

Prevalência de sintomas de disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em estudantes universitários

Prevalence of temporomandibular dysfunction symptoms and oral parafunctional habits in university students

Suellen Peixoto de MEDEIROS¹
André Ulisses Dantas BATISTA¹
Franklin Delano Soares FORTE²

RESUMO

Objetivo

Verificar a prevalência de sintomas de disfunções temporomandibulares e hábitos parafuncionais em estudantes da área de saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Métodos

Aplicou-se um questionário para 347 alunos da graduação do primeiro e último ano dos cursos de Odontologia, Medicina, Farmácia, Fisioterapia e Enfermagem. Os dados foram analisados de forma descritiva, e, quando possível, a análise estatística foi realizada pelo Teste do qui-quadrado e Exato de Fisher com nível de significância de 95%.

Resultados

A maior parte dos indivíduos apresentou disfunção leve (54,5%), e apenas 2,6% disfunção severa. Os hábitos parafuncionais mais frequentes foram colocar a mão no queixo (36,31%) e dormir de um lado (32,27%). Observou-se que o sexo feminino foi mais prevalente em todos os graus de disfunção avaliados. A maior parte dos casos de disfunção severa (44,4%) apresentava-se entre os estudantes de Enfermagem, entre aqueles de faixa etária mais elevada (100,0%), entre os indivíduos que relataram praticar algum hábito (100,0%) e que se consideravam tensos emocionalmente (88,9%). Dos indivíduos que apresentavam hábitos, 30,6% relataram serem pessoas com algum grau de tensão emocional.

Conclusão

Concluiu-se que a maior parte dos indivíduos avaliados apresentou disfunção leve; a necessidade de tratamento estava associada ao sexo, curso, momento do curso, presença de hábitos e presença de tensão emocional; a prevalência de hábitos parafuncionais foi elevada, sendo o hábito mais predominante colocar a mão no queixo; houve associação entre a presença de hábitos e tensão emocional.

Termos de indexação: Hábitos. Prevalência. Transtornos da articulação temporomandibular.

ABSTRACT

Objective

This study assessed the prevalence of temporomandibular dysfunction symptoms and parafunctional habits in students from the Federal University of Paraíba health courses.

Methods

A questionnaire was administered to 347 undergraduate students in the first and last years of dentistry, medicine, physiotherapy, pharmacy and nursing courses. The data were analyzed descriptively and when possible, the statistical analysis was done by the chi-square test and Fisher's exact test, with significance set at 5%.

Results

Most individuals presented mild dysfunction (54.5%) and only 2.6% presented severe dysfunction. The most common parafunctional habits in females were holding the chin (36.31%) and sleeping on one side (32.27%). Most individuals with severe dysfunction (44.4%) were nursing students, older students (100%), students who reported having some habit (100%) and who reported being emotionally tense (88.9%); 30.6% of the individuals who reported habits also reported experiencing some degree of emotional tension.

Conclusion

Most of the studied individuals presented mild dysfunction. Need of treatment was associated with gender, course, course year, presence of habits and presence of emotional tension. The prevalence of parafunctional habits was high and the most common habit was to hold the chin. An association was found between the presence of habits and emotional tension.

Indexing terms: Habits. Prevalence. Temporomandibular joint disorders.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia Restauradora. Campus Universitário I, Castelo Branco I, 58051-900, João Pessoa, PB, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: SP MEDEIROS. E-mail: <suellenpeixoto@yahoo.com.br>.

² Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica e Odontologia Social. João Pessoa, PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

As disfunções do sistema mastigatório têm alcançado um papel de destaque na área de Oclusão nas últimas décadas, em função da demanda na clínica, o que demonstra uma grande prevalência desses problemas entre a população¹.

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo que engloba uma série de disfunções e desordens que afetam a articulação temporomandibular (ATM) e/ou os músculos mastigatórios e estruturas associadas². Essas desordens se caracterizam por um conjunto de sinais e sintomas peculiares, que podem incluir ruídos articulares, como estalidos e crepitação, dor nos músculos mastigatórios, limitação dos movimentos mandibulares, dores faciais, dores de cabeça e dores na articulação temporomandibular, além de dores na região periauricular³⁻⁶.

