

IVONEY BITTENCOURT CORDEIRO

**CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR QUANTO À QUEIXA PRINCIPAL, SINAIS, SINTOMAS,
GÊNERO E IDADE**

CAMPINAS
2009

IVONEY BITTENCOURT CORDEIRO

**CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR QUANTO À QUEIXA PRINCIPAL, SINAIS, SINTOMAS,
GÊNERO E IDADE**

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação / CPO São Leopoldo Mandic, para obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial

Orientador: Prof. Dr. Antônio Sérgio Guimarães.

CAMPINAS
2009

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca "São Leopoldo Mandic"

C794c Cordeiro, Ivoney Bittencourt.
Características dos pacientes com disfunção temporomandibular quanto à queixa principal, sinais, sintomas, gênero e idade / Ivoney Bittencourt Cordeiro. – Campinas: [s.n.], 2009.
70f.: il.

Orientador: Antônio Sérgio Guimarães.
Dissertação (Mestrado em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial) – C.P.O. São Leopoldo Mandic – Centro de Pós-Graduação.

1. Epidemiologia. 2. Sinais e sintomas. 3. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular. I. Guimarães, Antônio Sérgio. II. C.P.O. São Leopoldo Mandic – Centro de Pós-Graduação. III. Título.

**C.P.O. - CENTRO DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS
SÃO LEOPOLDO MANDIC**

Folha de Aprovação

PARA: Ivoney Bittencourt Cordeiro

Curso: Mestrado em Odontologia - área de concentração Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial

Título da Dissertação: “CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR QUANTO À QUEIXA PRINCIPAL, SINAIS, SINTOMAS, GÊNERO E IDADE”

Data defesa:

Informamos que aquela dissertação acima apontada foi apresentada por seu titular ao Centro de Pós-Graduação, perante a Comissão Examinadora abaixo nominada, e cumpriu todas as exigências feitas por aquela Comissão tendo sido aprovada recebido a competente liberação sob a supervisão da docência da orientação.

Campinas,

Prof. Dr. Antônio Sérgio Guimarães
Presidente

Prof. Dr.
1º Membro

Profa. Dra.
2º Membro

Dedico este trabalho:

A Deus, por tudo que tenho recebido.

Aos meus pais Ivon e Eliete.

À minha mulher, Dilciene e aos meus filhos Daniel e Isa, pelo incentivo carinho e amor.

RECEBAM MEU RESPEITO E GRATIDÃO

Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, por oferecer a possibilidade de realizar o curso de Mestrado e conseqüentemente desenvolver essa pesquisa.

Prof. Antônio Sérgio Guimarães, coordenador do I Curso de Mestrado em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, pelos conhecimentos transmitidos e pela orientação na elaboração deste trabalho.

Profa. Sônia Brandão Guimarães, pelo incentivo, confiança e amizade nesses anos de convivência.

Demais professores, pela forma como enriqueceram o curso guiando-me pelos caminhos da ciência.

Colegas de curso, pela agradável convivência durante esses anos.

Pacientes, pela grandeza de nos permitir aprender.

Estaticista Sandra Malagutti, pela realização da análise estatística.

A Glaucia Melo, pela formatação do trabalho.

Talvez seja este o aprendizado mais difícil: manter o movimento permanente, a renovação constante, a vida vivida como caminho e mudança.

Maria Helena Kuhner

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi avaliar as características dos sinais e sintomas relatados como queixa principal pelos pacientes da clínica do I Curso de Mestrado em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM e DOF) da Faculdade de Odontologia e Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic (CPO SLM), correlacionando com gênero, idade e tempo de duração da queixa. Dessa forma, contribuindo com informações que permitam ao Cirurgião Dentista, clínico ou especialista, conhecer o perfil destes pacientes, fornecendo dados úteis ao diagnóstico da DTM. Em um estudo transversal do tipo retrospectivo foram coletados nas fichas dos 200 primeiros pacientes a contar do início das atividades do referido curso os dados referentes ao gênero, idade, queixa principal (podendo haver mais de uma) e duração de cada queixa. Nos casos em que a queixa principal foi dor, foram colhidos na história pregressa da moléstia atual (HPMA) os dados referentes à região afetada, tipo de dor e intensidade da dor. Na amostra estudada concluiu-se que 81% dos que procuraram tratamento foram do gênero feminino; a idade média foi 36,5 anos variando de nove a 82 anos; dor foi a queixa mais freqüente, sendo o motivo de procura para tratamento de 86% dos pacientes; a queixa bruxismo/apertamento foi a que apresentou maior tempo médio de duração (82,9 meses); a região dolorosa mais freqüentemente citada foi a parotídeo-massetérica, que apareceu em 53% dos pacientes que se queixaram de dor.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Epidemiologia. Sinais. Sintomas.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the features of signs and symptoms stated as chief complaint by the patients attended at the Clinic of the first Master's degree course in TMD (temporomandibular disorders) and Orofacial Pain at the University of Dentistry São Leopoldo Mandic (CPO SLM), in Campinas, São Paulo, Brazil, correlating to gender, age and time of duration of the complaint. In that way, contributing with information that allow to the dentist, clinical or specialist, to know these patients' profile, supplying useful data for the TMD diagnosis. In a retrospective transversal study, data were obtained from the records of the first 200 patients starting from the beginning of the activities of the referred course, regarding gender, age, chief complaint (could have more than one) and duration of each complaint. When pain was chief complaint, were collected in the past history of the current disease data regarding affected area, pain type and intensity of the pain. 81% of the ones that looked for treatment were of the feminine gender; were nine to 82 years old, mean value: 36,5 years; pain was more frequent chief complaint, being reason to look for treatment in 86% of the cases; the habit to grind or press the teeth was the complaint that presented larger medium time of duration (82,9 months); in 53% of the cases wherein chief complaint was pain the painful area more frequently stated was parotid-masseteric.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Epidemiology. Signs. Symptoms.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Descrição das queixas principais.	34
Quadro 2 - Tipos de dor.	35
Gráfico 1 - Distribuição da amostra por gênero.....	37
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por faixa etária.	38
Gráfico 3 - Frequência das queixas principais, agrupadas.....	39
Gráfico 4 - Frequência das queixas principais, isoladas.	39
Tabela 1 - Associação queixa principal e gênero.	40
Tabela 2 - Associação queixa principal e faixa etária.....	41
Gráfico 5 - Tempo médio que o paciente apresenta a queixa (meses).	42
Gráfico 6 - Frequência das regiões citadas como dolorosas.....	43
Gráfico 7 - Frequência dos tipos de dor nas regiões mais citadas como dolorosas..	44
Gráfico 8 - Intensidade média da dor nas regiões mais citadas como dolorosas.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

ATM	- Articulação temporomandibular
CPO SLM	- Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic
DOF	- Dor orofacial
DTM	- Disfunção temporomandibular
EVA	- Escala visual analógica
HPMA	- História pregressa da moléstia atual
IASP	- 'International Association for the Study of Pain' - Associação Internacional para o Estudo da Dor

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
3 PROPOSIÇÃO	32
4 MATERIAIS E MÉTODOS	33
4.1 Liberação pelo comitê de ética e pesquisa.....	33
4.2 Amostragem	33
4.3 Delineamento experimental.....	33
4.4 Análise estatística	35
4.5 Levantamento bibliográfico.....	36
5 RESULTADOS.....	37
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS.....	58
ANEXO A - Regiões para referência de dor	62
ANEXO B - Escala visual analógica (EVA) para intensidade de dor.....	63
ANEXO C - Frequência das queixas principais, associadas	64
ANEXO D - Frequência das regiões dolorosas, associadas.....	65
ANEXO E - Resumos dos trabalhos citados na revisão da literatura.....	66
ANEXO F - Folha de aprovação do comitê de ética	70

1 INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) compreende um conjunto de sinais e sintomas que afetam a articulação temporomandibular (ATM), os músculos envolvidos nos movimentos mandibulares e estruturas associadas (Carlsson et al., 2006). Entre as principais queixas dos pacientes estão: dor, limitações ou alterações nos movimentos mandibulares e sons ou ruídos articulares (Rollman, Gillespie, 2000).

A DTM tem sido identificada como a principal causa de dor de origem não dentária na região orofacial. Esta desordem interfere na qualidade de vida daqueles que sofrem dela, devido à extensão da dor e da natureza crônica de seus sintomas (Conti, 2003; Oliveira et al., 2003a, b).

A Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas. Os estudos epidemiológicos têm por objetivo fornecer uma base científica para análise dos fatores etiológicos a fim de prevenir e controlar doenças e oferecer informações sobre a avaliação das necessidades e da demanda potencial do tratamento de uma doença (Le Resche, 1997; Carlsson et al., 1999).

A frequência de sinais e sintomas de DTM é alta em diversos grupos populacionais, especialmente entre as mulheres. Mas variáveis como idade, tipo de queixa principal, necessidade real de tratamento e associação de DTM com fatores contribuintes, tais como estresse, ansiedade, depressão e qualidade de vida continuam sendo motivos de questionamentos (Zanettini, Zanettini, 1999; Goddard, Karibe, 2002; Felício et al., 2003; Pedroni et al., 2003; Serralta et al., 2003; Gesh et

al., 2004; Pereira Junior et al., 2004; Bonjardim et al., 2005).

Alguns trabalhos têm sugerido que não apenas a frequência dos sinais e sintomas seja estudada, mas também a intensidade, para que se possa determinar a influência na qualidade de vida e a real necessidade do tratamento. Os resultados epidemiológicos devem ser interpretados com cuidado, pois a simples presença de sinais e sintomas não permite concluir sobre o grau de incapacidade do indivíduo (Zulqarnain et al., 1998; Teixeira et al., 2003; Carlsson et al., 2006).

Utilizando-se dos questionários, as pesquisas de caráter epidemiológico têm ocupado grande espaço na literatura referente às DTM. Os estudos epidemiológicos, de modo geral, desempenham um papel importante, procurando-se a partir deles, estabelecer programas de prevenção e controle. Portanto é importante se ter dados epidemiológicos para estimar a proporção e distribuição das desordens (De Kanter et al., 1993; Glass et al., 1993; Fonseca, 1994).

Assim, conhecer as características dos pacientes com DTM quanto ao gênero, faixa etária e os sinais e sintomas mais frequentes, com presença isolada ou associada, contribui com informações que permitem ao Cirurgião Dentista, clínico ou especialista, conhecer o perfil destes pacientes, o que pode favorecer o correto diagnóstico de tais alterações (Oliveira, 1992; Serman et al., 2003).

Dessa forma, a finalidade desse trabalho de pesquisa é comparar a nossa realidade com as informações obtidas na literatura para que se possa construir o perfil dos pacientes com DTM, facilitando sua identificação e permitindo que a epidemiologia encontre aplicação clínica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nessa revisão de literatura, pelas várias terminologias existentes para os problemas de DTM, manteremos a terminologia original de cada trabalho.

Agerberg & Carlsson (1972) estudaram a frequência das desordens funcionais do sistema da mastigação por meio de um questionário enviado por correspondência. A amostra contou com 1106 pessoas, com idade entre 15 e 74 anos, média de 35 anos. Dores de cabeça e dores faciais foram relatadas por 24% dos indivíduos, enquanto restrição do movimento mandibular constou da resposta de 7% da amostra, sendo mais freqüente nas mulheres, assim como o ruído articular acusado por 39% dos entrevistados. Os autores concluíram que, devido aos altos índices epidemiológicos, os dentistas deveriam interessar-se mais pelo diagnóstico e tratamento dessas desordens funcionais.

Numa sequência da pesquisa anterior, Argerberg & Carlsson (1973) desenvolveram um índice baseado na resposta dos 1106 entrevistados. Os índices mostraram maiores valores para as mulheres, 57% da amostra relatou apenas um sintoma, enquanto dois ou mais sintomas estavam presentes em 30% da amostra. A restrição do movimento mandibular foi mais comum no grupo de pessoas mais idosas, enquanto dor funcional foi mais comum em jovens.

Helkimo (1974) publicou alguns artigos propondo um índice para classificação das DTM. No último artigo da série, em relação aos fatores gênero e idade, estudou 321 indivíduos do norte da Finlândia de ambos os gêneros e com idade variando de 15 a 65 anos. Relatou a mesma prevalência entre homens e mulheres. Já em relação a idade houve grande diversificação da prevalência,

dependendo do sintoma estudado, sendo que grupo com a menor frequência de sintomas situava-se entre 15 e 24 anos e o grupo com maior frequência de sintomas encontrava-se entre 35 e 44 anos.

Num estudo realizado por Häansson & Nilner (1975) foram examinados 1069 indivíduos (82 mulheres e 987 homens, idade variando de 10 a 79 anos) que trabalhavam num estaleiro no norte da Suécia, em relação à ATM, musculatura mastigatória e estruturas associadas. Um quinto dos examinados relatou dores de cabeça, enquanto um quarto das pessoas reclamou de sons articulares. No exame clínico, descobriu-se que os ruídos articulares (65%), dor muscular (37%) e dor na ATM (10%) eram os sinais mais frequentes, sendo que 30% da amostra apresentava um ou mais desses sintomas. Os autores finalizaram afirmando que a frequência dos problemas funcionais é alta e que foi estimado que entre 25% e 30% da amostra necessitava de tratamento.

Helkimo (1976) publicou artigo revisando os estudos epidemiológicos sobre disfunções do sistema da mastigação. O autor chegou a várias afirmações, entre elas, que os sintomas são muito comuns na população em geral; que não existem grandes diferenças na frequência dos sintomas entre os gêneros em amostras aleatórias, mas que as mulheres procuram muito mais tratamento, embora não se saiba a razão; que os sintomas podem atingir todas as idades, mas que são pouco comuns entre os mais jovens. Concluiu ainda, que se deve chegar a um método único de pesquisa nessa área para que se possam elucidar vários aspectos obscuros desse tipo de disfunção.

Para explicar a diferença de aparecimento de sinais e sintomas de DTM entre homens e mulheres, Smith (1976) mencionou várias hipóteses presentes na literatura e concluiu que provavelmente, as mulheres se apresentavam mais

frequentemente para o tratamento. Isso se deve ao fato de que a mulher necessita de mais cuidados médicos que o homem. Portanto, o contato com profissionais da área da saúde leva à indicação mais frequente para profissionais especializados.

Molin et al. (1976) realizaram estudo epidemiológico de disfunção temporomandibular em homens suecos. Dos 1800 jovens que se apresentaram para o alistamento militar em Estocolmo, com média de idade de 19 anos, foram selecionados aleatoriamente 253, que foram avaliados por meio da aplicação de um questionário associado a avaliação clínica, que constava de palpação muscular e das ATM, além do exame oclusal. Comparando com outros estudos, os autores consideraram relativamente pequeno o número de pessoas que apresentavam queixa de DTM (28%), 14% relataram estalido da ATM, enquanto 12% da amostra apresentaram outros sintomas de disfunção.

