resultado somente 5% dos sintomáticos, possuíam necessidade de tratamento.

Atualmente não existe um protocolo específico para o tratamento da Desordem Temporomandibular, já que não se tem garantia de que um tratamento bem sucedido em um indivíduo possa ter o mesmo índice de sucesso em outro. A razão de tal dificuldade pode ser atribuída aos aspectos multifatoriais de sua etiologia, podendo estar associada a fatores locais e sistêmicos, o que torna difícil seu tratamento e diagnóstico. Os fatores locais dizem respeito às condições oclusais e articulares, já os fatores sistêmicos estão ligados ao estado emocional e à própria genética. Desta forma, identificar e associar as causas, assim como seus sinais e sintomas, é de fundamental importância para definição do tratamento a ser empregado pelo cirurgião-dentista.

Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo estudar a prevalência dos sinais e sintomas de Desordem Temporomandibular em estudantes de Odontologia.

2. MÉTODO

O levantamento epidemiológico contou com a participação de 476 voluntários, alunos do curso de graduação de Odontologia, do Centro Universitário do Pará (CE-

⁵THILANDER B et al., 2002; 72:146-54.

⁶AKHTER et al., 2004; 31:746-53. e Figueiredo et al., 2009; 31:159-63.

⁷MAGNUSSON et al., 2005; 63:99-109.

⁸SCHMITTER et al., 2005; 32:467-73.

⁹MAGNUSSON et al., 2005; 63:99-109.;

GESCH et al., 2004; 35:143-50.

ROSADO et al., 2006; 10:42-9.

OLIVEIRA et al., 2006; 20:3-7.

TECCO et al., 2011; 29:71-9.

¹⁰SOLBERG et al., 1979; 98:25-34.

SUPA), na cidade de Belém-PA, tanto do gênero masculino quanto do gênero feminino. A idade média dos participantes foi de 20 anos.

Para serem incluídos na pesquisa, os voluntários estavam obrigatoriamente inscritos no curso de graduação em Odontologia do CESUPA, não apresentaram problema que os incapacitasse ou os impedisse, de responder o questionário, como, por exemplo, presença de distúrbios neurológicos, transtornos psiquiátricos, emergências odontológicas, deficiência visual, auditiva e motora, e não estavam sob tratamento ortodôntico durante a pesquisa.

Todos os alunos receberam informação prévia a respeito de DTM, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Pará (CAAE: 0126.0.323.000-11). A coleta dos dados e avaliação desse estudo foi feita por meio de uma ficha clínica contendo o questionário de Helkimo modificado por Fonseca¹¹. Trata-se de um índice de Desordem Temporomandibular composto por dez perguntas, que busca estabelecer um diagnóstico imediato de DTM, contendo perguntas a respeito de dificuldade para abrir a boca; dificuldade de movimentar a mandíbula para um dos lados; cansaço muscular quando mastiga; dores de cabeça frequentes; dor na nuca ou pescoço; dor de ouvido ou na região das ATMs; ruídos nas ATMs; hábitos de apertar e/ou ranger os dentes; boa articulação entre os dentes; e análise subjetiva do nível de tensão/nervosismo.

Para permitir uma classificação do grau de DTM, foram atribuídos valores de 0 a 10 a cada questão de forma que o “sim” tem score 10; “às vezes”, 5 e “não” equivalente à 0. Em seguida, os valores referentes a cada score dado pelo paciente foram somados, o que permitiu estabelecer o grau de DTM para cada paciente.

Considerada ausência de DTM, valores de 0 – 15; DTM leve de 20 – 40; DTM

moderada de 45 – 65; e DTM severa de 70 – 100.

Os dados foram analisados estatisticamente com o programa SPSS versão 17.0, considerando o nível de significância $p < 0,05$. O teste não paramétrico do Qui-quadrado foi aplicado para verificar se as diferenças existentes entre as variáveis categóricas foram estatisticamente significativas; quando o referido teste foi inviabilizado (apresentando valores esperados inferiores a cinco) o teste não paramétrico G de independência foi executado.

3. RESULTADOS

Durante a pesquisa foi obtida uma amostra de 476 acadêmicos. Sendo 347 (72,90%) estudantes do sexo feminino e 129 (27,10%) do sexo masculino, a superioridade numérica feminina mostrou-se significativa ao teste do Qui-quadrado ($p=0,0001$) (Tabela 1).