Estudos epidemiológicos mostram presença de sinais e sintomas de DTM em todas as faixas etárias, e sua incidência geralmente cresce com a idade⁷⁻⁸. Tais estudos mostram que uma ampla parcela da população apresenta sinais e/ou sintomas de disfunção em níveis subclínicos ou clínicos, encontrando, assim, uma alta prevalência de disfunção em indivíduos considerados não pacientes, ou seja, aqueles que não procuram por tratamento⁹⁻¹⁰.

Ao longo do tempo, algumas teorias foram propostas para explicar a etiologia das DTM. Estas teorias geralmente consideravam um único fator como causador de tais disfunções. Com o passar dos anos, entidades voltadas especificamente para o estudo das DTM foram criadas, surgindo novos trabalhos científicos que atribuíam a multifatoriedade para as desordens temporomandibulares¹¹⁻¹³, envolvendo fatores anatômicos, como a oclusão e a ATM, fatores neuromusculares, como a hiperatividade muscular, desvios posturais, fatores psicológicos (ansiedade, estresse e depressão), traumatismos e hábitos parafuncionais^{5,8,14-15}.

Hábitos parafuncionais são muito comuns, e têm sido considerados causas possíveis de DTM¹⁶⁻¹⁷. As parafunções, em contraste com os comportamentos funcionais, como mastigação, deglutição e fala, parecem não ter propósito funcional. Esses hábitos deletérios seriam um meio de liberação inconsciente das tensões emocionais⁵. As parafunções geralmente não causam danos ao sistema estomatognático^{7,17}. No entanto, quando tal atividade excede a tolerância fisiológica do indivíduo, ela pode causar danos à dentição, à musculatura ou à ATM.

Os hábitos parafuncionais podem acontecer em vigília ou durante o sono. Os hábitos que ocorrem em vigília incluem o apertamento dentário, morder lábio, bochecha ou outros objetos, sucção digital, mascar chicletes, apoiar a mão ou objetos sob o queixo, movimentar a mandíbula sem propósito definido e sem contatos dentários (*jaw play*), assim como outros hábitos que o indivíduo realiza de maneira consciente ou não¹⁸⁻²¹.

Tendo em vista a importância do diagnóstico precoce das disfunções temporomandibulares, procurou-se fazer uma avaliação de sua prevalência e grau de severidade, além da prevalência de hábitos parafuncionais, que podem estar envolvidos em sua etiologia, em uma população de indivíduos jovens e não pacientes. Estas informações podem proporcionar que seja estabelecido um tratamento adequado no momento correto, evitando a intervenção numa fase mais evoluída da disfunção, onde lesões irreversíveis poderão estar estabelecidas. Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de sintomas de disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em estudantes da área de saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

MÉTODOS

O estudo foi realizado no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, *Campus* João Pessoa, envolvendo 347 estudantes universitários, matriculados nos primeiros e últimos anos dos cursos de Odontologia, Medicina, Farmácia, Fisioterapia e Enfermagem. A amostra foi selecionada por conveniência a partir de listas obtidas junto às coordenações dos respectivos cursos. Os estudantes que estavam realizando tratamento ortodôntico ou possuíam prótese dentária durante o período da coleta de dados foram excluídos da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de um questionário, constituído por perguntas sobre alguns dados pessoais e um índice anamnésico, tendo sido desenvolvido a partir do trabalho de Fonseca et al.²¹, contendo perguntas relativas à sintomas de disfunção temporomandibular, o que permitiu a classificação do indivíduo em relação à presença e à severidade da disfunção.

Para cada pergunta havia três respostas possíveis: "sim", "não" ou "às vezes"; às quais foram atribuídos valores, respectivamente, de "10", "0", "5". A somatória dos valores atribuídos às respostas foram

comparadas com o índice preconizado por Fonseca et al.²¹. Este índice permite a classificação da população segundo o grau de DTM, se ausente, leve, moderada ou severa. Foram estabelecidos valores de 0-15 (ausência de DTM), de 20-40 (DTM leve), de 45-65 (DTM moderada) e de 70-100 (DTM severa). Além disso, foi possível classificar a amostra segundo a necessidade ou não de tratamento. Fonseca et al.²¹ e Oliveira et al.²² apontam que nem todo paciente portador de DTM necessariamente necessita ser tratado. Por esse motivo e por finalidade estatística, a amostra foi dividida em dois grupos: os indivíduos classificados como “ausente” ou “DTM leve” foram agrupados como “sem necessidade de tratamento”, e os que apresentaram “DTM moderada” ou “DTM severa” foram agrupados como “com necessidade de tratamento”.