Num estudo realizado por Magnusson & Carlsson (1978) foi avaliada a relação entre dores de cabeça e as disfunções do sistema da mastigação em 160 pacientes que procuraram atendimento na clínica de odontologia da Universidade de Gotemburgo. No primeiro grupo (n=80) os pacientes foram selecionados no departamento de fisiologia estomatognática, pois haviam procurado tratamento para DTM, no segundo grupo (n=80) os pacientes foram selecionados no departamento de diagnóstico oral, pois haviam procurado tratamento dentário. Os autores utilizaram a aplicação de questionários e a avaliação clínica da função do sistema mastigatório, 70% dos pacientes com DTM e 34% dos que procuraram tratamento dentário apresentavam dor de cabeça recorrente. Descobriram que a frequência e a gravidade da dor de cabeça variavam em função da gravidade da DTM. Concluíram que, entre os itens do índice de disfunção, apenas a dor muscular à palpação teve uma relação direta com as dores de cabeça e que o exame funcional do sistema da

mastigação deveria ser incluído em investigações sobre dor de cabeça recorrente.

Solberg et al. (1979) propuseram-se a investigar a prevalência de sinais e sintomas de disfunção mandibular em indivíduos jovens usando um questionário e exame clínico. Foram avaliados 739 estudantes da Universidade da Califórnia em Los Angeles, com idade entre 19 e 25 anos, sendo 369 do gênero masculino e 370 do gênero feminino. Os resultados mostraram que sinais subclínicos foram comuns (76%), porém a consciência dos sintomas ocorreu com menor frequência (26%). Os sintomas mais frequentemente relatados foram as dores de cabeça, sons articulares e dores na face e pescoço, enquanto os sinais mais comuns foram sensibilidade muscular (ptergóideo lateral) e sons durante os movimentos mandibulares. As mulheres apresentaram maior prevalência desses sinais.

Revisar de forma crítica os estudos epidemiológicos das disfunções mandibulares foi o objetivo de Greene & Marbach (1982). Os autores relataram as grandes dificuldades em se padronizar os estudos, a fim de que comparações se tornassem viáveis. Comentaram que os estudos epidemiológicos podem ser de dois tipos: aqueles realizados em grupos de pacientes que procuram centros de atendimento ou aqueles realizados em grupos aleatórios. Os resultados de tais estudos, quando falhos e obtidos através de análises estatísticas inadequadas, podem levar a tratamentos excessivos e a idéia de que existe uma epidemia de disfunções mandibulares, o que não corresponde à realidade. Concluíram que essas pesquisas são interessantes pelas informações, mas não refletem a real incidência ou distribuição das disfunções mandibulares.

Gross & Gale (1983) avaliaram a prevalência dos sinais e sintomas mais comuns de disfunção mandibular numa população 1000 pacientes de uma clínica odontológica que procuraram atendimento de rotina, porém assintomáticos em

relação à DTM (407 do gênero masculino e 593 do gênero feminino, idade de três a 89 anos com média de 40,5 anos). O sinal encontrado com mais frequência foi o ruído articular (34,7%), sendo que todos os outros apresentaram baixa frequência. As mulheres apresentaram maior frequência de sintomas que os homens, porém em níveis não significantes. Os autores concluíram que a prevalência de tais sintomas não é alta e que a ocorrência de algum sinal, porém sem dor, não indica necessidade de tratamento.

Objetivando avaliar a prevalência de sinais e sintomas de disfunção mandibular, Rieder et al. (1983) utilizaram um questionário anamnésico e exame clínico em 1040 pacientes, os quais se apresentaram para tratamento de rotina numa clínica privada na Califórnia, no período de 1970 a 1980. Do grupo amostral, 653 (63%) eram do gênero feminino, com idade média de 40 a 49 anos. Entre as conclusões do estudo, destacamos que: disfunção mandibular é abrangente; mulheres e pacientes jovens relataram mais frequentemente sintomas musculares e na ATM; respostas positivas em relação ao bruxismo foram mais comuns entre os homens. Os autores concluíram ainda que as diferenças relativas a gênero e idade dependem do método de investigação e dos sintomas selecionados para representar esse tipo de disfunção.

Estudos epidemiológicos sobre DTM publicados entre 1979 e 1984 foram revisados e discutidos por Carlsson (1984). Esses trabalhos demonstraram uma variação na incidência de sinais clínicos de DTM de 33% à 86% e de sintomas 16% à 59%. Alguns autores conciliaram esses dados como uma medida do grau de disfunção e os valores variaram de 20% a 88%. Está aparente, a partir destes estudos, que a prevalência de disfunção é menor em crianças do que em adultos. O autor também apontou a dificuldade em revisar estes trabalhos devido a falta de

uma padronização das definições e métodos de investigação que possam ser aceitos por todos.

Rugh & Solberg (1985) realizaram um estudo sobre a prevalência e incidência das desordens temporomandibulares, discutindo os resultados de pesquisas epidemiológicas, assim como a demanda e necessidade de tratamento. Os autores concluíram que, apesar de existir uma faixa da população entre 28% até 86% com algum sintoma, apenas 5% necessitavam de tratamento. Afirmaram também que existe uma necessidade de maior integração entre as diversas especialidades para se considerar o problema num contexto psicossocial.

Wänman & Agerberg (1986a) estudaram a prevalência de sintomas de disfunção mandibular em 285 adolescentes com 17 anos de idade que moram na cidade de Skelleftea, Suécia. Utilizaram questionários com perguntas relacionadas a saúde geral e a ocorrência de dor de cabeça, dor facial ou problemas temporomandibulares. Não encontraram diferenças estatisticamente significantes em relação ao gênero, 7% da amostra apresentaram sintomas considerados como graves. Ruídos articulares (13%) e fadiga mandibular (6%) foram os sintomas mais relatados. Os autores sugeriram avaliação desses itens no exame dental de rotina.

Wänman & Agerberg (1986b) avaliaram os sinais clínicos do mesmo grupo estudado anteriormente e registraram a sensibilidade à palpação muscular (41%) e ruídos articulares como achados mais comuns. Os músculos mais sensíveis foram o pterigóideo lateral e a inserção do tendão do temporal. Em relação aos sinais de disfunção, foram mais comuns em mulheres e de um modo geral, estavam presentes em 56% da amostra.

Bonacci et al. (1992) examinaram cem pacientes de forma multidisciplinar, dos quais 81% eram mulheres. A principal queixa foi dor nos músculos da

mastigação em 67% dos casos em ambos os gêneros e este foi duas vezes mais freqüente que desarranjo do disco articular, relatados em 29% dos pacientes. Inflamação articular foi diagnosticado mais freqüentemente em mulheres (42%), que nos homens (26%). Os autores concluíram que apesar da maioria dos pacientes que procuram tratamento ser do gênero feminino, mulheres e homens apresentam componentes psicológicos semelhantes e que os clínicos devem estar conscientes dos sinais e sintomas das desordens temporomandibulares, para julgar como e quando interceder.

Uma avaliação dos sintomas relatados como queixas principais de 600 pacientes atendidos no Centro de Oclusão e ATM da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, UNESP, diagnosticados posteriormente com DTM mostrou que o gênero feminino (83%) apresentou uma freqüência muito maior que o masculino (17%), que a faixa etária mais freqüente é a terceira década de vida (41%) e entre os sintomas mais citados encontrou 42% para dor na região da ATM, 27% para ruído articular, 16% para dor na face, 15% para dor de ouvido e 13% para dor de cabeça. Verificou ainda que 43% dos pacientes apresentaram apenas uma queixa de sintomatologia e 57% apresentaram de dois a quatro sintomas simultâneos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quanto ao gênero, onde o ruído articular mostrou-se mais freqüente no masculino e dores de cabeça, nuca e pescoço foram mais freqüentes no feminino (Oliveira, 1992).

Avaliar a prevalência de desordens temporomandibulares em estudantes universitários de Taiwan foi o objetivo do estudo de Shiau & Chang (1992). Foram analisados 2033 estudantes de 17 a 32 anos (1161 masculinos e 872 femininos, idade média de 20,2 anos) através de anamnese, exame clínico e questões psicoemocionais. Os resultados mostraram que 42,9% dos estudantes tinham um ou

mais sinais relatados de DTM. As mulheres foram levemente mais afetadas, numa proporção de um homem para 2,4 mulheres. Estalido articular foi a queixa mais comum (29%). Os autores concluíram que apesar da prevalência ser alta, a demanda de tratamento é baixa.

Avaliar a prevalência de disfunção temporomandibular (DTM), na área metropolitana na cidade de Kansas, foi o objetivo do estudo de Glass et al. (1993). Foram selecionadas aleatoriamente 534 pessoas na lista telefônica (217 do gênero masculino e 317 do gênero feminino, todos maiores de 18 anos), as quais tiveram que responder seis perguntas sobre DTM. 46% da amostra relataram um ou mais dos seis sintomas de DTM e estes não foram mais prevalentes entre as mulheres, mas foi mais alta em pessoas na faixa etária abaixo de 45 anos. A queixa mais comum foi bruxismo/apertamento. Os autores concluíram que é válido o método de pesquisa por telefone para estudo de prevalência de DTM em uma amostra não clínica.

O objetivo do trabalho realizado por Koidis et al. (1993) foi avaliar as variáveis idade e gênero nas desordens craniomandibulares. Foram examinados 195 pacientes da clínica de fisiologia do sistema estomatognático da Universidade de Thessaloniki - Grécia, 47 homens e 148 mulheres com sinais e sintomas de DCM, utilizando-se os índices propostos por Helkimo. A faixa etária do grupo variou entre 16 e 70 anos e a relação entre pacientes do gênero masculino e feminino com DCM obtida através do exame clínico e análise anamnésica neste estudo foi de 1:4. A prevalência de estalido, dores de cabeça, apertamento, hipomobibilidade e dificuldade mastigatória foi maior em mulheres jovens do que em outros grupos, havendo um declínio dos sintomas com a idade em ambos os gêneros.

Por meio de um estudo epidemiológico, Puri et al. (1994) analisaram a

prevalência de DTM na população urbana e compararam com a população geral. Foram avaliados cinquenta pacientes selecionados aleatoriamente, através de um questionário e exame clínico, 27 mulheres e 23 homens com idade variando de 18 a 79 anos (idade média de 45 anos). Os autores concluíram que há uma alta incidência de DTM na população urbana (22%) em comparação à população geral; na população urbana há uma relativa igualdade de distribuição de DTM entre homens e mulheres; a idade média é também mais alta na população urbana comparado com outros estudos.

Numa amostra aleatória retirada da lista de eleitores da cidade de Okayama - Japão foram selecionados 672 adultos (304 do gênero masculino e 368 do gênero feminino), objetivando investigar a prevalência de sinais e sintomas de DTM em não pacientes, correlacionando com gênero e idade. O examinador aplicou um questionário sobre a história clínica de DTM e seguida examinou os participantes de acordo com o método usual empregado no Departamento de Prótese Fixa da Universidade de Okayama. Entre os sintomas, ranger os dentes foi o mais citado (34%) e entre os sinais, o mais prevalente foi estalo (46%). O gênero feminino foi mais prevalente para todos os sinais e sintomas, que diminuíram com o avançar da idade, para ambos os gêneros. Exceto a crepitação que foi mais comum nas faixas etárias mais avançadas (Matsuka et al., 1996).

Avaliar as mudanças longitudinais dos sintomas de desordens temporomandibulares em adultos jovens Japoneses foi o objetivo do estudo de Onizawa & Yoshida (1996). Foram avaliados 275 estudantes universitários japoneses (195 masculinos e 80 femininos, idade de 18 a 25 anos), por meio de questionário em 1990 e 1994. Ao comparar as respostas de 1990 com as de 1994, foi observado que as prevalências de sons articulares, a restrição de abertura bucal

e a dor aumentaram significativamente de 28,7% para 49,8%, de 12,7% para 22,5% e de 7,6% para 18,5%, respectivamente. O aumento da prevalência dos sintomas resultou principalmente dos estudantes que não tinham sintomas de DTM no exame inicial, já que os indivíduos que freqüentemente queixavam-se mostraram uma tendência de perceber os sintomas cada vez menos. Embora 66 estudantes (24%) relataram desconforto devido a sintomas de DTM, durante o estudo, apenas três (1,1%) visitaram os serviços médicos para tratamento. Estes resultados indicam que os sintomas de DTM avaliados através de questionário flutuam longitudinalmente e que a progressão dos sintomas é leve.

Le Resche (1997) realizou uma revisão de literatura sobre estudos epidemiológicos de dor na região temporomandibular e os sinais e sintomas associados com subtipos específicos de DTM. Os resultados mostraram que dor na região temporomandibular parece ser comum, ocorrendo em aproximadamente 10% da população. Sendo uma condição primariamente de jovens e adultos de meia idade e aproximadamente, duas vezes mais comuns em mulheres do que em homens.

Garcia & Sousa (1998) analisaram 34 pacientes com idade média de 33 anos, sendo 29 do gênero feminino e seis do gênero masculino. A identificação dos sinais e sintomas por meio de anamnese, exame físico e das características radiográficas, bem como a análise dos modelos dos pacientes montados em articulador, permitiram estabelecer o diagnóstico de DTM e instituir a terapia. Verificou-se que os sinais e sintomas citados pelos pacientes foram: dor na ATM (72%), ruídos articulares (71%), limitação de abertura bucal (71%), otológicos (71%), dor na cabeça (53%), dor irradiando para o ombro (32%), dor no pescoço (24%), dor nos maxilares (21%) e dor no braço (9%).

Zulqarnain et al. (1998) investigaram os sintomas de DTM descritos por 705 estudantes universitários de Riyadh - Arábia Saudita do gênero feminino (idade média de $21,3 \pm 1,96$ anos) foram analisados. Apenas 12% dos mesmos não indicaram algum tipo de sintoma relacionado à DTM. Os sintomas mais comuns foram: sensação de cansaço na mandíbula (34%), dor na região pré-auricular (22%) e desconforto nos movimentos com a boca (22%).

Zanettini & Zanettini (1999), num estudo realizado em clínica privada, onde foram avaliados retrospectivamente os prontuários de 150 pacientes e que tinha como objetivo analisar os dados levantados referentes aos motivos pelos quais os pacientes procuravam atendimento, concluíram que as mulheres foram mais afetadas (86%) que os homens (14%), com incidência maior na faixa dos vinte aos quarenta anos de idade (82%), sendo a dor de cabeça a queixa principal mais freqüente (79%), seguido de ruídos articulares (44%) e dor nas ATM (41%).

Magnusson et al. (2000) realizaram um estudo longitudinal com o objetivo de avaliar a longo prazo as mudanças dos sinais e sintomas de DTM; 135 indivíduos na idade de 15 anos foram avaliados por meio de questionário e exame clínico utilizando o índice de Helkimo. O exame foi repetido depois de cinco, dez e vinte anos, com uma amostra final de 114 indivíduos que responderam ao questionário e 100 indivíduos que compareceram ao exame clínico. Os autores concluíram através dos resultados que houve uma flutuação substancial de sintomas relatados e sinais clínicos registrados no período de vinte anos, mas o progresso para a dor severa e disfunção do sistema mastigatório foi raro. Em ambos, 15 e 35 anos, 13% relataram um ou mais sintomas de DTM freqüentes e mulheres relataram sintomas de DTM mais freqüente que homens.

