



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

DEPARTAMENTO DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS E PRÓTESE

BEATRIZ OMMATI PIROVANI

**CORRELAÇÃO ENTRE BRUXISMO, QUALIDADE DE VIDA E DOR EM
PORTADORES DE DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES**

**Araçatuba – SP
2017**

BEATRIZ OMMATI PIROVANI

**CORRELAÇÃO ENTRE BRUXISMO,
QUALIDADE DE VIDA E DOR EM
PORTADORES DE DESORDENS
TEMPOROMANDIBULARES**

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

Orientadora: Profª. Ass. Dra. Karina Helga Turcio de Carvalho

**Araçatuba - SP
2017**

DEDICATÓRIA

Aos meu pais, Cecília e Roberto, e à minha irmã Marina, que sempre me apoiaram e se esforçaram pra me dar a melhor educação e formação. Eles que estiveram sempre muito presentes em tudo, dando suporte e amor.

Sem eles nada disso seria possível e provavelmente eu não teria conseguido chegar até o final.

A todos que de alguma forma contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que me ajudaram durante minha vida acadêmica, a chegar aonde cheguei, pois sem o apoio da família e amigos nada disso seria possível.

Primeiramente a professora **Karina Helga Turcio de Carvalho**, minha orientadora neste trabalho de conclusão de curso, dentro da Clínica do Núcleo de Diagnóstico e tratamento da DTMs, pela paciência na orientação, dedicação e todo o carinho com esse trabalho e comigo, para que fosse possível a conclusão do mesmo, pela amizade sincera, e toda essa paz que leva consigo e passa para todos ao seu redor. Professora muito carismática e atenciosa, que encanta a todos. Muito obrigada professora, tenho um carinho enorme pela senhora.

Á professora **Daniela Atili Brandini de Weert**, pela sua ajuda, sabedoria e paciência na orientação com os resultados, do cuidado que teve para que este trabalho desse certo.

Á banca examinadora, professora **Karina**, professor **Juliano** e **Fernanda** por terem disponibilidade em comparecer a essa apresentação, em especial à professora **Karina** e ao professor **Juliano**, aos quais me espelho para sempre atender ao próximo com respeito, dedicação e carinho.

Á **minha família**, meu pai **Roberto**, minha mãe **Cecília**, minha irmã **Marina** que sempre me apoiaram nessa jornada, me dando força e suporte para seguir em frente e não desistir dos meus sonhos, vocês são meu maior tesouro, e não tem nada mais valioso do que o amor da família, sei que posso sempre contar com vocês. Agradeço a Deus por ser filha e irmã de vocês. Principalmente aos meus pais, que abdicaram dos seus sonhos para tornarem o meu realidade.

Á minha vó **Maria José**, que eu sinto um amor que não cabe no peito. Muito sábia e que, mesmo longe, estava sempre presente.

Aos meus avós já falecidos, vô **Caboclo** e vó **Adelina**, que tive o prazer de conviver, mesmo pouco. Muito carinhosos.

Ao meu namorado **Cezar** por toda paciência e companheirismo nesse tempo juntos, me dando conselhos e me passando seus conhecimentos. Meu carinho por você é imenso, te amo.

A todos os meus **tios** e **tias**, amo todos vocês.

À minha segunda família que me acolheu aqui de Araçatuba, meus amigos, em especial ao meu Bonde: **Gabriel Nunes, Sara Akabane, Malena Castro, Aniele Lacerda, Francienne Castro e Sandy Tatibana**, que foram grandes amigos desde o começo dessa jornada, compartilhando matérias de provas, piadas e dificuldades. Vou sentir muita saudade de encontrar vocês semanalmente pra tomar uma ou comer um lanche hahaha. Vocês são muito especiais na minha vida e vou levar pra sempre dentro de mim esses momentos que passamos juntos nesses 5 anos. Desejo prosperidade e sucesso na vida de cada um.

Agradeço também á **Amanda Vanzo** e a **Julia Benetti**, que tiveram paciência e conviveram com meus defeitos. Eu aprendi muito com vocês e vocês me mostraram uma convivência harmoniosa, limpa (haha), de jantares e conversas juntas. Foi e é muito bom morar com vocês. Vou lembrar sempre de vocês e da nossa amizade.

Aos meus amigos da faculdade, toda a turma 59 e aos que tive mais contato da turma 60. Cada um teve uma parcela nessa caminhada de convivência e aprendizado.

Ao **Arthur Lacerda** que fez diversas duplas comigo nas clínicas, obrigada pela paciência e amizade. Meu amigo desde que entrou na faculdade, meu afilhado de Rio Preto.

Agradeço imensamente a **Deus**, por ter guiado os meus passos, que se não estivesse comigo eu não teria chegado aonde cheguei. Me ouviu e me mostrou o melhor caminho em todas as dificuldades. Sem Ele a minha vida não seria como é hoje, principalmente no meu primeiro ano, de maior provação.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, pela possibilidade da graduação em Odontologia.

*“Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade”*

PIROVANI, O.B., **CORRELAÇÃO ENTRE BRUXISMO, QUALIDADE DE VIDA E DOR EM PORTADORES DE DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

RESUMO

As disfunções temporomandibulares (DTMs) são alterações do sistema mastigatório que afetam os músculos, articulações temporomandibulares (ATMs) e estruturas adjacentes. Existem fatores que diminuem a capacidade adaptativa do aparelho estomatognático, entre eles: alterações oclusais, hábitos parafuncionais (bruxismo) e estresse físico e emocional, podendo influenciar a qualidade de vida dos indivíduos. Visto isso, o objetivo deste estudo foi correlacionar a presença do bruxismo do sono, em vigília e ambos com dor orofacial e a qualidade de vida de pacientes da Clínica do Núcleo de Diagnóstico e tratamento da DTMs (NDTDTM). Foram selecionados, por meio do RDC (Research Diagnostic Criteria), 74 (setenta e quatro) pacientes com idade entre 18 (dezoito) e 78 (setenta e oito) anos e com mialgia nos músculos da mastigação. Após a seleção, a presença do bruxismo foi avaliada por meio de questionários apropriados. A presença de dor foi avaliada através de uma escala visual analógica também baseada no RDC (eixo II). Esses pacientes foram questionados quanto à dor que sentiam no momento da consulta, quanto à intensidade da pior dor que sentiram nos últimos três meses, e quanto à média de dor durante os últimos três meses. O impacto da DTM sobre a qualidade de vida foi avaliado por meio da escala de Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP – 14). Após a coleta, os dados foram submetidos à análise estatística utilizando-se o programa SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) com alfa (α)=0.05, por meio do teste de correlação de Pearson para verificar a correlação entre as variáveis. Os pacientes foram divididos em 4 grupos, sendo eles Ausência de Bruxismo (AB), Bruxismo do Sono (BS), Bruxismo em Vigília (BV) e com ambos os bruxismos (BV+BS). Houve uma correlação positiva entre a presença do bruxismo (BS, BV e BS+BV) e o maior impacto da DTM na qualidade de vida, bem como uma correlação positiva entre o bruxismo em vigília e a pior dor sentida nos últimos três meses ($p=0,016$) e a média de dor nos últimos 3 meses ($p=0,018$). Pode-se concluir que o bruxismo em vigília está correlacionado com a maior média de dor e com as maiores intensidades de dor no grupo avaliado, e que o bruxismo (BS, BV, BS+BV) está correlacionado à menor qualidade de vida.

Palavras-chave: Bruxismo. Qualidade de vida. Disfunção da articulação temporomandibular.

