

Grau de severidade da disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em policiais militares

Evaluation of severity of temporomandibular disorders and prevalence of parafunctional habits in military policemen

Maria de Oliveira Alves CAVALCANTI¹

Júlia Magalhães da Costa LIMA¹

André Ulisses Dantas BATISTA²

Leonardo Marconi Cavalcanti de OLIVEIRA²

Luciana Barbosa Sousa de LUCENA³

RESUMO

Objetivo

Estimar a ocorrência da Disfunção Temporomandibular e seu grau de severidade, bem como a presença de hábitos parafuncionais em uma população de não-pacientes representada por policiais militares.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal com abordagem indutiva e técnica de observação direta extensiva com questionário. O universo foi composto por 148 policiais militares de ambos os sexos. Foram avaliadas as variáveis de caracterização amostral (sexo, idade e estado civil), classificação e grau de severidade da Disfunção Temporomandibular pelo Índice Anamnésico de Fonseca e questões sobre hábitos parafuncionais. O nível de significância utilizado nos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95% de confiança.

Resultado

A amostra foi composta por 148 participantes com idade entre 18 a 36 anos, sendo 77,7% do sexo masculino e 22,3% do feminino. Observou-se a presença de Disfunção Temporomandibular em 49,3% dos pesquisados, dos quais 38,5% apresentaram Disfunção Temporomandibular leve, 7,4% moderada e 3,4% severa, com necessidade de tratamento nos dois últimos casos. Quanto à avaliação dos hábitos parafuncionais verificou-se que dos pesquisados que apresentaram Disfunção Temporomandibular 89,5% rangiam os dentes, 73,3% apertavam os dentes, 50% roíam unhas, 76,2% mordiam objetos, 69,2% mascavam chicletes e 57,1% mordiam a bochecha.

Conclusão

Concluiu-se que a Disfunção Temporomandibular esteve presente em aproximadamente metade da população em estudo havendo comprovada associação entre a mesma e os hábitos parafuncionais analisados.

Termos de indexação: Dor. Fisiopatologia. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular.

ABSTRACT

Purpose

To estimate the occurrence of temporomandibular disorders, their severity and the presence of deleterious habits in a population of non-patients comprising military policeman.

Methods

A cross-sectional study was conducted with an inductive approach and a technique of extensive direct observation using a questionnaire. The sample included 148 military police officers of both genders. The questionnaire evaluated the variables of the characterization of the samples (gender, age, marital status and educational level), rating and degree of temporomandibular disorders by Fonseca's Temporomandibular Dysfunction history index and questions about parafunctional habits. The level of significance used in statistical tests was 5% and the intervals were obtained with 95% confidence.

Results

Subjects' age ranged from 18 to 36 years old, 77.7% males and 22.3% female. Temporomandibular disorders were diagnosed in 49.3% of respondents, 38.5% of which had mild temporomandibular dysfunction, 7.4% had moderate temporomandibular dysfunction and 3.4% had severe temporomandibular dysfunction, treatment being required in the last two situations. According to the evaluation of parafunctional habits of patients with temporomandibular disorders, 89.5% ground their teeth, 73.3% clenched their teeth, 50% bit their fingernails, 76.2% bit objects, 69.2% chewed bubblegum and 57.1% bit their cheeks.

Conclusion

Temporomandibular disorders were present in approximately half of the population of the study with a significant association with the parafunctional habits analyzed.

Indexing terms: Pain. Physiopathology. Temporomandibular joint dysfunction syndrome.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Diagnóstico Bucal. Cidade Universitária, Campus 1, Castelo Branco, 58051-900, João Pessoa, PB, Brasil. Correspondência para / *Correspondence to:* MOA CAVALCANTI. E-mail: <mcavalcantii@hotmail.com>.

² Universidade Federal da Paraíba, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Restauradora, João Pessoa, PB, Brasil.

³ Doutora em Estomatologia, Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Morfologia. João Pessoa, PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

Conceitualmente Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo coletivo que engloba um largo espectro de problemas clínicos articulares e musculares relacionados direta ou indiretamente ao sistema estomatognático¹.