Objetivando investigar a prevalência de dor facial e DTM, a associação

entre elas e também suas relações com traumas anteriores, fatores oclusais e dor em outras áreas do corpo, Rauhala et al. (2000) avaliaram através de um questionário os indivíduos nascidos no ano 1966 do norte da Finlândia (n=5696). O sintoma de DTM mais freqüentemente relatado foi som (clique) da articulação temporomandibular (ATM) em 21% dos homens e 28% das mulheres. As mulheres relataram significativamente mais sintomas de DTM do que os homens. Os autores concluíram ainda que dor facial seja um sintoma comum na população adulta e que tem associação com DTM, bem como com outros sintomas musculoesqueléticos. Traumatismos na face e nas ATM, certos fatores oclusais e patologias dentárias podem ter um acentuado papel na etiologia.

Chuang (2002) desenvolveu seu trabalho com alunos do último ano da graduação em odontologia da Universidade de Taiwan (159 do gênero masculino e 95 do gênero feminino, com idade média de $22,34 \pm 1,2$ anos), que foram solicitados a responder um questionário com 14 perguntas para determinar a prevalência de DTM. A prevalência de sinais e sintomas de DTM foi considerada alta e maior no gênero feminino. Estalo nas ATM foi o achado mais comum para ambos os gêneros. O segundo sintoma mais comum para o gênero feminino foi sensação de tensão, enquanto que para o gênero masculino foi sensibilidade dentária.

Comparando moradores da zona urbana (102) (baía de São Francisco - Califórnia) e zona rural (90) (reserva indígena de Hoopa no nordeste da Califórnia), objetivando identificar as diferenças entre os sinais e sintomas de DTM entre essas populações, Goddard & Karibe (2002) aplicaram questionários e exames clínicos padronizados. Concluíram que dores faciais, ruídos e dor nas ATM foram mais prevalentes na população urbana quando comparada com a rural. Entretanto, os próprios autores apontam para o fato que estudos mais avançados com amostras

mais representativas deveriam ser feitos.

Para avaliar a prevalência das cefaléias primárias, das DTM e da ocorrência simultânea destas patologias numa população adulta, Conti (2003) utilizou um questionário para auto-entrevista, com perguntas e opções de respostas acerca desses tipos de cefaléia primária e das DTM. Os resultados indicaram como sendo de 34% a prevalência para as cefaléias e 60% para DTM. A ocorrência conjunta das duas patologias também foi frequente, cerca de 54% dos que sofrem de DTM têm também cefaléia primária. O gênero feminino se mostrou estatisticamente associado com tais patologias.

Com o objetivo de quantificar os sinais e sintomas das DTM e sua relação com a idade dos pacientes e a duração das queixas, Felício et al. (2003) avaliaram 42 pacientes (34 do gênero feminino e oito do gênero masculino) empregando-se um questionário. A idade dos pacientes variou de 13 a 67 anos (média de 32,26 anos). O início da manifestação dos sinais e sintomas variou de seis meses a 23 anos (média de 6,26 anos). De acordo com os resultados, houve tendência de aumento da freqüência de sinais e sintomas e da severidade da dor com o aumento da idade, mas não com a duração da doença. Em ordem decrescente, os sintomas relatados como mais freqüentes foram: dor muscular, dor nas ATM, dor cervical, plenitude auricular, fadiga, sensibilidade nos dentes, dificuldade para abrir a boca, zumbido, dificuldade para mastigar, cefaléia, otalgia e dificuldade para bocejar.

Estudando 22 pacientes (20 do gênero feminino e dois do gênero masculino) com idade média de 28 anos, foi aplicado um questionário sobre qualidade de vida. Os resultados mostraram que a dor da DTM prejudicou as atividades no trabalho (59%) e na escola (59%), alterou a qualidade do sono (68%) e do apetite/alimentação (64%). Os autores concluíram que a dor da DTM tem um

impacto negativo na qualidade de vida do paciente (Oliveira et al., 2003a).

Objetivando avaliar, comparar e discriminar a queixa de dor em pacientes com DTM, utilizou-se a versão brasileira do Questionário McGill de Dor (Br-MPQ). Foram estudados 23 pacientes, sendo 21 mulheres e dois homens (28 ± 11 anos). As regiões mais apontadas como dolorosas foram sobre as ATM e cervical. Entre os músculos da mastigação, o temporal foi o mais indicado como área de dor. A dor foi classificada como mediana (ponto dois na escala de zero a cinco) por um maior número de participantes. Quanto às características da dor; no grupo com DTM mais intensa as anotações mais comuns foram contínuas, estáveis e constantes. Enquanto no grupo com DTM mediana suas queixas tinham característica ritmada, periódica e intermitente (Oliveira et al., 2003b).

Propondo investigar a prevalência de sinais e sintomas de DTM em estudantes universitários (sem diagnóstico prévio de DTM) através de questionário e exame clínico, Pedroni et al. (2003) selecionaram aleatoriamente 50 indivíduos (18 homens e 32 mulheres, com idade média de $21,5 \pm 1,3$ anos) da Universidade Federal de São Carlos, São Paulo. 68% dos indivíduos exibiram algum grau de disfunção e o gênero feminino foi o mais afetado. O aspecto mais relevante foi o ruído articular (43,7%).

Serman et al. (2003) fizeram uma comparação entre a prevalência de DTM em pacientes usuários de prótese total dupla ($n=50$) com um grupo de voluntários dentados ($n=50$), foram avaliados 100 indivíduos (média de idade de 44.4 anos) selecionados na Faculdade de Odontologia de Bauru e na Universidade Estadual de Ponta Grossa. Inicialmente, ambos os grupos responderam a um questionário anamnético composto por dez perguntas relativas aos sintomas de DTM. Para o grupo com prótese total também foram realizadas mais quatro

questões sobre as próteses. De acordo com as respostas obtidas, foi elaborado um índice anamnético para obter uma classificação em DTM ausente, leve, moderada ou severa. Os sintomas de DTM foram encontrados em 40% do grupo com prótese total, enquanto somente 12% do grupo dentado apresentavam tal condição. O próprio autor alerta que tais achados devem ser avaliados com cautela devido à flutuação natural dos sintomas de DTM. O gênero feminino apresentou-se com maior prevalência de DTM em ambos os grupos ($p=0,02$). Os sintomas mais freqüentemente relatados pela amostra do grupo com prótese total foram, em ordem decrescente, ruídos articulares (34%), dores no pescoço e/ou ombro e dores musculares durante a mastigação (32%); no grupo controle, os sintomas foram dores de cabeça (24%), dores no pescoço e/ou ombros (20%), dores de ouvido e ruídos articulares (16%).

Serralta et al. (2003) utilizaram o questionário de triagem de DTM de Okeson numa amostra de 229 estudantes de odontologia da ULBRA, Canoas. Os resultados atestam a alta prevalência de sintomas de DTM na população estudada, especialmente no gênero feminino. Dentre os sintomas que mais se destacaram estão dores de cabeça (67%), ruídos articulares (43%), dores na face, nos maxilares ou na ATM (35%) e cansaço ou rigidez na face ou nos maxilares (30%).

Teixeira et al. (2003) pesquisando a intensidade da sintomatologia da DTM utilizando o índice de Helkimo avaliaram setenta pacientes com diagnóstico de DTM independente de gênero, raça e faixa etária. Foi possível observar uma maior freqüência na faixa etária de 21 a 30 anos, bem como predominância do gênero feminino. Houve maior intensidade do Índice Clínico de Disfunção (verifica a capacidade de movimentação, dor articular e/ou muscular e ruído) para o gênero feminino, com diferença estatisticamente significativa quando foi aplicado o teste t de

Student.

Tuz et al. (2003) realizaram um estudo no Departamento de Cirurgia Buco Maxilo Facial da Universidade de Ankara na Turquia e os dados foram coletados entre julho de 1997 a dezembro de 1998. Duzentos pacientes diagnosticados com DTM foram questionados em relação a queixas otológicas e 155 (77,5%) tinham ao menos uma. Otalgia, zumbido, vertigem e perda de audição foram apontadas por 64%, 59%, 50% e 36%, respectivamente, dos sujeitos com dor e disfunção miofascial; por 46%, 44%, 33% e 22% dos pacientes com desarranjos internos na ATM e por 62%, 46%, 42% e 21% dos pacientes tanto com dor e disfunção miofascial como desarranjos internos. Estatisticamente, quando comparado com o grupo controle, a incidência de queixas otológica foi bem maior no grupo com DTM. Foi utilizado o teste qui-quadrado para amostras k independentes.

Buscando determinar a prevalência de sinais e sintomas de DTM entre adultos a partir de vinte anos de idade em uma população rural da Alemanha, 7008 indivíduos de ambos os gêneros foram aleatoriamente selecionados por Gesch et al. (2004), com base nos registros oficiais de residência, para os quais foram enviados questionários adaptados a partir do roteiro para diagnóstico de DTM da Academia Americana de Dor Orofacial. A taxa de resposta foi de 69% (4289). Metade dos sujeitos (50%) apresentava um ou mais sinais ou sintomas de DTM. O gênero feminino mostrou maior prevalência para todos os sinais (1,2: 2,5) e sintomas (1,6: 2,3) em relação ao masculino. Entretanto, essas diferenças não foram significantes em relação aos grupos etários, com exceção da crepitação e limitação de abertura, que aumentou significativamente com o aumento da idade em ambos os gêneros.

Queixas otológicas secundárias, isto é, não causada por uma patologia primária no ouvido, são bastante comuns. A principal delas é a otalgia. A partir de

um questionário desenvolvido pelo pesquisador e composto por dados demográficos, presença de otalgia, dor na ATM, dor de cabeça recorrente e dor no pescoço e ombro, enviado aleatoriamente a 2500 pessoas, foram selecionados 100 indivíduos com otalgia (91 secundárias e nove primárias). Os indivíduos selecionados foram examinados clinicamente com o auxílio de um otorrinolaringologista e entre os 91 sujeitos com otalgia secundária, em 20% dos casos foi considerado que o sintoma estava relacionado à DTM e em 30% dos casos estava associado com DTM e disfunção cerval espinal (DCS) associadas (Kuttila et al., 2004).

Pereira Junior et al. (2004) realizaram um estudo cujo objetivo era discutir os aspectos referentes à epidemiologia e etiologia das DTM baseado na revisão da literatura e as palavras chaves pesquisadas foram: Disfunção Temporomandibular, DTM, etiologia e epidemiologia. Concluíram que sinais e sintomas de DTM são comuns na população em geral, mas a simples presença de sinais e sintomas não permite conclusões sobre o grau de incapacidade do indivíduo e não deve ser traduzida como necessidade de tratamento. Verificaram também que a prevalência de sinais e sintomas é baixa em criança, aumenta em adolescentes e adultos jovens e a partir dos 45 anos de idade começa a decrescer, sendo rara em idosos.

Num estudo que avaliou 217 jovens com idade entre 12 e 18 anos (120 mulheres e 97 homens) Bonjardim et al. (2005) aplicaram um questionário anamnético e em seguida os jovens foram examinados observando-se os sinais e sintomas clínicos de DTM. Concluiu-se que em adolescentes a prevalência de DTM foi alta e os sinais e sintomas mais prevalentes foram: ruído articular (27%) e dor de cabeça (22%). Não houve diferença significativa entre os gêneros ($p > 0,05$ - Teste exato de Fisher).

Investigar a prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular e as variáveis associadas foi o objetivo do estudo longitudinal de Magnusson et al. (2005). Eles selecionaram aleatoriamente 402 crianças (194 do gênero feminino e 208 do gênero masculino) na idade de 7 (n=136), 11 (n=131) e 15 (n=135) anos, moradores da cidade de Varberg - Suécia. Foram avaliados através de um questionário e exame clínico; o mesmo procedimento de exame foi repetido em três tempos depois: cinco, dez e vinte anos. Os autores concluíram que: sinais e sintomas de DTM flutuaram e o progresso para dor e disfunção grave foi raro; a prevalência aumentou para adulto jovem; a diferença no gênero nos sinais e sintomas foi pequena na infância, mas na adolescência mulheres relataram mais sintomas e exibiram mais sinais que homens.

Schmitter et al. (2005) avaliaram a prevalência de sinais e sintomas de DTM em indivíduos idosos selecionados em abrigos da Alemanha. Foram avaliados 58 indivíduos idosos e 44 indivíduos jovens (grupo controle selecionado entre os empregados da universidade) usando o protocolo proposto por Dworkin e LeResche que é o critério de diagnóstico para pesquisa em DTM. Os autores concluíram que, embora indivíduos mais velhos exibissem sinais objetivos (sons articulares) mais freqüentemente, eles raramente sofriam de dor e não visitavam os dentistas para tratamento de DTM. Em contraste, indivíduos mais jovens raramente mostraram sinais objetivos de DTM, mais freqüentemente sofreram sinais subjetivos (dor muscular na palpação) e dor facial. Estes mais freqüentemente visitavam dentista para resolverem seus problemas de DTM. A mobilidade de abertura da boca foi reduzida no grupo etário mais velho.

Buscando fornecer uma visão geral dos trabalhos atuais sobre a resposta à dor em relação as variáveis gênero e idade, Shinal & Fillingim (2007) realizaram

uma revisão das pesquisas sobre dor, enfocando principalmente a dor orofacial e observaram uma maior sensibilidade dolorosa entre as mulheres. O gênero feminino e masculino apresenta respostas diferentes frente ao tratamento farmacológico para dor, embora os mecanismos não estejam completamente esclarecidos. Os autores apontaram para a necessidade de pesquisas futuras buscando identificar os marcadores relacionados ao gênero que possam distinguir os indivíduos com propensão a desenvolver dor crônica, pois o avanço do conhecimento relativo ao gênero, idade e dor significa um passo promissor em direção a técnicas de diagnóstico e métodos de tratamento precisos.

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar as características dos sinais e sintomas relatados como queixa principal pelos primeiros 200 pacientes atendidos na clínica do I Mestrado em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM e DOF) do Centro de Pós-Graduação Odontológica São Leopoldo Mandic (CPO SLM) - Campinas-SP, buscando resposta para as seguintes questões:

- a) qual a queixa ou motivo mais freqüente que leva os pacientes a procurarem tratamento?
- b) existe diferença entre os tipos de queixas em relação ao gênero e faixa etária?
- c) por quanto tempo o paciente convive com a queixa até procurar tratamento?
- d) nos casos de queixa de dor, qual a região mais apontada como dolorosa e a intensidade média da dor?