PIROVANI, O.B., **CORRELATION BETWEEN BRUXISM, QUALITY OF LIFE AND PAIN IN CARRIERS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS 2017**. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

Abstract

Temporomandibular disorders (TMDs) are changes in the masticatory system that affect muscles, temporomandibular joints (TMJs) and adjacent structures. There are factors that diminish the adaptive capacity of the stomatognathic apparatus, among them: occlusal alterations, parafunctional habits (bruxism) and physical and emotional stress, being able to influence the quality of life of the individuals. Seen this, the objective of this study was to correlate the presence of sleep bruxism in wakefulness and both with orofacial pain and the quality of life of patients at the Nucleus of Diagnosis and Treatment of TMD (NDTDTM) Clinic. Seventy-four (74) seventy-eight (34) patients with myalgia in masticatory muscles were selected through RDC (Research Diagnostic Criteria)con. After election, the presence of bruxism was assessed using appropriate questionnaires. The presence of pain was evaluated through a visual analog scale also based on RDC (axis II). These patients were asked about the pain they experienced at the time of the consultation, the intensity of the worst pain they have felt in the last three months, and the average pain during the last three months. The impact of TMD on quality of life was assessed using the Oral Health Impact Profile - 14 scale (OHIP - 14). After the data collection, the data were submitted to statistical analysis using the program SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) with alpha (α) = 0.05, using the Pearson correlation test to verify the correlation between the variables. The patients were divided into 4 groups, being Absence of Bruxism (AB), Bruxism in Wake (BW), Bruxism of Sleep (BS) and with both bruxisms (BW + BS). There was a positive correlation between the presence of bruxism (BS, BW and BS + BW) and the greater impact of TMD on quality of life, as well as a positive correlation between bruxism in waking and the worst pain experienced in the last three months ($p = 0.016$) and mean pain in the last 3 months ($p = 0.018$). It can be concluded that bruxism in wakefulness is correlated with the highest average of pain and with the highest pain intensities in the evaluated group, and that bruxism (BS, BV, BS + BV) correlates with lower quality of life.

Key-words: Bruxism. Quality of life. Temporomandibular disorders.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Crítérios de inclusão e exclusão.	19
Quadro 2 -	Oral Health Impact Profile -14 (OHIP-14).	20
Quadro 3 -	Peso das perguntas do OHIP-14.	21
Quadro 4 -	Questões sobre a intensidade de dor espontânea de acordo com uma escala visual analógica de 0 a 10.	22
Quadro 5 -	Avaliação da presença de possível Bruxismo do sono (BS) e do Bruxismo em vigília (BV).	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição descritiva de média e desvio padrão de presença de dor e qualidade de vida (Índice OHIP) em ausência de bruxismo, no bruxismo do sono, bruxismo em vigília e em ambos os bruxismos.	25
Tabela 2 -	Distribuição descritiva de média e desvio padrão de presença de dor e qualidade de vida (Índice OHIP) em ausência de bruxismo, no bruxismo do sono, bruxismo em vigília e em ambos os bruxismos.	26
Tabela 3 -	Correlação de Pearson entre a presença de dor, qualidade de vida (Índice OHIP) e bruxismo do sono, bruxismo em vigília e em ambos bruxismos.	26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Associação de dor na consulta com ausência de bruxismo, bruxismo do sono, bruxismo m vigília e em ambos bruxismos.	27
Gráfico 2 -	Associação da pior dor nos últimos 3 meses com ausência de bruxismo, bruxismo do sono, bruxismo em vigília e com ambos bruxismos.	27
Gráfico 3 -	Associação de média de dor dos últimos 3 meses com ausência de bruxismo, bruxismo do sono, bruxismo em vigília e com ambos bruxismos.	28
Gráfico 4 -	Associação de qualidade de vida (OHIP) com ausência de bruxismo, bruxismo do sono, bruxismo em vigília e com ambos bruxismos.	29

LISTA DE ABREVIACOES

BS	Bruxismo do sono
BV	Bruxismo em vigília
BS + BV	Bruxismo do sono e em vigília
DTM	Desordem Temporomandibular
ATM	Articulação Temporomandibular
OHIP	Oral Health Impact Profile
EVA	Escala Visual Analógica
RDC	Research Diagnostic Criteria

SUMÁRIO

1 Introdução	14
1.1 Objetivos	17
1.2 Hipóteses	18
2 Metodologia	19
2.1 População a ser estudada	19
2.2 Avaliação do bruxismo do sono (BS) e em vigília (BV)	20
2.3 Avaliação da dor	21
2.4 Impacto da Saúde Oral na Qualidade de vida (OHIP)	22
2.5 Análise estatística	24
3 Resultados	25
4 Discussão	30
5 Conclusão	33
Referências Bibliográficas	34

1 Introdução

As desordens temporomandibulares (DTMs) são definidas como um conjunto de sinais e sintomas que envolvem as articulações temporomandibulares, músculos mastigatórios ou ambos (DWORKIN; LERESCHE, 1992), e têm alta prevalência na população (CIANCAGLINI; RADAELLI, 2001). Os sinais e sintomas mais frequentes são a dor e os ruídos articulares (CARLSSON; LERESCHE, 1998).

Por muito tempo, os fatores oclusais foram apontados como o principal fator etiológico das DTMs, e este tema ainda têm sido o foco de importantes pesquisas científicas (MARCHINI et al., 2010; LUTHER, 2007) e já está reconhecido que estas desordens são multifatoriais (Okeson, 2013).

A integridade morfológica do sistema mastigatório depende do equilíbrio entre a tolerância fisiológica e estrutural do sistema estomatognático, que por sua vez pode ter sua capacidade adaptativa diminuída por fatores como os oclusais, traumáticos, alterações esqueléticas e musculares, hábitos parafuncionais, estresse emocional e físico e qualidade do sono (OKESON, 2013). O estresse, a ansiedade e a depressão parecem diminuir o limiar da dor do indivíduo, através da alteração de impulsos nociceptivos do sistema nervoso central e liberação de neurotransmissores (BERTOLI et al., 2007). As alterações emocionais como ansiedade, estresse e depressão têm sido associadas ao aumento da intensidade de hábitos parafuncionais, em especial com o bruxismo que representa uma hiperatividade dos músculos da mastigação, podendo ou não gerar dor (BONJARDIM et al., 2005; MONTEIRO et al., 2011). Desta forma, os hábitos parafuncionais, bem como os fatores psicossociais têm sido reconhecidos como fatores etiológicos das DTMs (SUVINEN et al., 2005), podendo atuar como fatores iniciantes, perpetuantes ou agravantes (OKESON, 2013).

O bruxismo é um hábito parafuncional que pode ocorrer durante o sono, sendo chamado bruxismo (BS), ou pode ocorrer durante a vigília, sendo denominado bruxismo diurno ou em vigília (BV). Eles ocorrem em diferentes estados de consciência (sono e vigília), portanto com diferentes mecanismos fisiológicos atuando na excitabilidade oral motora (BADER; LAVIGNE, 2000).

O bruxismo em vigília é caracterizado pelo cerrar dos dentes, sua etiologia ainda é objeto de estudos, mas acredita-se que a ansiedade e o estresse são situações importantes para o desenvolvimento do apertamento dental, especialmente em estado de vigília (FERNANDES; GOLÇALVES; CAMPARIS, 2007).

A prevalência do bruxismo do sono varia entre 8 a 16%, sem apresentar diferenças entre os gêneros (LAVIGNE; MONTPLAISIR, 1994). Ele é caracterizado por uma atividade rítmica

dos músculos mastigatórios e ranger e/ou apertar dos dentes durante o sono (SATEIA, 2005), e também tem sido fortemente associado ao estresse emocional (MARTINS et al., 2010; AHLBERG et al., 2013). Entretanto inúmeros outros estudos mostram uma série de fatores de risco, como o álcool, fumo (FEU et al., 2013; RINTAKOSKI et al., 2010), síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono (LAVIGNE et al., 2008) e até mesmo más oclusões (DEMIR et al., 2004; SARI; SONMEZ, 2001). Esta variedade de fatores de risco torna o entendimento de sua etiologia e o tratamento muito complexos.