A análise da idade dos estudantes representada na Tabela 2 apontou que os estudantes com idades que variavam de 17 a 21 anos apresentaram superioridade numérica, sobre as outras faixas etárias, com percentual de 83,19% da amostra ($p=0,0001$). As outras faixas etárias mostraram números menos expressivos, estudantes de 22 a 26 anos representaram 14,08% do total, os de 27 a 31 anos representaram 2,31% e os de 32 a 37 anos apenas 0,42% da amostra ($p=0,0001$) (Tabela 2).

A distribuição dos estudantes segundo o grau de severidade da DTM demonstrou que 217 (45,59%) dos alunos apresentaram DTM Leve, 66 (13,87%) apresentaram DTM Moderada, 9 (1,89%) DTM Severa e 184 (38,66%) não possuíam DTM ($p=0,0001$) (Tabela 3). Quando essas informações foram dissociadas por gênero, a análise mostrou que dos portadores de DTM Leve 156 (71,89%) eram mulheres e 61 (28,11%) eram homens. Dos que possuíam DTM Moderada, 53 eram (80,30%) do sexo femi-

¹¹Fonseca, 1992.

no e 13 (19,70%) do sexo masculino. Na DTM Severa, 8 (88,89%) eram mulheres e 1 (11,11%) era homem. Entre os estudantes que não apresentaram DTM, 130 (70,65%) eram do sexo feminino, e 54 eram (29,35%) do sexo masculino ($p=0,2833$) (Tabela 4).

Quando observado a faixa etária dos estudantes distribuída pela severidade da DTM, notou-se que não houve diferença significativa entre as mesmas ($p=0,5263$) (Tabela 5).

Na Tabela 6, ao analisar as respostas do questionário, observou-se que as perguntas com maior número de respostas positivas foram respectivamente em ordem decrescente a 10ª questão (você se considera uma pessoa tensa/nervosa?), “Sim” (35,08%), e “às vezes” (34,25%); a 8ª questão (já observou se tem o hábito de aperta e/ou ranger os dentes?), “Sim” (30,9%), “às vezes” (19,75%); e a 7ª questão (já percebeu ruídos nas ATM’s quando mastiga ou abre a boca?), “Sim” (29,6%), “às vezes” (19,12%). Dores de cabeça frequentes (“Sim” 19,33%, e “às vezes” 30,25%), apareceram como sintoma mais relatado pelos participantes ($p=0,0001$). Estudantes do sexo feminino reportaram com maior frequência respostas positivas em todas as questões, exceto na 2ª e 5ª questões onde a diferença mostrou-se mínima. Porém, diferença significativa entre ambos os sexos só foram encontradas nas 4ª e 10ª questão, onde as mulheres apresentaram dores de cabeça e consideraram-se tensas/nervosas com maior frequência (Tabela 6).

Tabela 1 - Distribuição dos estudantes segundo o sexo.

Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	347	72,90
Masculino	129	27,10
Total	476	100,00

Fonte: Pesquisa de campo / Source: Field study
*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$ ($p=0,0001$) / *Chi-square test, $p < 0,05$ ($p=0,0001$)

Tabela 2 - Distribuição dos estudantes segundo a faixa etária.

Faixa etária	Frequência	Porcentagem
17 a 21	396	83,19
22 a 26	67	14,08
27 a 31	11	2,31
32 a 37	2	0,42
Total	476	100,00

Fonte: Pesquisa de campo / Source: Field study
*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$ ($p=0,0001$) / *Chi-square test, $p < 0,05$ ($p=0,0001$)

Tabela 3 - Distribuição dos estudantes segundo o grau de severidade da DTM.

Diagnóstico - DCM	Frequência	Porcentagem
DCM-Leve	217	45,59
DCM-Moderado	66	13,87
DCM-Severa	9	1,89
Não DCM	184	38,66
Total	476	100,00

Fonte: Pesquisa de campo / Source: Field study
*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$ ($p=0,0001$) / *Chi-square test, $p < 0,05$ ($p=0,0001$)

Tabela 4 - Distribuição dos estudantes segundo DTM e sexo.