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Liberação pelo comitê de ética e pesquisa

O Projeto de Pesquisa referente a este trabalho foi entregue na Secretaria de Pós-Graduação do CPO - São Leopoldo Mandic, no dia 28/08/2006, com número de protocolo nº. 06/348 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, instituído nesta Universidade de acordo com a resolução 196/1.996 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, em reunião realizada no dia 14/11/2006 (Anexo F).

4.2 Amostragem

Este trabalho caracteriza-se por ser um estudo transversal do tipo retrospectivo, onde foram avaliadas as fichas dos duzentos primeiros pacientes, independente de gênero e idade, a contar do início das atividades (abril/2005) da clínica do curso de Mestrado em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM e DOF) da Faculdade de Odontologia e Centro de Pós-Graduação São Leopoldo Mandic (CPO SLM).

As fichas fazem parte do protocolo de atendimento do curso e estão sob a guarda de seu coordenador, o Prof. Antônio Sérgio Guimarães, que forneceu o termo de responsabilidade que autorizou a coleta dos dados. A identificação dos pacientes foi preservada.

4.3 Delineamento experimental

Nas fichas foram tabulados os seguintes dados:

- a) gênero e idade;
- b) queixa principal, motivo pelo qual o paciente procurou atendimento (podendo haver mais de uma), e duração de cada queixa;
- c) nos casos em que a queixa principal foi dor, foram colhidos na história pregressa da moléstia atual (HPMA) os dados referentes à:
 - região afetada;
 - tipo de dor;
 - intensidade da dor.

Embora na queixa principal descrita pelo paciente possam estar registrados termos usados popularmente, procuramos interpretá-los e transcrevê-los na forma de termos técnicos que estão descritos e agrupados no Quadro 1.

GRUPOS DE QUEIXAS	SUBGRUPOS E CARACTERÍSTICAS
1 - SONS	a) estalos, cliques. b) crepitação (paciente relata som de areia ou catraca de bicicleta). c) zumbido, zunido.
2 - DOR	-----
3 - LIMITAÇÕES DOS MOVIMENTOS	a) travamento aberto (dificuldade ou incapacidade de fechar a boca após o movimento de abertura). b) travamento fechado (dificuldade ou incapacidade de abrir a boca). c) movimentos irregulares (tremores, repuxamentos, boca torta).
4 - BRUXISMO/APERTAMENTO	Ranger, apertar ou esfregar os dentes, acordado ou dormindo.
5 - OUTRAS ALTERAÇÕES	a) perda ou diminuição da audição. b) vertigem/tontura. c) náusea/vômito. d) sensação de ouvido tampado. e) mordida desconfortável, alterações na oclusão, desgastes dentários. f) assimetria facial.

Quadro 1 - Descrição das queixas principais.

Utilizamos a terminologia das regiões anatômicas conforme padronizado pelo curso de Mestrado em DTM e DOF (Anexo A); os tipos de dor conforme livre descrição do paciente e agrupadas conforme representado no Quadro 2; e a intensidade da dor baseada numa escala visual analógica (EVA), também adotada pelo referido curso, com notas de zero a dez (Anexo B).

GRUPOS	CARACTERÍSTICAS
GRUPO 1	Latejante, pulsátil.
GRUPO 2	Cansada, pesada, tensa, de aperto.
GRUPO 3	Perfurante, físgada, pontada, agulhada.
GRUPO 4	Queimação, ardência.
GRUPO 5	Não soube descrever.
GRUPO 6	Irritante, chata.
GRUPO 7	Dormência, formigamento.
GRUPO 8	Choque.

Quadro 2 - Tipos de dor.

4.4 Análise estatística

Após a coleta de dados os mesmos foram submetidos a análise estatística para avaliar e comparar as variáveis gênero, idade e duração da queixa com os sinais e sintomas de DTM, bem como com os tipos, região afetada e intensidade da dor. As variáveis qualitativas foram representadas por frequência absoluta (n) e relativa (%) e as quantitativas por média, desvio padrão (dp), valores mínimo e máximo. A presença de associação entre gênero e faixa etária e a presença de queixas foi avaliada pelo Teste do Qui-quadrado ou Teste exato de

Fisher. Foi adotado o nível de significância de 0,05 ($\alpha=5\%$) e níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes. Todas as análises foram realizadas pelo programa estatístico SPSS versão 12.0 for Windows (Microsoft Corporation). Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos.

4.5 Levantamento bibliográfico

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura utilizando capítulos de livros, artigos de revistas e teses. O levantamento bibliográfico foi realizado em bibliotecas, em referências de referências e nas bases de dados eletrônicas BBO, LILACS, MEDLINE e PUBMED, empregando os seguintes unitermos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa: disfunção temporomandibular (DTM), queixa principal, fatores subjetivos, frequência e epidemiologia; *disfunción temporomandibular (DTM), queja principal, frecuencia, factores* subjetivos e epidemiologia; temporomandibular *disorders* (TMD), *chief complaint, frequency* e *epidemiology*.

Foram incluídos os trabalhos que apresentavam estudos epidemiológicos sobre incidência e/ou prevalência de DTM em populações em geral ou amostras específicas, bem como os trabalhos que apresentavam estudos de frequência de sinais e sintomas de DTM em amostra de pacientes. Os trabalhos de revisão da literatura que abordavam a epidemiologia das DTM também foram aproveitados, bem como trabalhos específicos sobre as características (tipo, intensidade e localização) do sintoma dor como consequência das DTM.

Foram excluídos os trabalhos que embora apresentem as palavras-chave, mas que lendo os resumos não apresentavam correlação com o tema estudado.

5 RESULTADOS

Dos duzentos pacientes que compuseram a amostra, 162 (81%) são do gênero feminino e 38 (19%) do gênero masculino (gráfico 1). A idade média foi de 36,5 anos, variando de nove a 82 anos. A distribuição da amostra por faixa etária encontra-se representada no gráfico 2.

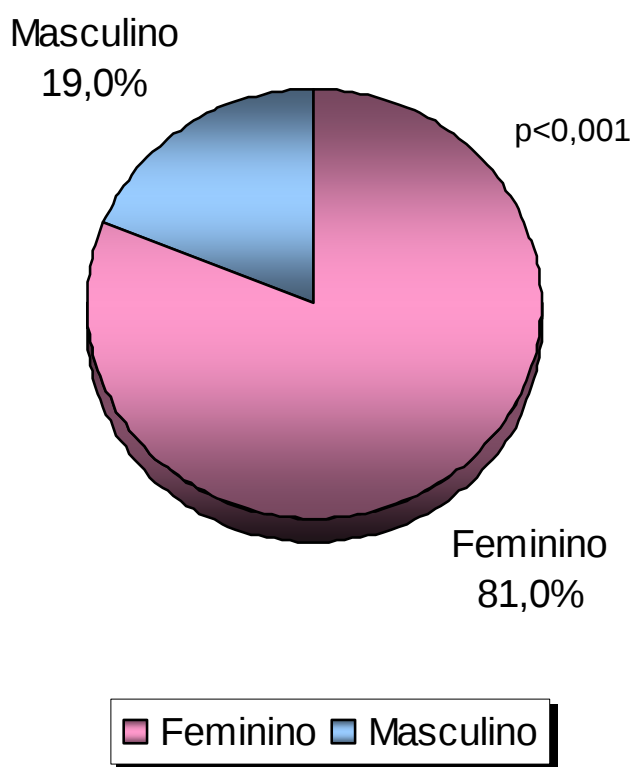


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por gênero.

$p < 0,001$

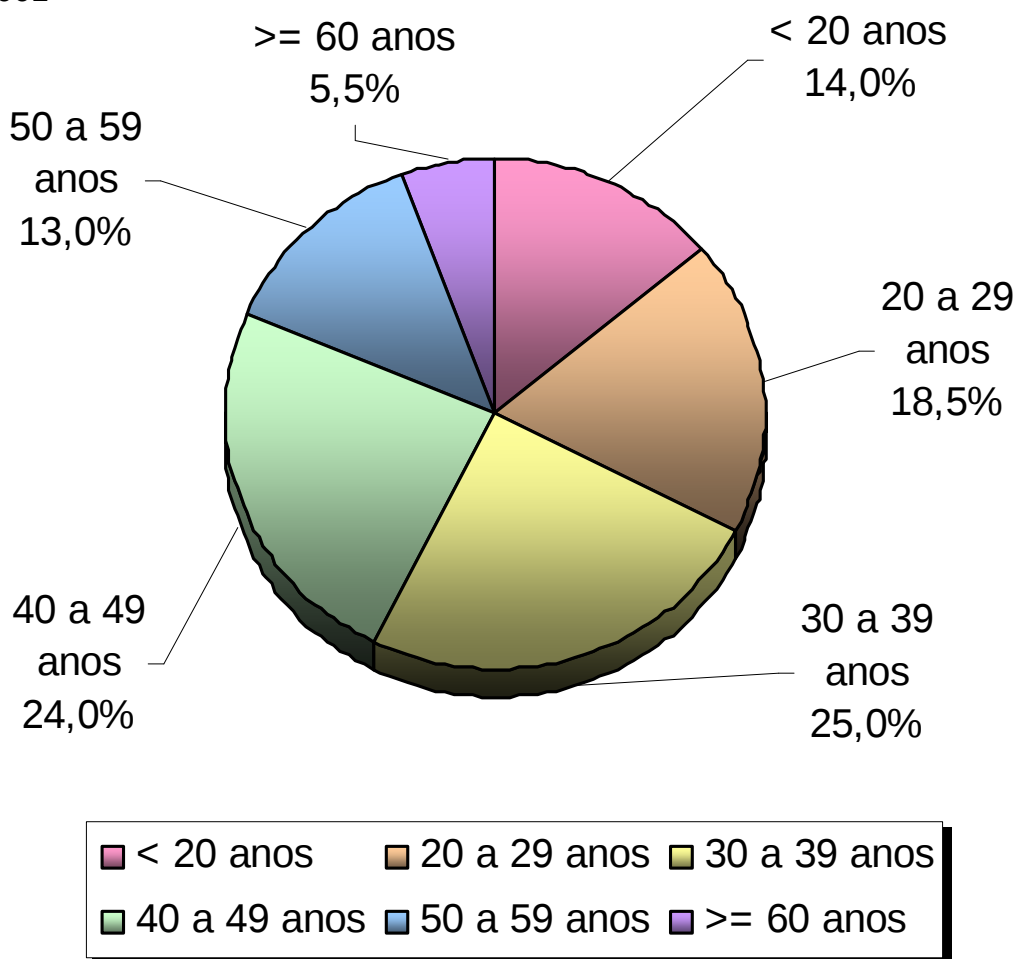


Gráfico 2 - Distribuição da amostra por faixa etária.

Dor foi a queixa principal mais frequente, sendo o motivo de procura para tratamento de 86% dos pacientes, seguida pelas queixas de sons, que foi relatada por 21% dos pacientes, limitações dos movimentos (10%), bruxismo/apertamento (9%) e outras alterações (4%); apresentadas agrupadas no gráfico 3 e isoladas no gráfico 4 (Quadro 1 na seção Metodologia).

Considerando que um mesmo paciente apresenta mais de uma queixa, a associação dor + estalo foi a mais freqüente citada pelos pacientes (10%), seguida por dor + bruxismo/apertamento (6%) (Anexo C).

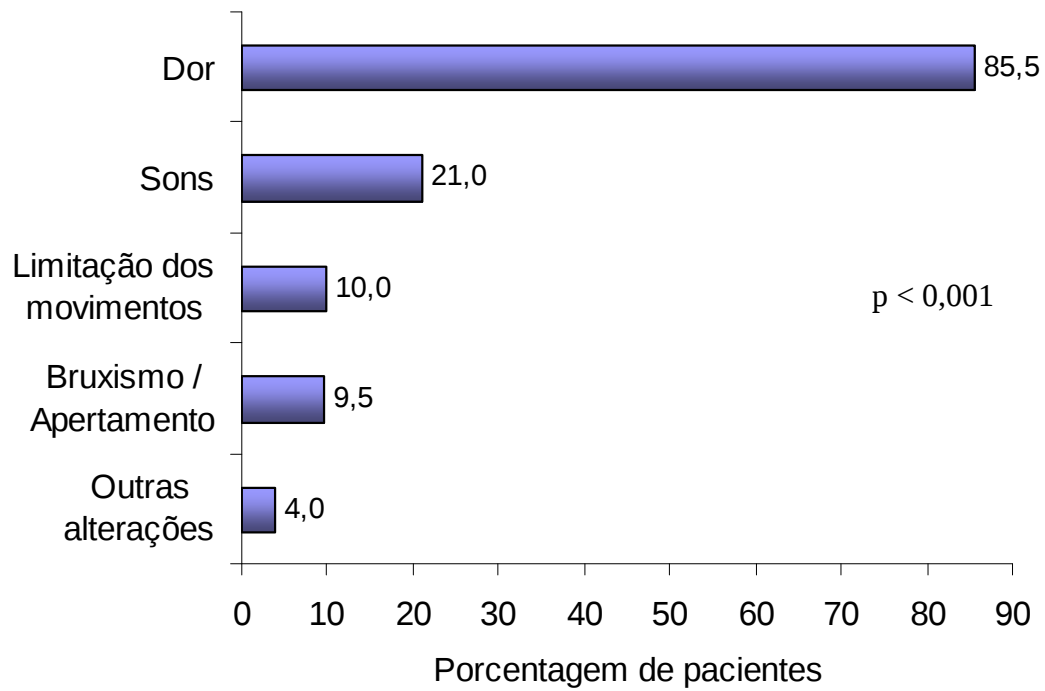


Gráfico 3 - Frequência das queixas principais, agrupadas.