A DTM apresenta a dor na face e região das Articulações Temporomandibulares (ATM) como manifestação mais marcante e compromete significativamente a qualidade de vida do seu portador. Outros sintomas tais como ruídos articulares, dor de cabeça, cansaço muscular, desgaste e sensibilidade dentária e outras funções irregulares ou limitadas da mandíbula são comuns na DTM.

Acredita-se que a DTM tem origem multifatorial e, conseqüentemente, o tratamento deve ser multi ou interdisciplinar. Pressupõe-se, desta forma que fatores oclusais associados às respostas nos músculos da mastigação e ATM e às condições gerais e emocionais do paciente podem iniciar, manter ou agravar o quadro².

Fundamentada na Teoria Multifatorial, a literatura evidencia como fatores causais: trauma, parafunção, fatores psicológicos e maloclusão³. Estima-se que essas disfunções acometem pelo menos um terço da população adulta, porém a maioria dos indivíduos não tem consciência da presença do problema nem da existência de tratamento⁴.

Hábitos parafuncionais podem ser definidos como todas as atividades neuromusculares não funcionais do sistema estomatognático, capazes de produzir hiperatividade de grupos musculares craniomandibulares acima daquela necessária para a função⁵.

Diante desses dados, observa-se que há a necessidade de estudos de prevalência de DTM e hábitos parafuncionais associados, em populações de não-pacientes, com o propósito de diagnosticar precocemente a doença e os fatores causais envolvidos.

Este estudo se propõe a estimar a ocorrência de tal disfunção e seu grau de severidade, bem como a presença de hábitos parafuncionais envolvidos, numa população de não pacientes representada por policiais militares.

MÉTODOS

A atual pesquisa foi realizada na Academia de Polícia Militar do Cabo Branco, sediada no Centro de

Educação da Polícia Militar (CEPM), em João Pessoa, Paraíba, participando, espontaneamente, da mesma, policiais de ambos os sexos regularmente matriculados. Metodologicamente, foi realizado um estudo do tipo transversal com abordagem indutiva e técnica de observação direta extensiva.

Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário específico para avaliação das variáveis de caracterização amostral (sexo, idade e estado civil), avaliação da DTM pelo Índice Anamnésico de Fonseca e questões sobre hábitos parafuncionais⁶.

O questionário anamnésico simplificado, validado como Índice Anamnésico de Fonseca é composto por 10 perguntas, às quais o paciente somente pode responder: sim (S), não (N) ou às vezes (AV). Com base neste Índice Anamnésico, para cada resposta positiva (S) contam-se 10 (dez) pontos; para cada resposta negativa (N) 0 (zero) ponto e para cada resposta alternativa (AV) 5 (cinco) pontos. Este índice informa sobre a presença dos sintomas mais comuns da DTM e possibilita um diagnóstico imediato, com base na pontuação previamente estabelecida pelo questionário, no total de pontos obtidos pelo paciente e nas alternativas deles decorrentes, que são: (0-15) Não DTM (ausente); (20-40) DTM Leve; (45-65) DTM Moderada e (70-100) DTM Severa⁷.

A amostra foi classificada segundo a necessidade ou não de tratamento: os pacientes classificados com DTM ausente ou DTM leve foram agrupados como sem necessidade de tratamento e os que apresentaram DTM moderada ou DTM severa foram agrupados como necessidade de tratamento.

Os hábitos parafuncionais avaliados foram os seguintes: ranger os dentes, apertar os dentes, roer unhas, morder objetos, mascar chicletes e morder a bochecha.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação e foram utilizadas as Técnicas de estatística inferencial através do teste qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste qui-quadrado não foram verificadas e de intervalos de confianças.

Valores do *Odds ratio* (OR ou razão das chances) e intervalos de confiança para a referida medida foram obtidos no estudo da associação entre as variáveis no estudo bivariado considerando-se sempre a primeira ou a última categoria como valor de referência.

O nível de significância utilizado nos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com

95% de confiança. O *software* utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 13.

Os procedimentos para a realização desta pesquisa respeitaram as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A mesma foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob protocolo n. 0551.

