

***Jacquelyne do Valle Lima***

***Correlação entre bruxismo, hábitos parafuncionais  
buciais, qualidade de vida, tabagismo e consumo de álcool  
em mulheres brasileiras.***

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos  
para obtenção do Título de Bacharel em Odontologia da  
Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade  
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

*Orientadora: Profa. Adj. Maria Cristina Rosilini Alves-Regende*

**Araçatuba – SP**

**2012**

# *Dedicatória*

## Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus

por tudo que me proporciona na vida,

às pessoas que lutam diariamente ao meu lado,

transmitindo fé, amor, alegria, determinação, paciência, e coragem,

tornando os meus dias mais felizes e bonitos.

Aos meus pais, Juarez e Francisca ,

às minhas irmãs, Jucyara e Julyanna.

Sem vocês eu não seria nada!

# *Agradecimentos*

## Agradecimentos

Como já dizia Anitelli: "Sonho parece verdade quando a gente esquece de acordar". Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui, e nada disso eu conseguiria sozinha. Minha eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Grata a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele nada sou. Agradeço aos meus pais, meus maiores exemplos. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho correto.

Às minhas irmãs, e também amigas. Aos meus tios, tias, avó e primos que sempre estiveram presentes, ainda que à distância.

À professora Maria Cristina que, com muita paciência e atenção, dedicou do seu valioso tempo para me orientar em cada passo deste trabalho. E principalmente pela sua contribuição na minha vida acadêmica e por tanta influência na minha futura vida profissional.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa e para a Jacquelyne que sou hoje.

“Que todo o meu ser louve ao Senhor, e que eu não esqueça nenhuma das suas bênçãos!” Salmos 103:2.

## *Epígrafe*

*“Não há problema que não possa ser solucionado pela paciência.”*

*Chico Xavier*

## *Resumo*



LIMA JV, ALVES-REZENDE MCR. **Correlação entre bruxismo, hábitos parafuncionais bucais, qualidade de vida, tabagismo e consumo de álcool em mulheres brasileiras.** 70p. 2012 (Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação). Faculdade de Odontologia, UNESP - Universidade Estadual Paulista, Araçatuba.

## **RESUMO**

Estima-se que aproximadamente 75% da população têm pelo menos um sinal de disfunção e 33% tem pelo menos um sintoma de disfunção temporomandibular (DTM) e que aumentam em frequência e gravidade da segunda para a quarta década de vida. (MCNEILL 1997). Estudos recentes têm comumente encontrado mais sinais e sintomas graves e frequentes de dor e pontos-gatilhos na ATM e músculos mastigatórios, sons na ATM, e limitação ou outros distúrbios nos movimentos mandibulares em mulheres que em homens (VIGNOLO et al, 2008), indicando que mulheres apresentam mais problemas no sistema mastigatório do que homens (STOHLER, 1997), assim como maior gravidade tanto psicologicamente como fisicamente. Os hábitos parafuncionais e o bruxismo jogam importante papel na etiologia das disfunções temporomandibulares. Objetivou-se estudar a correlação entre bruxismo, hábitos parafuncionais, atividade profissional, qualidade de vida, consumo de álcool e tabagismo em mulheres brasileiras. Dados foram coletados por meio de inventários, com respostas sim/não.. Resultados obtidos sugerem associação positiva entre bruxismo, hábitos parafuncionais, consumo de álcool e tabaco em mulheres brasileiras.

**Unitermos:** Sistema estomatognático, articulação temporomandibular, qualidade de vida

## *Abstract*

DYONÍSIO ALB, ALVES-REZENDE MCR. **Correlation between bruxism, parafunctional oral habits, quality of life, smoking and alcohol consumption in Brazilian women** (Academic Paper). Araçatuba: Faculty of Dentistry – São Paulo State University; 70p. 2012.

It is estimated that approximately 75% of the population has at least a sign of dysfunction and 33% have at least one symptom of temporomandibular disorders (TMD) and that increase in frequency and severity from second to fourth decade of life. (McNeill 1997). Recent studies have found more common signs and symptoms severe and frequent pain and trigger points in the TMJ and masticatory muscles, TMJ sounds, and limitation or other disturbances in mandibular movements in women than in men (VIGNOLO et al, 2008), indicating that women have more problems in the masticatory system than men (Stohler, 1997), as well as greater severity both psychologically and physically. Parafunctional habits and bruxism play important role in the etiology of temporomandibular disorders. The objective was to study the correlation between bruxism, parafunctional habits, profession, quality of life, alcohol consumption and smoking in Brazilian women. Data were collected through surveys with yes / no answers .. Results suggest a positive association between bruxism, parafunctional habits, alcohol consumption and smoking in Brazilian women

**Uniterms:** Stomatognathic system, temporomandibular joint, quality of life

## *Lista de Tabelas*

## *Lista de Tabelas*

<b>Tabela 1</b> – Inventário de qualidade de vida	.....47
<b>Tabela 2</b> – Inventário de hábitos parafuncionais (Alves-Rezende e colabs.2009)	.....48
<b>Tabela 3</b> - Inventário de saúde e comorbidades	.....48
<b>Tabela 4</b> - Inventário de consumo de álcool e tabaco	.....49

## *Lista de Gráficos*

## *Lista de Gráficos*

<b>Gráfico 1</b> - Qualidade de vida	.....51
<b>Gráfico 2</b> – Alimentação e comorbidades	.....51
<b>Gráfico 3</b> - Prevalência de hábitos parafuncionais	.....52
<b>Gráfico 4A</b> - Consumo de Tabaco	.....52
<b>Gráfico 4B</b> - Consumo diário de Tabaco	.....53
<b>Gráfico 5A</b> - Consumo álcool	.....53
<b>Gráfico 5B</b> - Consumo álcool (doses/vez no último mês)	.....54

## *Sumário*



## *Sumário*

<b>1. Introdução</b>	.....	<b>18</b>
<b>2. Revisão da Literatura</b>	.....	<b>23</b>
<b>3. Proposição</b>	.....	<b>44</b>
<b>4. Material e Método</b>	.....	<b>46</b>
<b>5. Resultados</b>	.....	<b>50</b>
<b>6. Discussão</b>	.....	<b>55</b>
<b>7. Conclusão</b>	.....	<b>60</b>
<b>8. Referências</b>	.....	<b>62</b>

## *Introdução*

## *Introdução*

A origem da DTM ainda não é muito bem definida podendo ser atribuída a fatores locais, como estresse ou para-função, assim como a fatores hereditários, como anatomia individual das estruturas. As formas mais conhecidas são DTM muscular, DTM articular e DTM muscular com comprometimento articular. A DTM muscular é a mais freqüente delas e ocorre diante da disfunção dos músculos envolvidos na mastigação. Roer unhas, morder pontas de caneta ou mascar chicletes excessivamente são situações que podem levar à fadiga muscular gerando dor. A DTM articular menos freqüente, mas não menos problemática é quando encontramos desordens nas estruturas ósseas e/ou no disco articular que envolve a articulação temporo-mandibular. Estas podem ter origem em doenças degenerativas como artrose ou em variações anatômicas que predispoem deslocamento do disco articular, entre diversos outros fatores. A incidência de DTM é maior em mulheres e mais freqüente em seu período fértil, onde estudos mostram a ligação direta com os hormônios femininos que predominam nesta fase.

Biasotto-Gonzalez (2005, 2008), expõe que a DTM tem sua maior prevalência entre 20 e 45 anos, sendo que até os 40 anos, a principal causa é de origem muscular, DTM miogênica, já a partir dos 40 anos, o principal fator etiológico é a degeneração articular, DTM artrogênica. Alamoudi e colabs. mostraram que os distúrbios funcionais do sistema mastigatório são comuns em crianças e adolescentes, e tendem a aumentar na fase adulta. Thilander e colabs.(2002) afirmam as DTMs podem apresentar como principais fatores etiológicos hábitos parafuncionais e alterações oclusais durante a infância. Estes hábitos podem aparecer em decorrência de conflitos familiares, pressão escolar, estresse, entre outros fatores emocionais.

Yap (2003) destaca que os aspectos psicológicos exercem influência sobre a ATM. Tensão leva ao bruxismo, que inclui o ranger e ou apertar os dentes. Winocur e colabs. (2000) afirmam que alterações psicológicas como a ansiedade, pode ser causa de DTM.

Geralmente médicos e cirurgiões dentistas não estão capacitados para diagnosticar a DTM. Não investigam a causa e tratam somente o sintoma, concorrendo assim para que o problema não se resolva definitivamente. Este é um tema não muito explorado pela grande maioria dos cirurgiões dentistas, responsáveis pela área de DTM. Devido a essa deficiência as desordens são frequentes.

A dor da DTM ocasionalmente pode ser mais grave ao mastigar e leva à restrição dos movimentos mandibulares. Os pacientes normalmente descrevem-na como pobremente localizada, contínua, surda, tipicamente ao redor do ouvido, ângulo da mandíbula, face e área temporal. Entretanto, a dor também tem sido descrita nos maxilares, dentes e pescoço, comumente unilateral, mas podendo também ocorrer bilateralmente. Alguns pacientes têm maior pico de dor no período da manhã ou no final da tarde, sem um padrão fixo.

A prevalência de indivíduos com necessidade de tratamento é relativamente alta em populações aleatórias. A literatura cita valores que variam entre 5 e 15 %, isto é, considerando os valores mais otimistas, de uma população de 200 milhões de brasileiros, pelo menos 40 milhões de pessoas necessitariam de tratamento Biasotto-Gonzalez (2005, 2008).

A etiologia das DTM tem sido um dos assuntos mais controvertidos, embora um dos mais estudados na Odontologia, e sua importância é, sem dúvida, vital para o sucesso terapêutico e o estabelecimento de um programa de prevenção.