DCM	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Leve	156	71,89	61	28,11	217	45,59
Moderado	53	80,30	13	19,70	66	13,87
Severa	8	88,89	1	11,11	9	1,89
Não DCM	130	70,65	54	29,35	184	38,66
Total	347	72,90	129	27,10	476	100,00

Fonte: Pesquisa de campo / Source: Field study
*Teste G de independência, $p > 0,05$ ($p=0,2833$) / *G-Test of independence, $p > 0,05$ ($p=0,2833$)

Tabela 5 - Distribuição dos estudantes segundo DTM e a faixa etária.

DCM	Faixa etária (anos)								Total	%
	17- 21	%	22- 26	%	27- 31	%	32- 37	%		
Leve	186	85,71	24	11,06	5	2,30	2	0,92	217	45,59
Moderado	50	75,76	15	22,73	1	1,52	0	0,00	66	13,87
Severa	6	66,67	3	33,33	0	0,00	0	0,00	9	1,89
Não DCM	154	83,70	25	13,59	5	2,72	0	0,00	184	38,66
Total	396	83,19	67	14,08	11	2,31	2	0,42	476	100,0

Fonte: Pesquisa de campo / Source: Field study
*Teste G de independência, $p > 0,05$ ($p=0,5263$) / *G-Test of independence, $p > 0,05$ ($p=0,5263$)

Tabela 6 - Distribuição das questões segundo o sexo.

Table 6 - Distribution of the questions according to sex.

Questão		Masculino (n=129)	%	Feminino (n=347)	%	Total (n=476)	%	P-Valor
1- Sente dificuldade de abrir bem a boca?	Não	121	28.21	308	71.79	429	90.13	0.1426
	Às vezes	7	20.00	28	80.00	35	7.35	> 0.05
	Sim	1	8.33	11	91.67	12	2.52	ns
2- Sente dificuldade de movimentar sua mandíbula para os lados?	Não	120	27.03	324	72.97	444	93.28	0.9898
	Às vezes	4	28.57	10	71.43	14	2.94	> 0.05
	Sim	5	27.78	13	72.22	18	3.78	ns
3- Sente cansaço ou dor muscular quando mastiga?	Não	93	29.25	225	70.75	318	66.81	0.1183
	Às vezes	31	25.20	92	74.80	123	25.84	> 0.05
	Sim	5	14.29	30	85.71	35	7.35	ns
4- Sente dores de cabeça com frequência?	Não	82	34.17	158	65.83	240	50.42	0.0021
	Às vezes	29	20.14	115	79.86	144	30.25	< 0.05
	Sim	18	19.57	74	80.43	92	19.33	Sig.
5- Sente dor na nuca ou pescoço/torçicolo?	Não	79	28.83	195	71.17	274	57.56	0.5162
	Às vezes	33	23.57	107	76.43	140	29.41	> 0.05
	Sim	17	27.42	45	72.58	62	13.03	ns
6- Sente dor de ouvido ou na região das ATMs?	Não	112	29.09	273	70.91	385	80.88	0.086
	Às vezes	10	16.39	51	83.61	61	12.82	> 0.05
	Sim	7	23.33	23	76.67	30	6.30	ns
7- Já percebeu ruídos nas ATMs quando mastiga ou abre a boca?	Não	67	27.46	177	72.54	244	51.26	0.5294
	Às vezes	28	30.77	63	69.23	91	19.12	> 0.05
	Sim	34	24.11	107	75.89	141	29.62	ns
8- Já observou se tem o hábito de apertar e/ou ranger os dentes?	Não	71	30.21	164	69.79	235	49.37	0.3143
	Às vezes	22	23.40	72	76.60	94	19.75	> 0.05
	Sim	36	24.49	111	75.51	147	30.88	ns
9- Sente que seus dentes não se articulam bem?	Não	96	25.00	288	75.00	384	80.67	0.1189
	Às vezes	7	35.00	13	65.00	20	4.20	> 0.05
	Sim	26	36.11	46	63.89	72	15.13	ns
10- Você se considera uma pessoa tensa / nervosa?	Não	54	36.99	92	63.01	146	30.67	0.007
	Às vezes	45	27.61	118	72.39	163	34.25	< 0.05
	Sim	30	17.96	137	82.04	167	35.08	Sig.

Fonte: Pesquisa de campo / Source: Field study

4. DISCUSSÃO

A prevalência dos sinais e sintomas da Desordem Temporomandibular tem sido alvo de diversos questionamentos na literatura, como por exemplo, seus principais determinantes, grupo etário de maior frequência e gênero predominante.