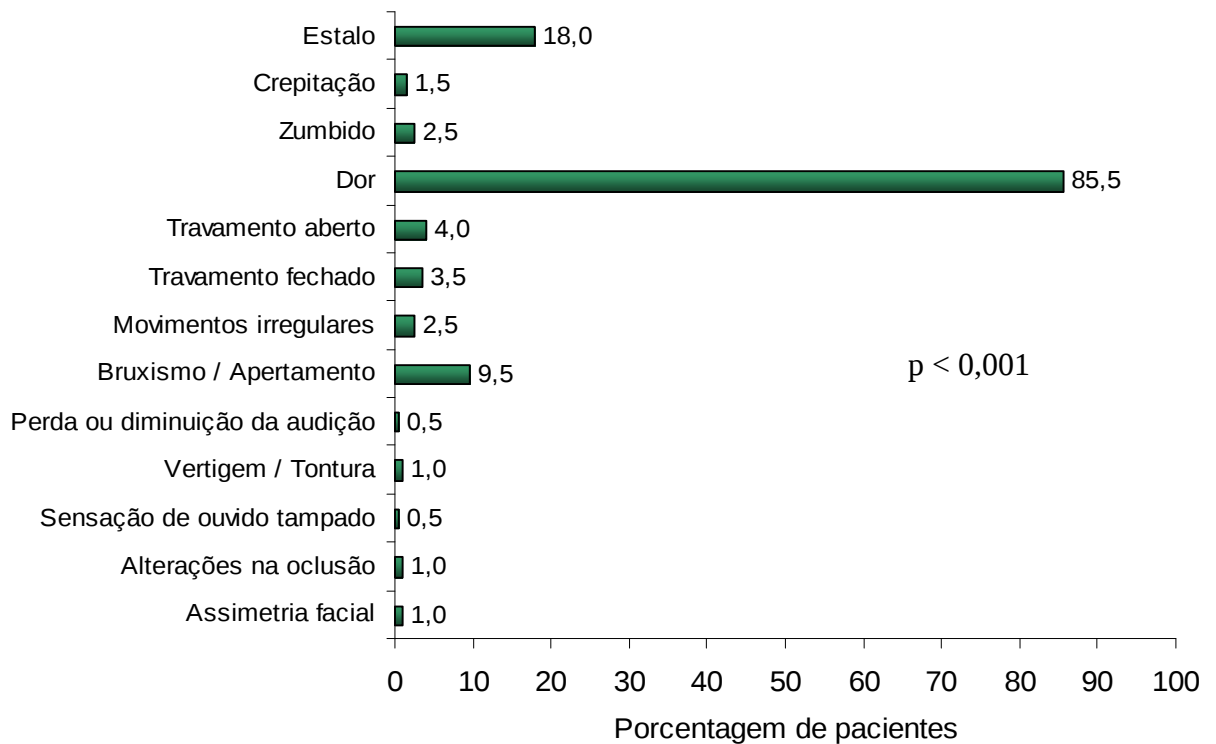


Gráfico 4 - Frequência das queixas principais, isoladas.

Em relação ao gênero, a queixa dor foi significativamente mais presente em mulheres (88%) do que em homens (74%) ($p=0,022$); enquanto a queixa bruxismo/apertamento foi significativamente mais presente em homens (24%) do que em mulheres (6%) ($p=0,003$), conforme demonstrado na tabela 1. Para as demais queixas os resultados foram não significantes ($p>0,05$ em todas as comparações).

Tabela 1 - Associação queixa principal e gênero.

Queixas - n (%)	Gênero		p
	Feminino (n = 162)	Masculino (n = 38)	
Sons			
Ausente	125 (77,2)	33 (86,8)	0,187
Presente	37 (22,8)	5 (13,2)	
Dor			
Ausente	19 (11,7)	10 (26,3)	0,022*
Presente	143 (88,3)	28 (73,7)	
Limitação dos Movimentos			
Ausente	146 (90,1)	34 (89,5)	1,000
Presente	16 (9,9)	4 (10,5)	
Bruxismo/Apertamento			
Ausente	152 (93,8)	29 (76,3)	0,003*
Presente	10 (6,2)	9 (23,7)	
Outras Alterações			
Ausente	156 (96,3)	36 (94,7)	0,649
Presente	6 (3,7)	2 (5,3)	

Na análise entre faixa etária dos pacientes e tipos de queixas (tabela 2),

todos os resultados foram não significantes ($p > 0,05$ em todas as comparações), não havendo, portanto, associação estatística.

Tabela 2 - Associação queixa principal e faixa etária.

Queixas - n (%)	Idade (anos)						p
	<20 (n = 28)	20 a 29 (n = 37)	30 a 39 (n = 50)	40 a 49 (n = 48)	50 a 59 (n = 26)	≥60 (n = 11)	
Sons							
Ausente	20 (71,4)	27 (73,0)	44 (88,0)	35 (72,9)	24 (92,3)	8 (72,7)	0,104
Presente	8 (28,6)	10 (27,0)	6 (12,0)	13 (27,1)	2 (7,7)	3 (27,4)	
Dor							
Ausente	7 (25,0)	7 (18,9)	6 (12,0)	5 (10,4)	2 (7,7)	2 (18,2)	0,430
Presente	21 (75,0)	30 (81,1)	44 (88,0)	43 (89,6)	24 (92,3)	9 (81,8)	
Limitação dos Movimentos							
Ausente	25 (89,3)	34 (91,9)	44 (88,0)	45 (93,8)	24 (92,3)	8 (72,7)	0,548
Presente	3 (10,7)	3 (8,1)	6 (12,0)	3 (6,3)	2 (7,7)	3 (27,3)	
Bruxismo/Apertamento							
Ausente	28 (100,0)	31 (83,8)	46 (92,0)	42 (87,5)	23 (88,5)	11 (100,0)	0,071
Presente		6 (16,2)	4 (8,0)	6 (12,5)	3 (11,5)		
Outras Alterações							
Ausente	27 (96,4)	36 (97,3)	47 (94,0)	45 (93,8)	26 (100,0)	11 (100,0)	0,519
Presente	1 (3,6)	1 (2,7)	3 (6,0)	3 (6,3)			

Considerando o tempo que o paciente apresenta a queixa, bruxismo/apertamento foi a que obteve a maior média de duração (82,9 meses), variando de quatro a 312 meses, seguido em ordem decrescente por dor, outras alterações, limitação nos movimentos e sons (gráfico 5).

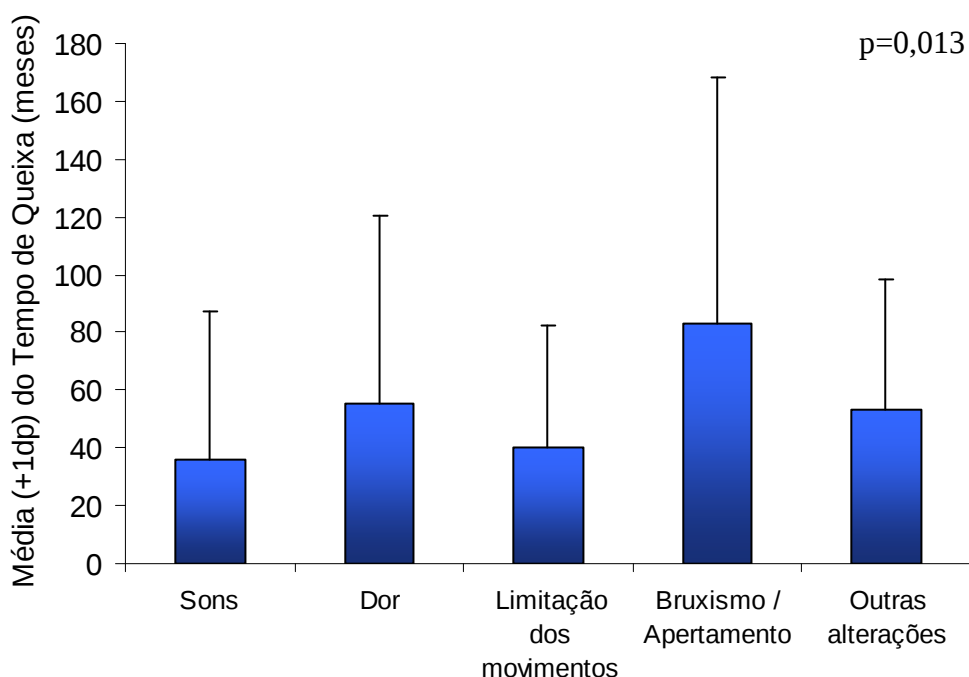


Gráfico 5 - Tempo médio que o paciente apresenta a queixa (meses).

Numa avaliação isolada, a região dolorosa mais frequentemente citada foi a parotídeo-massetérica, que apareceu em 53% dos pacientes, seguida pelas regiões temporal (21%), pré-auricular (19%) e frontal (11%) (gráfico 6). Contudo, levando-se em consideração as diversas combinações entre regiões de dor, a região parotídeo-massetérica foi responsável pela queixa como única região dolorosa em 30% dos pacientes, seguida pela região pré-auricular (11%), pela associação parotídeo-massetérica + temporal (7%) e pela região temporal (6%) (Anexo D).

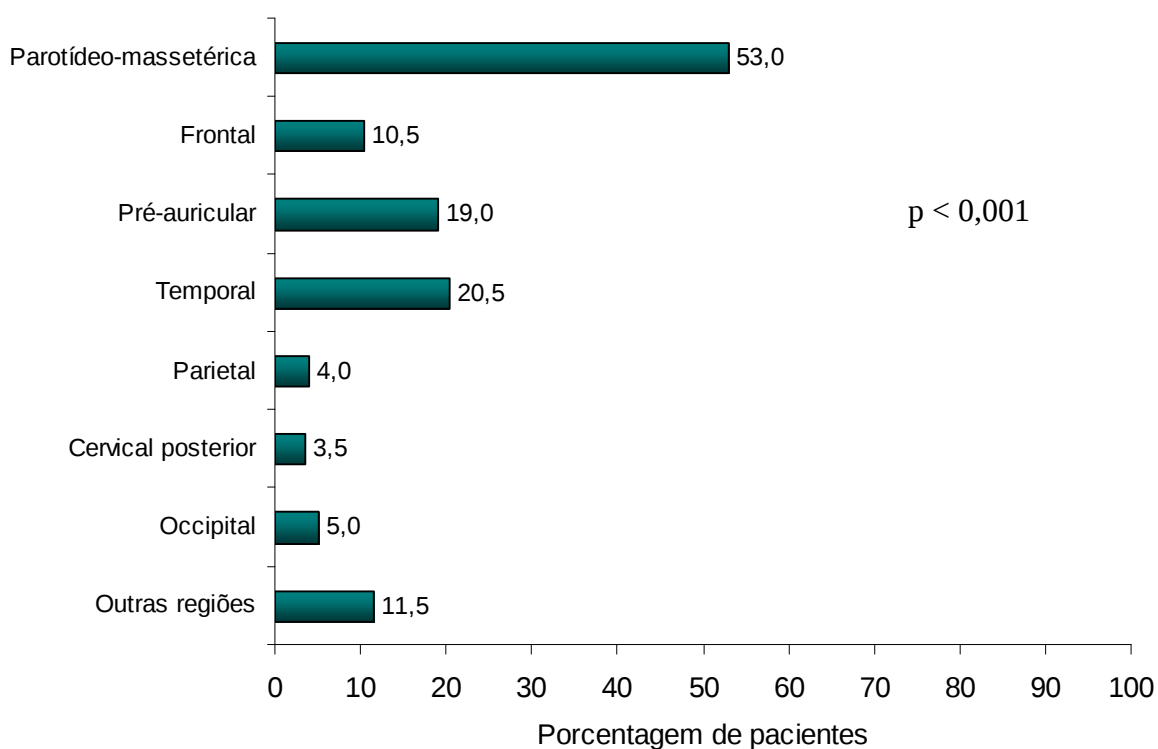


Gráfico 6 - Frequência das regiões citadas como dolorosas.

Considerando as regiões mais freqüentemente apontadas como de sensibilidade dolorosa, verificou-se que para a região parotídeo-massetérica os tipos de dor do grupo 2 foram mais comuns em 55% dos casos; para a região temporal 32% (grupo 2) e 29% (grupo 1); para a região pré-auricular 29% (grupo 2), 26% (grupo 1) e 21% (grupo 6); e para a região frontal os tipos de dor do grupo 1 (62%) foram as mais comumente citadas (gráfico 7).

Considerando as regiões mais freqüentemente apontadas como de sensibilidade dolorosa, o valor médio de intensidade de dor avaliada pela EVA foi de 6,4 para a região parotídeo-massetérica; 6,9 para região temporal; 6,4 para região pré-auricular e 8,2 para região frontal (gráfico 8).

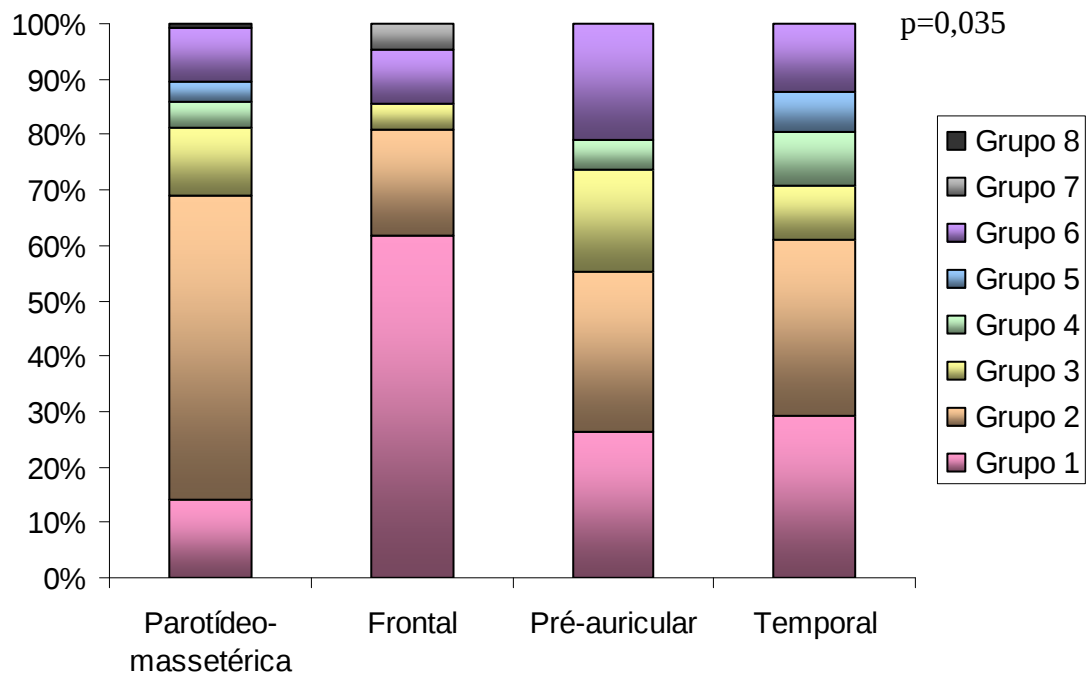


Gráfico 7 - Frequência dos tipos de dor¹ nas regiões mais citadas como dolorosas.

