

Bruna Maria Santiago Soares

***Incidência de hábitos parafuncionais em acadêmicos do
Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de
Araçatuba, UNESP.***

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: Prof^{ra}. Adj. Maria Cristina Rosifini Alves-Rezende

Araçatuba – SP

2009

Dedicatória

Dedicatória

Dedico a minha vida, a minha mãe Neusa, que soube me dar o valor mais importante que carrego comigo, o amor entre mãe e uma filha. Venho agradecer a paciência que você teve comigo, a confiança de que eu conseguiria tudo aquilo que eu sempre sonhei pra mim. Obrigada por ser essa mãe exemplar! Que um dia, eu quero ser com meus filhos. Te amo!

"...pai, eu não faço questão de ser tudo, só não quero e não vou ficar muda pra falar de amor pra você. Me perdoa essa insegurança, mas eu não sou mais aquela criança, que um dia morrendo de medo nos teus braços você fez segredo, nos teus passos você foi mais eu. Eu cresci e não houve outro jeito. Mas você foi meu herói, meu bandido..." Meu pai Otávio, não foi meu herói, é meu herói...a pessoa que eu mais admiro, que eu mais respeito, uma das que eu mais amo. Dedico a você a realização desse meu sonho. Te amo!

Aos meus irmãos, Fernanda e Otávio Júnior eu agradeço toda a paciência com as minhas horas de estudos, com o meu nervosismo, com a minha ausência. Mas quero que saibam, que nessa caminhada eu venci, e hoje, dedico minha vitória a pessoas que junto com a mamãe e o papai, fazem a minha vida muito melhor e que nada eu seria se não fizessem parte da minha vida. Amo vocês!

um dia desses eu havia acabado de acordar e percebi que ela não estava lá, ela não estava viajando, nem mesmo estava atrasada, ela simplesmente não ia mais voltar. Grande parte da minha riqueza não está mais aqui, e nesta vida não tem mais como alcançar. Fico grata por ter tido ao menos a chance de por várias “mais poucas vezes” dizer que a amava. Dedico a minha avó Neide, porque eu sei, que não importa onde ela esteja, ela esteve presente em todos os meus dias, porque eu me lembrei dela em todos eles...

Agradecimentos

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por ter me dado, a chance de ter chegado até aqui, toda a coragem, a força e a paz que eu necessitei.

Agradeço a Faculdade de Odontologia de Araçatuba/Unesp, aos professores e funcionários pelo respaldo que me deram.

Agradeço a Amanda, Marcela, Pâmela e a Paulinha. Por plantarem dentro de mim a esperança de que nossos sonhos podem se tornar realidade, basta a gente querer e lutar pra que isso aconteça.

Agradeço ao Bruno, Daniel, Igor e ao Marco Aurélio por estarem sempre de braços abertos quando eu precisava de um abraço, por terem a palavra certa quando eu preciso de conselho, por terem os ombros molhados quando eu chorava. Obrigada por me fazerem enxergar a vida de uma forma diferente. Olho para trás e digo que valeu a pena, que hoje vale a pena estar com vocês. Quando olho pra frente, vejo num futuro nada distante, que vou sentir saudades. Minha vida não seria a mesma sem vocês.

Agradeço a Carolina Santinoni, por ser amiga, companheira, dupla de clínica. Agradeço pelo simples fato de ter dormido de mãos dadas comigo por causa de uma apresentação de seminário. Agradeço por saber

enxugar as minhas lágrimas como uma mãe. E assim como uma mãe, acreditar em mim, mesmo quando o resto do mundo duvidava. Meu amor por você é incondicional.

Agradeço a Jaqueline pela paciência, pela dedicação, pelo amor e carinho com que ela me ajudou a realizar este trabalho. Mas agradeço com maior força, pelos anos de dedicada amizade que se passaram e pelos anos que eu sei que ainda virão. Nossa ligação é muito forte, e o que construímos, distância nenhuma destrói. Te amo!