A definição do bruxismo como um hábito ou uma desordem têm gerado grandes debates científicos (MANFREDINI, et al., 2016; RAPHAEL; SANTIAGO; LOBBEZOO; 2016), pois ainda existem lacunas no conhecimento de seus reais efeitos sobre o sistema mastigatório. O bruxismo tem sido considerado um fator de risco para as DTMs, bem como para as desordens musculares (SVENSSON et al., 2008). Todavia, é importante ressaltar que pesquisas que baseiam o diagnóstico do bruxismo no relato dos pacientes ou exame clínico, mostram uma associação positiva entre ele e a DTM, porém, estudos baseados em métodos mais específicos e quantitativos de diagnóstico mostraram menores associações com os sintomas de DTMs (MANFREDINI; LOBBEZOO, 2010).

A relação entre a saúde oral e a qualidade de vida é de grande interesse na atualidade (INGLEHART, 2002; EMAMI et al., 2009; DAHLSTROM; CARLSSON, 2010), uma vez que as doenças que afetam o sistema mastigatório podem atuar negativamente sobre a qualidade de vida dos pacientes (NAITO et al., 2006), o que pode piorar o prognóstico dos tratamentos direcionados à saúde oral, especialmente daqueles que estão direcionados ao controle de dor.

O impacto da saúde oral sobre a qualidade de vida dos pacientes odontológicos vem sendo investigado por meio do instrumento “Oral Health Impact Profile” (OHIP) e sua forma reduzida (OHIP14) (SLADE, 1997). Reisine e Weber (1989) desenvolveram um estudo exploratório sobre como a DTM afeta a qualidade de vida dos pacientes. Os autores verificaram um grande e inesperado impacto nas atividades sociais dos pacientes com DTM, mais severo do que em pacientes com problemas pulmonares e cardíacos, apresentando porém, uma grande melhora após o tratamento. Tem sido sugerido que os indivíduos que apresentam dor apresentam uma piora no seu bem-estar, quando comparados aos indivíduos assintomáticos (SEGÙ et al., 2005). A dor orofacial nos pacientes portadores de DTMs foi também associada à diminuição da qualidade de vida por BARROS et al. (2009) e DAHLSTROM; CARLSSON (2010), sendo importante ressaltar que a dor física e desconforto apresentaram as maiores médias e as menores médias foram nas dimensões de limitação funcional e invalidez (BARROS et al., 2009).

Apesar de existirem estudos que relacionem DTM à qualidade de vida, e o bruxismo com a DTM, não existem estudos que avaliam se a presença do bruxismo se correlaciona com a dor e qualidade de vida em um grupo de portadores de DTMs.

1.1 Objetivos

Diante desses fatos, o objetivo desse estudo foi:

1. Correlacionar a presença do bruxismo do sono, em vigília e de ambos com dor orofacial;
2. Correlacionar a presença do bruxismo do sono, em vigília e de ambos com a qualidade de vida de pacientes da Clínica do Núcleo de Diagnóstico e tratamento da DTMs.

1.2 Hipóteses

A presença do bruxismo em vigília se correlacionaria positivamente com as dores na consulta, nos últimos três meses e com a de maior intensidade sentida pelos pacientes;

A presença do bruxismo (vigília, sono ou ambos) se correlacionaria positivamente com as dores na consulta, nos últimos três meses e com a de maior intensidade sentida pelos pacientes

A presença do bruxismo (vigília, sono ou ambos) se correlacionaria com a menor qualidade de vida.

2 Metodologia

2.1 População

Esta pesquisa foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Unidade e aprovada sob o Parecer: 1424301 (ANEXO A).

Cento e trinta (130) pacientes da Clínica de Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das DTMs (NDTDTM) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, foram avaliados e selecionados com base nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa (Quadro 1). Foram selecionados 74 (setenta e quatro) pacientes, com idade entre 18 (dezoito) e 78 (setenta e oito) anos, com DTM muscular da Clínica de Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das DTMs (NDTDTM), diagnosticado por examinador experiente com base no RDC/TMD.

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão.

<p style="text-align: center;">INCLUSÃO DTM muscular Mais do que 18 anos</p>	<p style="text-align: center;">EXCLUSÃO DTM articular Neuralgia Trigeminal; Tumores; Doenças Neurológicas, Problemas psiquiátricos,. Narcolepsia, Presença de próteses totais (desdentados) Presença de má oclusão grande (diferença entre Relação central e máxima intercuspidação maior que 5 mm, Uso de benzodiazepínicos, álcool ou drogas</p>
--	---

Fonte: do autor

Após a seleção, todos os pacientes foram avaliados por meio de anamnese e questionários sobre presença de bruxismo, dor e qualidade de vida.

2.2 Avaliação do bruxismo do sono (BS) e em vigília (BV)

A avaliação do bruxismo do sono e em vigília foi realizada por meio de questionário, portanto, de acordo com a classificação de LOBBEZOO et al (2013) considerou-se a presença “possível” do bruxismo. Para o diagnóstico do “possível” bruxismo do sono foram realizadas questões relacionadas ao momento “dormindo” e “ao acordar”. Foi considerado bruxismo do sono (BS), quando o paciente respondia as opções “de vez em quando” ou “sempre”, em pelo menos uma das questões. Para o Bruxismo em vigília (BV), foram consideradas positivas as respostas “de vez em quando” ou “Sempre”, em pelo menos uma das duas questões.

Quadro 2- Avaliação da presença do “possível” bruxismo do sono (BS) e em vigília (BV).

BS		Nunca	Pouco	De vez em quando	Sempre
Dormindo	“Alguém disse que você range seus dentes?”				
Ao Acordar	“Dor de cabeça na região temporal ao acordar?”				
	“Travamento ou rigidez na mandíbula ao acordar?”				
	“Dentes ou gengivas sensíveis?”				
BV					
Acordado	“Segura, aperta ou tensiona os músculos sem estar mastigando ou encostando os dentes?”				
	“Você notou que range os dentes com frequência durante o dia?”				

Fonte: Lobezzo et al (2013)

2.3 Avaliação da dor

A presença de dor foi avaliada por anamnese, em uma escala visual analógica segundo RDC (eixo II), que classifica a dor em escores de zero (0 – ausência de dor) a dez (10- dor mais intensa que já sentiu). Os pacientes foram orientados a anotar abaixo das perguntas em sua ficha clínica (Escala Visual Analógica- EVA de 10cm), em qual local se encontrava a dor que apresentava, de acordo com as questões apresentadas no quadro 4. Desta forma, os pacientes foram questionados quanto à dor que estavam sentindo no momento da consulta, quanto à intensidade da pior dor que sentiram nos últimos três meses, e quanto à média de dor que sentiram durante os últimos três meses.

Quadro 3- Questões sobre a intensidade de dor espontânea de acordo com uma escala visual analógica de 0 a 10.

1 - Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?
2 - Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos três meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?
3 - Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos três meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor”?

Fonte: EVA

2.4 Análise do impacto na Saúde Oral na Qualidade de vida (OHIP-14)

O impacto da DTM na qualidade de vida foi avaliado por meio da escala de Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP – 14). Este instrumento é atualmente considerado um bom indicador dos sentimentos e percepções dos pacientes sobre a sua saúde bucal e expectativas quanto aos serviços odontológicos (MIOTTO; BARCELLOS, 2001).

Neste estudo, foi utilizada uma versão proposta por Vieira (2003), na qual foi realizada uma pequena alteração nas questões. Os termos “seus dentes e dentaduras” foram substituídos por “sua articulação” (Quadro 4). Os pacientes receberam orientações sobre as questões de forma que interpretassem o termo “boca” e “articulação”, de acordo com o tratamento que buscavam na clínica, uma vez que todos os que ali estavam, apresentavam DTMs. Esta alteração foi realizada para que os pacientes respondessem o instrumento considerando suas dores na face e não nos dentes.