A maior prevalência no sexo feminino no presente estudo reflete a maior procura feminina ao curso de Odontologia, como opção de formação em curso superior. Amostra semelhante foi apresentada por Oliveira et al.¹², onde 73,66% eram do gênero feminino e 26,34% do gênero masculino, extraída a partir de uma população de universitários.

Nekora-Azak et al.¹³ expõem em seu estudo que as mulheres buscam mais frequentemente tratamento que os homens. Esse poderia ser o motivo para o maior número de participantes do sexo feminino em estudos que buscam estabelecer o índice e prevalência da DTM em pacientes com comprometimento do sistema estomatognático.

O número de pacientes que foram classificados como não possuidores de DTM (38,66%) foi menor quando comparado com a somatória dos indivíduos classificados como possuindo algum grau de DTM (63,34%), achados similares foram descritos por outros estudos¹⁴. Quando o grupo portado de DTM é dividido de acordo com a severidade, nota-se que a maior prevalência é de indivíduos classificados com DTM Leve (45,59%), número que supera inclusive os indivíduos classificados como Não DTM. A superioridade numérica dos portadores de DTM Leve, segundo a classificação de Fonseca¹⁵, seguida pela DTM Moderada e DTM Severa respectivamente, é comumente relatado na literatura¹⁶.

Quando aplicados os testes estatísticos para analisar o grau de DTM em relação ao sexo não foi notado diferença significativa entre homens e mulheres. Porém, a Tabela 6 mostra que as mulheres apresentam maiores percentagens de respostas positivas que os homens, mas diferenças significativas só foram encontradas nas questões que indagam a respeito das dores de cabeça e estado emocional (tensa/nervosa). Oliveira et al.¹⁷ também não notaram diferença significativa para um mesmo grau de DTM entre os sexos. LeResche et al.¹⁸ observaram que dentro de sua amostra havia mais mulheres que homens, muito embora o número de pacientes do sexo masculino no grupo que não possuía DTM foi maior. A ausência de diferença proposta no estudo

¹² OLIVEIRA et al., 2006, 20:3-7.

¹³ Nekora-Azak et al., 2006, 33:81-4.

¹⁴ OLIVEIRA et al., 2006, 20:3-7.

PEDRONI et al., 2003, 30:283-9.

NOMURA et al., 2007, 18:163-7.

¹⁵ FONSECA, 1992.

¹⁶ OLIVEIRA et al., 2006, 20:3-7.

PEDRONI et al., 2003, 30:283-9.

NOMURA et al., 2007, 18:163-7.

¹⁷ OLIVEIRA et al., 2006, 20:3-7.

¹⁸ LERESCHE et al., 2007, 129:269-78.

atual diz respeito à classificação proposta por Fonseca¹⁹, porém, quando analisadas as respostas positivas para sinais e sintomas e fatores predisponentes da DTM, o sexo feminino responde positivamente com mais frequência²⁰. Chuang²¹ mostrou em seu estudo que as mulheres respondem mais favoravelmente devido possuírem frequente estresse, dores de cabeça ou no pescoço e dor ao abrir a boca, já os homens frequentemente relatam ruídos articulares, mas não com significância estatística. Ferreira et al.²² encontraram em seu estudo que os casos diagnosticados com DTM, em homens, 100% eram problemas articulares.

A importância da identificação dos ruídos articulares está na alta relação deste com a DTM. Figueiredo et al.²³ em um estudo realizado entre pacientes portadores de DTM, observaram que 95% deles apresentavam ruídos na ATM, o que corrobora com os dados obtidos por Mobilio et al.²⁴, cujo estudo mostrou que dentre os participantes que relataram limitação de movimentos mandibulares, 80,4% apresentavam ruídos articulares também.

O sinal mais frequentemente, relacionado com DTM, presente na literatura é o estalido da articulação temporomandibular²⁵. O presente estudo concorda com os anteriores, mostrando os ruídos articulares como o sinal mais prevalente entre os participantes dessa pesquisa. Notou-se também que dentre as perguntas a que questionava a respeito da percepção de ruídos articulares foi a 3ª com o maior número de respos-

tas positivas.