Para verificar quais os hábitos parafuncionais mais frequentes, a uma das perguntas do questionário foi acrescentado uma lista de hábitos parafuncionais que deveriam ser assinalados pelo estudante, caso estivessem presentes.

Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, preencheram o questionário e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pertinente ao projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, protocolo nº 1119/07, no momento da entrega dos mesmos.

Com a finalidade de análise estatística, algumas modificações foram aplicadas aos dados coletados. Além da já citada classificação em relação à necessidade de tratamento, em relação à idade, os sujeitos foram também divididos em dois grupos: um grupo composto pelos participantes com até 20 anos de idade, e outro de 21 anos em diante. Em relação aos hábitos parafuncionais, foram divididos em outros dois grupos: os que relataram qualquer hábito (“presença de hábitos”), e outro, de indivíduos que não apresentavam hábitos (“ausência de hábitos”). O mesmo se deu em relação à tensão emocional (“com tensão” e “sem tensão”).

Todos os dados coletados foram digitados no banco de dados do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0 (SPSS. INC, U.S.A). A seguir foram analisados de maneira descritiva, calculando--se a frequência e percentagens das variáveis. Para analisar a possível associação entre as variáveis, utilizou-se o Teste de qui-quadrado (χ^2), com exceção da associação entre as variáveis presença ou ausência de

hábitos e necessidade ou não de tratamento, onde se utilizou o Teste Exato de Fisher. O nível de significância utilizado foi de 95%.

RESULTADOS

Avaliando-se o grau de severidade de disfunção temporomandibular, verificou-se que a maior parte dos indivíduos apresentou DTM leve (54,5%), enquanto que 25,1% dos indivíduos foram classificados como livres de DTM (DTM ausente), 17,9% possuía DTM moderada e 2,6% DTM severa (Tabela 1).

Para analisar a associação entre as variáveis, aplicou-se o teste estatístico de qui-quadrado, com exceção da associação entre as variáveis presença ou ausência de hábitos e necessidade ou não de tratamento, utilizando o teste exato de Fisher. O nível de significância utilizado foi de 95% ($p < 0,05$). A Tabela 2 mostra a associação entre necessidade de tratamento e as variáveis estudadas. Verificou-se que houve relação estatisticamente significativa entre a necessidade de tratamento e os fatores sexo, curso, ano do curso, presença de tensão emocional e de hábitos parafuncionais ($p < 0,05$)”

Dos estudantes com necessidade de tratamento, 59,2% encontravam-se no último ano de seus respectivos cursos. Esse dado pode estar relacionado com o maior grau de tensão apresentado por esses estudantes, que pode agir como um importante fator etiológico de disfunção, contribuindo para o surgimento ou agravamento da condição.

A Tabela 3 mostra a frequência percentual das respostas ao questionário.

A Tabela 4 mostra a frequência percentual de cada um dos hábitos parafuncionais investigados.

A Tabela 5 relaciona a presença ou não de hábitos parafuncionais com as variáveis: sexo, curso, momento do curso, idade e tensão emocional.

A análise estatística não encontrou relação estatisticamente significativa entre a presença de hábitos parafuncionais e as variáveis estudadas, com exceção da variável tensão emocional. Desta forma pode-se dizer que a presença ou ausência de hábitos não foi associada ao gênero, curso, momento de curso ou idade dos pesquisados, entretanto, estava associado à presença ou ausência de tensão. Verificou-se que dos indivíduos que apresentavam hábitos, 30,6% relataram ser pessoas com algum grau de tensão emocional. Apenas 14,5% dos indivíduos sem hábitos apresentavam tensão.

Tabela 1. Grau de severidade de DTM em relação às variáveis estudadas em universitários da área de saúde da UFPB. João Pessoa (PB), 2007.