RESULTADOS

A idade dos pesquisados variou de 18 a 36 anos, teve média de 24,8 anos, mediana de 25 anos, desvio- padrão de 3,44 anos e coeficiente de variação de 13,87%, sendo que 45,9% pertenciam ao grupo dos 18 aos 24 anos e 54,1%, de 25 anos ou mais.

Do grupo analisado 115 (77,7%) eram do sexo masculino e 33 (22,3%) do feminino.

Na Tabela 1 apresentam-se os resultados dos hábitos parafuncionais. Na Tabela 2 observa-se a distribuição dos pesquisados segundo os sinais e sintomas do Índice de Fonseca. Na Tabela 3 expõem-se a prevalência e classificação da DTM. Na Tabela 4 encontram-se os resultados da avaliação da DTM segundo os hábitos parafuncionais.

Tabela 1. Distribuição dos pesquisados segundo os hábitos parafuncionais. João Pessoa (PB), 2009.

Variável	Sim		Não	
	n	% ⁽¹⁾	n	%
Ranger os dentes	19	12,9	19	12,9
Apertar os dentes	30	20,4	30	20,4
Roer unhas	42	28,6	42	28,6
Morder objetos	21	14,3	21	14,3
Mascar chicletes	13	8,8	13	8,8
Morder a bochecha	21	14,3	21	14,3

⁽¹⁾O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de 147 pesquisados, considerando que houve falta destas informações para um pesquisado.

Tabela 2. Distribuição dos pesquisados segundo os sinais e sintomas do índice de Fonseca. João Pessoa (PB), (2009).

Variável	Sim		Não	
	n	% ⁽¹⁾	n	%
Sente dificuldades para abrir bem a boca?	19	12,8	129	87,2
Sente dificuldades para movimentar sua mandíbula para os lados?	16	10,8	132	89,2
Tem cansaço ou dor muscular quando mastiga?	40	27,0	108	73,0
Sente dores de cabeça com frequência?	56	37,8	92	62,2
Sente dor na nuca ou torcicolo?	57	38,5	91	61,5
Tem dor de ouvido ou próximo dele?	25	16,9	123	83,1
Já notou se tem ruídos nas ATM quando mastiga ou abre a boca?	36	24,3	112	75,7
Já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?	55	37,2	93	62,8
Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?	41	27,7	107	72,3
Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?	106	71,6	42	28,4

⁽¹⁾O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de pesquisados (n = 148).

Tabela 3. Distribuição dos pesquisados segundo a prevalência e classificação da DTM. João Pessoa (PB), 2009.

Variável	n	%
<i>DTM</i>		
Sim	73	49,3
Não	75	50,7
<i>Classificação da DTM</i>		
Não DTM	75	50,7
Leve	57	38,5
Moderada	11	7,4
Severa	5	3,4
<i>Necessidade de tratamento para DTM</i>		
Sim	16	10,8
Não	132	89,2
Total	148	100,0

Tabela 4. Avaliação da DTM segundo os hábitos parafuncionais. João Pessoa (PB), 2009.

Variável	DTM						Valor de <i>p</i>	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		Total			
	n	% ⁽¹⁾	n	%	n	%		
<i>Ranger os dentes</i>								
Sim	17	89,5	2	10,5	19	100	$p^{(1)} < 0,001^*$	**
Não	55	43,0	73	57,0	128	100		
<i>Apertar os dentes</i>								
Sim	22	73,3	8	26,7	30	100	$p^{(1)} = 0,003^*$	3,69 (1,52 a 8,96)
Não	50	42,7	67	57,3	117	100		1,00
<i>Roer unhas</i>								
Sim	21	50,0	21	50,0	42	100	$p^{(1)} = 0,876$	1,06 (0,52 a 2,17)
Não	51	48,6	54	51,4	105	100		1,00
<i>Morder objetos</i>								
Sim	16	76,2	5	23,8	21	100	$p^{(1)} = 0,007^*$	4,00 (1,38 a 11,59)
Não	56	44,4	70	55,6	126	100		1,00
<i>Mascar chicletes</i>								
Sim	9	69,2	4	30,8	13	100	$p^{(1)} = 0,126$	2,54 (0,74 a 8,64)
Não	63	47,0	71	53,0	134	100		1,00
<i>Morder a bochecha</i>								
Sim	12	57,1	9	42,9	21	100	$p^{(1)} = 0,419$	1,47 (0,58 a 3,73)
Não	60	47,6	66	52,4	126	100		1,00
Grupo Total	73	49,3	75	50,7	148	100		

⁽¹⁾ Através do teste qui-quadrado de Pearson.