Alejandro et al.²⁶ ao realizar estudo em alunos do curso de Odontologia da Universidade de Ciências e Artes de Chipas, apontaram relação de significância estatística entre bruxismo e DTM. Na Tabela 6 notou-se que o hábito parafuncional de ranger e/ou aperta os dentes teve um número expressivo de respostas positivas [Sim 147 (30,9%), às vezes 94 (19,75%)]; valor próximo foi apresentado por Mobilio et al.²⁷. Cortese e Biondi²⁸ notaram nos pacientes com DTM que buscaram tratamento na Faculdade de Odontologia da Universidade de Buenos Aires, que 74% apresentavam bruxismo. Em seu estudo, Bonjardim et al.²⁹ observaram relação entre sensibilidade a palpação dos músculos da cabeça e pescoço e o hábito de ranger os dentes. A relação entre bruxismo e ruídos da ATM, foi observada por Figueiredo et al.³⁰, onde entre os pacientes que apresentavam ruídos o hábito parafuncional mais relatado foi o bruxismo. Neste estudo um alto índice de estudantes reportou ser uma pessoa tensa e/ou nervosa [Sim 167 (35,1%), às vezes 163 (34,24%)], tonando-se a questão com maior frequência de respostas positivas. Os fatores emocionais são frequentemente confrontados na literatura com a DTM e seus sinais e sintomas. Pedroni et al.³¹ verificaram que todos os voluntários classificados como sendo do grupo de DTM severa e moderada, relataram serem pessoas tensas. LeResche et al.³² ressaltam que adolescentes que relatam níveis elevados de depressão, baixa es-

¹⁹FONSECA, 1992.

²⁰CHUANG, 2002, 29:1206-11.

ÁVILAJR et al., 2005, 45:16-21.

²¹CHUANG, 200, 29:1206-11.

²²FERREIRA et al., 2012, 48:13-8.

²³FIGUEIREDO et al., 2009, 31:159-63.

²⁴MOBILIO et al., 2011, 38:884-90.

²⁵AKHTER et al., 2004, 31:746-53.

FIGUEIREDO et al., 2009, 31:159-63.

PEDRONI et al., 2003, 30:283-9.

CHUANG, 2002, 29:1206-11.

ÁVILAJR et al., 2005, 45:16-21.

BONJARDIM et al., 2005, 19:93-8.

MOBILIO et al., 2011, 38:884-90.

²⁶CORTESE, 2009, 107:134-8.

²⁷MOBILIO et al., 2011, 38:884-90.

²⁸CORTESE; BIONDI, 2009, 107:134-8.

²⁹BONJARDIM et al., 2005, 19:93-8.

³⁰FIGUEIREDO et al., 2009, 31:159-63.

³¹PEDRONI; GUARATINI, 2003; 30:283-9.

³²LERESCHE et al., 2007, 129:269-78.

tima e insatisfação com a vida apresentam mais fatores de riscos para o desenvolvimento de dor. No presente estudo, pode-se estabelecer uma relação entre o hábito de ranger e/ou apertar os dentes com a auto-percepção de tensão e nervosismo, uma vez que, grande parte das pessoas que responderam praticar o hábito parafuncional, também responderam positivamente a respeito da tensão.

A dor de cabeça aparece como sintoma mais relatado pelos voluntários. Outros estudos mostram a alta prevalência da dor de cabeça apresentando-se entre os fatores mais frequentemente relacionados à DTM³³. No entanto, a dor de cabeça pode estar associada a diversas outras causas e não somente a DTM. Assim sendo, Campos et al.³⁴ afirmam que a dor de cabeça é uma questão de pouca confiabilidade para diagnóstico de DTM.

Mais estudos devem ser realizados para indicar a prevalência dos sinais e sintomas de DTM na população, pois o fator etiológico da DTM é de caráter multifatorial e seu diagnóstico complexo.

Atualmente não existe um protocolo específico para avaliação da prevalência de DTM na população, o que dificulta a discussão e avaliação dos seus sinais e sintomas. Diferentes estudos são encontrados na literatura, com níveis de complexidade e abrangência diferentes, que podem ser desde estudos longitudinais, que envolvem exames clínicos, a questionários capazes de abranger números significativos de indivíduos por facilidade de sua aplicação. Entretanto, criar um protocolo mostra-se de grande valia, assim como novos estudos, para indicar a prevalência dos sinais e sintomas de DTM na população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos é possível concluir que a DTM é prevalente

dentre jovens universitários, mas principalmente em sua forma leve. E as mulheres relatam com maior frequência serem tensas e sentirem dores de cabeça.