Na Odontologia, têm-se exemplos clássicos da relação causa-efeito, como ocorrem na doença periodontal e cárie. Mas, tratando-se de DTM, o problema assume outra dimensão, pois as causas etiológicas são múltiplas, algumas provavelmente ainda desconhecidas. Dois fatores chamam a atenção dos profissionais habituados a tratar de pacientes com DTM: são indivíduos com problemas oclusais e com um bom nível de estresse, problemas estes extremamente comuns na população em geral. Aceita-se também que o que o bruxismo, hábitos parafuncionais, consumo de álcool e tabaco também atuem de forma isolada ou associada na gênese da disfunção temporomandibular.

O diagnóstico da DTM é algo que deve ser feito cuidadosa e criteriosamente, pois são muitas as doenças e disfunções que originam sintomas semelhantes, tais como: problemas de origem odontogênica, cefaleia tensional, enxaquecas, fibromialgia, sinusite, distúrbios de glândulas salivares, neuralgias, problemas cervicais, problemas otológicos e artrites, dentre outras.

Caracterizado pelo contato não-funcional dos dentes, o bruxismo é uma atividade parafuncional manifestada pelo ranger ou apertar dos dentes. Aceita-se que o bruxismo seja regulado pelo sistema nervoso central e esteja associado a distúrbios no sistema dopaminérgico, estresse, distúrbios do sono, consumo de fumo e álcool, bem como idade, sexo e fatores genéticos. Poucos estudos relatam a associação entre tabagismo e bruxismo ou o consumo de álcool e bruxismo. Atualmente, cinco ou mais doses são considerados abusivas, em ambos os gêneros, de acordo com o Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontaram aumento no consumo excessivo de álcool no mundo, com padrões de consumo de maior risco e mais frequentes em países de baixa e média renda. Estudos

realizados em indivíduos acima 30 anos apontaram associação positiva entre tabagistas e bruxistas (Malta e colabs. 2011).

O objetivo deste trabalho foi estabelecer a prevalência das disfunções temporomandibulares e sua correlação com o bruxismo, hábitos parafuncionais, atividade profissional, qualidade de vida, ambiente doméstico consumo de álcool e tabagismo em mulheres brasileiras.

# *Revisão da Literatura*

## *Revisão da Literatura*

Trabalhos relacionados à prevalência da disfunção temporomandibular (DTM) mostram que uma grande parcela da população apresenta sinais e sintomas da disfunção em níveis subclínicos e clínicos. Assim, encontra-se alta prevalência de sinais e sintomas de DTM em indivíduos considerados não-pacientes, isto é, aqueles que não recorrem a tratamento. A classificação das amostras de não pacientes estudadas quanto à severidade da DTM pode indicar indivíduos com reais necessidades de tratamento. Fonseca (1992) e Kuttilla e colabs. (1998) afirmam que os voluntários com DTM moderada e severa deveriam ser conduzidos a tratamentos específicos. No entanto, Kuttilla e colabs. (1998) observaram que apenas 7% desses indivíduos são indicados corretamente para um tratamento especializado. Na busca de processos avaliativos mais simples e que pudessem atingir uma grande área de aplicabilidade, para uso em estudos epidemiológicos e padronização das amostras da pesquisa, alguns autores procuraram elaborar questionários que abrangessem os principais achados clínicos da DTM. A atribuição de índices clínicos e anamnésicos permitiram identificar os sinais e sintomas de DTM e classificá-los em diferentes níveis de severidade (Silva, 1993).

A disfunção temporomandibular, segundo algumas definições, seria qualquer desarmonia que ocorre nas relações morfofuncionais: dos dentes, suas estruturas de suporte; maxilares; articulações temporomandibulares; músculos da mastigação; músculos dos lábios, língua, pescoço e os suprimentos vasculares e neurais das estruturas supracitadas. Em algumas outras definições está incluída também a idéia da existência de uma ruptura intrínseca das funções normais e ótimas do sistema, de forma



que uma inter-relação harmoniosa dos vários órgãos componentes não mais existe (Santos Jr, 1987).

Diversos fatores podem estar relacionados à etiologia da DTM, sendo que dentre eles estão: maloclusão, falta de dentes, restaurações ou próteses mal adaptadas, mastigação unilateral, hábitos bucais inadequados, má-postura, tensão emocional, estresse, patologia ou trauma na articulação, fatores sistêmicos entre outros (Meira, 2002). É claro que muitas vezes esses fatores estão associados e os fatores que determinarão se o paciente apresenta ou não a desordem serão a tolerância fisiológica e a tolerância estrutural do indivíduo (Okeson, 1996). Existem muitos sinais e sintomas que podem estar relacionadas à DTM. Dentre os mais comuns está a dor nos músculos da mastigação e/ou na ATM (Alves, 2002). Quando há dor, devemos obter informações sobre sua localização, comportamento, tipo, duração e intensidade. A dor pode ser localizada quando o paciente aponta a área específica, ou pode aparecer como uma grande área mal definida. O local pode ser sempre o mesmo ou a dor pode estar irradiada. O comportamento da dor é avaliado através do relato do paciente quanto aos episódios em que ela ocorre: se a dor é constante ou intermitente, se ocorrem surtos ou períodos de dor e se há fatores que intensificam ou aliviam a dor. O tipo de dor pode ser definido como difusa ou aguda. A duração refere-se tanto à extensão do episódio (dias, semanas ou meses), quanto à permanência da dor durante um episódio (se ela não for constante). A intensidade é definida pelo paciente através de uma escala; como o grau de percepção varia de pessoa para pessoa, não deve haver índice único para a avaliação da dor (Okeson, 1996).

A grande intimidade existente entre o homem e a dor torna particularmente difícil uma conceituação precisa do assunto. Mesmo sendo um fenômeno universal, tão extensamente presente na vida das pessoas, pode-se dizer que ainda paira uma

sensação de desconhecimento a seu respeito (Berlinck, 1999). Muitas teorias sobre dor têm sido acumuladas ao longo dos séculos e, com elas, muitas controvérsias (Bonica, 1990; Teixeira e Okada, 2003). Por anos predominaram teorias sobre dor, com caráter puramente organicista. Porém, foi somente a partir da segunda metade do século XX, mais precisamente década de 50, que a dor passou a ser entendida como um fenômeno multidimensional, adquirindo assim, uma conotação biopsicossocial. Com isso, tornou-se possível uma melhor compreensão acerca da neuranatomia e neurofisiologia da dor, seus componentes psicológicos, mecanismos modulatórios, sintomatologia clínica e comportamento doloroso (Guimarães, 1999). Sociedades médicas relacionadas à dor foram surgindo no mundo todo a partir da metade do século XX. Porém, foi com a fundação da International Association for the Study of Pain (Yeng e Teixeira, 2005) por Bonica (1990) que, a partir de 1975, muitos estudos sobre o assunto passaram a ser publicados em revistas especializadas.

Sabe-se hoje que a dor é um fenômeno de natureza complexa, cuja expressão se reveste de subjetividade, de difícil mensuração, que se manifesta clinicamente a partir de uma grande diversidade de maneiras, podendo apresentar inúmeros fatores causais (Angelotti, 2002; Sardá Jr. e Cruz, 2002). Seus modos de expressão, bem como seu significado, variam entre as diferentes culturas e entre indivíduos, apesar das semelhanças anatômicas e fisiológicas. A definição proposta pela IASP é considerada atualmente uma das mais aceitas pela comunidade científica e pelos clínicos: “Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (Yeng e Teixeira, 2005). De acordo com esta definição, a experiência da dor vai além da existência de estímulos nociceptivos e sua percepção no sistema nervoso. Ela representa um tipo e significado particular de experiência humana chamada sofrimento que, por sua vez, é expresso por

meio de sinais objetivos de comportamento que precisam ser considerados e compreendidos (Okeson, 1998; Main e Watson, 1999). Além de ser um indicador de algo que não vai bem ao corpo, a dor possui um forte componente motivacional, responsável pelos reflexos de defesa ante os agentes nociceptivos (McNeill e Dubner, 2002). Além disso, a experiência da dor estimula o processo de organização do psiquismo (Guimarães, 1999). A intensidade e as características da dor podem variar de acordo com estímulos externos e internos, como atividade hormonal, física e mental, afecções sistêmicas e condições climáticas (Teixeira e Okada 2003). A dor tem sido classificada de inúmeras maneiras. Uma delas propõe uma classificação segundo seu tempo de duração. De acordo com o Comitê de Taxonomia da IASP, existem três categorias temporais de dor: 1) duração de menos de um mês; 2) duração de um a seis meses e 3) duração de mais de seis meses (Yang e Teixeira, 2005). No entanto, segundo alguns autores, a definição de dor, segundo o critério de duração podem criar dificuldades. A literatura aponta diferentes intervalos de tempo para definir tanto uma como outra (Mielman, 1989).

Turk e Melzack (1992) propõem uma classificação com propósito didático, que considera a duração da dor como critério referencial. Segundo esses autores a dor pode ser: aguda, crônica e recorrente. A dor aguda alerta para a ocorrência de lesões teciduais e podem resultar de processos inflamatórios ou traumáticos, neuropatias, isquemias, neoplasias ou outros. Desaparece com a supressão do processo causal. Pode classificar-se em somática, neuropática e psicogênica. As dores somática e neuropática podem originar-se de lesões tegumentares, sub-tegumentares e profundas (vísceras, aparelho locomotor, estruturas nervosas). A dor psicogênica manifesta-se quando há escassez de dados clínicos etiológicos podendo ser secundária a distúrbios

psiquiátricos como os transtornos somatoformes (Teixeira e Valverde-Filho, 2003). Quando a dor persiste por apenas alguns dias ou semanas, em decorrência de alguma lesão traumática, forçando o indivíduo a poupar a região lesada do risco de dano adicional, ou seja, desempenhando uma função protetora, é chamada de dor persistente.