Variáveis	Grau de DTM								
	Ausente		Leve		Moderada		Severa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo	Feminino	47	54	114	60,3	44	71	8	88,9
	Masculino	40	46	75	39,7	18	29	1	11,1
Curso	Fisioterapia	18	20,7	28	14,8	10	16,1	3	33,3
	Odontologia	20	23	42	22,2	10	16,1	1	11,1
Curso	Farmácia	14	16,1	46	24,3	11	17,7	0	0
	Medicina	22	25,3	38	20,1	9	14,5	1	11,1
Ano do curso	Enfermagem	13	14,9	35	18,5	22	35,5	4	44,4
	Primeiro	54	62,1	103	54,5	28	45,2	1	11,1
Idade	Último	33	37,9	86	45,5	34	54,8	8	88,9
	Até 20 anos	41	47,1	75	39,7	22	35,5	0	0
Hábitos	De 21 anos acima	46	52,9	114	60,3	40	64,5	9	100
	Ausência	41	47,1	31	16,4	4	6,5	0	0
Tensão	Presença	46	52,9	158	83,6	58	93,5	9	100
	Ausência	85	97,7	142	75,1	25	40,3	1	11,1
Total	Presença	2	2,3	47	24,9	37	59,7	8	88,9
	Total	87	25,1	189	54,5	62	17,9	9	2,6

Tabela 2. Necessidade de tratamento (DTM moderada e severa) em relação às variáveis estudadas em universitários da área de saúde da UFPB. João Pessoa (PB), 2007.

Variáveis	Necessidade de tratamento				Valor de p	
	Sem		Com			
	n	%	n	%		
Sexo	Feminino	161	58,3	52	73,2	0,021*
	Masculino	115	41,7	19	26,8	
Curso	Fisioterapia	46	16,7	13	18,3	0,008*
	Odontologia	62	22,5	11	15,5	
Ano do curso	Farmácia	60	21,7	11	15,5	0,016*
	Medicina	60	21,7	10	14,1	
Idade	Enfermagem	48	17,4	26	36,6	0,09
	Primeiro ano	157	56,9	29	40,8	
Hábitos	Último ano	119	43,1	42	59,2	< 0,01*
	Até 20 anos	116	42	22	31	
Tensão	De 21 anos acima	160	58	49	69	< 0,01*
	Ausência	72	26,1	4	5,6	
Total	Presença	204	73,9	67	94,4	< 0,01*
	Ausência	227	82,2	26	36,6	
Total	Presença	49	17,8	45	63,4	< 0,01*
	Ausência	49	17,8	45	63,4	

* estatisticamente significativo (p<0,05).

Tabela 3. Distribuição percentual das respostas ao questionário anamnésico na amostra. João Pessoa (PB), 2007.

Questões	Possibilidades		
	Sim	Às vezes	Não
Você tem dificuldades, dor, ou ambas, ao abrir a sua boca?	3,7	14,4	81,8
Sente dificuldades para movimentar a sua mandíbula para frente ou para os lados?	2,3	8,6	89
Tem cansaço ou dor muscular quando você mastiga?	4,9	24,8	70,3
Sente dores de cabeça com frequência?	20,5	28,5	51
Você sente dores na nuca ou no pescoço?	15	31,1	53,9
Tem dor de ouvido ou nas regiões próximas?	6,6	15,3	78,1
Já notou se tem ruídos (cliques, estalos) nas articulações (próximas ao ouvido) quando mastiga ou quando abre a boca?	26,8	25,6	47,6
Você já observou se tem algum hábito bucal?	62,8	15,6	21,6
Você sente que seus dentes não se articulam bem?	19,9	14,4	65,7
Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa?	27,1	43,2	29,7

Tabela 4. Frequência percentual dos hábitos parafuncionais. João Pessoa (PB), 2007.

Hábitos	n	%
Ranger os dentes	29	8,4
Apertar os dentes	67	19,3
Roer as unhas	81	23,3
Morder objetos (ex. lápis)	80	23,1
Mascar chicletes	69	19,9
Morder a bochecha	48	13,8
Chupar o dedo	1	0,3
Colocar a mão no queixo	126	36,3
Morder a língua	17	4,9
Morder os lábios	73	21,1
Mastigação unilateral	68	19,6
Dormir de um lado	112	32,3
Apoiar objetos sob o queixo	23	6,6
Nenhum hábito presente	76	21,9

Tabela 5. Associação entre hábitos parafuncionais e as variáveis estudadas. João Pessoa (PB), 2007.