Um dia me disseram que os amigos que fazemos, são anjos da guarda que Deus nos envia para nos ajudar nessa caminhada, eu tenho muitos anjos da guarda: a Caroline Clavijo, Daniele, Fernanda Salineiro, Karen e a Laís. Pessoas que não me deixaram desanimar, que souberam me acolher como parte da família, tornando o difícil em fácil, o que era problema em solução, a tristeza em alegria, e foram esses anjos que me fizeram chegar até aqui. Já sinto saudades, porque quem ama, não sabe ficar longe. Obrigada meninas!

Agradeço à Professora Maria Cristina pela dedicação, compreensão, paciência e orientação deste trabalho, e principalmente, obrigada por me acolher como uma filha e me ensinar muito mais do que eu esperava. Ensinou-me que na vida temos que olhar sempre as coisas boas e que são nos pequenos detalhes que encontramos a felicidade. Como eu lhe chamo, minha bonequinha de porcelana, obrigada por ser tão especial e ter feito dos nossos encontros, momentos também especiais.

Os ventos que às vezes tiram algo que amamos, são os mesmos que nos trazem algo que aprendemos a amar. Por isso não devemos chorar pelo que nos foi tirado, e sim aprender a amar o que nos foi dado. Pois tudo aquilo que é realmente nosso, nunca se vai para sempre."

Fernando Pessoa

Resumo

SOARES BMS, ALVES-REZENDE MCR. **Incidência de hábitos parafuncionais em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.** 2009 (Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação). Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

RESUMO

As desordens temporomandibulares apresentam etiologia multifatorial, incluindo os hábitos parafuncionais. O correto funcionamento do sistema estomatoagnático é conseguido por relação de compatibilidade entre todas as suas partes. Quatro determinantes, por sua atividade harmônica mútua, ditam a função do sistema como um todo: dentes, periodonto com estruturas de suporte, músculos, articulação temporomandibular e sistema nervoso central. Este estudo avaliou a incidência de hábitos parafuncionais entre acadêmicos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp. Para isto, questionário de identificação de hábitos parafuncionais foi aplicado aos acadêmicos em 2009. Observou-se alta incidência entre 17 e 18 anos. O hábito de dormir de bruços foi o mais prevalente para o gênero feminino (63.73%) e mascar chiclete para o masculino (54.90%). Alta incidência de estresse foi relatada pelos acadêmicos do quarto ano. Conclui-se que os hábitos parafuncionais são altamente prevalentes nesta população e esforços especiais são necessários para seu controle.

Unitermos : hábitos, articulação temporomandibular, estudantes.

Abstract

SOARES BMS, ALVES-REZENDE MCR. **Incidence of parafunctional habits in undergraduate students of Araçatuba Faculty of Dentistry, São Paulo State University.** (Academic Paper). Araçatuba: Faculty of Dentistry – São Paulo State University; 2009.

ABSTRACT

Temporomandibular disorders may have multifactorial etiology, including parafunctional habits. Correct functioning of the entire stomatognathic system is achieved by a compatible relationship of all its parts. Four determinants, by their mutual harmonious activity, dictate the function of the entire system: the teeth, periodontium with supporting structure, muscles, temporomandibular joint and CNS. This study aims to evaluate the incidence of parafunctional habits in dentistry students. For that purpose a questionnaire of oral habits was applied to the undergraduate Dentistry program at FOA/Unesp in 2009. The highest incidence occurred among individuals between 17 and 18 years of age; the frequency of sleeping on abdomen for female (63,73%) and chewing gum for male (54.90%) was significant. Over the hand, the highest incidence of stress occurred among women (82.35%) and a fourth nivel. We concluded that prevalence of parafunctional habits in that population is high. Special efforts are needed for intervention and management of these habits.