^(*) Associação significativa a 5,0%.

^(**) Não foi determinado devido à ocorrência de intervalo muito amplo.

DISCUSSÃO

Disfunção Temporomandibular é um termo coletivo pertencente ao subgrupo das dores orofaciais o qual engloba as condições dolorosas músculo-esqueléticas que podem envolver os músculos da mastigação, a ATM e estruturas associadas¹. É relevante afirmar que a prevalência de sinais e sintomas de DTM é alta em populações de não-pacientes⁸. Em estudo de prevalência realizado por Fonseca et al.⁶ com estudantes, pode-se constatar que aproximadamente 75% dos mesmos apresentavam pelo menos um sinal de DTM e 33% pelo menos um sintoma. No que concerne à relação entre sexo, evidencia-se em diversos estudos a maior ocorrência no sexo feminino⁸⁻¹³.

Em estudo epidemiológico realizado por Oliveira et al.¹⁴ em uma população aleatória de 2 396 estudantes universitários brasileiros verificaram uma alta prevalência de DTM, sendo que, dentre as mulheres, 73% foram diagnosticadas como portadoras da disfunção contra 56% de homens atingidos. Porém, não houve diferença estatística significativa entre a porcentagem de indivíduos do sexo masculino e feminino com

o mesmo nível de severidade de DTM, com uma frequência maior de DTM leve para ambos os gêneros. O presente estudo corrobora com a literatura, demonstrando que a prevalência de DTM no sexo feminino foi mais elevada que no masculino, fato este, de relevância, visto que a população estudada era composta de 77,7% de indivíduos do sexo masculino e 22,3% de indivíduos do feminino.

Verificou-se que na maioria dos indivíduos portadores de DTM, a mesma se manifestou quanto ao grau de severidade como leve, fato este que corrobora com a grande maioria dos estudos citados na literatura^{13,15-18}. No entanto discorda do estudo realizado por Nassif et al.¹⁹ com estudantes militares no qual demonstraram níveis elevados de DTM, sendo que destes 6,9% demonstravam graduação leve, enquanto 51,4% e 16,7% apresentavam graduação moderada e severa, respectivamente. Tal fato pode estar fundamentado no elevado nível de estresse que a população alvo do referido estudo provavelmente está submetida.

Segundo a *American Academy of Orofacial Pain* (AAOP), em 1996 era estimado que 80% da população norte-americana tinha algum sinal ou sintoma de DTM e, que aproximadamente 5% desse grupo necessitavam de

tratamento²⁰. Nesta pesquisa a necessidade de tratamento foi verificada em 10,8% da amostra, valor este que corresponde aos pesquisados que tinham DTM moderada ou severa.

Em relação à faixa etária, ambos os sexos são afetados durante a terceira década de vida (20 a 30 anos), com menor número de casos de disfunção durante a infância e a velhice²¹. No presente estudo 45,9% dos pesquisados tinham idades entre 18 e 24 anos e 54,1% entre 25 anos ou mais. Todos os pesquisados estavam inseridos na faixa etária de maior incidência da DTM impossibilitando uma comparação entre este grupo e outros grupos com outras faixas etárias. Crianças e idosos não foram objetos desse estudo, mas acredita-se que nas crianças os sinais e sintomas são mais suaves e não existem evidências de que regularmente progridam na idade adulta e nos idosos pode-se explicar a baixa prevalência devido a uma possível auto-resolução do caso ou pelo fato de que, com o avançar da idade, sintomas de outras doenças mais graves sejam mais valorizados, desestimulando a procura por tratamento da DTM²².

Quanto à etiologia, é consenso dos autores a teoria Multifatorial que aponta como fatores causais da DTM: parafunção, trauma, fatores psicológicos e maloclusão³.