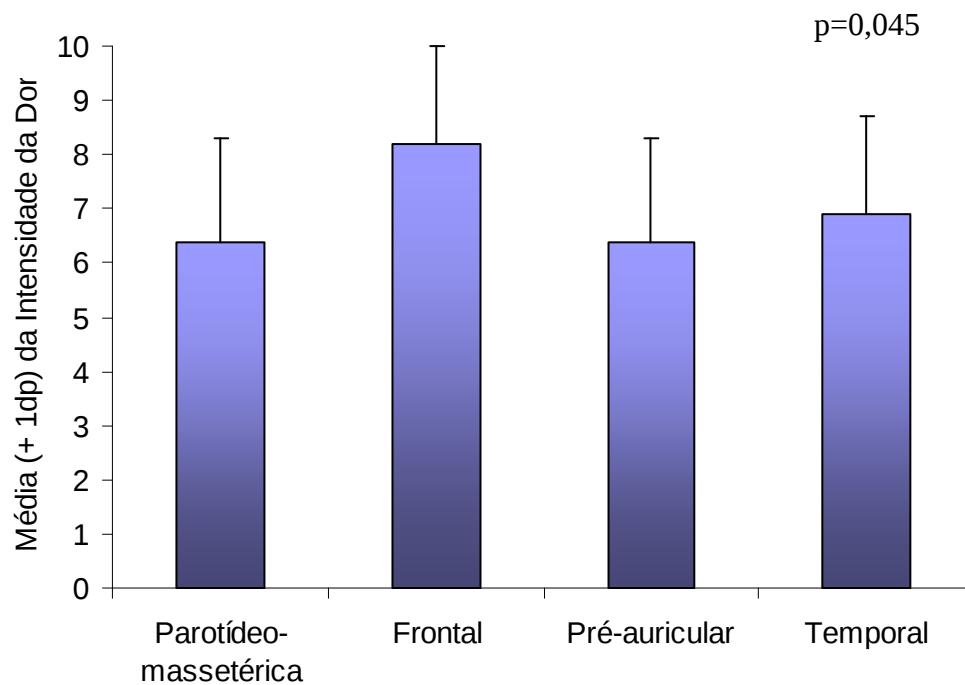


Gráfico 8 - Intensidade média da dor nas regiões mais citadas como dolorosas.

¹ Ver Quadro 2 na seção Metodologia.

6 DISCUSSÃO

Estudos epidemiológicos dos sinais e sintomas das DTM foram primeiramente realizados na Escandinávia e no norte europeu no começo dos anos 70. Mais tarde foram publicadas pesquisas na maioria das outras partes do mundo (Carlsson et al., 2006).

Quanto à amostra estudada, esses estudos epidemiológicos podem ser de dois tipos: aqueles realizados em pacientes que procuram atendimento (estudo de casuística) ou aqueles realizados em grupos aleatórios (amostras populacionais) (Greene, Marbach, 1982).

Este trabalho é um estudo transversal do tipo retrospectivo em pacientes que procuraram tratamento para DTM. 81% destes pacientes foram do gênero feminino e apenas 19% do gênero masculino, concordando com os trabalhos de Bonacci et al. (1992), Oliveira (1992), Koidis et al. (1993), Zanettini & Zanettini (1999), Teixeira et al. (2003), que utilizaram metodologia semelhante (estudo de casuística) e também verificaram que o gênero feminino é mais freqüente entre as pessoas que procuram tratamento para DTM.

Esta predominância do gênero feminino em procurar tratamento pode ser considerada um reflexo do quadro de DTM na população em geral, pois trabalhos que estudaram grandes amostras populacionais apontam para uma alta prevalência de DTM, com resultados variando de 20% a 88% das pessoas como tendo algum sinal ou sintoma (Carlsson, 1984; Rugh, Solberg, 1985) e nestes casos, também citam o gênero feminino como sendo o mais freqüentemente atingido (Agerberg, Carlsson, 1972; Agerberg, Carlsson, 1973; Solberg et al., 1979; Zulqarnain et al.,

1998; Chuang, 2002; Conti, 2003; Pedroni et al., 2003; Serralta et al., 2003; Gesch et al., 2004).

Helkimo (1976) concordou que o gênero feminino procura mais tratamento, porém o autor não considerou isso um reflexo da distribuição de DTM na população em geral, pois para ele, não existem grandes diferenças na frequência dos sintomas entre os gêneros quando se estuda amostras aleatórias. Glass et al. (1993), estudando 534 pessoas selecionadas aleatoriamente na lista telefônica também não relataram que os sinais e sintomas de DTM sejam mais frequentes entre o gênero feminino. Smith (1976) afirmou que o gênero feminino procura mais tratamento simplesmente porque de uma maneira geral cuida mais da saúde. Vale salientar que é uma afirmação que carece de maior embasamento científico.

Wänman & Agerberg (1986a) e Bonjardim et al. (2005), em amostras compostas por adolescentes, não encontraram diferença na prevalência de DTM entre os gêneros. Bonjardim et al. (2005) justificaram isto devido ao fato de que a amostra sendo composta por adolescentes, muitos deles provavelmente ainda não foram atingidos pelos efeitos da puberdade e que os sinais e sintomas de DTM tendem a ocorrer mais frequentemente em mulheres após a puberdade e no pico do período de reprodução.

Na distribuição dos pacientes por faixa etária, foi encontrada uma maior frequência para os grupos de 30-39 anos (25%) e 40-49 anos (24%), que somados correspondem a quase metade dos pacientes estudados. Para Helkimo (1974), a faixa etária mais freqüente se inicia aos 35 anos e se estende até os 44 anos e para Zanettini & Zanettini (1999) fica entre 20 e 40 anos, fazendo uma interseção com os resultados desta pesquisa, que incluem os grupos dos 30-39 e 40-49 anos como os mais frequentes.

Em contra partida, trabalhos como os de Oliveira (1992) e Teixeira (2003) indicaram a faixa etária dos 20-30 anos como sendo a mais frequente. Nesta pesquisa, esse grupo correspondeu apenas ao terceiro lugar, com 18,5%.

Felício et al. (2003) demonstraram uma tendência de aumento da frequência de sinais e sintomas com o avançar da idade. A diferença deste trabalho em relação aos demais pode estar no tamanho da amostra, considerada pequena (42 pacientes) e/ou na forma de divisão em faixa etária, pois só foram considerados dois grupos: de 13 a 30 anos e de 31 a 67 anos.

Apesar das diferenças metodológicas encontradas entre esta pesquisa e os diversos trabalhos citados na revisão de literatura; desde o tipo de trabalho, passando pelo tipo e tamanho da amostra e chegando à própria divisão por faixa etária; observa-se em suma, que os grupos que ocupam os extremos na análise por faixa etária são os que apresentam menor frequência, expressando uma situação em que os sinais e sintomas de DTM são pouco frequentes na primeira e segunda década de vida, alcançam o ápice entre a terceira e a quinta décadas e voltam a diminuir a partir da sexta década. Esses resultados corroboram com autores que citaram que o grupo mais acometido por DTM são os adultos jovens (Rieder et al., 1983; Carlsson, 1984; Matsuka et al., 1996; Le Resche, 1997; Pereira Junior et al., 2004; Magnusson et al., 2005).

Ao se avaliar os sinais e sintomas mais frequentemente citados na queixa principal, ou seja, o motivo pelo qual o paciente procurou tratamento, a queixa dor foi o principal motivo pelo qual os pacientes procuraram tratamento (86%).

Conforme já havia sido citado por Greene & Marbach (1982) e Carlsson (1984), que realizaram trabalhos de revisão de literatura, existe uma dificuldade na padronização dos estudos. Dessa forma, muitas vezes são realizadas comparações

entre trabalhos com delineamento experimentais bem distintos, como por exemplo, as pesquisas onde os dados foram colhidos por meio de questionários comparados às pesquisas com exame clínico. E as situações onde sons são considerados sinais, sintomas ou não existe essa diferenciação.

Ainda que considerando as observações do parágrafo anterior, analisando os trabalhos citados na revisão da literatura, verifica-se que nos casos em que a amostra era composta de indivíduos aleatoriamente selecionados na população em geral, a conclusão a que se chegou foi de que a queixa de sons foi a mais freqüente (Hansson, Nilner, 1975; Molin et al., 1976; Gross, Gale, 1983; Shiau, Chang, 1992; Matsuka et al., 1996; Onizawa, Yoshida, 1996; Rahuala et al., 2000; Chuang, 2002; Pedroni et al., 2003; Serman et al., 2003; Gesch et al., 2004; Bonjardim et al., 2005; Schmitter et al., 2005).

Em contrapartida, nos casos de estudos em uma população de pacientes com DTM, semelhante a este estudo, a queixa dor foi mais citada (Magnusson, Carlsson, 1978; Bonacci et al., 1992; Oliveira, 1992; Garcia, Sousa, 1998; Zanettini, Zanettini, 1999; Felício et al., 2003).

Analisando os dados desta pesquisa, a presença de sons como queixa principal foi de 21%, considerada pequena quando comparada com os 86% relacionados à queixa de dor. Com base nos resultados dos trabalhos citados nos dois últimos parágrafos, observa-se que os sons articulares possam ser mesmo o sinal/sintoma mais frequente das DTM na população em geral, mas não o motivo principal para o paciente procurar tratamento. Na maioria das vezes o paciente só procura atendimento quando se queixa de dor.

Foi encontrada pouca representatividade, nos resultados desta pesquisa, em relação às queixas otológicas, quer seja otalgia (0%) ou outras alterações, como

zumbido (2,5%), sensação de plenitude no ouvido (ouvido tampado) (0,5%) e diminuição ou perda da audição (0,5%). O que discorda de autores como Tuz et al. (2003) e Kuttilla et al. (2004), que encontraram forte associação entre DTM e essas queixas.

O trabalho de Tuz et al. (2003), realizado num departamento de Cirurgia Buco Maxilo Facial, usa metodologia muito semelhante à deste trabalho, até a amostra é igual - duzentos pacientes - e encontra 155 (78%) deles com pelo menos uma queixa otológica, muito distante do total de 3,5% aqui encontrado.

Kuttilla et al. (2004) fizeram o caminho inverso. Selecionaram 100 pacientes com queixas otológicas, foram examinados por um Otorrinolaringologista, e verificaram em quantos destes pacientes esta queixa poderia ser secundária a uma DTM.

Não foi possível uma justificativa que explicasse a diferença entre os dados desta pesquisa e os encontrados na literatura, mas talvez seja o fato dos autores terem como objetivo provar a correlação entre DTM e queixas otológicas e com isso terem superestimado essas queixas nos pacientes.

Ao se correlacionar o tipo de queixa principal ao gênero, a queixa dor esteve mais presente entre o gênero feminino e a queixa bruxismo/apertamento entre o gênero masculino. Para as demais queixas os resultados foram estatisticamente semelhantes.

Outros autores também correlacionaram tipos de queixa principal ao gênero: Matsuka et al. (1996), Teixeira et al. (2003) e Gesch et al. (2004) indicaram que para todos os tipos de queixas principais o gênero feminino foi o mais freqüentemente associado; Rieder et al. (1983) indicaram dor como mais frequente

no gênero feminino e bruxismo no masculino, Oliveira (1992) encontrou a correlação dor para o gênero feminino e sons articulares para o gênero masculino e Chuang (2002) correlacionou sensação de tensão ao gênero feminino e sensibilidade dentária ao masculino.

Em relação ao gênero masculino, além dos resultados de Rieder et al. (1983), que corroboraram com os deste trabalho apontando o bruxismo como mais frequente para esse gênero, outra associação que pode ser feita entre a literatura e estes resultados diz respeito à sensibilidade dentária, que foi de 30% para os homens ($p < 0,05$) no trabalho de Chuang (2002), podendo ser consequência do bruxismo/apertamento, encontrado em 29% dos homens desta amostra ($p < 0,05$), mas isto seria apenas uma hipótese, já que existem muitas outras causas de sensibilidade dentária, que na verdade trata-se de uma patologia oclusal e não uma DTM.

Quanto ao gênero feminino, sugere-se que pesquisas mais avançadas sejam realizadas buscando encontrar a relação entre esse gênero e DTM, principalmente quanto ao sintoma dor, pois parece existir forte correlação entre essas duas variáveis. Inclusive, Shinal & Fillingim (2007), num trabalho de revisão de literatura enfocando principalmente a dor orofacial, observaram uma maior sensibilidade dolorosa entre as mulheres, embora os mecanismos ainda não estejam completamente esclarecidos. Os autores apontaram para a necessidade de mais pesquisas relacionadas ao gênero que possam distinguir os indivíduos com propensão a desenvolver dor crônica.

Os resultados foram não significativos na análise entre a faixa etária dos pacientes e os tipos de queixas, não existindo associação estatística entre elas. Pesquisas, como as de Oliveira (1992) e Garcia & Souza (1998), também não

encontraram relação estatística entre faixa etária e sinais e sintomas de DTM.

Outros autores, como Agerberg & Carlsson (1973) apontaram dor como mais freqüente em jovens e restrição dos movimentos mandibulares como mais freqüente em idosos, a semelhança de Schmitter et al. (2005), que afirmaram que a limitação de abertura aumentou com a idade.

A presença de crepitação ao se realizar movimentos mandibulares foi apontada por Matsuka et al. (1996), nas faixas etárias mais avançadas e Gesch et al. (2004), também demonstraram que crepitação associada à limitação de abertura aumentaram significativamente com o avançar da idade. Embora esses dados não possam ser utilizados para chegar a uma conclusão definitiva, eles sustentam a hipótese de que tais alterações sejam derivadas do desgaste natural que a ATM sofre por ação do tempo, à semelhança das outras articulações do organismo.

O tempo citado pelos pacientes desta amostra como sendo o início da queixa variou de três dias a 312 meses/26 anos (média=53,64 meses/4,47 anos). Felício et al. (2003) encontraram uma variação temporal de queixa de seis meses a 23 anos (média=6,26 anos). Esses dados sugerem a característica de longa duração para as DTM.

A queixa bruxismo/apertamento foi a que obteve maior média de duração (82,9 meses), seguida em ordem decrescente por dor (55,7 meses), outras alterações (53,4 meses), limitações dos movimentos mandibulares (40 meses) e presença de sons articulares (36,2 meses). A observação destes dados leva a sugerir inúmeras outras possibilidades de pesquisa, tanto avaliando esses pacientes retrospectivamente, ou seja, se houve ou não tratamentos anteriores, bem como prospectivamente. Onde o objetivo seria avaliar a interferência dos tratamentos realizados na duração dessas queixas, bem como a possível característica cíclica

das DTM, verificando se ocorre ou não a remissão espontânea de alguns dos sinais e sintomas ao longo do tempo, conforme concluiu os trabalhos longitudinais de Onizawa & Yoshida (1996), Magnusson et al. (2000) e Magnusson et al. (2005), que afirmaram que os sinais e sintomas flutuaram ao longo do tempo e a evolução para casos graves foi rara.

Considera-se uma limitação desta pesquisa, o fato de que muitos pacientes apresentavam mais de uma queixa e embora as queixas associadas tenham sido desmembradas e os duzentos pacientes apresentaram 260 queixas no total, a maior parte deles relatou o mesmo tempo de duração para todas as queixas citadas, dessa forma não foi possível supor que as mesmas fossem independentes e assim a única análise possível é a que foi feita: análise descritiva do tempo por queixa.

Ainda que essa suposição fosse feita, isto é, as queixas de um mesmo paciente tivessem durações diferentes (ex.: “sinto dor há 12 meses e ouço um zumbido há 24 meses”), a presença de dor foi muito superior à das demais queixas e estatisticamente não seria correto comparar, em relação aos valores de tempo, grupos de tamanhos tão diferentes, como, por exemplo, os casos de dor (86%) com os casos de zumbido (2,5%).