Descriptors: habits, temporomandibular joint, students

Lista de Tabelas

Lista de Tabelas

Tabela 1.....	38
Tabela 2.....	41
Tabela 3.....	44

Tabela 4.....	45
Tabela 5.....	45
Tabela 6.....	46
Tabela 7.....	46
Tabela 8.....	47
Tabela 9.....	48
Tabela 10.....	49
Tabela 11.....	50
Tabela 12.....	50
Tabela 13.....	51
Tabela 14.....	51
Tabela 15.....	51
Tabela 16.....	52
Tabela 17	52

Lista de Gráficos

Lista de Gráficos

Gráfico 1	41
-----------------	----

Gráfico 2	42
Gráfico 3	42
Gráfico 4	43
Gráfico 5	43
Gráfico 6.....	44

Sumário

Sumário

1. Introdução.....	20
2. Revisão da Literatura.....	23
3. Proposição.....	35
4. Material e Método.....	37
5. Resultados.....	40

6. Discussão.....	53
7. Conclusão.....	57
8. Referências Bibliográficas.....	59

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

Um dos assuntos que demanda interesse especial na área de oclusão é a disfunção ou desordem craniomandibular, denominada também distúrbio da articulação temporomandibular ou disfunção ou desordem temporomandibular, sobre a qual persiste uma grande diversidade de opiniões sobre o diagnóstico clínico, etiologia e métodos de tratamento. Trata-se de um conjunto de disfunções caracterizado por dores miofaciais, envolvendo musculatura mastigatória, região craniocervical e região da articulação temporomandibular. Pode estar relacionado a desarranjos internos desta articulação, limitações na mordida, alterações e/ou estalos articulares e doenças degenerativas, nas quais podemos ter a presença de todos ou parte destes fatores, dentre outros.

O crescimento craniofacial é o resultado da interação de mecanismos genéticos, hormonais e neurológicos, influenciados pela ação do meio ambiente e da função. A articulação temporomandibular, junto com os ossos mandibulares e maxilares, dentes, músculos, nervos, vasos e periodonto, faz parte de um complexo sistema, denominado sistema estomatognático, que

atua em funções vitais do organismo, tais como respiração, deglutição, fonação e mastigação. Alterações motoras e articulares neste padrão de funções, tais como morder agulhas, lápis, cachimbo, além da língua, lábios e bochechas podem ocasionar posicionamento anormal dos dentes e levar a uma oclusão traumática predispondo à disfunção na articulação temporomandibular. Estes comportamentos são denominados de parafunção ou hábitos parafuncionais, porque, em contraste com os comportamentos essenciais à manutenção da vida do indivíduo, parecem não ter propósito funcional.

Os hábitos parafuncionais, quando esporádicos, não causam danos ao sistema estomatognático, porém, quando a atividade excede o nível de tolerância fisiológica individual pode trazer comprometimentos oclusais, musculares e/ ou articulares (Gavish et al., 2000; Melo e Barbosa, 2009). Ademais, exercem papel importante na etiologia da dor orofacial, podendo sua influência variar segundo a tolerância do paciente à dor e suas diferentes respostas bioquímicas e fisiológicas a estes fatores (Glaros et al., 1998; MacFarlane et al., 2003).

Outrossim, acredita-se estarem significativamente relacionados à idade (Rosa, 2004). Por predispor à ruptura da harmonia do sistema estomatognático, levando-o ao desequilíbrio, são frequentes em indivíduos com distúrbios da articulação temporomandibular, acarretando prejuízos traduzidos por desconforto, tensão e hiperatividade muscular.

2.Revisão da Literatura

2. REVISÃO DA LITERATURA

A articulação temporomandibular se localiza entre o osso temporal (parte escamosa) e o côndilo mandibular. Douglas (1988) classifica esta articulação como diartrose sinovial bicondílea complexa, pois ela é dupla bilateral móvel em um osso único (a mandíbula), o que possibilita seu deslocamento amplo e sinérgico. Já Okeson (2000) a define como a região onde ocorre a união da mandíbula e o osso temporal, permitindo movimentos de rotação (dobradiça em um só plano) e de translação (deslizamentos).