Quadro 4 – Oral Health Impact Profile -14 (OHIP-14)

	Nunca	Poucas Veze	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não sei
Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Você sentiu dores em sua face ou articulações?						
Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Você ficou preocupado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com sua boca ou articulação?						

Você se sentiu envergonhado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Você ficou irritado(a) com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação (<i>dor ou ruídos</i>)?						
Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação (<i>dor ou ruídos</i>)?						

Fonte: Viera (2003)

Para o cálculo do impacto da DTM sobre a qualidade de vida dos pacientes, foi utilizado o método padrão de cálculo do OHIP 14, considerando o peso específico para cada questão (ALLEN; LOCKER, 1997).

As seguintes pontuações eram atribuídas a cada resposta:

- nunca – 0
- raramente – 1
- às vezes – 2
- frequentemente - 3
- sempre – 4
- não sabe – exclusão (de todo formulário).

Cada valor obtido foi multiplicado pelo peso de cada pergunta (Quadro 6)

Quadro 5- Peso das perguntas do OHIP-14

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Peso	0,51	0,49	0,34	0,66	0,45	0,55	0,52	0,48	0,60	0,40	0,62	0,38	0,59	0,41

Fonte: Slade (1997)

Após a soma da pontuação final de todas as perguntas, os valores variavam entre zero (0) e 28. Quanto maior a pontuação apresentada, maior foi a percepção do impacto pelo indivíduo (SLADE, 1997).

2.5 Análise estatística

Após a coleta dos dados, os grupos foram divididos em quatro, sendo eles Sem Bruxismo, Bruxismo do Sono, Bruxismo em Vigília, e Bruxismo do sono e em Vigília. Os resultados submetidos à análise estatística usando SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) com alfa (α)=0.05, aplicando-se o teste de Pearson para verificar a correlação entre as variáveis.

3 Resultados

Foram selecionados no presente estudo 74 pacientes, sendo 60 (81,08%) do gênero feminino e 14 (18,92%), do masculino com idade entre 18 e 78 anos.

Os dados descritivos da população estudada podem ser vistos na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição descritiva nos indivíduos sem bruxismo, com bruxismo do sono (BS), bruxismo em vigília (BV) e em ambos bruxismos (BS+BV).

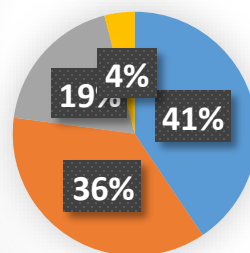
	Gênero	
	F	M
Sem Bruxismo	7	2
BS	6	0
BV	10	5
BS+BV	37	7
TOTAL	60	14

Fonte: do autor

O maior número de mulheres presentes nessa pesquisa, não interfere nos resultados. E um outro possível estudo sobre a prevalência de mulheres, deve ser realizado posteriormente.

Observou-se uma variação de 0,45 a 21,84 pontos para a avaliação do impacto da dor sobre a qualidade de vida (OHIP-14), com média igual a 8,95 e desvio-padrão de 5,83. Todos apresentaram valores diferentes de zero. Consequentemente, 100% da amostra apresentou algum impacto negativo em pelo menos uma pergunta. Uma avaliação por faixa de pontos mostrou que: 30 pacientes (40,6%) obtiveram pontuação abaixo de 7 pontos; 27 pacientes (36,5%) entre 7 e 14 pontos; 14 pacientes (18,9%) entre 14 e 21 pontos; e 3 pacientes (4%), entre 21 e 28.

Avaliação por faixa de pontos:



- menor que 7
- entre 7 e 14
- entre 14 e 21
- entre 21 e 28

Na tabela 2 estão apresentados os dados descritivos da média de dor dos pacientes, nos diferentes grupos analisados. Pode se observar que numericamente, a pior dor sentida nos últimos 3 meses e a média de dor relatada dos últimos três meses foi maior nos grupos com bruxismo em vigília e com ambos os bruxismos.

Tabela 2. Distribuição descritiva de média e desvio padrão de presença de dor e qualidade de vida nos indivíduos sem bruxismo, com bruxismo do sono (BS), bruxismo em vigília (BV) e em ambos bruxismos (BS+BV).

	Dor na consulta	Pior dor ult. 3 meses	Média pior dor ult. 3 meses	Qualidade de vida
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Sem Bruxismo	2,8 ± 2,8	5,9 ± 3,5	4,2 ± 3,4	5,1 ± 5,0
BS	2,2 ± 2,5	3,8 ± 4,4	3,3 ± 4,3	7,6 ± 5,0
BV	3,9 ± 3,4	7,5 ± 2,3*	6,5 ± 2,4*	7,4 ± 3,2
BS+BV	4,3 ± 3,4	7,7 ± 2,6*	6,2 ± 3,3*	10,5 ± 6,3

Fonte: do autor

Houve uma correlação positiva entre a presença do bruxismo (BS, BV, BS+BV) e os altos escores no índice de qualidade de vida (OHIP). Também houve uma correlação positiva entre a presença do bruxismo em vigília e a pior dor sentida nos últimos três meses ($p=0,016$) e a média de dor nos últimos 3 meses ($p=0,018$). Estes resultados estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Correlação de Pearson entre a presença dos bruxismos (BS, BV, BS+BV) e a dor e qualidade de vida

		Dor na consulta	Pior dor ult. 3 meses	Média pior dor ult. 3 meses	OHIP
BS	CR	0,87	0,09	0,031	0,25
	P	0,46	0,46	0,80	0,03*
BV	CR	0,20	0,28*	0,27*	0,23
	P	0,084	0,016	0,018	0,048*
BS+BV	CR	0,17	0,21	0,13	0,027
	P	0,15	0,061	0,25	0,02*

Fonte: do autor

CR: correlação

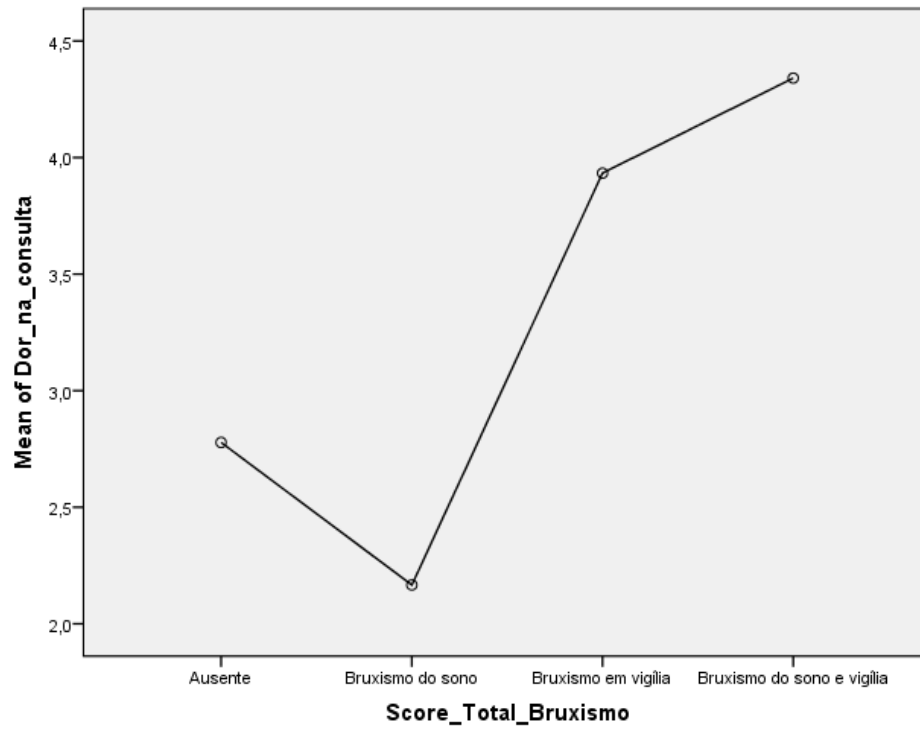
P: valor de P

Os valores de P são relativos à correlação entre a presença e/ou intensidade das variáveis.