Alguns autores, entretanto, não a distinguem da dor crônica (Mc Neill e Dubner, 2002). Esta persiste além do tempo previsto para a cura da lesão ou decorre de processos patológicos crônicos. Perdura às vezes por meses ou anos. É uma dor vaga ou mal delimitada e pode ser decorrente ou agravada por fatores estressantes ambientais ou psicopatológicos (Teixeira e Okada, 2003). Quando a dor se torna persistente ou crônica, as pessoas podem experimentar altos níveis de estresse, muitas vezes insuportáveis, podendo produzir graves conseqüências sobre o psiquismo e a sua vida como um todo. Causa um impacto negativo sobre a doença e sua recuperação. Além disso, pode transformar-se na própria doença. O sofrimento pela dor é uma porta de entrada para muitos distúrbios físicos e psíquicos (Teixeira e Okada, 2003).

Segundo Loduca (2001), o sofrimento imposto pela dor pode ser entendido sob três enfoques. O existencial, quando a dor representa uma ameaça ou impedimento à realização de um projeto de vida. Circunstancial, quando a dor estimula sentimentos de ameaça por situações externas como exames, relações com a equipe de saúde e iatrogenia. Finalmente, o sofrimento pela dor pode evocar experiências pré-existentes, exacerbando conflitos emocionais ou familiares anteriores.

Apesar dos notáveis avanços tecnológicos e do melhor entendimento sobre esse complexo fenômeno que é a dor, observados nas últimas décadas e que muito têm contribuído para o seu diagnóstico e tratamento, a prevalência da dor crônica, por suas

repercussões sobre o cotidiano do indivíduo, é considerada problema de saúde pública (Carlson e colabs. 1998, Góes, 2006). De um modo geral, diversos fatores podem contribuir para isso: aumento da longevidade e da sobrevivência de pessoas portadoras de patologias anteriormente consideradas fatais; modificações no ambiente físico, nem sempre ergonômico; piora nos hábitos de vida como má alimentação que, juntamente com o sedentarismo respondem pela alta prevalência da obesidade e conseqüentemente da dor; estresse, condição presente no cotidiano da vida de tantas pessoas (Bérzin, 1999); carga horária de trabalho excessiva; competitividade profissional; dificuldades econômicas e familiares; falta de lazer; solidão afetiva e tantas outras condições estressantes da vida moderna, também oferecem a sua contribuição para aumentar os índices de dor crônica. Portadores de perturbações da articulação temporomandibular referem com freqüência este cenário como estilo de vida habitual (Bérzin, 2004).

Muitas são as conseqüências negativas que a dor crônica exerce sobre o psiquismo e a qualidade de vida das pessoas (Loduca, 2005). Pode desencadear, por exemplo, sentimentos de angústia, ansiedade, raiva, irritabilidade, tristeza e desconfiança. Restringe a atividade física, dificulta o convívio familiar e social, altera a percepção corporal, prejudica os recursos emocionais e cognitivos, inibe o apetite sexual, compromete a auto-estima, aumenta o sentimento de rejeição social e profissional, altera o sistema de crenças e gera preocupações em relação ao futuro. Além disso, piora a qualidade do sono, agravando a condição geral de saúde que, por sua vez, compromete a percepção e o manejo da dor, além de agravar doenças pré-existentes e reduzir a imunidade do organismo. Por conta de tantas condições desfavoráveis que afetam de muitas maneiras a vida e o psiquismo do portador de dor crônica, sua abordagem diagnóstica e terapêutica nem sempre é fácil. Isso é

particularmente observado no tratamento dos distúrbios da articulação temporomandibular que envolvem dor orofacial (Pallegama e colabs., 2005).

Denomina-se Dor Orofacial ao conjunto de condições dolorosas provenientes da boca e face própria, porém, não exclusiva da área odontológica. Inclui a dor de dente, as disfunções, neuralgias, alguns tipos de cefaléias e outros quadros dolorosos (Siqueira, 2001). Apesar do grande desenvolvimento de pesquisas na área, muitos aspectos da dor orofacial ainda não foram esclarecidos. Há muitas dúvidas sobre a fisiopatologia das dores crônicas em geral, seu controle e interações medicamentosas. A forte presença de fatores emocionais tanto na etiologia como na manutenção de alguns quadros, como nos distúrbios da articulação temporomandibular, tem sido apontada por clínicos de diversas áreas da saúde que atuam na área de dor (Carniel, 2001). No entanto, apesar dos prejuízos causados por problemas emocionais sobre a vida das pessoas, observa-se na prática clínica que muitas delas não aderem às propostas terapêuticas psicológicas (Carniel, 2001). Essa resistência em reconhecer a presença de aspectos emocionais na etiologia e agravamento de muitas doenças, partilhada inclusive por alguns clínicos, leva ambos a priorizar terapêuticas físicas, na tentativa de aliviar seu sofrimento. Tal conduta pode explicar a ocorrência de casos de insucesso e recidivas. A longa convivência com a dor pode estimular no paciente conflitos cognitivos e emocionais que determinam diferentes padrões de comportamento que, por sua vez, dificultam e até mesmo inviabilizam o tratamento (Loduca, 2001). Tal como no adoecer, a vivência da dor crônica pode levar o paciente a experimentar um processo de regressão há um tempo precoce de sua vida, chamado narcisismo, no qual predomina um modo de funcionamento psíquico caracterizado pela presença de sentimentos ligados a vivências de desamparo, medo, necessidade de ser cuidado por alguém com capacidade de empatia e poder de proteção, tal como a mãe ou sua

substituta. A emergência de tais emoções desencadeia muita angústia no próprio paciente que, ao mesmo tempo pode reconhecer sua condição de pessoa adulta, com capacidade de autonomia, até o momento em que é atingido por seus sintomas ou doença, o que pode abalar sua auto-imagem e criar a necessidade de cuidados para resgatá-la. Essa tentativa, muitas vezes desesperada, de resgate da auto-estima por parte do paciente e seus familiares pode-se manifestar na forma de exigências ansiosas para com o profissional de saúde (Rios, 2006). Esses processos são, na maioria das vezes, inconscientes por parte do paciente que repete, junto ao seu profissional cuidador, padrões de vinculação afetiva primária.

Por sua vez, os componentes pessoais e inconscientes do profissional da saúde também são decisivos na determinação da qualidade humana dessa relação. São estes, pois, os ingredientes particulares e mais importantes que compõem a chamada relação profissional – paciente que vai muito além da oferta de conhecimentos teóricos, procedimentos técnicos e conduta ética (Amaral, 1999; Pini, 2003). Por isso, o primeiro passo em direção a uma terapêutica eficaz de quadros dolorosos crônicos é considerar a relação empática entre profissional e paciente como a primeira e talvez mais importante ferramenta de trabalho. Relação esta, que não deve ser estabelecida prioritariamente entre sintoma e técnica. Deve, acima de tudo significar um encontro humanizado entre duas pessoas: por um lado aquela que adoece e sofre e por outro, a que se sensibiliza e cuida (Pini, 2003; Bérzin, 2004; Banja, 2006). Em levantamento realizado em 2005 a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor reconheceu que mais de 10 milhões de pessoas no Brasil são acometidas por algum tipo de dor orofacial (SBED, 2005).

O ensino médico e odontológico, entretanto, não tem priorizado questões relativas à relação profissional-paciente. A grande maioria dos médicos e Cirurgiões-

Dentistas ignora o significado dos conceitos de transferência e contratransferência psicológica, fenômeno inevitável presente na dinâmica de todo ato clínico (Grosseman e Patrício, 2004; Balint, 2005).

Há quase um século a dor vem sendo analisada sob o conceito da interdisciplinaridade. A etiologia da dor passou assim a ser vista sob um enfoque biopsicossocial. Por isso, alguns autores modernos preconizam não apenas uma abordagem interdisciplinar, mas, também individualizada no tratamento do paciente (Boever e Steenks, 1996; Bérzin, 1999; Pereira e Silva, 2004).

Assim, a questão da relação terapêutica, reveste-se ainda de mais importância. A equipe de trabalho deve ser realmente interdisciplinar e atuar de forma harmônica em relação às necessidades clínicas do paciente que, por sua vez, deve sentir-se como parte dela, participando de maneira ativa do seu tratamento. Cabe lembrar que o paciente, apesar de estar sofrendo, pode e deve ser estimulado e encorajado a utilizar seus recursos cognitivos e comportamentais de enfrentamento de seus problemas (Portnoi, 2003). A questão da formação profissional na área de dor é bastante referida na literatura.

Do ponto de vista acadêmico, ressaltam-se as deficiências curriculares, tanto na formação médica como odontológica, que não abordam teoricamente o assunto em toda sua extensão e complexidade (Carvalho, 1999; Pimenta e colabs., 2001). O mesmo pode-se dizer quanto ao treinamento técnico dos futuros profissionais na prática do diagnóstico e tratamento de muitos quadros que compõem as chamadas dores orofaciais (Widmer, 2002). A falta de informação por parte dos clínicos a respeito das diferenças entre dor aguda e dor crônica, métodos de mensuração da dor e sobre os cuidados apropriados destinados ao paciente com dor, contribuem para as dificuldades



diagnósticas e terapêuticas das dores orofaciais. Além disso, observa-se uma visão fragmentada da dor com ênfase nas especialidades médicas e odontológicas, além da insistência na utilização empírica de medicamentos (tipos dosagens e intervalos inadequados) (Okeson, 1998; Yeng e Teixeira, 2004).