A articulação temporomandibular possui como estruturas anatômicas a superfície articular do osso temporal, o côndilo mandibular, o disco articular, a membrana sinovial, a cápsula articular e ligamentos. A superfície articular do osso temporal é formada pela fossa mandibular (área posterior côncava, onde o côndilo deve permanecer) e pela eminência articular (área anterior e convexa, que projeta-se do fundo da fossa mandibular e também mantém relação com o côndilo quando a mandíbula se direciona para a frente). Estas estruturas são revestidas por tecido conjuntivo fibroso e entre o osso temporal e o côndilo mandibular está interposto um disco.

A mandíbula é um osso único, em forma de arco, que apóia os dentes inferiores, sendo sustentada por músculos, ligamentos e outros tecidos moles

que também auxiliam a sua movimentação em vários planos do espaço. Ela pode ser dividida em corpo e ramo mandibular, sendo que no primeiro, encontra-se a base da mandíbula e o processo alveolar. Já o ramo é constituído pelo côndilo, processo coronóide e ângulo da mandíbula.

O côndilo é a parte mais superior do ramo ascendente da mandíbula e tem uma dimensão látero-mediana total de 15 a 20 centímetros e ântero-posterior de aproximadamente 8 a 10 milímetros (Okeson, 2000). Ele possui dois pólos, um lateral e outro medial - este geralmente é mais proeminente. Ambos têm uma forma elíptica e são recobertos por uma capa fibrocartilaginosa.

As superfícies articulares do osso temporal (fossa mandibular) e do côndilo são revestidas por tecido conjuntivo denso fibroso que, devido a sua composição, sofre menos desgaste com o envelhecimento e possui maior capacidade de regeneração. Frente à solicitação exagerada da articulação temporomandibular podem ocorrer modificações em sua forma.

Em razão destas superfícies serem incongruentes, há entre elas um disco articular que possibilita a sua adaptação, distribuindo a pressão, aumentando a superfície efetiva – permitindo mobilidade articular - e separando os espaços articulares em compartimentos isolados (superior e inferior).

O disco articular é uma placa fibrosa com células cartilaginosas e fibras elásticas em seu interior. Apresenta-se como uma lente bicôncava e sua superfície superior convexa se encaixa na fossa mandibular do osso temporal, enquanto sua superfície inferior é côncava e amolda-se no côndilo da mandíbula. Divide-se em três partes: borda anterior, zona intermediária (central) e borda posterior (Rocabado, 1979; Mohl, 1991 e Okeson, 2000). A espessura da borda anterior é de aproximadamente três a quatro milímetros, ao passo que a posterior é um pouco mais espessa. Na zona central ele mede um pouco mais de um milímetro.

A borda posterior do disco possui duas áreas, uma superior e outra inferior, constituídas por tecido conjuntivo. A primeira possui muitas fibras elásticas que se inserem na face temporal da articulação. Já a inferior é altamente vascularizada e innervada, inserindo-se na face posterior do côndilo. Por ser composta por duas áreas, tem sido chamada de zona bilaminar (Okeson, 1992; Wijer, 1998) e não se destina a suportar cargas de qualquer tipo em razão de sua alta vascularização.

A zona intermediária do disco articular é pobre em vasos sangüíneos ou fibras nervosas e é o local de maior superfície articular do côndilo. A borda anterior do disco articular liga-se à parte anterior da cápsula e ao feixe superior do músculo pterigóideo lateral, que auxilia na estabilização da articulação temporomandibular.

Existe uma fixação do disco articular nas porções medial e lateral do côndilo, juntamente com a cápsula articular, garantindo o movimento simultâneo da mandíbula e dos discos articulares.

Os limites anatômicos e funcionais da articulação temporomandibular são definidos por uma cápsula articular fina e fibrosa. Suas faces envolvem toda a articulação e fixam-se em várias estruturas, tais como a parte temporal da articulação (porção superior), processo pós-glenóide (parte posterior), eminência articular (parte anterior), fossa mandibular (porções interna e externa) e côndilo da mandíbula (parte inferior). A cápsula é revestida por uma delgada membrana sinovial, responsável pela produção do líquido sinovial (lubrificante desta região). Existem vários receptores sensoriais nos tecidos da cápsula articular que informam sobre as mudanças de posição articular.