A seguir estão apresentadas as associações entre dor na consulta (Gráfico 1), pior dor nos últimos três meses (Gráfico 2) e média de dor nos últimos 3 meses (Gráfico 3), com a

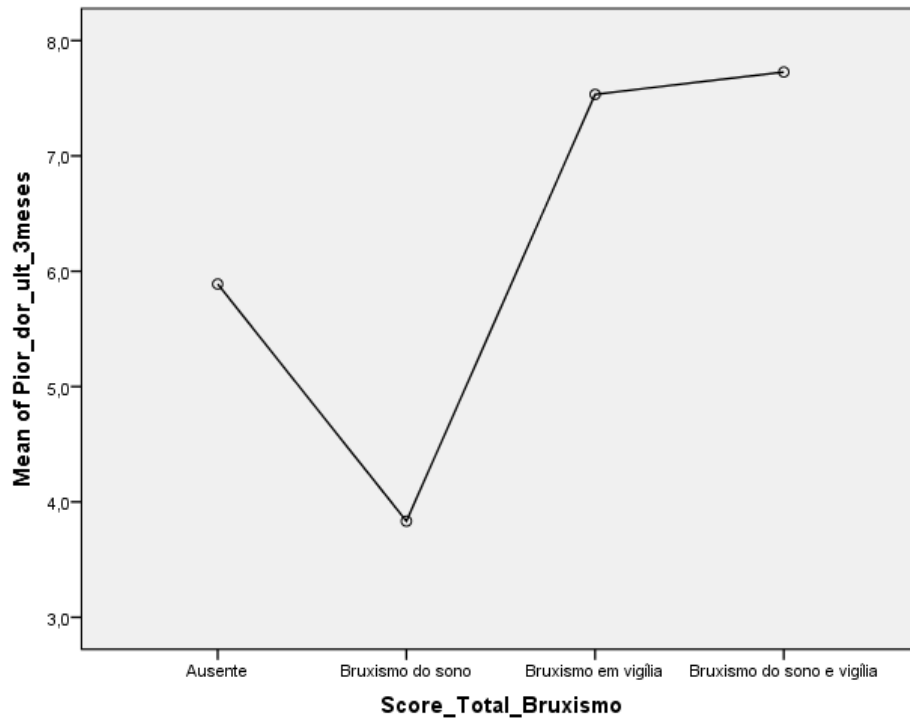
ausência e presença dos diferentes bruxismos. Nota-se que os pacientes que relataram a possível presença do bruxismo do sono, apresentaram os menores níveis de dor relatada.

Gráfico 1: Associação de dor na consulta com bruxismo (ausência, BS, BV, BV+BS).



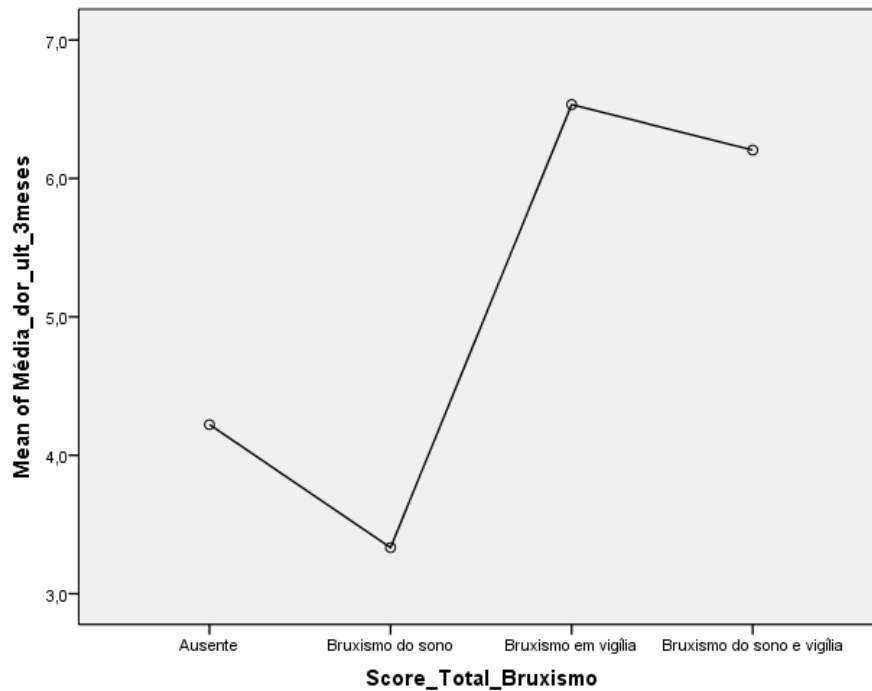
Fonte: do autor

Gráfico 2 - Associação de pior dor dos últimos 3 meses com ausência de bruxismo, bruxismo do sono, bruxismo em vigília e com ambos bruxismos.



Fonte: do autor

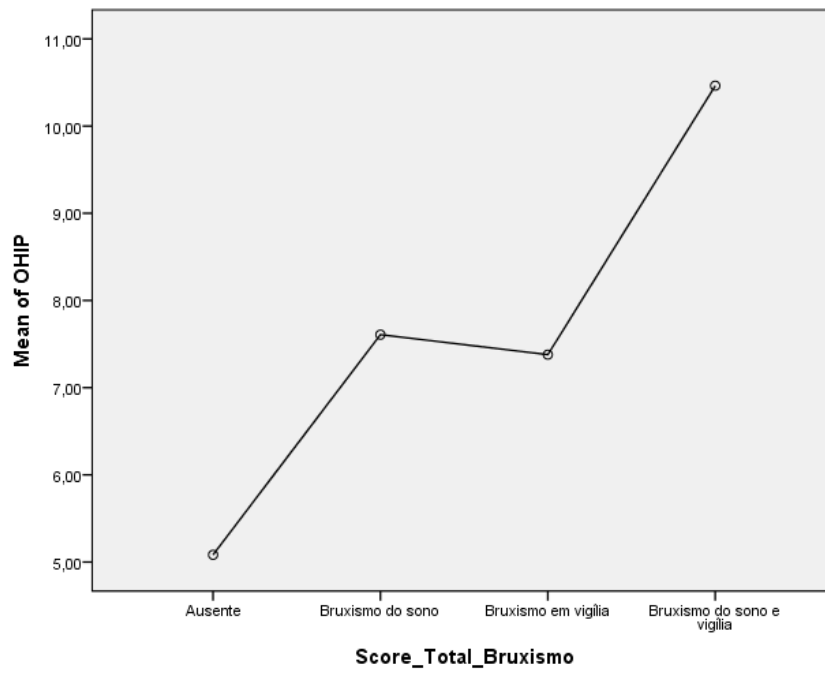
Gráfico 3: Associação de média de dor dos últimos 3 meses com ausência de bruxismo, bruxismo do sono, bruxismo em vigília e com ambos bruxismos.



Fonte: do autor

No gráfico 4 está apresentada a associação entre a qualidade de vida; a ausência e presença dos diferentes bruxismos.

Gráfico 4 - Associação de qualidade de vida (OHIP) com bruxismo (ausência, BV, BS, BV+BS).



Fonte: do autor

4 Discussão

O presente estudo, avaliou a correlação entre bruxismo com dor orofacial, bem como com a qualidade de vida. Muitos estudos avaliaram a presença do bruxismo e sua correlação com a dor, entretanto, ainda existem muitas controvérsias a este respeito, pois pesquisas que baseiam o diagnóstico do bruxismo no relato dos pacientes ou exame clínico confirmam esta correlação, porém estudos baseados em métodos mais específicos e quantitativos de diagnóstico mostraram menores associações com os sintomas de DTMs (MANFREDINI; LOBBEZOO, 2010).