Os hábitos parafuncionais que ocorrem em vigília incluem o apertamento dentário, morder lábio, bochecha e outros objetos, sucção digital, mascar chicletes, apoiar a mão ou objetos sob o queixo, movimentar a mandíbula sem propósito definido e sem contatos dentários, assim como outros hábitos que o indivíduo realiza de maneira consciente ou não²³⁻²⁴. Os hábitos parafuncionais mais expressivos na atual pesquisa foram os de roer as unhas (28,6%) e apertar os dentes (20,4%), seguidos de morder objetos e morder bochecha, ambos com 14,3%. Cerqueira et al.²⁵ estudando a prevalência de hábitos parafuncionais em universitários, encontraram como hábitos mais prevalentes mascar chicletes, morder de um lado só, morder objetos e morder os lábios, apresentando, porém, os hábitos de roer unhas com percentual de 35% e cerrar ou apertar os dentes acordados, com 25,7%, valores estes que se aproximam dos obtidos nesta pesquisa. Outrossim, Cauás et al.⁹, analisando hábitos parafuncionais em população de pacientes portadores de DTM verificaram maior ocorrência dos hábitos: de colocar a mão no queixo (73,5%), seguidos de apertamento dental (59,7%) e bruxismo (57,6%).

É relevante ressaltar o percentual elevado dos dois últimos hábitos citados, provavelmente justificando-se por ser uma população de pacientes, objeto do estudo. Tal fato embasado também pelo trabalho de Branco et al.²⁶ que verificaram igualmente numa população de pacientes, percentual elevado de apertamento dental e bruxismo.

A DTM é caracterizada por sintomatologia variada que inclui dor na musculatura mastigatória e na região da ATM,

limitação e/ou assimetria dos movimentos mandibulares, ruídos articulares (estalidos e crepitações), entre outros^{23,27}.

Esposito et al.¹⁰ avaliando os sinais e sintomas de pacientes com DTM, selecionaram uma amostra composta por 425 pacientes, chegando aos seguintes resultados: houve uma maior prevalência no sexo feminino (84%); as dores de cabeça foram relatadas em 78% dos pacientes; o sintoma mais frequente foi dor próximo à ATM (84%); o sinal clínico mais frequente foi o ruído articular, sendo mais da metade detectado na abertura (54%) e cerca de 31% no fechamento.

Após aplicar o questionário com o Índice de Fonseca, esta pesquisa encontrou que 71,6% dos sujeitos da amostra se consideram pessoas nervosas, 38,5% sentiam dor na nuca ou torcicolo, 37,8% sentiam dores de cabeça com frequência, 37,2% têm algum hábito como apertar ou ranger os dentes e 27,7% sentem que seus dentes não se articulam bem ao fechar a boca.

Nesta pesquisa a prevalência de DTM foi bem mais elevada entre os pesquisados que apresentavam hábitos parafuncionais do que naqueles que não os apresentavam, comprovando-se associação significativa da mesma com os hábitos de ranger os dentes, apertar os dentes e morder objetos ($p < 0,05$ e intervalos para o OR que excluem o valor 1,00).

CONCLUSÃO

Avaliando-se a presença de DTM, grau de severidade e hábitos parafuncionais associados, numa população de não-pacientes, representada por um grupo de policiais militares, concluiu-se que aproximadamente metade dos participantes apresentou DTM, porém com maior prevalência do menor grau de severidade e sem necessidade de tratamento. Constatou-se ainda a associação significativa entre a DTM e hábitos parafuncionais de ranger ou apertar os dentes e morder objetos.