Enfim, a ênfase excessivamente tecnicista atribuída ao trabalho em dor, em detrimento de uma abordagem humanista é outro aspecto da deficiência da formação profissional apontado por alguns autores (Bergel, 2005). Alguns requisitos pessoais e profissionais são considerados necessários e podem contribuir para uma atuação clínica mais adequada e eficaz daqueles que atuam na área de dor (Pini, 2003). A boa formação acadêmica é importante pelo suporte teórico-técnico necessário e permite ao profissional não se prender a estereótipos, devendo ajudá-lo inclusive, a ser tolerante e humilde ao deparar-se com situações de conhecimento científico e clínico pouco esclarecido e dominado. Já, do ponto de vista pessoal, espera-se que ele seja capaz de suportar frustrações, criar vínculo positivo com o paciente, apesar de suas resistências e por vezes desconfiança. Enfim, ter capacidade de empatia, de suportar e conviver com as várias formas de sofrimento, sem nunca perder de vista um importante e simples gesto de ouvir o paciente, para que este, em meio aos seus infortúnios, possa ao menos ser poupado de experimentar uma das piores dores que é a de não ser compreendido e respeitado como pessoa (Bérzin, 2004). Algumas pesquisas têm mostrado que, sob a óptica de pacientes portadores de dor e de doenças graves em estado avançado e de seus familiares, algumas atitudes profissionais como o suporte emocional e a capacidade de comunicação, podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados (Curtis e colabs., 2001; Martins, 2004). Além disso, ressalta-se a importância da atitude ética por parte dos profissionais de saúde, que deve sempre nortear sua prática clínica.

No final do século XX a ética tornou-se um tema sempre em pauta na literatura. No campo da saúde, as questões da ética aplicada, denominada bioética, procuram contribuir na busca de respostas equilibradas para os dilemas que constantemente se apresentam no relacionamento entre pacientes, profissionais, ciência e Estado (Batista et al, 2005; Finkler, 2006). Princípios como beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e à justiça são apontados por vários autores como pontos essenciais que devem nortear a prática dos profissionais de saúde, visando à preservação da dignidade humana (Udelsmann, 2006).

Sob essa óptica, questões como a necessidade de reestruturação da formação acadêmica e produção científica que refletem diretamente sobre a atuação profissional têm sido motivo de análise e reflexão. A Resolução 04/1982 do Conselho Federal de Educação determinou a inclusão da disciplina Psicologia no currículo mínimo do curso de Odontologia. No entanto, o CD, via de regra, não demonstra estar preparado para entender e manejar as manifestações emocionais presentes no comportamento do paciente. A dificuldade envolve, inclusive, o manejo da sua própria conduta profissional. Kulich e cols. (1998) apontam três categorias de qualificação profissional importantes para o bom desempenho do cirurgião-dentista: habilidades interpessoais, clínicas e intrapessoais (autoconfiança, tolerância ao estresse e capacidade administrativa). Ressaltam também as deficiências no currículo acadêmico do odontólogo, que não enfocam os aspectos necessários ao desenvolvimento da maioria das referidas qualificações profissionais.

Fatores econômicos como o alto custo da formação técnica e custos em investimentos para iniciar a prática profissional, condições de trabalho desfavoráveis, além das deficiências no currículo acadêmico, que não abordam adequadamente o tema dor e a importância da relação profissional-paciente são ressaltados por Wasoski

(1995). A importância de algumas medidas como o engajamento em organizações de classe locais e nacionais que podem ajudar a melhorar a prática e o ambiente profissional, além de paradas freqüentes e exercícios de relaxamento, que podem minimizar o nível de estresse também são lembradas.

Para Figueiró e colabs. (2005), não basta aos profissionais que atuam na área compreender a dor do paciente, mas sim, a pessoa do paciente como um todo.

Para tanto, o enfoque biopsicossocial se torna elemento essencial na medida que possibilita a percepção do homem integralmente, isto é perceber que a partir de suas potencialidades biológicas, psicológicas e sociais que o paciente enfrenta o cotidiano de sua vida nas mais diferentes situações (Pereira e Silva, 2004). O nível biológico é constituído de suas características físicas, herdadas ou adquiridas. Envolve o metabolismo, resistências e vulnerabilidades dos órgãos e sistemas. O nível psicológico refere-se aos processos afetivos, emocionais e cognitivos que definem a personalidade, o modo de percepção e o tipo de vivência particular que cada pessoa experimenta na vida. O nível social indica os valores, crenças e papéis desempenhados pelo homem nas mais diferentes situações. A dimensão social também inclui o meio ambiente e a localização geográfica.

A interligação de cada uma dessas dimensões permite que se compreendam melhor as pessoas, suas experiências, seu comportamento e o padrão de sua qualidade de vida. O modo como se processa essa interligação de experiências humanas é muito particular, varia de pessoa para pessoa, em função das diferentes representações e significados que essas experiências representam para cada um. No entanto, a lente através da qual as pessoas atribuem significados às suas mais diferentes experiências é sempre afetiva.

Ballone e colabs. (2002) descreve criteriosamente o processo vivencial das experiências humanas, afirmando que cada pessoa tem sua lente afetiva, ou seja, sua própria tonalidade afetiva, portanto, cada um valoriza a seu modo os fatos que lhe sucedem. Podem ser percebidos com mais animação, empolgação, desinteresse, insegurança, ou com confiança, prazer, ânimo e assim por diante, dependendo da tonalidade afetiva de cada um. Portanto, objetivamente falando, os fatos em si não querem dizer muita coisa, mas, as vivências sim”.

Tais conceitos parecem bastante importantes e precisam ser considerados, quando se tem por objetivo procurar entender mais profundamente o modo como as pessoas se comportam, seus potenciais e dificuldades em diferentes situações. Isso vale tanto para aquele que padece de dor como para pessoas que se ocupam em tratar pessoas com dor.

O clínico tem uma grande responsabilidade na avaliação, diagnóstico e tratamento da dor pelo tipo e mecanismo para determinar a etiologia e o plano final de tratamento. Elaborar um diagnóstico diferencial é fundamental, uma vez que cada desordem dolorosa é única em sua resposta para cada tipo de tratamento.

Lipton e colabs. (1993) examinando 45.711 famílias americanas relataram que aproximadamente 22% tinham experimentado dor orofacial nos últimos 6 meses que antecederam o estudo. O tipo mais comum de dor orofacial era a dor de origem dentária, relatada por 12,2% da população. Dor na articulação temporomandibular foi relatada por 5,3% da população, e a dor na face ou bochecha, por 1,4%.

O tratamento da dor orofacial envolve o conhecimento minucioso da queixa de dor do paciente. Somente com esta condição pode ser feito um diagnóstico correto e selecionar o tratamento. Deve ser realizada uma anamnese completa, exames

complementares e exames radiográficos apropriados, testes de diagnóstico diferencial. O paciente deve descrever detalhadamente os sintomas e é realizada palpação da face e mandíbula (articulação e músculos da mastigação) para definir os locais de dor ou hipersensibilidade, ausculta dos ruídos articulares e observar a limitação ou travamento do movimento de abertura e fechamento da boca.

As desordens que acometem a articulação temporomandibular são responsáveis por uma sintomatologia diversificada, de difícil diagnóstico e tratamento, que envolve principalmente manifestações de dor e incoordenação muscular, relacionada ao desequilíbrio biomecânico não apenas da própria articulação, como também de áreas circunvizinhas, incluindo-se a região cervical.

A dificuldade de diagnóstico baseia-se na controvérsia existente sobre os fatores etiológicos e mecanismos patogênicos que envolvem a articulação e as estruturas a ela relacionadas (Mongini, 1998).

A Academia Americana de Dor Orofacial (*American Academy of Orofacial Pain*) - organização de profissionais de saúde dedicada a aliviar a dor e o sofrimento através da promoção da excelência no ensino, pesquisa e assistência ao paciente no campo da dor orofacial e distúrbios associados, criada há duas décadas e meia, objetiva:

1. Estabelecer critérios aceitáveis para o diagnóstico e tratamento da dor orofacial e desordens temporomandibulares;
2. Destacar a significativa incidência de problemas de dor orofacial, tanto para médicos como para cirurgiões-dentistas;
3. Fornecer base para a divulgação de pesquisas no tratamento da dor orofacial e desordens temporomandibulares

4. Apoiar o periódico *Journal of Orofacial Pain*, salientando pesquisas e estudos em curso sobre dor orofacial e desordens temporomandibulares
5. Incentivar o estudo da dor orofacial e desordens temporomandibulares em níveis de graduação e pós-graduação da educação odontológica
6. Fornecer um terreno comum de reunião de autoridades de nível mundial em dor orofacial e desordens temporomandibulares
7. Incentivar os hospitais e escolas de odontologia a estabelecer centros para o tratamento da dor orofacial e desordens temporomandibulares
8. Incentivar a investigação e avaliação dos equipamentos e procedimentos
9. Publicar orientações para as normas de boas práticas, o tratamento e indicações de pesquisa para o envolvimento de terceiros.
10. Disseminar as informações pertinentes sobre a dor orofacial e distúrbios temporomandibulares para outros profissionais de saúde

Assim, a Academia Americana de Dor Orofacial estabeleceu diretrizes para classificação, avaliação e tratamento das dores orofaciais: a) definida por um termo coletivo que engloba um número de problemas clínicos envolvendo a musculatura mastigatória, a ATM e estruturas associadas, as DTM têm por principais manifestações clínicas a dor em músculos mastigatórios, região pré-auricular e/ou ATM, que pode agravar-se com a manipulação ou função, movimentos mandibulares assimétricos e/ou bloqueios e ruídos articulares; b) apresenta como queixas mais comuns a dor de cabeça, dor de ouvido e dor orofacial, assim como hipertrofia muscular e hábito oclusal anormal; c) têm manifestações estimadas em 75% da população americana, sendo que provavelmente 5 a 7% precisarão de tratamento, d) tem proporção estimada da ordem de 4:1 e 6:1 entre mulheres e homens que procuram tratamento, respectivamente,

encontrando-se na faixa etária entre a segunda e quarta décadas de vida (Mcneill, 1997).