O bruxismo (BV, BS) foi avaliado por questionários, sendo desta forma considerado “possível” conforme a classificação de LAVIGNE et al., 2008. Desta forma, os resultados devem ser vistos com cautela, e novos estudos que utilizem a polissonografia ou outros métodos de diagnóstico para a avaliação do bruxismo devem ser realizados, pois a avaliação por meio de questionários pode ser considerada uma limitação da pesquisa. A polissonografia associada a um sistema de áudio-vídeo ainda é o padrão ouro para este tipo de avaliação para o bruxismo do sono (LAVIGNE et al., 2000), mas é um método que exige tempo e disposição do paciente e apresenta alto custo (BUYSSSE et al., 1989), especialmente para estudos em grandes populações. E para o diagnóstico do bruxismo em vigília, equipamentos podem ser utilizados para associar ao exame clínico e questionário, porém ainda com controvérsias na literatura.

A primeira hipótese do estudo foi aceita, pois a correlação positiva da dor (média e pior dor sentida) ocorreu com o bruxismo em vigília. Estes resultados sugerem que o bruxismo em vigília foi mais significativo para a dor nos pacientes com DTMs. Uma vez que o bruxismo em vigília ocorre de forma estática, com contração isométrica dos músculos (Scand J Dent Res. 1993), pode-se especular que os músculos podem se fadigar mais rapidamente do que quando ocorre a movimentação mandibular (contração isotônica).

A segunda hipótese deste estudo foi negada, pois não houve correlação positiva da dor (média e pior dor sentida) no bruxismo do sono e com ambos os bruxismos.

O bruxismo foi abordado por Raphael, Santiago e Lobbezoo (2016) como um hábito e não uma desordem. Entretanto, Manfredini et al. (2016) ressalta que independentemente de ser um hábito ou uma desordem, o bruxismo pode ser um fator deletério ao sistema mastigatório para alguns pacientes e não representar risco a outros. Outra consideração a ser feita a respeito do bruxismo em vigília é que, provavelmente existem outros fatores importantes presentes nos pacientes portadores de bruxismo em vigília, que fazem com que os escores de dor sejam mais elevados, como por exemplo a modulação de dor diminuída. Além disto, a avaliação da

frequência e intensidade do bruxismo, da saúde das estruturas orais, bem como de fatores emocionais destes pacientes devem ser avaliados. Ao se avaliar os gráficos apresentados nos resultados, pode-se notar que a dor no momento da consulta, a média e a pior dor sentida nos últimos três meses foi sempre mais baixa nos pacientes que relataram apenas o bruxismo do sono. Os resultados obtidos neste estudo mostram a importância de se considerar o bruxismo (seja em vigília ou do sono) como situação clínica que deve ser analisada de acordo com cada paciente, e de se avaliar individualmente qual tratamento cada paciente deverá receber. Sobre este aspecto, os odontólogos que atendem pacientes portadores de bruxismo em vigília, devem se conscientizar que a orientação sobre o hábito é muito importante para o prognóstico, uma vez que as placas interoclusais, na maioria das vezes são indicadas para uso durante o sono, o que não atua sobre o bruxismo em vigília. Nestes casos, a orientação sobre o autocontrole do bruxismo em vigília é de extrema importância para o prognóstico.

Ao se avaliar os resultados da dor presente no momento da consulta, pode ser verificado que ela manteve-se numericamente mais baixa nos pacientes portadores de bruxismo do sono, mesmo quando comparados ao grupo sem bruxismo. No entanto, a dor no momento da consulta pode ter sofrido influência de medicações que ocasionalmente o paciente tenha utilizado antes de comparecer à primeira consulta, o que faz com que esta análise deve ser cautelosa.

Alguns aspectos devem ser entendidos, pois o bruxismo pode ser considerado um fenômeno fisiológico, como mostram alguns trabalhos reconhecidos sobre o bruxismo do sono, que o vinculam aos microdespertares comuns em indivíduos saudáveis (MACALUSO et al., 1998) e também em portadores de apneia obstrutiva do sono (Lavigne et al. 2008). Outro cenário é que muitos indivíduos apertam seus dentes durante as atividades que necessitam de concentração durante a vigília (MANFREDINI et al., 2016). E também que a presença do bruxismo do sono e em vigília pode refletir alguma desordem de ordem emocional (MARTINS et al., 2010; AHLBERG et al., 2013). A avaliação de fatores emocionais neste grupo estudado poderia facilitar o entendimento destes resultados. Provavelmente, o estado emocional dos pacientes pode levar a uma valorização da presença de dor e consequentemente diminuição da qualidade de vida. No caso do bruxismo em vigília, que na maioria das vezes tem sua etiologia associada a estados emocionais como estresse e ansiedade (MANFREDINI E LOBBEZOO, 2009).

Para Manfredini et al. (2016), mais importante do que identificar as consequências do bruxismo ou estabelecer um valor de corte para se diagnosticar o bruxismo, é estudar a atual epidemiologia do bruxismo em vigília e do sono em uma população em geral, e só após isto, identificar se o bruxismo é um fenômeno, um hábito ou uma desordem.

A terceira hipótese foi aceita pelo estudo, a presença do bruxismo se correlacionou com a menor qualidade de vida. Alguns pesquisadores (ALMOZNINO et al., 2015) associam a baixa qualidade de vida nos portadores de DTMs à presença de dor. Porém, não existem estudos que correlacionem o bruxismo à qualidade de vida.

Estudos devem ser realizados para a verificação do impacto da DTM sobre a qualidade de vida e portadores dos diferentes bruxismos. Métodos mais específicos para a identificação do bruxismo devem ser aplicados a grandes populações. Esta identificação é importante, uma vez que o bruxismo é cada vez mais presente nos indivíduos do mundo atual, especialmente em populações jovens.

No entanto, diante dos limites do presente estudo, podemos definir que as desordens promovidas pelo bruxismo na qualidade de vida do indivíduo pode interferir no seu convívio social e laboral.

5 Conclusão

Diante dos resultados deste estudo, pode se concluir que:

- O bruxismo em vigília se correlaciona positivamente com a média de dor e a pior dor sentida nos últimos 3 meses,
- O bruxismo (do sono, em vigília ou ambos) se correlacionou com a menor qualidade de vida na população estudada.

Referências

- AHLBERG, J.; LOBBEZOO, F.; AHLBERG, K.; MANFREDINI, D.; HUBLIN, C.; SINISALO, J.; KÖNÖNEN, M.; SAVOLAINEN, A. Self-reported bruxism mirrors anxiety and stress in adults. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.**, v. 18, n. 1, p. 7-11, 2013.
- ALLEN, P. F.; LOCKER, D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. **Community Dental Health.**, v. 14, p. 133–138, 1997.
- ALMOZNINO, G.; ZINI, A.; ZAKUTO, A.; SHARAV, Y.; HAVIV, Y.; HADAD, A.; CHWEIDAN, H.; YAROM, N.; BENOLIEL, R. Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Temporomandibular Disorders. **J Oral Facial Pain Headache.**, v. 29, n. 3, p. 231-41, 2015.
- AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION. International classification of sleep disorder: diagnostic and coding manual, revised. 2nd ed. Westchester, 2005. p. 189-192.)
- BADER, G.; LAVIGNE, G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. **Sleep Med Rev.**, v. 4, n. 1, p. 27-43, 2000.
- BARROS, V. M.; SERAIDARIAN, P. I.; CORTES, M. I.; PAULA, L. V. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. **J Orofac Pain.**, v. 23, n. 1, p. 28-37, 2009.
- BERTOLI, E.; DE LEEUW, R.; SCHMIDT, J. E.; OKESON, J. P.; CARLSON, C. R.; Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms in patients with masticatory muscle or temporomandibular joint pain: differences and similarities. **J Orofac Pain.**, Spring, v. 21, n. 2, p. 107-19, 2007.
- BONJARDIM, L. R.; GAVIÃO, M. B.; PEREIRA, L. J.; CASTELO, P. M. Anxiety and depression in adolescents and their relationship with signs and symptoms of temporomandibular disorders. **Int J Prosthodont.**, v. 18, n. 4, p. 347-52, Jul-Aug. 2005.
- BUYSSE, D. J.; REYNOLDS, C. F. R. D.; MONK, T. H.; BERMAN SR, KUPFER DJ. The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res.**, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989.
- CARLSSON, G. E.; LERESCHE, L. Epidemiology of temporomandibular disorders. In: DaoT, Knight, K, Ton-Tht, V. Modulation of myofascial pain by the reproductive hormones: A preliminary report. **J Prosthet Dent.**, v. 79, p. 663-70, 1998.
- CIANCAGLINI, R.; RADAELLI, G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. **J Dent.**, v. 29, n. 2, p. 93-8, 2001.
- CONNOR, J.; NORTON, R.; AMERATUNGA, S.; ROBINSON, E.; CIVIL, I.; DUNN, R.; BAILEY, J.; JACKSON, R. Driver sleepiness and risk of serious injury to car occupants: population based case control study. **British Medical Journal.**, v. 324, n. 7346, p. 1125, 2002.