As DTM são frequentemente associadas com qualidade de vida, buscando sempre uma correlação entre causa ou consequência. Goddard & Karibe (2002) compararam DTM entre uma população urbana e outra rural, partindo do pressuposto que na zona rural a qualidade de vida seria melhor e estariam menos suscetíveis a DTM. Encontraram como resultado uma maior frequência de DTM na população urbana, concordando com Puri et al. (1994), que também encontraram uma maior prevalência nesta população. Mas os próprios autores são cautelosos em

concluir que novos estudos deveriam ser feitos com amostras mais representativas.

No sentido inverso Oliveira et al. (2003a) investigaram a queda na qualidade de vida como consequência da DTM e encontraram impacto negativo nas atividades do trabalho, da escola, no sono e na alimentação. Essa influência deve-se principalmente ao sintoma dor, que como pode ser observado em nossos resultados, é realmente o mais representativo entre as queixas citadas pelos pacientes.

A dor é descrita como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual potencial ou de fato ou, ainda, descrita em termos que sugerem tal dano (Merksey, Bogduk, 1994).

Na Odontologia, as dores podem ocorrer em associação com patologias de origem dentária, muscular, articular ou neurológica dentro do sistema estomatognático, sendo considerada como sintoma (Conti, 2003).

Quando são avaliados separadamente os pacientes que citaram a dor como um dos sintomas que os levaram a procurar tratamento, obtêm-se como resultado que as regiões mais citadas como dolorosas foram: parotídeo-massetérica, temporal, pré-auricular e frontal.

Na literatura estudada não há uma padronização em relação à definição ou diferenciação das áreas e estruturas anatômicas, sendo assim, cada autor poderia ter denominado de maneira diferente a mesma área ou estrutura anatômica. Dessa forma, considerando o mapa de regiões utilizado na coleta dos dados e que pode ser visto no Anexo A, quando alguns autores citam cefaléias, estas podem ser entendidas como dor nas regiões frontal, temporal, parietal ou occipital. Quando citam dor na ATM seria interpretado como dor na região pré-auricular, da mesma forma que dor no masseter seria dor na região parotídeo-massetérica, que é a área

superficial correspondente ao músculo.

Numa correlação entre cefaléias e DTM, Conti (2003) verificou que 54% dos que sofrem de DTM apresentam também cefaléia. Esse resultado assemelha-se ao desta pesquisa considerando os pacientes que citaram a região frontal e temporal como as mais doloridas.

Semelhanças ainda podem ser vistas quando se compara os resultados deste trabalho com os resultados de Wänman & Agerberg (1986b), que indicaram o músculo temporal (região temporal) e os resultados de Oliveira et al. (2003b), que apontaram dor sobre a ATM (região pré-auricular) e no músculo temporal (região temporal) entre as mais freqüentemente citadas pelos pacientes.

Cabe salientar que embora a dor na região parotídeo-massetérica tenha sido a mais frequentemente citada pelos pacientes desta pesquisa, essa região não foi apontada nos trabalhos revisados. Isso talvez se justifique pelas diferenças metodológicas entres os trabalhos.

Para avaliar as características e intensidade da dor a análise realizada foi também do tipo descritiva, pois devido a baixa representatividade de algumas regiões, comparações estatísticas ficaram prejudicadas. Dessa forma, consideraram-se apenas as quatro regiões mais citadas como dolorosas.

Nas regiões parotídeo-massetérica e temporal, as características de dor mais citadas foram dos tipos: cansada, pesada, tensa, de aperto. Na região com referência articular (pré-auricular), as características acima citadas foram seguidas de perto por outras como: latejante, pulsátil, irritante e chata. Por último, na região frontal a característica pulsátil e latejante sobressaiu-se muito em relação as demais. Esses resultados podem ser úteis no diagnóstico das DTM, pois de acordo com a

descrição da dor fornecida pelo paciente, pode-se ter uma melhor condição de realizar um diagnóstico diferencial.

Considerando a intensidade da dor, quando empregada uma escala analógica numérica, foi encontrado um valor em torno de seis para a maioria das regiões dolorosas, sendo considerado como mediano numa escala de zero a dez. Exceto para a região temporal que obteve um escore de 8,2. Esses dados corroboram com o trabalho de Oliveira et al. (2003b), que embora tenham empregado uma escala diferente (valor ponderado de dor numa escala de zero a cinco), também encontraram valores medianos para a maioria dos pacientes da amostra.

Ainda que seja preciso considerar o caráter subjetivo e individual da dor é possível sugerir que quando correlacionada à DTM, a mesma possa interferir muito mais na qualidade de vida do paciente devido a sua característica de longa duração, conforme já discutido, do que por sua intensidade, pois dificilmente é de caráter incapacitante.

Por fim, considerando que um dos objetivos do estudo epidemiológico é descrever as características de uma doença, conforme citado por Carlsson (1984), chega-se a conclusão que os resultados deste trabalho fornecem informações que auxiliam a traçar o perfil da maioria dos pacientes com DTM, que se caracteriza por ser do gênero feminino, adulto jovem (idade entre 20 e 49 anos), procura tratamento queixando-se de dor principalmente na região parotídeo-massetérica, apresenta essa dor há um tempo médio de 4,7 anos e com intensidade média de 6,9 numa escala de 0-10.

Novas pesquisas podem ainda ser realizadas aprofundando mais cada um dos tópicos aqui abordados, como também ampliando o tamanho da amostra ou ainda o acompanhamento em longo prazo destes pacientes.

7 CONCLUSÃO

Considerando a amostra estudada, conclui-se que:

- a) dor foi a queixa mais freqüente, sendo o motivo de procura para tratamento de 86% dos pacientes; seguido pela queixa de sons, que foi relatada por 21% dos pacientes; podendo aparecer isoladas ou associadas com outras queixas;
- b) em relação ao gênero, a queixa dor ($p=0,022$) foi significativamente mais presente no feminino (88%) do que no masculino (74%); enquanto a queixa bruxismo/apertamento ($p=0,003$) foi significativamente mais presente no masculino (24%) do que no feminino (6%);
- c) na análise de associação entre faixa etária dos pacientes e tipos de queixas, todos os resultados foram não significativos ($p>0,05$);
- d) o tempo médio de duração das queixas foi de 53,64 meses. A queixa bruxismo/apertamento foi a que apresentou maior tempo médio de duração (82,9 meses);
- e) a região dolorosa mais freqüentemente citada foi a parotídeo-massetérica, que apareceu em 53% dos pacientes, seguida pelas regiões temporal (20%), pré-auricular (19%) e frontal (10%);
- f) considerando as regiões mais frequentemente apontadas como de sensibilidade dolorosa, o valor médio de intensidade de dor avaliada pela EVA foi de 6,9.

REFERÊNCIAS²

- Agerberg G, Carlsson GE. Functional disorders of the masticatory system. II. Symptoms in relation to impaired mobility of the mandible as judged from investigation by questionnaire. *Acta Odontol Scand*. 1973 Dec;31(6):337-47.
- Agerberg G, Carlsson GE. Functional disorders of the masticatory system. I. Distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigation by questionnaire. *Acta Odontol Scand*. 1972 Dec;30(6):597-613.
- Bonacci CE, Syrop SB, Gold N, Israel H. Temporomandibular/facial pain. An epidemiological report. *N Y State Dent J*. 1992 May;58(5):30-3.
- Bonjardim LR, Gavião MB, Pereira LJ, Castelo PM, Garcia RC. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. *Braz Oral Res*. 2005 Apr-June;19(2):93-8.
- Carlsson GE, Magnusson T, Guimarães AS. Tratamento das disfunções temporomandibulares na clínica odontológica. São Paulo: Quintessence; 2006.
- Carlsson GE. Epidemiological studies of signs and symptoms of temporomandibular joint-pain-dysfunction. A literature review. *Aust Prosthodont Soc Bull*. 1984 Dec;14:7-12.
- Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 1999 Fall;13(4):232-7.
- Chuang SY. Incidence of temporomandibular disorders (TMDs) in senior dental students in Taiwan. *J Oral Rehabil*. 2002;29(12):1206-11.
- Conti PCR. Avaliação da prevalência das dores de cabeça primárias e seu relacionamento com sintomas de desordens temporomandibulares do campus da USP, na cidade de Bauru/SP. *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial*. 2003;8(2):49-56.
- De Kanter RJ, Truin GJ, Burgersdijk RC, Van 't Hof MA, Battistuzzi PG, Kalsbeek H et al. Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. *J Dent Res*. 1993 Nov;72(11):1509-18.
- Felício CM, Mazzetto MO, Bataglioni C, Silva MAMR, Hotta TH. Desordem temporomandibular: análise da frequência e severidade dos sinais e sintomas antes e após a placa de oclusão. *JBO J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2003 jan-fev;8(43):48-57.
- Fonseca DM, Bonfante G, Valle AC, Freitas STF. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO*. 1994 jan-fev;42(1):23-8.

² De acordo com o Manual de Normalização para Dissertações e Teses do Centro de Pós-Graduação CPO São Leopoldo Mandic, baseado no estilo Vancouver de 2007, e abreviatura dos títulos de periódicos em conformidade com o Index Medicus.

Garcia AR, Sousa V. Desordens temporomandibulares: causa de dor na cabeça e limitação da função mandibular. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1998;52(6):480-6.

Gesch D, Bernhardt O, Alte D, Schwahn C, Kocher T, John U 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 Feb;35(2):143-50.

Glass EG, McGlynn FD, Glaros AG, Melton K, Romans K. Prevalence of temporomandibular disorder symptoms in a major metropolitan area. *Cranio*. 1993 July;11(3):217-20.

Goddard G, Karibe H. TMD prevalence in rural and urban native American populations. *Cranio*. 2002 Apr;20(2):125-8.

Greene CS, Marbach JJ. Epidemiologic studies of mandibular dysfunction: a critical review. *J Prosthet Dent*. 1982 Aug;48(2):184-90.

Gross A, Gale EN. A prevalence study of the clinical signs associated with mandibular dysfunction. *J Am Dent Assoc*. 1983 Dec;107(6):932-6.

Hänsson T, Nilner M. A study of the occurrence of symptoms of diseases of the temporomandibular joint, masticatory musculature and related structures. *J Oral Rehabil*. 1975 Oct;2(4):313-24.

Helkimo M. Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system. *Oral Sci Rev*. 1976;7:54-69.

Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. IV. Age and sex distribution of symptoms of dysfunction of the masticatory system in Lapps in the north of Finland. *Acta Odontol Scand*. 1974;32(4):255-67.

Koidis PT, Zarifi A, Grigoriadou E, Garefis P. Effect of age and sex on craniomandibular disorders. *J Prosthet Dent*. 1993 Jan;69(1):93-101.

Kuttila S, Kuttila M, Le Bell Y, Alanen P, Suonpää J. Characteristics of subjects with secondary otalgia. *J Orofac Pain*. 2004 Summer; 18(3): 226-34.

LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1997;8(3):291-305.

Magnusson T, Carlsson GE. Recurrent headaches in relation to temporomandibular joint pain-dysfunction. *Acta Odontol Scand*. 1978;36(6):333-8.

Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain*. 2000 Fall;14(4):310-9.

Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary. *Acta Odontol Scand*. 2005 Feb;63(2):99-109.

Matsuka Y, Yatani H, Kuboki T, Yamashita A. Temporomandibular disorders in the adult population of Okayama City, Japan. *Cranio* 1996 Apr;14(2):158-62.

Merksey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

Molin C, Carlsson GE, Friling B, Hedegard B. Frequency of symptoms of mandibular dysfunction in young Swedish men. *J Oral Rehabil.* 1976 Jan;3(1):9-18.

Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Castro CES, Berzin F. Avaliação multidimensional da dor em portadores de desordem temporomandibular utilizando uma versão brasileira do questionário McGill de dor. *Rev Bras Fisioter.* 2003b maio-ago;7(2):151-8.

Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro SCE et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci.* 2003a abr-jun;11(2):138-43.

Oliveira W. Contribuição ao estudo da frequência de sintomas subjetivos, relatados como queixa principal, por pacientes com disfunção craniomandibular [dissertação]. São José dos Campos: Universidade Estadual Paulista; 1992.

Onizawa K, Yoshida H. Longitudinal changes of symptoms of temporomandibular disorders in japanese young adults. *J Orofacial Pain.* 1996 Feb;10(2):151-6.

Pedroni CR, Oliveira AS, Guaratini MI. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. *J Oral Rehabil.* 2003 Mar;30(3):283-9.

Pereira Junior FJ, Vieira AR, Prado R, Miasato JM. Visão geral das desordens temporomandibulares. *RGO.* 2004 abr-jun;52(2):117-21.

Puri P, Diamond M, Solomowitz BH, Sher MR. Temporomandibular disorders in an urban population. An epidemiological study. *N Y State Dent J.* 1994 Aug-Sept;60(7):42-3.

Rauhala K, Oikarinen KS, Järvelin MR, Raustia AM. Facial pain and temporomandibular disorders: an epidemiological study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Cranio.* 2000 Jan;18(1):40-6.

Rieder CE, Martinoff JT, Wilcox SA. The prevalence of mandibular dysfunction. Part I: Sex and age distribution of related signs and symptoms. *J Prosthet Dent.* 1983 July;50(1):81-8.

Rollman GB, Gillespie JM. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr Rev Pain.* 2000;4(1):71-81.

Rugh JD, Solberg WK. Oral health status in the United States: temporomandibular disorders. *J Dent Educ.* 1985 June;49(6):398-406.

Schmitter M, Rammelsberg P, Hassel A. The prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in very old subjects. *J Oral Rehabil.* 2005 July;32(7):467-73.

Serman RJ, Conti PCR, Conti JV, Salvador MCG. Prevalência de disfunção temporomandibular em pacientes portadores de prótese total dupla. *JBA J Bras Oclusão ATM Dor Orofac.* 2003 abr-jun;3(10):141-4.

Serralta FB, Martins EA, Chaves KB. DTM e problemas psicológicos em estudantes de odontologia. *JBA J Multidiscip Dor Crânio-Fac.* 2003 out-dez;3(12):312-5.

Shiau YY, Chang C. An epidemiological study of temporomandibular disorders in university students of Taiwan. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992 Feb;20(1):43-7.

Shinal RM, Fillingim RB. Overview of orofacial pain: epidemiology and gender differences in orofacial pain. *Dent Clin North Am*. 2007 Jan;51(1):1-18.

Smith JP. The pain dysfunction syndrome. Why females? *J Dent*. 1976 Nov;4(6):283-6.

Solberg WK, Woo MW, Houston JB. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *J Am Dent Assoc*. 1979 Jan;98(1):25-34.

Teixeira VCB, Matias KS, Procópio ASF, Luz JGC. Sintomatologia das disfunções da articulação temporomandibular conforme o gênero e a faixa etária por meio dos índices de Helkimo. *Rev Odontol UNICID*. 2003 maio-ago;15(3):193-9.

Tuz HH, Onder EM, Kisnisci RS. Prevalence of otologic complaints in patients with temporomandibular disorder. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2003 June;123(6):620-3.