Outrossim, a Academia Americana de Dor Orofacial (American Academy of Orofacial Pain) preconiza questionário auto-explicativo de triagem de distúrbios da Articulação temporomandibular. Composto por dez questões direcionadas, com respostas sim/não, aos sintomas mais freqüentes de dor orofacial e distúrbios da articulação temporomandibular. A resposta afirmativa a qualquer uma das dez questões não constitui base para o diagnóstico, mas sim para a identificação de alterações no paciente, e, como tal, auxilia sobremaneira na construção do diagnóstico.

Reisine e colabs. (1989) estudaram a utilidade da aplicação de indicadores padronizados, incluindo o questionário McGill, para medir o impacto da dor orofacial na qualidade de vida de 152 pacientes. Entre as condições estudadas, 48 pacientes apresentavam DTM, 33 doenças periodontais, 23 próteses e 48 pacientes em situação de retorno clínico por diversas condições. Os três primeiros grupos de pacientes relataram diferentes impactos na qualidade de vida e o impacto foi, particularmente, severo para os portadores de DTM. Os indicadores utilizados foram sensíveis para diferenciar entre os grupos de pacientes e foram considerados promissores no acompanhamento da qualidade de vida e na coleta de dados epidemiológicos. Embora existam evidências para acreditar que as DTM e outras condições dolorosas da face causem algum impacto na qualidade de vida<sup>5</sup>, um pequeno número de estudos documenta o uso de questionários específicos ou mesmo de ferramentas multidimensionais com este intuito.

Borel e colabs. (2007) estudaram a prevalência de sinais e sintomas pertinentes aos distúrbios da articulação temporomandibular entre universitários da Faculdade de

Minas/Faminas, e observaram alta prevalência no sexo feminino de hábitos parafuncionais, alterações posturais e alterações da força mastigatória.

Souza (2008) avaliou a prevalência da dor, em particular, a cefaléia no intervalo das últimas 24 horas em estudantes universitários. Seus resultados mostraram que a dor mais prevalente foi a cefaléia com 18,9%(79/417) seguida pela dor na coluna com 11,8%. A cefaléia foi mais freqüente em mulheres 23,8% numa relação homem/mulher de 1:1,7. Utilizando a Classificação Internacional das Cefaléias, proposta em 2004, os resultados revelaram que, entre as mulheres, a prevalência da cefaléia de padrão tensional foi de 5,7% e de 2,4% para os homens numa relação de 1:2,4. E, de padrão migranoso, de 2,9% para mulheres e 1,4% para homens numa relação de 1:2,07. Observou-se uma maior prevalência de cefaléia (22,8%) nos estudantes que não faziam atividade física ( $p=0,035$ ) e ainda, constatou-se que, quanto maior o nível de estresse, maior a prevalência de cefaléia ( $p<0,001$ ) assim como, quando as horas de sono não satisfaziam as necessidades individuais dos estudantes, a prevalência da cefaléia era maior ( $p=0,001$ ) comparando com aqueles cujas horas de sono satisfaziam. Em relação à existência de problemas de saúde, verificou-se que 25,4% dos estudantes referiram cefaléia ( $p=0,030$ ) numa freqüência maior que entre os que não apresentaram problemas de saúde. Quanto ao uso de medicação, a dipirona foi a droga mais utilizada (52,8%) entre os estudantes que referiram cefaléia sendo administrada pela automedicação. Na análise multivariada dos fatores explicativos da cefaléia, o modelo ajustado de regressão logística permitiu estimar que os estudantes que dizem que seu nível de estresse é regular ou alto, não estão satisfeitos com o seu sono e são do gênero feminino têm probabilidade de 31,8% de apresentarem cefaléia.

Ferraz e colabs. (2007) determinaram o índice de universitários do Curso de Sistema de Informação Faculdade de Minas/Faminas com dor lombar. Seus resultados



apontaram que 86,4% dos estudantes necessitavam de orientações e 13,6% eram sedentários e necessitavam de atividade física. Outrossim, os alunos do curso de Sistema de Informação mostravam-se bem informados sobre as possíveis disfunções lombares que poderiam acometê-los e quanto ao risco ocupacional.

Por sua etiologia multifatorial a DTM exige tratamento multi ou interdisciplinar, sendo fundamental diagnosticar os fatores mais importantes para cada indivíduo, porque as abordagens terapêuticas são personalizadas.

Visto que a maioria dos pacientes consegue o alívio dos sintomas principais a partir de tratamentos não invasivos e reversíveis, tem-se usado como terapia principal o uso de placas oclusais chamadas miorreaxantes. Outras modalidades de tratamentos utilizadas são a fisioterapia local (aplicações de frio e de calor, exercícios mandibulares, automassagem), compressão e injeção nos chamados “pontos gatilho”, e tratamento medicamentoso (analgésicos e anti-inflamatórios) 2,6.

Segundo Santos Jr (1987), os sinais e sintomas relacionados às desordens temporomandibulares são: sons (estalidos ou clicking e crepitações), ressaltos articulares, subluxação, dor, limitações ou restrições nos movimentos mandibulares e fatores sistêmicos, como osteoartrite e artrite reumatóide. O autor ainda afirma que a dor na articulação é usualmente acompanhada por efeitos autonômicos, como mudanças na pressão arterial, pulsação, náusea e vômito. Meira (2002) relata que os sinais e sintomas associados à DTM são: dor intra-articular, espasmo muscular, dor intra-articular combinada com espasmos musculares, dor reflexa, dor na abertura e fechamento da mandíbula, dor irradiada na área temporal, masseteriana ou infra-orbital; crepitação, dor ou zumbido no ouvido; dor irradiada no pescoço; dor de cabeça crônica; sensação de tamponamento do ouvido; xerostomia, entre outros. Os pacientes relatam

sons ou ruídos percebidos por eles na região da articulação. O estalido articular é um som único, seco, de curta duração que pode ocorrer durante a abertura e o fechamento mandibular. Está freqüentemente relacionado a problemas no disco articular. A crepitação é um som múltiplo e acompanha praticamente todo o trajeto condilar, indica provavelmente lesão do disco e o barulho é característico de contato ósseo do côndilo com a eminência articular. A crepitação é comum nas doenças degenerativas (Ramfjord e Ash, 1984). A vertigem tem sido produzida, também, por uma área de desencadeamento miofacial, no músculo esternocleidomastoideo, de modo que pode haver alguma relação entre a vertigem e os espasmos musculares disfuncionais no sistema mastigador (Ramfjord e Ash, 1984). Cefaléias e dor, zumbido ou tamponamento do ouvido, podem também estar relacionadas à DTM (Alves, 2002). A dor de cabeça também compreende um sintoma associado à DTM (Okeson, 1992). Estima-se que 80% de todas as dores de cabeça relatadas estão associadas a fontes musculares. Tem-se então que as atividades musculares da cabeça e do pescoço provavelmente desempenham um papel importante na etiologia de muitas dores de cabeça. Sendo assim, o tratamento direcionado a diminuir a hiperatividade muscular pode ter efeito significativo na redução da dor de cabeça. A dor de cabeça é provavelmente o sintoma mais comum e a queixa mais relatada dentre os sintomas da DTM. Numerosos fatores podem causar ou contribuir para o aparecimento das dores de cabeça, contudo, uma porcentagem significativa dessas dores pode estar relacionada com atividades musculares. Há relatos em que as alterações do tônus muscular podem ser responsáveis por 80 a 90% de todas as dores de cabeça (Maciel, 1998). As causas da dor de cabeça podem ser: constante excitação do sistema nervoso simpático e do mecanismo de resposta hormonal ao estresse; macro trauma, mastigação unilateral, apertamento dental, bruxismo, alterações musculares decorrentes de interferência oclusal e distúrbios no sistema circulatório do músculo (Garcia e Sousa, 1998). É

comum pacientes com dor na ATM também se queixarem de dor no ouvido. O ouvido encontra-se contido no osso temporal e relaciona-se com o côndilo mandibular, separado deste apenas pela parede timpânica. A proximidade do ouvido com a ATM e os músculos da mastigação como também suas inervações comuns no trigêmio, criam uma condição freqüente de dor reflexa (Maciel, 1998).

# *Proposição*

## *Proposição*

O propósito deste trabalho foi estabelecer a correlação entre bruxismo, hábitos parafuncionais bucais, qualidade de vida, tabagismo e consumo de álcool em mulheres brasileiras.

## *Material e Método*

## *Material e Método*

O presente estudo trata-se de pesquisa quantitativa de caráter exploratório, descritivo (já que expõe características de população específica) e de campo (uma vez que incluiu aplicação de questionário no local onde ocorre o fenômeno). Os dados foram coletados por meio de inventários, com respostas sim/não, direcionados à qualidade de vida, alimentação e comorbidades, hábitos parafuncionais, e consumo de álcool e tabaco. (tabelas 1 a 4). O universo e a amostra foram mulheres de Araçatuba e região (n=81) com idade entre 19 e 54 anos.

Todos os indivíduos receberam instrução a respeito da pesquisa quanto à preservação de sua identidade e prestação de esclarecimentos em caso de dúvida. Outrossim, foi solicitado que assinassem o termo de consentimento esclarecido, a fim de viabilizar sua participação. A fonte de dados foi primária, por meio de preenchimento do instrumento de coleta de dados e Termo de Consentimento Esclarecido por todos os indivíduos envolvidos na pesquisa.

Tabela 1. Inventário de qualidade de vida

	SIM	NÃO
É feliz com profissão?		
Caso seja aposentado – é feliz com a aposentadoria?		
Mora em casa ou apartamento com família		
Mora em casa/ apartamento/quarto alugado sozinho		
Mora em habitação coletiva sozinho		
O ambiente doméstico é agradável?		
Tem algum hobby (lazer)?		
Pratica uma atividade física?		
Conversa com amigos?		