DAHLSTROM, L.; & CARLSSON, G. E. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. **A systematic review Acta Odontologica Scandinavica.**, v. 68 p. 80–85. 2010.

DEMIR, A.; UYSAL, T.; GURAY, E.; BASCIFTCI, F.A. The relationship between bruxism and occlusal factors among seven-to19- year-old Turkish children. **Angle Orthod.**, v. 74, p. 672–76, 2004.

DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **J Craniomandib Disord.**, v. 6, n. 4, p. 301-55, 1992.

EMAMI, E.; HEYDECKE, G.; ROMPRE', P.; DE GRANDMONT, P.; FEINE, J. Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a metaanalysis of randomized-controlled trials. **Clin Oral Impl Res.**, v. 20, p. 533–44, 2009.

FERNANDES, G.; GOLÇALVES, D. A. G.; CAMPARIS, C.M. **Correlação entre bruxismo, ansiedade e dor orofacial: estudo piloto.**, In: JORNADA ACADÊMICA DE ARARAQUARA, 21., 2007, Araraquara. Anais... Araraquara: Universidade Estadual Paulista, p. 36, 2007.

FEU, D.; CATHARINO, F.; QUINTÃO, C. C.; ALMEIDA M. A. A systematic review of etiological and risk factors associated with bruxism. **J Orthod.**, v. 40, n. 2, p. 163-71, 2013
INGLEHART, M. R.; Bagramian, R.A. Oral health-related quality of life: an introduction. In: Inglehart MR, Bagramian RA, editors. Oral health-related quality of life. Chicago, IL: **Quintessence Publishing.**, p. 1–6, 2002.

JOHNS, M. V. A. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. **Sleep.**, v. 14, p. 540-545, 1991.

KATO, T.; ROMPRÉ, P. H.; MONTPLAISIR, J. Y.; SESSLE, B. J.; LAVIGNE, G. J. Sleep bruxism: an oromotor activity secondary to micro-arousal. **J. Dent. Res.**, Alexandria, v. 80, n. 10, p. 1940-1944, Oct. 2001.

LAVIGNE, G. J.; ROMPRÉ, P. H.; MONTPLAISIR, J. Y. Sleep bruxism: Validity of clinical research diagnostic criteria in a controlled polysomnographic study. **J Dent Res.**, v. 75, p. 546–552, 1996.

LAVIGNE, G. J.; MONTPLAISIR, J. Y. Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. **Sleep**, Winchester., v. 17, n. 8, p. 739-743, Dec. 1994.

LAVIGNE, G.; ZUCCONI, M.; CASTRONOVO, C.; MANZINI, C.; MARCHETTINI, P.; SMIRNE, S. Sleep arousal response to experimental thermal stimulation during sleep in human subjects free of pain and sleep problems. **Pain.**, v., 84, n. 2-3, p. 283-290, 2000.

LUTHER, F. TMD and occlusion part II. Damned if we don't? Functional occlusal problems: TMD epidemiology in a wider context. *Br Dent J.* 2007 Jan 13;202(1):E3; discussion 38-9. Review. Erratum in: **Br Dent J.**, v. 202, n. 8, p. 474, 28. Apr. 2007.

MACALUSO, G. M.; GUERRA, P.; DI GIOVANNI, G.; BOSELLI, M.; PARRINO, L.; TERZANO, M. G. Sleep bruxism is a disorder related to periodic arousals during sleep. **J Dent Res.**, v. 77, p. 565–573. 1998.

MANFREDINI, D.; DE LAAT, A.; WINOCUR, E.; AHLBERG, J. Why not stop looking at bruxism as a black/white condition? Aetiology could be unrelated to clinical consequences. **J Oral Rehabil.**, v. 43, p. 799–801. Oct. 2016.

MANFREDINI, D.; LAAT, DE A.; WINOCUR, E.; AHLBERG, J. Why not stop looking at bruxism as a black/white condition? Aetiology could be unrelated to clinical consequences. **Commentary Journal of Oral Rehabilitation.**, v. 43, p. 799–801, 2016.

MANFREDINI, D.; LOBBEZOO, F. Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: a systematic review of literature from 1998 to 2008. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 109, n. 6, p. 26-50, Jun. 2010.

MANFREDINI, D.; LOBBEZOO, F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. **J Orofac Pain.**, v. 23 p. 153–166, 2009.

MARCHINI, L.; DOS SANTOS, M. B.; DOS SANTOS, J. F.; DA CUNHA, V. DE .P. Establishing a stable centric position using overlays. **Gen Dent.**, v. 58, n. 4, p. 179-83, 2010.

MARTINS, R. J.; GARBIN, C. A. S.; GARCIA, A. R.; GARBIN, A. J. Í.; MIGUEL, N. Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. **Rev. odonto ciênc.**, v. 25, n. 1, p. 32-36, 2010.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal oral health impact profile. UFES **Rev. Odontol., Vitória.**, v. 3, n. 1, p. 32-38, jan./jun. 2001.

MONTEIRO, D. R.; ZUIM, P. R. J.; PESQUEIRA, A. A.; RIBEIRO, P. P.; GARCIA, A. R. Relationship between anxiety and chronic orofacial pain of temporomandibular disorder in a group of university students. **J Prosthodont Res.**, v. 55, n. 3, p. 154-8, Jul. 2001.

NAITO, M.; YUSA, H.; NOMURA, Y.; NAKAYAMA, T.; HAMAJIMA, N.; HANADA, N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. **J Oral Sci.**, v. 48, p. 1–7, 2006.

OKESON, J. P. **Tratamento Das Desordens Temporomandibulares e Oclusão** 7ª Edição. 2013.

OLIVEIRA, A. S.; BERMUDEZ, C. C.; SOUZA, R. A.; SOUZA, C. M. F.; DIAS, R. M.; CASTRO, C. E. S. et al. [Pain impact on life of patients with temporomandibular disorder]. **J Appl Oral Sci.**, Portuguese., v. 11, n. 2, p. 138-43. Apr-Jun. 2003.

RAPHAEL, K. G.; SANTIAGO, V.; LOBBEZOO, F. Bruxism is a continuously distributed behaviour, but disorder decisions are dichotomous (Response to letter by Manfredini, De Vlaat, Winocur, & Ahlberg (2016)). **J Oral Rehabil.**, v. 43, n. 10 p. 802-3, 25 Oct. 2016.

REISINE, S. T.; WEBER, J. The effects of temporomandibular joint disorders on patients' quality of life. **Community Dental Health, Hampshire.**, v.6, n.3, p.257–70, Sep. 1989.