Variáveis	Hábitos parafuncionais				Valor de p	
	Ausência		Presença			
	n	%	n	%		
Sexo	Feminino	44	57,9	169	62,4	0,48
	Masculino	32	42,1	102	37,6	
Curso	Fisioterapia	12	15,8	47	17,3	0,815
	Odontologia	15	19,7	58	21,4	
Ano do curso	Farmácia	19	25	52	19,2	0,059
	Medicina	16	21,1	54	19,9	
Idade	Enfermagem	14	18,4	60	22,1	0,317
	Primeiro ano	48	63,2	138	50,9	
Tensão	Último ano	28	36,8	133	49,1	0,005*
	Até 20 anos	34	44,7	104	38,4	
Total	De 21 anos acima	42	55,3	167	61,6	0,005*
	Ausência	65	85,5	188	69,4	
Total	Presença	11	14,5	83	30,6	0,005*
	Ausência	11	14,5	83	30,6	

* estatisticamente significativo (p<0,05).

DISCUSSÃO

O questionário utilizado para classificação dos sujeitos quanto ao grau de DTM foi baseado no Índice Anamnésico preconizado por Fonseca et al.²¹. Esse índice fornece uma grande quantidade de informações em um tempo rápido, mostrando ser uma ferramenta interessante e simples, de fácil entendimento por parte dos indivíduos¹³. Vale salientar ainda que o índice anamnésico utilizado nesse estudo leva em consideração o número de respostas positivas ou negativas do indivíduo. No entanto, sabe-se que podem ocorrer casos em que alguns poucos sintomas possam ser extremamente graves, caracterizando uma DTM severa, e que este índice anamnésico poderia classificar como leve ou moderada.

Da mesma forma, um indivíduo com um grande número de sintomas leves poderia ser classificado como portador de DTM severa⁵.

Outra questão é que não foram levantados indicadores clínicos de saúde bucal dos sujeitos participantes do estudo como tipo de oclusão, perdas de dentes e alguns outros fatores relacionados a presença de prematuridades e interferências oclusais. Sugere-se o estudo de associação desses indicadores clínicos e as respostas do questionário e inclusão de estudantes de outras unidades acadêmicas como tecnologia, humanas, agrárias, ciências jurídicas e da natureza.

Maior porcentagem de indivíduos com DTM leve em relação aos demais graus de DTM foi igualmente encontrada por Dekon et al.¹¹, Pedroni et al.¹³ e Oliveira et al.²², que também utilizaram o questionário de Fonseca et al.²¹ para avaliar a prevalência de sinais e sintomas de DTM em estudantes brasileiros.

Conti et al.¹ e Lima et al.²³ encontraram valores bem superiores ao do presente estudo de indivíduos sem disfunção, que foram de 58,00% e 41,61%, respectivamente. Conti et al.¹ obtiveram que 16,08% dos indivíduos apresentaram DTM moderada, aproximando-se dos achados do presente estudo. Maia et al.²⁰ encontraram resultado semelhante ao dessa pesquisa em relação aos indivíduos com DTM severa (2,79%). Já Oliveira et al.²² encontraram uma porcentagem maior de indivíduos com esse grau de disfunção (4,30%).

A maioria dos indivíduos portadores de DTM era do sexo feminino. Outros estudos^{1,13,16,22,24} encontraram valores ainda maiores correspondentes a indivíduos do sexo feminino. Pedroni et al.¹³ encontraram que a prevalência de DTM em mulheres foi aproximadamente quatro vezes maior que em homens.

Para Pereira et al.⁴ e Otuemy et al.⁸ essa maior prevalência pelo sexo feminino deve-se ao fato de que as mulheres procuram tratamento com maior frequência, ou seja, são mais cuidadosas e atenciosas com a saúde que os indivíduos do sexo masculino. Oliveira et al.²² atribuem também a uma maior percepção feminina ao estímulo doloroso. Miyake et al.¹⁶ dizem ainda que as estruturas articulares das mulheres possuem maior suscetibilidade à apresentarem problemas. Por outro lado, alguns estudos^{3,13} afirmaram que a maior prevalência de DTM em mulheres deve estar relacionada a diferenças fisiológicas do sexo, tais como variações hormonais, estrutura muscular e limiar de dor mais baixo, enfatizando que há necessidade de maiores investigações sobre o assunto.