Tabela 2. Inventário de hábitos parafuncionais (Alves-Rezende e colabs.2009)

	SIM	NÃO
1. Você masca chiclete?		
2. Você morde caneta, lápis ou outros objetos?		
3. Você aperta os dentes?		
4. Você apóia o queixo nas mãos?		
5. Você mastiga de um lado só?		
6. Você dorme de lado só?		
7. Você dorme de bruços?		
8. Você morde a língua?		
9. Você morde os lábios?		
10. Você morde a bochecha?		

Tabela 3. Inventário de saúde e comorbidades

	SIM	NÃO
Sente-se ansioso?		
Medicamentos para o coração		
Ansiolíticos (controle da ansiedade)		
Anti-hipertensivos		
Medicamentos para controle da glicose		
Hábitos alimentares/Saudável (predomina vegetais, verduras, frutas e grãos)		
Hábitos alimentares/Normal		
Hábitos alimentares/Não saudável (predomina doces, refrigerantes, frituras, sal)		
Você acha que se alimenta -em excesso		
Você acha que se alimenta - Normal		
Você acha que se alimenta - Pouco		



Tabela 4. Inventário de consumo de álcool e tabaco

	SIM	NÃO
1. Fuma		
2. Não fuma		
3. Fuma menos de 10 cigarros ao dia		
4. Fuma mais de 10 cigarros ao dia		
5. Ingere álcool		
6. 1 a 4 doses/ vez no último mês		
7. 5 ou mais doses/ vez no último mês		
8. Socialmente		

## *Resultados*

## Resultados

Os resultados obtidos foram submetidos à estatística descritiva e estão apresentados nos Gráficos 1 a 6.

Gráfico1. Qualidade de vida

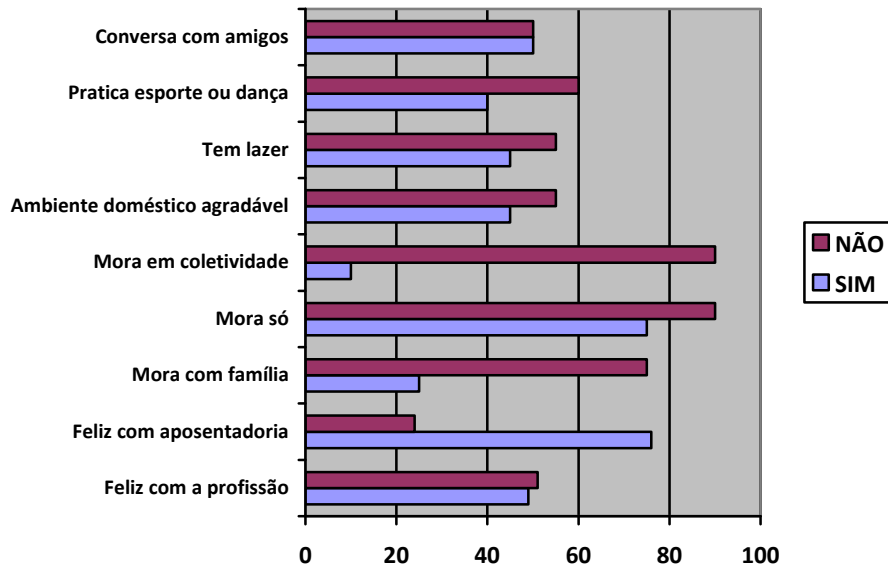


Gráfico 2 – Alimentação e comorbidades

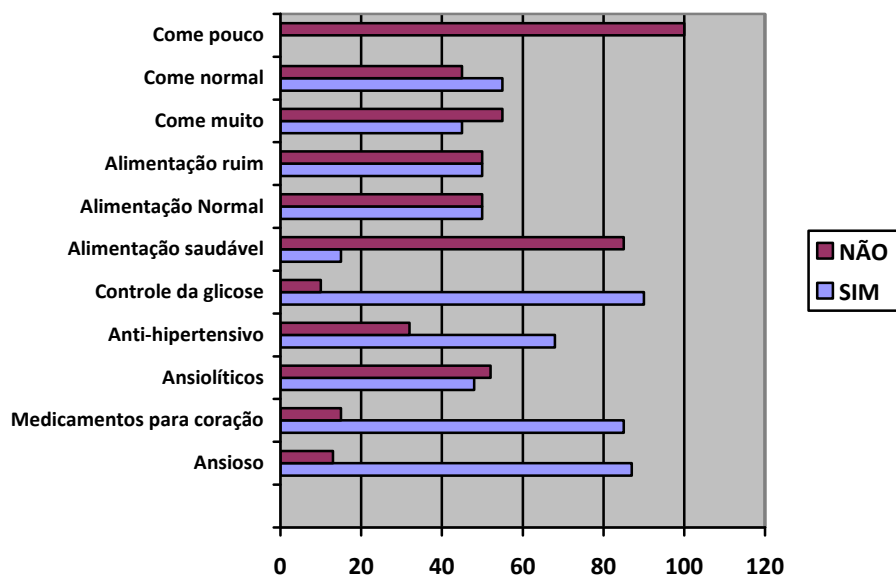


Gráfico3. Prevalência de hábitos parafuncionais

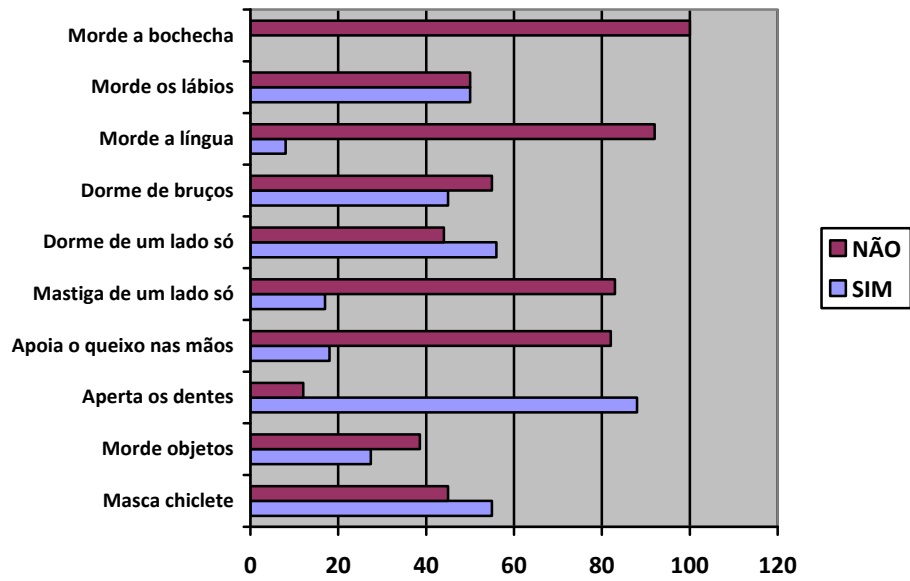


Gráfico 4A– Consumo de Tabaco

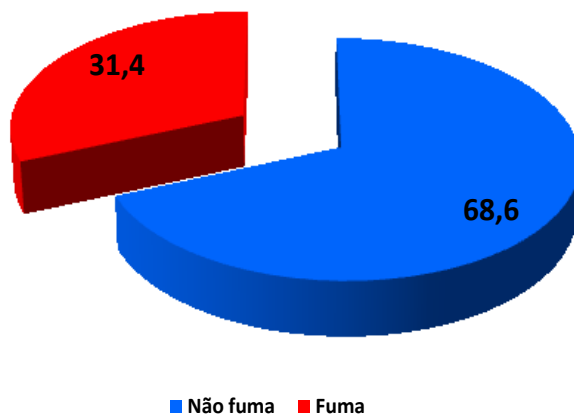


Gráfico 4B– Consumo diário de Tabaco

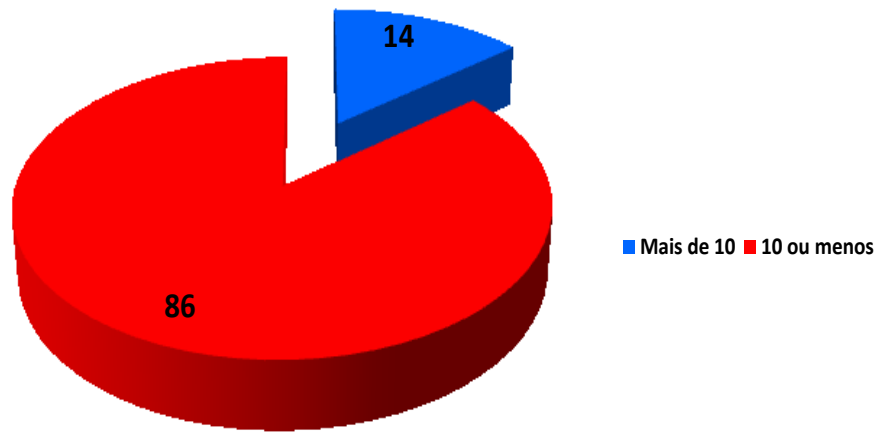


Gráfico 5A– Consumo álcool

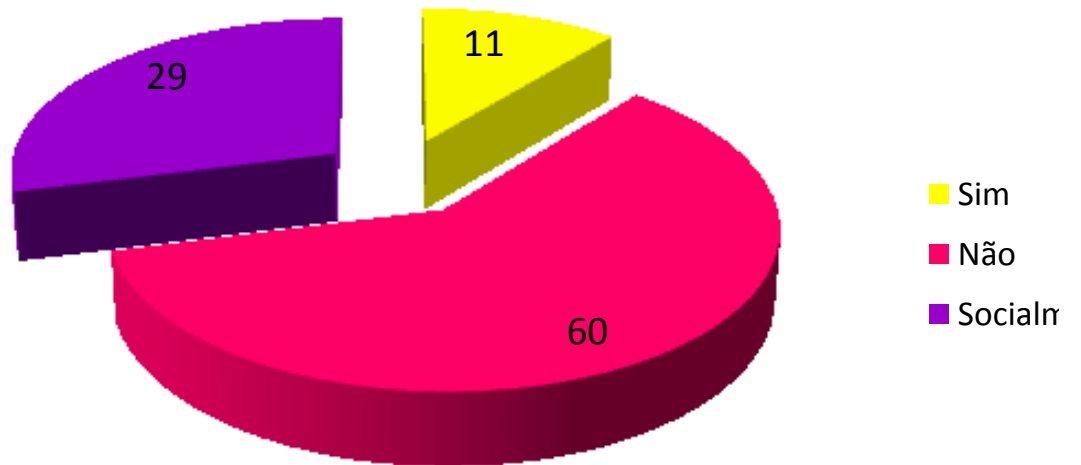
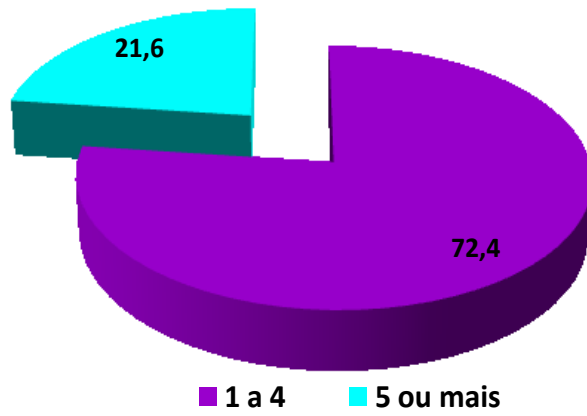