RINTAKOSKI, K.; AHLBERG, J.; HUBLIN, C.; BROMS U.; MADDEN, P. A.; KÖNÖNEN, M.; KOSKENVUO, M.; LOBBEZOO, F.; KAPRIO, J. Bruxism is associated with nicotine dependence: a nationwide Finnish twin cohort study. **Nicotine Tob Res.**, v. 12, n. 12, p.1254-60, 2010.

SARI, S.; SONMEZ, H. The relationship between occlusal factors and bruxism in permanent and mixed dentition in Turkish children. **J Clin Pediatr Dent.**, v. 25, p. 191–94, 2001.

SATEIA, M. J. American Academy of Sleep Medicine. Sleep-related movement disorders. (ed). International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, ed 2. Westchester, IL: **American Academy of Sleep Medicine.**, p. 189–191, 2005.

SEGÙ, M.; COLLESANO, V.; LOBBIA, S.; REZZANI, C. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen., v.33, n.2, p.125–30, Apr. 2005.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 25, n. 4, p. 284-90, 1997.

SUVINEN, T. I.; READE, P. C.; KEMPPAINEN, P.; KÖNÖNEN, M.; DWORKIN, S. F. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. **Eur J Pain.**, v. 9, n. 6, p. 613-33, 2005.

SVENSSON, P.; JADIDI, F.; ARIMA, T.; BAAD-HANSEN, L.; SESSLE, B. J. Relationships between craniofacial pain and bruxism. **J Oral Rehabil.**, v. 35, p. 524-47, 2008.

THORPY, M. J. ICSD—International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding manual. Diagnostic Classification Steering Committee, Chairman, Rochester, Minnesota: **American Sleep Disorders Association.**, 1990.

VIEIRA, Branca Heloísa de Oliveira Martins. **Prevalência e impacto da dor de dente em uma população de mulheres grávidas no Rio de Janeiro, Brasil.**, 2003. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Departamento de Epidemiologia, Rio de Janeiro., p. 205, 2003.

ANEXO A- Certificado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DO CAMPUS
DE ARAÇATUBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HÁBITOS PARAFUNCIONAIS, LIMIAR DE DOR, CATASTROFIZAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DTMS

Pesquisador: Karina Helga Turcio de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53193216.5.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.424.301

Apresentação do Projeto:

População a ser estudada. Serão convidados a participarem desta pesquisa pacientes com DTM muscular da clínica do Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das DTMs (NDTDTM) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", diagnosticado por examinador experiente com base no RDC/TMD1. A população alvo desse estudo será composto maior número de pacientes possível, alcançando no mínimo, 40 indivíduos. Como critérios de inclusão, os pacientes deverão apresentar idade mínima de 18 anos e serem capazes de entender as questões aplicadas nos testes selecionados para a pesquisa. Para participarem do grupo de estudo deverão ser portadores de dor muscular com ou sem bruxismo do sono ou em vigília. Como critérios de exclusão serão considerados: Neuralgia Trigeminal; Arterite do temporal; Tumores; Doenças Neurológicas, problemas psiquiátricos, narcolepsia, distúrbio do sono (exceto bruxismo do sono), presença de próteses totais, presença de má oclusão grande (diferença entre relação central e máxima intercuspidação maior que 5 mm, overjet e overbite acima de 6

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA **CEP:** 16.015-050
UF: SP **Município:** ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 **Fax:** (18)3636-3332 **E-mail:** andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DO CAMPUS
DE ARAÇATUBA



Continuação do Parecer: 1.424.301

milímetros, e mordida cruzada anterior ou unilateral)³⁷, uso de medicações como benzodiazepínicos, álcool ou drogas. Avaliação da qualidade de vida, catastrofização e dor espontânea. Após selecionados, o impacto da DTM na qualidade de vida será avaliado por meio da Escala OHIP (Quadro 1), também responderão a uma escala de catastrofização (Quadro 2).^{38,39} A dor será avaliada inicialmente por anamnese, em uma escala visual analógica segundo RDC (eixo II) (Quadro 3). Avaliação do limiar de dor à pressão por meio de algometria. O treinamento do examinador também é necessário para a familiarização com algômetro, aparelho empregado para medir o limiar de dor à pressão, e para a padronização da velocidade de aplicação de força definida em aproximadamente meio quilograma força por centímetro quadrado a cada segundo (0,5kgf/cm²/s) (Fredriksson et al.,¹³ 2000).³⁵ A avaliação algométrica será realizada nos mesmos pontos em que será feita a palpação digital. Enquanto for realizada a compressão da ponta ativa do algômetro sobre o músculo, o lado oposto da cabeça da paciente será estabilizada pelo examinador. Enquanto se realiza a compressão da ponta ativa do algômetro sobre o músculo, o lado oposto da cabeça da paciente será mantido apoiado pelo examinador. Cada paciente é orientado a indicar de maneira clara (levantando a mão) o momento em que a compressão exercida sobre o músculo deixar de ser uma sensação de pressão e passar a ser dor. Neste momento, a pressão deixa de ser exercida e o algômetro registra o valor em kgf/cm². Avaliação do bruxismo do sono (BS) e em vigília (BV). A presença de bruxismo em vigília e noturno serão avaliadas por relato do paciente, questionários e exame de acordo com critérios descritos abaixo.^{8,37} O diagnóstico clínico do BS será baseado no Critério Diagnóstico Clínico³⁷ proposto pela Academia Americana da Medicina do Sono (AAMS)⁸. Será considerada a presença do bruxismo quando o paciente relatar ou perceber que range os dentes durante o sono, confirmado por algum companheiro de quarto ou familiar e pelo menos mais um dos critérios abaixo: observação de desgaste anormal, relato de fadiga ou dos nos músculos da mastigação ao amanhecer, ou hipertrofia do masseter verificado pela palpação digital. O diagnóstico clínico do BV será feito pelo relato do paciente considerando-se os seguintes critérios. Presença de dor ou sensação de rigidez ou

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DO CAMPUS
DE ARAÇATUBA



Continuação do Parecer: 1.424.301

tensão muscular e a percepção de apertamento diurno. Além disto, dois ou mais dos critérios abaixo: Edentações na mucosa jugal e/ou língua, hipertrofia nos músculos mastigatórios, tórus ósseo, e dor nos músculos mastigatórios.40 Todos os indivíduos serão examinados por palpação digital e avaliados por escala visual analógica e algometria. A palpação digital será realizada seguindo os critérios do RDC (Eixo I).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- correlacionar o bruxismo com a qualidade de vida; dor relatada, limiar de dor à pressão e catastrofização

Objetivo Secundário:

- correlacionar o limiar de dor muscular com a qualidade de vida e catastrofização. - correlacionar o limiar de dor no esternocleidomastoideo com o limiar de dor nos músculos masseter e temporal anterior em pacientes com DTM muscular com e sem bruxismo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da pesquisa é mínimo de acordo com os critérios éticos, uma vez que o estudo é observacional e todos os pacientes serão examinados e responderão a questionários e escalas. Não sofrerão nenhuma intervenção.

Os pacientes serão examinados quanto à questões comportamentais, como a catastrofização e com relação aos hábitos parafuncionais. Serão orientados quanto aos tratamentos necessários à sua DTM e direcionados para tratamento dentro da clínica de DTMs desta faculdade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa apresenta todos os requisitos para a sua elaboração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram apresentados de acordo com a resolução 466/12.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DO CAMPUS
DE ARAÇATUBA



Continuação do Parecer: 1.424.301

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto adequado para a realização segundo as normas éticas e legais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salientamos que, de acordo com a Resolução 466 CNS, de 12/12/2012, há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 01/08/2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_655973.pdf	02/02/2016 14:58:11		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Cavinati.pdf	02/02/2016 14:56:46	Karina Helga Turcio de Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cavinati.doc	02/02/2016 14:55:36	Karina Helga Turcio de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	P_Detalhado.docx	29/01/2016 16:46:50	Karina Helga Turcio de Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACATUBA, 25 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
André Pinheiro de Magalhães Bertoz
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br