Wanman A, Agerberg G. Mandibular dysfunction in adolescents. I. Prevalence of symptoms. *Acta Odontol Scand*. 1986a Feb;44(1):47-54.

Wanman A, Agerberg G. Mandibular dysfunction in adolescents. II. Prevalence of signs. *Acta Odontol Scand*. 1986b Feb;44(1):55-62.

Zanettini I, Zanettini UM. Desordens temporomandibulares: estudo retrospectivo de 150 pacientes. *Rev Cient AMECS*. 1999 jan-jun;8(1):9-15.

Zulqarnain BJ, Khan N, Khattab S. Self-reported symptoms of temporomandibular dysfunction in a female university student population in Saudi Arabia. *J Oral Rehabil*. 1998 Dec;25(12):946-53.

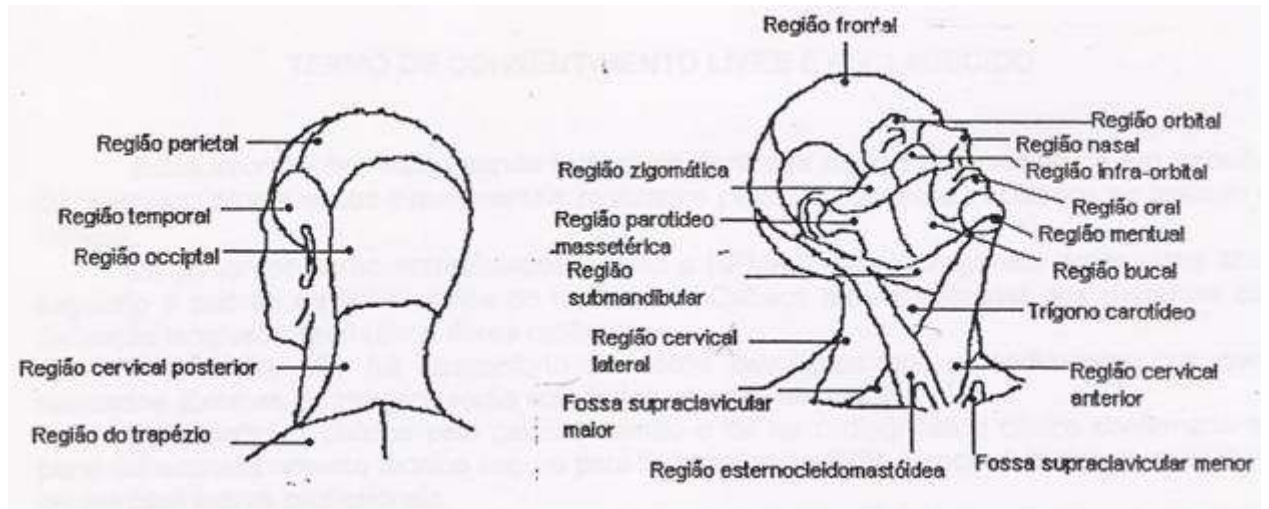
ANEXO A - REGIÕES PARA REFERÊNCIA DE DOR

Figura 1 - Regiões para referência de dor.

ANEXO B - ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA INTENSIDADE DE DOR

Figura 2 - Escala Visual Analógica (EVA) para intensidade de dor.

ANEXO C - FREQUÊNCIA DAS QUEIXAS PRINCIPAIS, ASSOCIADAS

Tabela 3 - Frequência das queixas principais, associadas.

Queixas – n (%)	(n = 200)
estalo	11 (5,5)
estalo + zumbido + dor	1 (0,5)
estalo + zumbido + dor + vertigem/tontura	1 (0,5)
estalo + dor	20 (10,0)
estalo + dor + perda ou diminuição da audição	1 (0,5)
estalo + travamento aberto + bruxismo/apertamento	1 (0,5)
estalo + travamento fechado	1 (0,5)
crepitação	1 (0,5)
crepitação + dor	1 (0,5)
crepitação + dor + travamento aberto	1 (0,5)
zumbido	1 (0,5)
zumbido + dor	2 (1,0)
dor + travamento aberto	4 (2,0)
dor + travamento fechado	3 (1,5)
dor + contrações musculares involuntárias	3 (1,5)
dor + bruxismo/apertamento	12 (6,0)
dor + vertigem/tontura	1 (0,5)
dor + sensação de ouvido tampado	1 (0,5)
dor + assimetria facial	1 (0,5)
travamento aberto	1 (0,5)
travamento aberto + bruxismo/apertamento	1 (0,5)
travamento fechado	3 (1,5)
contrações musculares involuntárias	2 (1,0)
bruxismo/apertamento + alterações na oclusão	1 (0,5)
alterações na oclusão	1 (0,5)
assimetria facial	1 (0,5)
dor	119 (59,5)
bruxismo/apertamento	4 (2,0)

ANEXO D - FREQUÊNCIA DAS REGIÕES DOLOROSAS, ASSOCIADAS

Tabela 4 - Frequência das regiões dolorosas, associadas.

Regiões da Dor - n (%)	(n = 200)
parotídeo-massetérica	60 (30,0)
parotídeo-massetérica + frontal	4 (2,0)
parotídeo-massetérica + frontal + temporal	4 (2,0)
parotídeo-massetérica + frontal + infra-orbitária	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + frontal + cervical posterior	3 (1,5)
parotídeo-massetérica + pré-auricular	3 (1,5)
parotídeo-massetérica + pré-auricular + temporal	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + pré-auricular + parietal	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + temporal	13 (6,5)
parotídeo-massetérica + temporal + parietal	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + temporal + infra-orbitária	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + temporal + cervical posterior	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + dentes	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + parietal	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + cervical anterior	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + ptérigo-maxilar	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + cervical posterior	2 (1,0)
parotídeo-massetérica + occipital	5 (2,5)
parotídeo-massetérica + occipital + ouvido	1 (0,5)
parotídeo-massetérica + trapézio	1 (0,5)
frontal	5 (2,5)
frontal + pré-auricular	2 (1,0)
frontal + infra-orbitária	1 (0,5)
frontal + mentual	1 (0,5)
pré-auricular	22 (11,0)
pré-auricular + temporal	4 (2,0)
pré-auricular + temporal + dentes + ouvido	1 (0,5)
pré-auricular + temporal + cervical anterior	1 (0,5)
pré-auricular + dentes	1 (0,5)
pré-auricular + parietal + cervical anterior	1 (0,5)
pré-auricular + infra-orbitária	1 (0,5)
temporal	12 (6,0)
temporal + occipital	1 (0,5)
temporal + ouvido	1 (0,5)
dentes + parietal	1 (0,5)
parietal	2 (1,0)
parietal + mandibular posterior	1 (0,5)
cervical anterior + occipital + trapézio	1 (0,5)
cervical posterior	1 (0,5)
occipital	2 (1,0)
ouvido	2 (1,0)
mentual	1 (0,5)

ANEXO E - RESUMOS DOS TRABALHOS CITADOS NA REVISÃO DA LITERATURA

Quadro 3 - Resumos dos trabalhos citados na Revisão da Literatura.

Ano	Autor (es)	Amostra			Tipo estudo	Resultados
		M	F	Idade(m)		
1972	Agerberg & Carlsson	1106		35	Transversal (P) (AHT)	+F; Alta prevalência; ruído>dor>restrição movimento
1973	Agerberg & Carlsson	1106		35	Transversal (P) (AHT)	+F; 50% da amostra relatou 1 sintoma, 30% 2 ou mais; dor + em jovens e restrição movimentos + em idosos
1974	Helkimo	321		15 a 65	Tranversal (P) (AHT)	F=M; - 15 a 24 e + 35 a 44
1975	Hansson & Nilner	987	82	10 a 79	Tranversal (P) (AHM)	Alta prevalência; +sons
1976	Helkimo	-	-	-	Revisão de Literatura	Alta prevalência; M=F na população em geral, porém F procura mais tratamento; pouco comum entre os jovens
1976	Smith	-	-	-	Revisão da Literatura	F procura mais tratamento porque de uma maneira geral cuida mais da saúde
1976	Molin et al.	253	-	19	Transversal (P) (AHM)	Baixa prevalência; +sons
1978	Magnusson & Carlsson	160		-	Transversal (C)	Dor de cabeça recorrente correlacionada com DTM, principalmente qdo. comprometidos os MM da mastigação.
1979	Solberg et al.	369	370	19 a 25	Transversal (P) (AHM)	Alta prevalência; +dor; +F
1982	Greene & Marbach				Revisão de Literatura	Dificuldade em padronizar os estudos e mesmo com a alta prevalência, verificar real necessidade de tratamento.
1983	Gross & Gale	407	593	40,5	Transversal (P) (AHM)	+F, +sons

1983	Rieder et al.	387	653	44,5	Transversal (P) (AHM)	Alta prevalência; F + dor; M + bruxismo; + adultos jovens
1984	Carlsson	-	-	-	Revisão de Literatura	DTM de 20% a 88%; <criança >adultos; dificuldade na padronização dos estudos
1985	Rugh & Solberg	-	-	-	Revisão de Literatura	DTM de 28% a 86%, mas só 5% com necessidade de tratamento.
1986a	Wänman & Agerberg	146	139	17	Tranversal (P) (AHM)	Estudo só de adolescentes; sem diferença entre os gêneros; + sons; 7% de casos graves
1986b	Wänman & Agerberg	146	139	17	Tranversal (P) (AHM)	Continuação do estudo acima, avaliando os sinais; + dor; +F; + pterigóide lateral e temporal
1992	Bonacci et al.	19	81	36	Transversal (C)	+F, +dor
1992	Oliveira	103	497	27,8	Transversal(C)	+ F; + Dor; + 20-30
1992	Shiau & Chang	1161	872	20,2	Transversal (P) (AHM)	Alta prevalência(42,9%); +F, +sons
1993	Glass et al.	217	317	>18	Transversal (P) (AHT)	46% DTM; s/ diferença entre os gêneros; +bruxismo/apertamento; decréscimo com a idade.
1993	Koidis et al.	47	148	16 a 70	Transversal (C)	+F, adultos jovens; +sons
1994	Puri et al.	23	27	45	Transversal(P) (AHT)	Maior prevalência na população urbana
1996	Matsuka <i>et al.</i>	304	368	-	Transversal (P) (AHT)	34% ranger os dentes; 46% estalo; +F; +adultos jovens
1996	Onizawa & Yoshida	195	80	18 a 25	Longitudinal (P) (AHM)	+sons; sintomas são flutuantes e de leve progressão
1997	Lê Resche	-	-	-	Revisão de Literatura	+dor; +adultos jovens; +F
1998	Garcia & Sousa	6	29	33	Transversal (C)	+dor ATM>Ruído>Lim. mov

1998	Zulqarnain <i>et al.</i>	0	705	21,3	Transversal (P) (AHM)	88%DTM; +cansaço na mandíbula
1999	Zanettini & Zanettini	21	129	-	Transversal retrospectivo (C)	+F; +20-40; +dor de cabeça
2000	Magnusson <i>et al.</i>	135		15 e 35	Longitudinal (P) (AHT)	+F: flutuação dos sinais e sintomas: evolução para casos graves foi rara
2000	Rauhala <i>et al.</i>	5696		34	Transversal (P) (AHM)	+F; +sons
2002	Chuang	159	95	22,3	Transversal (P) (AHM)	Alta prevalência: +F; +Ruído
2002	Goddard & Karibe	192		-	Transversal (P) (AHT)	+DTM na população urbana que na rural; dor na face>ruídos>dor na ATM
2003	Conti	86	200	36,4	Transversal (P) (AHT)	60%DTM, +F
2003	Felício <i>et al.</i>	8	34	32,2	Transversal (C)	+dor; aumento da severidade com a idade, mas não com a duração da queixa.
2003a	Oliveira <i>et al.</i>	2	20	28	Transversal (C)	Dor influencia na QV
2003b	Oliveira <i>et al.</i>	2	21	28	Transversal(C)	+temporal;+ intensidade mediana
2003	Pedroni <i>et al.</i>	18	32	21,5	Transversal (P) (AHM)	68% DTM; +F; +ruído.
2003	Serman <i>et al.</i>	100		44,4	Transversal (P) (AHM)	+DTM em PT; +F; +ruído
2003	Serralta, Martins & Chaves	94	135	-	Transversal (P) (AHM)	Alta prevalência DTM; +F; +dor
2003	Teixeira <i>et al.</i>	13	57	-	Transversal(C)	+F;+21-30
2003	Tuz <i>et al.</i>	35	165	29,6	Transversal (C)	Apenas sintomas otológicos; 77,5% ao menos um; +Otalgia
2004	Gesch <i>et al.</i>	2109	2180	-	Transversal (P) (AHT)	49,9%DTM; +F; ruído e limitação do movimento aumentaram com a idade.

2004	Kuttila <i>et al.</i>	42	58	49	Transversal (P) (AHT)	20% das otalgias secundárias estão associadas com DTM
2004	Pereira Jr et al.				Revisão de Literatura	+ adultos jovens
2005	Bonjardim <i>et al.</i>	97	120	13	Transversal (P) (AHM)	Apenas adolescentes; + ruído; sem diferença entre os gêneros
2005	Magnusson et al.	208	194	7, 11 e 15	Longitudinal (P) (AHT)	Sinais e sintomas flutuaram ao longo do tempo; + adulto jovens; +F
2005	Schmitter et al.	58		>96	Transversal (P) (AHM)	+sons, limitação de abertura aumentou com a idade
2007	Shinal & Fillingim	-		-	Revisão da literatura	Feminino mais suscetível à sensibilidade dolorosa e reage diferente do masculino ao tratamento farmacológico. Mecanismos ainda não esclarecidos
2008	Cordeiro	38	162	36,5	Transversal (C)	+F; +Dor; + adultos jovens

(C) - estudo de casuística de pacientes com DTM.

(P) - estudos populacionais.

(AHM) - amostra homogênea

(AHT) - amostra heterogênea

ANEXO F - FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Aprovado pelo CEP

Campinas, 15 de Novembro de 2006.

Ao

C. D. Ivoney Bittencourt Cordeiro

Curso: Mestrado em Disfunção Temporomandibular e dor orofacial

Prezado (a) Aluno (a):

O projeto de sua autoria: **"Características dos pacientes com disfunção temporomandibular quanto à queixa principal, sinais, sintomas, gênero e idade"**.

Orientado pelo (a) Prof. (a) Dr. (a) Antônio Sérgio Guimarães.

Entregue na Secretaria de Pós-Graduação do CPO - São Leopoldo Mandic, no dia 28/08/2006, com número de protocolo nº06/348 foi APROVADO pelo Comitê de Ética e Pesquisa, instituído nesta Universidade de acordo com a resolução 196 / 1.996 do CNS - Ministério da Saúde, em reunião realizada no dia 14/11/2006.

Cordialmente

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Thomaz Wassall".

Prof. Dr. Thomaz Wassall
Coordenador de Pós-Graduação