Colaboradores

MOA CAVALCANTI e JMC LIMA aplicaram os questionários, tabularam os dados no programa de estatística e participaram da redação do artigo. AUD BATISTA realizou análise estatística e participou da redação do artigo. LMC OLIVEIRA participou da elaboração do projeto de pesquisa e redação do artigo. LBS LUCENA coordenou a pesquisa e participou da redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, Von Korff M, Howard J, Truelove E, et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *J Am Dent Assoc.* 1990;120(3):273-81.
2. Kitsoulis P, Marini A, Iliou K, Galani V, Zimpis A, Kanavaros P, et al. Signs and symptoms of temporomandibular joint disorders related to the degree of mouth opening and hearing loss. *BMC Ear Nose Throat Disord.* 2011;25:11-5.
3. Oral K, Bal B, Ebeoglu B, Dincer S. Etiology of temporomandibular disorder pain. *Agri.* 2009;21(3):89-94.
4. Buescher JJ. Temporomandibular joint disorders. *Am Fam Physician.* 2007;76(10):1477-82.
5. Alencar Junior FGP, Friction J, Hathaway K, Decker K. Oclusão: dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Santos; 2005.
6. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 1994;4(1):23-8.
7. Chuang SY. Incidence of temporomandibular disorders TMDs in senior dental students in Taiwan. *J Oral Rehab.* 2002;29(12):1206-11.
8. Isong U, Gansky SA, Plesh O. Temporomandibular joint and muscle disorder-type pain in U.S. adults: the National Health Interview Survey. *J Orofac Pain.* 2008;22(4):317-22.
9. Cauás M, Alves IF, Tenório K, HC Filho JB, Guerra CMF. Incidências de hábitos parafuncionais e posturais em pacientes portadores de disfunção da articulação craniomandibular. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-facial.* 2004;4(2):121-9.
10. Esposito CJ, Panucci PJ, Farman AG. Associations in 425 patients having temporomandibular disorders. *J Ky Med Assoc.* 2000;98(5):213-5.
11. Feteih RM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders and oral parafunctions in urban Saudi Arabian adolescents: a research report. *Head Face Med.* 2006;2(2):25.
12. Plesh O, Adams SH, Gansky SA. Temporomandibular Joint and muscle disorder-type pain and comorbid pains in a national US sample. *J Orofac Pain.* 2011;25(3):190-8.
13. Menezes MS, Bussadori SK, Fernandes CPS, Biasotto-Gonzalez DA. Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular. *Fisioter Pesq.* 2008;15(2):183-7.
14. Oliveira AS, Dias EM, Contato RG, Berzin F. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college students. *Braz Oral Res.* 2006;20(1):3-7.
15. Bonjardim LR, Gavião MBD, Pereira LJ, Castelo PM, Garcia RCMR. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. *Braz Oral Res.* 2005;19(2):93-8.
16. Bonjardim LR, Lopes-Filho RJ, Amado G, Albuquerque RLC, Gonçalves SRJ. Association between symptoms of temporomandibular disorders and gender, morphological occlusion, and psychological factors in a group of university students. *Indian J Dent Res.* 2009;20(2):190-4.
17. Coronatto EAS, Zuccolotto MCC, Bataglion C, Bitondi MBM. Associação entre DTM e ansiedade: estudo epidemiológico em pacientes edêntulos. *Int J Dent.* 2009;8(1):6-10.
18. Verri FR, Garcia AR, Zuim PRJ, Almeida EO, Falcón-Antenucci RM, Shibayama R. Avaliação da qualidade do sono em Grupos com diferentes níveis de Desordem temporomandibular. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr.* 2008;8(2):165-9.
19. Nassif NJ, Al-Salleeh F, Al-Admawi M. The prevalence and treatment needs of symptoms and signs of temporomandibular disorders among young adult males. *J Oral Rehabil.* 2003;30(9):944-50.
20. Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Editora Maio; 2001.
21. Tosato JP, Caria PHF. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2006;54(3):211-24.
22. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
23. Gavish A, Halachmi M, Winocur E, Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls. *J Oral Rehabil.* 2000;27(1):22-32.
24. Matheus RA, Ghelardi IR, Vega Neto DB, Tanaka EE, Almeida SM, Matheus AF. A relação entre os hábitos parafuncionais e a posição do disco articular em pacientes sintomáticos para disfunção têmporo-mandibular. *Rev Bras Odontol.* 2005;62(1/2):9-12.
25. Cerqueira JAO, Borel KC, Coelho KCC, Barbosa FS, Silva VCC. Prevalência de hábitos parafuncionais em universitários. *Rev Cientif FAMINAS.* 2007;3(1):223.
26. Branco RS, Branco CS, Tesch RS, Rapoport A. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial.* 2008;13(2):61-9.
27. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, criteria. *J Craniomandib Disord.* 1992;6(4):301-55.

Recebido em: 28/9/2010

Versão final reapresentada em: 14/3/2011

Aprovado em: 4/4/2011