Gráfico 5B– Consumo álcool (doses/vez no último mês)



## *Discussão*

## *Discussão*

Estudos de prevalência têm sido conduzidos em vários países e em diferentes populações, as quais diferem entre si quanto à raça, idade, hábitos e estilo de vida. Por isso, a literatura revisada apontou grande variação de prevalência entre os estudos e fatores psicogênicos que levam à DTM. Nos voluntários avaliados, pode-se relacionar os hábitos parafuncionais ao estresse.

Estima-se que aproximadamente 75% da população têm pelo menos um sinal de disfunção e 33% tem pelo menos um sintoma de disfunção temporomandibular (DTM) e que aumentam em frequência e gravidade da segunda para a quarta década de vida. (McNeill 1997). Estudos recentes têm comumente encontrado mais sinais e sintomas graves e frequentes de dor e pontos-gatilhos na ATM e músculos mastigatórios, sons na ATM, e limitação ou outros distúrbios nos movimentos mandibulares em mulheres que em homens (Vignolo et al, 2008), indicando que mulheres apresentam mais problemas no sistema mastigatório do que homens (Stohler, 1997), assim como maior gravidade tanto psicologicamente como fisicamente. Estudos experimentais têm mostrado haver diferenças na percepção da dor por homens e mulheres, onde as mulheres demonstram maior sensibilidade à dor do que os homens (Al'Absi e colabs., 2002). Fischer e colabs.(2007) concluíram que a testosterona diminui a probabilidade de desenvolver dor na ATM. Esse achado pode ajudar explicar a menor prevalência e severidade de muitas condições de dor, incluindo as DTM em homens. Estudos apontam para um declínio na prevalência com a idade

Em 1996, Okeson citou que a DTM pode ser a maior responsável pelas dores orofaciais não odontogênicas, sendo considerada uma subclassificação das desordens musculoesqueléticas. Há um consenso na literatura de que o sintoma mais comum da



DTM é a dor, normalmente localizada nos músculos da mastigação, área pré--auricular e ATM. Em 1987, Pillemer e colabs. acrescentaram que outros sintomas associados poderiam ser: dores no ouvido, dores de cabeça, cansaço muscular e sensibilidade dentária. Os autores citaram ainda que alguns sinais podem estar presentes, como ruídos articulares do tipo estalido ou crepitação, desgaste dentário e sensibilidade a palpação muscular e da ATM.

Sabe-se hoje que a dor é um fenômeno de natureza complexa, cuja expressão se reveste de subjetividade, de difícil mensuração, que se manifesta clinicamente a partir de uma grande diversidade de maneiras, podendo apresentar inúmeros fatores causais (Angelotti, 2002; Sardá Jr. e Cruz, 2002). Seus modos de expressão, bem como seu significado, variam entre as diferentes culturas e entre indivíduos, apesar das semelhanças anatômicas e fisiológicas. A definição proposta pela IASP é considerada atualmente uma das mais aceitas pela comunidade científica e pelos clínicos. Ela define dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. (IASP, 1986).

De acordo com esta definição, a experiência da dor vai além da existência de estímulos nociceptivos e sua percepção no sistema nervoso. Ela representa um tipo e significado particular de experiência humana chamada sofrimento que, por sua vez, é expresso por meio de sinais objetivos de comportamento que precisam ser considerados e compreendidos (Okeson, 1998).

A intensidade e as características da dor podem variar de acordo com estímulos externos e internos, como atividade hormonal, física e mental, afecções sistêmicas e condições climáticas (Teixeira, 2003).

Dentre elas uma das mais prevalentes, as disfunções temporomandibulares, que provocam dores crônicas na região da cabeça, articulações temporomandibulares, músculos mastigatórios, região sub-occipital e musculatura supra-escapular atingem cerca de 6,00% da população brasileira (Siqueira, 2005). São alterações músculo-esqueléticas, de difícil diagnóstico, pela extensa e diversificada sintomatologia, etiologia complexa, multifatorial, com forte presença de componentes emocionais e de grande impacto sobre a vida cotidiana do paciente (Oliveira e colabs., 2003; Seligman e colabs. 2007). Por isso representam, juntamente com outras dores orofaciais não odontogênicas, verdadeiros desafios para os profissionais de saúde que atuam na área (Widmer, 2002).

Koopman et al (2009) afirmam que a dor orofacial tem considerável impacto na qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (Who, 1983).

O universo da amostra deste trabalho compreendeu mulheres com idade entre 19 e 54 anos. 75% moram só e em ambiente doméstico agradável; 45% praticam algum tipo de esporte ou dança; 45% dedicam parte do tempo ao lazer e 40% saem e conversam regularmente com amigos.

Hoje é preciso compreender que promover saúde, em sua visão ampliada, é promover equilíbrio, isto é fortalecer potenciais e desenvolver capacidade de organizações e de sujeitos sociais,

Sintomatologia de disfunção temporomandibular, bruxismo e hábitos parafuncionais foram mais freqüentes entre tabagistas (acima de 10 cigarros ao dia) e consumidoras de álcool (acima 5 doses no último mês).

## *Conclusão*

## *Conclusão*

Com base na metodologia empregada e nos resultados obtidos podemos concluir que os resultados obtidos sugerem associação positiva entre bruxismo, hábitos parafuncionais bucais, qualidade de vida, tabagismo e consumo de álcool em mulheres brasileiras.

## *Referências*

## Referências

AHLBERG J, RANTALA M, SAVOLAINEN A, SUVINEN T, NISSINEN M, SARNA S, LINDHOLM H, KONONEN M. Reported bruxism and stress experience. Community Dent Oral Epidemiol. 2002, 30:.405-8.

ALVES LA. Dor orofacial - Desordens temporomandibulares. Entendendo problemas da ATM. Disponível na internet. <http://members.tripod.com/~glaucialopes/io/textos2.htm>. Pesquisa em 17/03/2002.

AMARAL, L. M. T. B. The century XXI's professional and the impact of the transformation in the multidisciplinary team of pain treatment. In: SIQUEIRA J. T. T., CHING, L. H. (Ed.). Pain – orofacial pain/ATM – bases for the clinical diagnosis. Curitiba: Ed. Maio, 1999. p. 79-82.

ANGELOTTI, G. Medidas de Avaliação de Dor. In: CRUZ, R. M.; ALCHIERI J. C.; SARDÁ Jr. J. J. (Org.). Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2002. p. 117-36.

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005. 291p.

BALLONE, G. J.; PEREIRA, N. E.; ORTOLINA, I.V. Da emoção a lesão: um guia de medicina psicossomática . São Paulo: Manole, 2002. p. 41-62.

BANJA, J. D. Empathy in the physician's pain practice: benefits, barriers, and recommendations. Pain Med, 2006. 7(3) p. 265-75.

BARROS MBA, MARIN-LEON L, OLIVEIRA HB, Dalgalarondo P, Notega NJ. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. Epidemiol Serv Saúde. 2008; 17:259-70

BATISTA, C. C.; GOLDIM, J. R.; FRISTCHER, C.C.; Bioética clínica: ciência e humanidade. Scientia Médica, 2005. 15(1): p. 52-59.

BERGEL, R. H. Dor crônica: dilemas de um problema clínico complexo. Âmbito Hospitalar, 2005. 172(3): p. 30-32.

BERLINCK, M. T. A dor. São Paulo: Editora Escuta Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 1999. p. 7-22.

BÉRZIN, M. G. R. Características psicodinâmicas e sociais de pacientes portadores de dor craniomandibular. Anais do 4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. São Paulo, 1999. p. 398.

BÉRZIN, M. G. R. Chronic pain: a psychological approach. BR J Oral Sciences, 2004. 10(3): p. 480-83.

BIASOTTO-GONZALEZ, DA. Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares. São Paulo: Editora Manole, 2005, 246p.

BIASOTTO-GONZALEZ, Daniela Aparecida e colabs. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [online]. 2008, vol.18, n.1 [citado 2012-09-16], pp. 79-86 . Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822008000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000100010&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0104-1282.

BOEVER, J. A.; STEENKS M. H. Epidemiologia, sintomatologia e etiologia da disfunção craniomandibular. In: STEENKS M. H.; WIJER A. Disfunção da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 1996. p. 35-43.

BONICA, J. J. The management of pain. 2. ed. Philadelphia: Febiger Publisher, 1990.

BOREL KC, COELHO KCC, CERQUEIRA JAO, BARBOSA FS, SILVA VCC. Disfunção temporomandibular: sinais e sintomas em universitários. Revista Científica da FAMINAS . 2007; 3 :145.