Levando em consideração o grau de DTM e a idade, observou-se que dos indivíduos com DTM moderada, 64,5% pertenciam à faixa etária mais elevada (21 anos em diante), e dentre os indivíduos com DTM severa, 100,0% se enquadravam nessa faixa etária. Esses resultados corroboram com os achados de Lima et al.²³, que encontraram, dentre portadores de DTM moderada e severa, porcentagem maior de indivíduos com faixa etária mais elevada, em relação aos indivíduos pertencentes ao grupo de faixa etária mais jovem.

Fonseca et al.²¹ afirmaram que os indivíduos com DTM moderada e severa devem ser encaminhados para tratamento em centros especializados. Agrupando-se os sujeitos com relação à necessidade ou não de tratamento, foi possível obter dados relativos à associação entre a necessidade de tratamento e as variáveis: curso, ano do curso, idade, hábitos e tensão emocional.

No presente estudo, um total de 20,50% dos indivíduos necessitava de tratamento. Esse resultado está bem próximo do encontrado por Oliveira et al.²². Já Maia et al.²⁰ e Conti et al.¹ encontraram uma porcentagem inferior de indivíduos com necessidade de tratamento, com valores de 11,29% e 14,88%, respectivamente. Há uma concordância na literatura de que, apesar da prevalência de disfunção temporomandibular de uma maneira geral ser alta, a necessidade de tratamento (DTM moderada e severa) é pequena¹.

Ao se analisar a associação entre necessidade de tratamento e sexo, obteve-se relações estatísticas significativas, sendo que dentre os indivíduos que necessitavam de tratamento, 73,2% pertenciam ao sexo feminino. Conti et al.²⁵ também encontraram maior porcentagem de mulheres com necessidade de tratamento em relação aos homens.

Com relação ao curso frequentado, observou-se que a maior parte dos estudantes com necessidade de tratamento cursava Enfermagem. Considerando que a maior porcentagem de indivíduos que necessitavam de tratamento pertenceu ao sexo feminino, acredita-se que tal resultado deve-se possivelmente à predominância de mulheres frequentando esse curso.

Os hábitos parafuncionais também são considerados fatores predisponentes ao aparecimento das disfunções temporomandibulares²⁶⁻²⁷. Relacionando a necessidade de tratamento com a presença ou ausência de hábitos, verificou-se que dos indivíduos que não necessitavam de tratamento, uma grande porcentagem praticava pelo menos um hábito. Isso significa que, mesmo praticando

atividades parafuncionais, o indivíduo não apresentará necessariamente disfunção em algum grau que necessite de tratamento. Os hábitos parafuncionais podem, comumente, não afetar as estruturas do aparato mastigatório, desde que a tolerância fisioestrutural do indivíduo não seja ultrapassada. No entanto, caso isso ocorra, as parafunções podem se tornar altamente destrutivas^{13,27}.

A avaliação dos sintomas de DTM ressaltou alguns possíveis fatores etiológicos mais incidentes nesta amostra, e dentre estes, o mais prevalente foi a presença de algum hábito, tendo sido relatado por 62,8% dos pesquisados. Esse valor está próximo dos 68,3% encontrados por Maia et al.²⁰, e é inferior ao obtido por Conti et al.²⁵, que foi de 70,97%, assim como ao encontrado por Matheus et al.²⁸, em cujo estudo 90% dos indivíduos apresentavam pelo menos um hábito parafuncional. O segundo possível fator etiológico mais frequentemente apresentado foi a presença de tensão emocional (27,1%) e da presença de ruídos articulares (26,8%). Os dois primeiros sintomas mais encontrados foram os mesmos mais prevalentes em outros estudos onde os indivíduos apresentavam algum hábito, e consideravam-se pessoas tensas^{20,26}. Esses resultados diferem dos achados de alguns estudos^{1,16,18,26} que encontraram como sintoma subjetivo mais relatado os ruídos articulares, apresentando valores de 26,72%, 20,97%, 43,5% e 41,7%, respectivamente.

As dores de cabeça são sintomas muito frequentemente relatados^{3,7,26}. No presente estudo, esse sintoma foi apresentado por 20,5% dos indivíduos. A dor de cabeça relatada por esses indivíduos pode ter outras causas que não sobrecarga muscular ou articular, como fatores psicológicos (ansiedade, depressão e estresse)³. No entanto, a presença de disfunção deve sempre ser considerada quando a dor de cabeça está associada com outros sintomas, como dor de ouvido ou dificuldades para abrir a boca. O sintoma de dor durante a mastigação foi encontrado em 4,9% dos indivíduos, enquanto Feteih³ observaram valor maior para tal sintoma (14,0%), correspondendo ao segundo sintoma mais frequente em seu estudo.