6. REFERÊNCIAS

AKHTER R., Hassan et al. **Association of dietary habits with symptoms of temporomandibular disorders in Bangladeshi adolescents.** J Oral Rehabil 2004; 31:746-53.

ALEJANDRE J.J. et al. **Prevalencia y factores de riesgo para transtornos temporomandibulares en población estudiantil de Tuxtla Gutiérrez,** Chipas. Med Oral 2006; 8:121-8.

ÁVILAJR E.T. et al. **Prevalência de sintomatologia para a Disfunção Temporomandibular (DTM) em estudantes de Odontologia e sua associação com a Hiper mobilidade Condilar da Articulação Temporomandibular (ATM).** Arq Odontol 2005; 45:16-21.

BONJARDIM L.R. et al. **Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents.** Braz Oral Res 2005; 19:93-8.

CAMPOS J.A.D.B. et al. **Confiabilidade de um formulário para diagnóstico da severidade da disfunção temporomandibular.** Ver. Bras de Fisioter 2009; 13:1413-3555.

CHUANG S.Y. **Incidence of temporomandibular disorders (TMDs) in senior dental students in Taiwan.** J Oral Rehabil 2002; 29:1206-11.

COOPER B. C., KLEINBERG I. **Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders.** J Craniomand Pract 2007; 25:114-26.

³³ÁVILAJR et al., 2005, 45:16-21.

BONJARDIM et al., 2005, 19:93-8.

³⁴CAMPOS et al., 2009, 13:1413-3555.

CORTESE S.G. BIONDI A.M. **Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales com transtornos temporomandibulares em niños y adolescentes.** Arch Argent Pediatr 2009; 107:134-8.

FERREIRA F.B. et al. **Prevalência das disordens temporomandibulares em graduandos da Universidade Estadual de Ponta Grossa.** Arq Odontol 2012; 48:13-8.

FIGUEIREDO V.M.G. et al. **Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular.** Acta Sci Health Sci 2009; 31:159-63.

FONSECA D.M. **Disfunção craniomandibular (DCM): diagnóstico pela anamnese** [Dissertação de Mestrado]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru da USP; 1992.

GESCH D. et al. **Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in an urban and rural German population: Results of a population-based study of health in Pomerania.** Quintessence Int 2004; 35:143-50.

LERESCHE L. et al. **Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence.** Int Assoc Study of Pain 2007; 129:269-78.

MAGNUSSON T. et al. **A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary.** Acta Odontol. Scand. 2005; 63:99-109.

MOBILIO N. et al. **Prevalence of self-reported symptoms related to temporomandibular disorders in an Italian population.** J Oral Rehabil 2011; 38:884-90.

NEKORA-AZAK A. et al. **Prevalence of symptoms associated with temporoman-**

dibular disorders in a Turkish population. J Oral Rehabil 2006; 33:81-4.

NOMURA K. et al. **Use of the Fonseca's Questionnaire to assess the prevalence and severity of temporomandibular disorders in brazilian dental undergraduates.** Braz Dent J 2007; 18:163-7.

OLIVEIRA A.S. et al. **Estudo de prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em universitários brasileiros.** Braz Oral Res 2006; 20:3-7.

PEDRONI C.R. et al. **Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students.** J Oral Rehabil 2003; 30:283-9.

ROSADO J.F.C. et al. **Prevalence and associated factors for temporomandibular disorders in a group of Mexican adolescents and temporomandibular disorders in early adolescence and youth adults.** Clin Oral Investig 2006; 10:42-9.

SCHMITTER M. et al. **The prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in very old subjects.** J Oral Rehabil 2005; 32:467-73.

SOLBERG W.K. et al. **Prevalence of mandibular dysfunction in young adults.** J Am Dent Assoc 1979; 98:25-34.

TECCO S. et al. **Signs and symptoms of temporomandibular in caucasian children and adolescents.** J Craniomandib Prat 2011; 29:71-9.

THILANDER B. et al. **Prevalência de disfunção temporomandibular e sua associação com má oclusão em crianças e adolescentes: um estudo epidemiológico sobre os estágios de desenvolvimento dentário especificado.** Ângulo de Ortodontia 2002; 72:146-54.