CARLSON, C.H. e colabs. Psychological and physiological parameters of masticatory muscle's Pain. Pain. 1998; 76: 297-307.

CARNIEL, I. C. O acompanhamento psicológico nas desordens temporomandibulares: uma proposta de grupos operativos com pacientes [tese]. Ribeirão Preto. USP/FFCLRP; 2001.



CARVALHO, M. M. M. L. Dor : um estudo multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1999. p. 9-11.

CURTIS, J. R. et al. Understanding physicians' skills at providing end-of life care perspectives of patients, families and health care workers. *J Gen Int Med*, 2001. 16(1): p. 68-69.

FERRAZ FS, CARVALHO EP SARCHIS EP. Incidência de dor lombar em universitários do curso de sistema de informação da Faculdade de Minas – FAMINAS. *Revista Científica da FAMINAS* . 2007; 3: 211.

FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELLOTI, G.; PIMENTA, C. A. M. , editores. *Dor e Saúde Mental*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

FINKLER, M. Formação ética em Odontologia: realidades e desafios. 2006. 259f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Curso de Pós-graduação em Odontologia, área de concentração de Odontologia em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FONSECA DM. Disfunção Temporomandibular (DTM): Elaboração de um índice anamnésico. Bauru, 1992. (Dissertação) Faculdade de Odontologia de Bauru/ USP.

FONSECA DM, Bonfante G, Valle A, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *Rev Gaúcha Odontol*. 1994;;42(1):23--28.

GÓES, P. S. A.; KOSMINSKY, M.; SIQUEIRA, J. T. T.; RIBEIRO, M. F. P. *Dor orofacial*. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006. p.102-14

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2004. 28(2): p. 99-105.

GUIMARÃES, S. S. Introdução ao estudo da dor. In: Carvalho MMMJ, (Org.). *Dor: um estudo interdisciplinar*. São Paulo: Summus Editorial, 1999. p 13-30.

IASP, International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Pain, 1986. 3: S1-225.

KULICH, K.R.; RYDEN, O.; BENGTSSON, H. A descriptive study of how dentists view their profession and the doctor – patient relationship. Acta Odont Scand, 1998. 56(4): p. 206-09.

KUTTILA M, KUTTILA S, NIEMI PM, ALANEN P, LEBELL Y. Fluctuation of treatment need for temporomandibular disorders and age, gender, stress, and diagnostic subgroups. Acta Odontol Scand. 1998;55:350-5.

LIPTON, JA.; SHIP, JÁ; LARACH-ROBINSON, D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent Assoc. 1993;124: 115-121.

LODUCA, A. Psychodramatic strategies for the patient with chronic pain. In: Anais do 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. São Paulo, 2001. p.172-75.

LODUCA, A e *colabs*. The impact of the suffering and psychosocial aspects on chronic pain patients. 11º Congress of Pain. IASP. Sidney, 2005.

MA, Yun-tao; Ma, Mila; Cho, Zang Hee. Acupuntura para controle da dor: um enfoque integrado. São Paulo, Ed. Roca, 2006.

MAIN, C. J.; WATSON, C. J. Psychological aspects of pain. Manual Therapy, 1999. 4(4): p.203-15.

MALTA DC, PORTO DL, MELO FCM, MONTEIRO RA, SARDINHA LMV, LESSA BH. Family and the protection from use of tobacco, alcohol, and drugs in adolescents, National School Health Survey. Rev Bras Epidemiol. 2011; 14:166-77.

MARTINS, M. A. O. Humanização em cuidados paliativos e na dor. Prática hospitalar. 2004. 35: p. 69-70.

MCNEILL, C.; DUBNER, R. O que é dor e como classificamos a dor orofacial? In: LUND, J.; DUBNER, R.; SUSSLE, B. J (Ed.) . Dor orofacial: da ciência básica à conduta clínica. São Paulo: Quintessence, 2002. p. 3-14

MEIRA, G. S. P. DTM x Sintomas Otológicos. Disponível na internet. <http://www.aonp.org.br/fso/revista7/rev712a.htm>. Pesquisa em 17/03/2002.

MIELMAN, P. W. On the difficulties of coding pain-related data. *Pain*. 1989. 36(1): p.133-34

MONGINI, F. – ATM e Músculos craniocervicofaciais: Fisiopatologia e Tratamento –1a. Edição, Livraria Santos Editora, 1998, 274P.

OKESON JP. Orofacial pain--guidelines for assessment, diagnosis and management, Chicago: Quintessence, 1996.

OKESON, J. P. Dor Orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence, 1998. p. 1-18.

OLIVEIRA, A. S. e colabs. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J of Applied Oral Science*, 2003. 11(2): 138-43.

PALLEGAMA, R. W. e colabs. Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders. *J of Oral Rehabilitation*, 2005. p. 32(10): 701-7.

PEREIRA, V. M.; SILVA, C. E. S. Relação entre Estresse Profissional e o Ciclo Motivacional na Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo de Caso. XI SIMPEP – Bauru, Brasil, 08 a 10 de novembro de 2004. Disponível em URL: <http://www.feb.unesp.br/...//copiar.php?arquivo=054-PereiraVM> Relação entre o stresse.pdf [2007 Fev 2].

PIMENTA C.A.M, FIGUEIRÓ J.A.B, TEIXEIRA M.J, SIQUEIRA J.T.T, PERISSINOTTI D.M.N, CASTRO C.E.S. Proposta de conteúdo mínimo sobre dor e cuidados paliativos nos cursos de graduação da área de saúde. *Rev Simbidor*. 2001; 2(1): 23-35.

PINI, M. H. M. Compartilhando a dor e diminuindo o abandono. In: Anais do 6º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. São Paulo, 2003. p. 269-70.

PORTNOI, A. G. O enfrentamento da dor. In: TEIXEIRA, M. J. (Ed.). *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 205-12

REISINE ST, FERTIG J, WEBER J, LEDER S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17(1): 7-10.

RIOS, I. C. Sobre a integração de atividades e disciplinas de humanidades da FMUSP – outra história em construção... *Boletim Arroba e Vírgula*. Disponível em: URL: <http://.med.fm.usp.br/cedem/arrobavirgula13.asp> [2006 Jan 13]

SANTOS JR., J. Oclusão: Tratamento da Sintomatologia Craniomadibular. São Paulo: Pancast, 1987.

SARDÁ, J. J. J.; CRUZ, R. M. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica. In: CRUZ, R.M.; ALCHIERI, J.C.; SARDÁ, J. J. J. (Org.). Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2002. p. 99-114.

SELIGMAN M.E, SCHULMAN P, TRYON A.M. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther*. 2007; 45:1111-26.

SILVA FA. Tratamento das alterações funcionais do sistema estomatognático. *Revista APCD* 1993; 47(3): 1055-1062.

SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA, M. J. Dor orofacial: diagnóstico terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Editora Maio, 2001.

SIQUEIRA J.T.T. As conseqüências das dores orofaciais para a saúde. *Jornal Dor*. 2005; 18: 3.

TEIXEIRA ACB, MARCUCCI G, LUZ JGC. Prevalência das maloclusões e dos índices anamnésicos e clínicos em pacientes com disfunção da articulação temporomandibular. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999; 13(3): 251-256.

TEIXEIRA, M. J.; OKADA, M. Dor – evolução histórica dos conhecimentos. In: TEIXEIRA, M. J. (Ed.). Pain – interdisciplinary context. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 18-51.

TEIXEIRA, M.J.; VALVERDE-Fo. J. Acute pain. In: Teixeira, M. J. (Ed.). Pain-interdisciplinary and context. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 241-69

TEIXEIRA, D. C e colabs. Ergonomia em empresa montadora de carro; diminuição do risco de algia na coluna lombar. *Fisioterapia UNICID*. 2003; 3: 99-109

THILANDER B, RUBIO G, PENA L, MAYORGA C. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development. *Angle Orthod*. 2002; 72(2): 146-154

TURK, D. C.; MELZACK; R. The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. In: TURK, D. C.; MELZACK, R. *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Publisher, 1992. p. 3-12.

ULDESMANN, A. Bioética – aspectos de interesse do anestesiologista. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 2006. 56(3): p.325-333.

VECTORE C. Psicologia e acupuntura: primeiras aproximações. *Psicol Cienc Prof*. 2005;25(2):266-85.

WASOSKI, R. L. Stress, professional burnout and dentistry. *J of Oklahoma Dent. Association*, 1995. 86(2): p. 28-30.

WIDMER, C. G. Convicções correntes e diretrizes pedagógicas. In: LUND, J. P. e colabs. *Dor orofacial : da ciência básica à conduta clínica*. São Paulo: Quintessence, 2002. p. 27-34.

WHO QOL Group. Measuring quality of life: The Development of The World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneve (SZ): WHO.1993

YAMAMURA, YSAO. *Acupuntura tradicional: A Arte de Inserir*. 2 Ed. Ver. E ampl. São Paulo. Roca, 2001. CASADO, Heitor, SÁ, Fernando Cavalcanti. *Atlas de ouro de acupuntura*. São Paulo. Ícone, 2008.

YAP AU, DWORKIN SF, CHUA EK, LIST T, TAN KB, TAN HH. Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in Asian patients. *J Orofac Pain*. 2003 Winter;17(1):21-8

YENG, L.T.; TEIXEIRA, M. J. Dor crônica. *Dor é coisa séria*. 2005. 1(1): p. 3-7.

YENG, L. T.; TEIXEIRA, M. J. Tratamento multidisciplinar dos pacientes com dor crônica. *Prática hospitalar*. 2004. 35: p. 21-24.

WINOCUR E, GAVISH A, HALACHMI M, BLOOM A, GAZIT E. Generalized joint laxity and its relation with oral habits and temporomandibular disorders in adolescent girls. *J Oral Rehabil*. 2000;27:614-22.