Como hábitos mais prevalentes, encontrou-se colocar a mão no queixo e dormir de um lado, sendo relatados por 36,3% e 32,3% dos indivíduos, respectivamente. Miyake et al.¹⁶ encontraram os mesmos hábitos como sendo mais prevalentes, porém, em ordem inversa aos achados desse estudo, sendo o hábito mais frequente dormir de um lado (60,2%), seguido de colocar a mão no queixo (44,8%). Cauás et al.²⁴ também encontraram como hábito mais frequente colocar a mão no queixo, sendo praticado por 73,5% dos indivíduos pesquisados.

Os resultados obtidos diferem dos resultados de Gavish et al.¹⁸ que encontraram como mais prevalente o hábito de mascar chicletes, que apresentou uma frequência bastante elevada (92,3%). Winocur et al.¹⁷ também encontraram o hábito de mascar chicletes como o mais prevalente (62,4%), enquanto que no presente estudo, esse hábito foi relatado por apenas 19,88% dos indivíduos. A maior prevalência encontrada por esses autores para o hábito de mascar chicletes está possivelmente relacionada com a faixa etária pesquisada (adolescentes), entre os quais esse hábito se mostra bastante comum.

O hábito de ranger os dentes (bruxismo) foi relatado por 8,3% da população avaliada, aproximando-se do encontrado por Feteih³. Winocur et al.¹⁷ obtiveram uma porcentagem ainda menor para esse hábito. Deve-se atentar para o fato de que a prevalência de bruxismo tende a ser subestimada, uma vez que o indivíduo pode não ter conhecimento que pratica esse hábito, já que este, na maioria das vezes, ocorre durante o sono. Entretanto, se as condições dos dentes forem analisadas clinicamente, a prevalência pode apresentar-se mais elevada^{1-17,29}. Já o hábito de apertar os dentes foi relatado por uma porcentagem maior de indivíduos, estando bem próximo ao encontrado por Winocur et al.¹⁷. Esses autores afirmaram que o apertamento é mais fácil de ser detectado que o bruxismo, uma vez que a pessoa o pratica geralmente em vigília.

É importante frisar que os trabalhos mencionados compreendem estudos epidemiológicos de adultos jovens e de uma população aleatória, não indicada para o tratamento de DTM. Com a utilização do instrumento de Fonseca et al.²¹ observou-se uma prevalência de DTM severa baixa, ao passo que a presença de pelo menos algum sintoma é bastante comum¹. Assim sendo, observa-se uma baixa porcentagem de sujeitos inteiramente livres de disfunção, o que comprova a importância da avaliação do sistema estomatognático na rotina clínica²¹.

CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados pela aplicação do questionário observou-se que a maior parte dos indivíduos apresentou DTM leve. Entre os indivíduos portadores de algum grau de DTM, a maioria pertencia ao sexo feminino, tinha 21 anos de idade ou mais, apresentava pelo menos um hábito parafuncional e relataram apresentar algum grau de tensão emocional.

A necessidade de tratamento esteve associada ao sexo, curso, momento do curso, presença de hábitos e presença de tensão emocional, sendo que entre os indivíduos que necessitavam de tratamento, a maior parte era do sexo feminino, cursavam Enfermagem, estavam no último ano de seus cursos, apresentavam pelo menos um hábito e relataram a presença de tensão emocional.

A prevalência de hábitos parafuncionais foi elevada, sendo o hábito mais predominante colocar a mão no queixo, seguido de dormir de um lado; houve associação entre a presença de hábitos e tensão emocional.

Colaboradores

SP MEDEIROS participou da elaboração do projeto de pesquisa, coleta e tabulação dos dados, discussão dos resultados, elaboração da conclusão e redação do texto. AUD BATISTA orientou o trabalho, executou correções no manuscrito e participou da discussão dos resultados e redação do artigo. FDS FORTE realizou a análise estatística do trabalho, executou correções finais no manuscrito e redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Conti PCR, Ferreira PM, Pegoraro LF, Conti JV, Salvador MC. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. *J Orofac Pain*. 1996;10(3):254-62.
2. 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.
3. Feteih RM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders and oral parafunctions in urban Saudi Arabian adolescents: a research report. *Head Face Med*. 2006;25(2):1-7.
4. Pereira KN, Santos L, Costa MLG, Portal T. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC*. 2005;7(2):221-8.
5. Venancio RA, Camparis CM. Estudo da relação entre fatores psicossociais e desordens têmporo-mandibulares. *Rev Bras Odontol*. 2002;59(3):152-5.
6. Manfredi APS, Silva AA, Vendite LL. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2001;67(6):763-8.
7. Farsi NMA. Signs and symptoms of temporomandibular disorders and oral parafunctions among Saudi children. *J Oral Rehabil*. 2003;30(12):1200-8.
8. Otuyemi OD, Owotabe FJ, Ugboko VI, Ndukwe KC, Olusile OA. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in young Nigerian adults. *J Orthod*. 2000;27(1):61-5.
9. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci*. 2003;11(2):138-43.
10. Almeida RAC, Vasconcelos BCE, Cunha SC, Nogueira RVB, Duarte AP. Índices de Helkimo e Craniomandibular para diagnóstico de desordens têmporo-mandibulares: revisão de literatura. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2005;5(3):9-16.
11. Dekon SFC, Zavanelli AC, Baleeiro RP, Vidotti MA, Pelisser J. Estudo comparativo entre índice anamnésico de DTM e análise oclusal funcional. *J Bras Oclus ATM & Dor Orofacial*. 2002;2(6):135-40.
12. Miller VJ, Bookhan V, Cheshankova E, Moipolai P, Setzer S. Comparison of a short examination procedure with an extensive diagnostic protocol for the diagnosis of temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil*. 2001;26(8):684-5.
13. Pedroni CR, Oliveira AS, Guaratini MI. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. *J Oral Rehabil*. 2003;30(2):283-9.
14. Alencar Júnior FGP. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Santos; 2005. p. 5-23.
15. Serralta FB, Martins EA, Ávila JF. Adaptação de um instrumento de triagem para problemas psicológicos em pacientes com disfunção craniomandibular e dor orofacial *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2000;25(4):86-92.
16. Miyake R, Ohkubo R, Takehara J, Morita M. Oral parafunctions and association with symptoms of temporomandibular disorders in Japanese university students. *J Oral Rehabil*. 2004;31(6):518-23.
17. Winocur E, Gavish A, Finkelshtein T, Halachmi M, Gazit E. Oral habits among adolescent girls and their association with symptoms of temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil*. 2001;28(7):624-9.
18. 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.
19. Mutlu N, Herken H, Gruray E, Oz F, Kalayci A. Evaluation of the prevalence of temporomandibular joint disorder syndrome in dental school students with psychometric analysis. *Turk J Med Sci*. 2001;32:345-50.
20. Maia EAV, Vasconcelos LMR, Silva AS. Prevalência das desordens temporomandibulares. Uma abordagem sobre a influência do estresse. *Rev ABO Nac*. 2002;10(4):225-9.

21. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 1994;42(1):23-8.
22. 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.
23. Lima DR, Brunetti RF, Oliveira W. Estudo da prevalência de disfunção craniomandibular segundo o Índice de Helkimo tendo como variáveis: sexo, faixa etária e indivíduos tratados ou não ortodonticamente. *Rev Fac Odontol São José dos Campos.* 1999;2(2):28-35.
24. 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-Fac.* 2004;4(2):121-9.
25. Conti PCR, Gonçalves LF, Kanô SC, Conti ACCF, Conti, JV. Avaliação da prevalência das dores de cabeça primárias e seu relacionamento com sintomas de desordens temporomandibulares no campus da USP, na cidade de Bauru / SP. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial.* 2003;8(2):49-56.
26. Tosato JP, Caria PHF. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2006;54(3):211-24.
27. Pereira Júnior FJ, Vieira AR, Prado R, Miasato JM. Visão geral das desordens temporomandibulares. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2004;52(2):117-21.
28. 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.* 2001;62(1/2):9-29.
29. Bonjardim LR, Gavião BD, Pereira LJ, Castelo PM, Garcia RCMR. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. *Braz Oral Res.* 2005;19(2):93-8.

Recebido em: 2/10/2009

Versão final reapresentada em: 4/1/2010

Aprovado em: 7/2/2010