O líquido sinovial possui uma consistência viscosa (alto teor de ácido hialurônico) e lubrifica a região da articulação, auxiliando a diminuir a fricção (amortecimento), além de transportar nutrientes e catabólitos para tecidos avasculares que cobrem o côndilo, a fossa mandibular e o disco articular. Além disso, a articulação temporomandibular possui ligamentos preeminentes para proteger as estruturas, pois são constituídos de tecido cartilaginoso, que não se

esticam e limitam a amplitude dos movimentos articulares. Os ligamentos mandibulares possuem importantes receptores mecânicos e de dor que informam sobre os movimentos e a posição das estruturas da articulação.

Não há concordância entre os autores sobre a nomenclatura e a quantidade de ligamentos existentes. Okeson (2000) descreve três ligamentos principais (colaterais, capsular e têmporo-mandibular) e dois acessórios (esfenomandibular e estilomandibular). Já Wijer (1998) citam dois ligamentos: esfenomandibular e estilomandibular. Oliveira (1980) e Bianchini (1998) fazem referência aos ligamentos esfenomandibular e estilomandibular.

Os músculos são responsáveis pela precisa direção dos movimentos da articulação temporomandibular, dentro dos limites impostos pelos ligamentos, e os mesmos dependem do estímulo do Sistema Nervoso Central para iniciarem o seu trabalho (contração).

Para Okeson (2000) cada movimento é coordenado para aperfeiçoar a função e ao mesmo tempo minimizar o dano à estrutura. A fala, deglutição e mastigação dependem também de comportamentos funcionais destes músculos e, sincronismo com a articulação temporomandibular. São eles: temporal, masseter, pterigóideos medial e lateral, digástrico, milohióideo, geniohióideo e estilohióideo.

Shillenburg et al. (1986) afirmam que os movimentos mandibulares ocorrem ao redor de três eixos: horizontal, vertical e sagital. O deslocamento horizontal ocorre quando a mandíbula retraída realiza a abertura e o fechamento, girando ao redor do eixo que passa pelos côndilos. O vertical ocorre quando a mandíbula se lateraliza e o centro desta rotação está num eixo que passa através do côndilo do lado de trabalho. O deslocamento sagital ocorre quando a mandíbula vai para um lado e o côndilo do lado oposto ao da direção do movimento se desloca anteriormente, indo em direção à eminência articular e movendo-se simultaneamente para baixo. Os deslocamentos mandibulares ocorrem a partir da combinação de rotações ao redor de vários eixos. Para Douglas (1988) a articulação temporomandibular pode realizar

movimentos de rotação (côndilos girando em torno de seu próprio eixo) e de translação (o côndilo deslizando na cavidade articular).

Okeson (2000) destaca que os movimentos mandibulares puros são raros, pois a rotação e a translação ocorrem ao mesmo tempo, isto quer dizer que enquanto o côndilo rotaciona sobre um ou mais eixos, cada um destes está transladando. A mandíbula pode se abrir com um movimento de rotação puro, mas para isso acontecer os côndilos devem estar estabilizados, para não transladarem. Por outro lado, padrões alterados no funcionamento da articulação temporomandibular estão presentes em situações de disfunção das estruturas articulares ou sistema neuromuscular do aparelho estomatognático.

As disfunções temporomandibulares constituem um grupo de distúrbios orofaciais crônicos que podem ser observados frequentemente por vários profissionais da saúde, como dentistas, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, entre outros. Os distúrbios temporomandibulares têm sido caracterizados como alterações envolvendo a musculatura mastigatória, as articulações temporomandibulares e estruturas relacionadas à estas. O indivíduo portador do quadro possui vários sinais e sintomas que são comuns nesta patologia, como dor e sensibilidade nos músculos mastigatórios e na região articular, presença de ruídos e limitação nos movimentos mandibulares.

Okeson (2000) acredita que, embora os distúrbios da articulação temporomandibular tenham sido ao longo dos anos considerados uma síndrome, atualmente acredita-se que as disfunções temporomandibulares sejam um conjunto de disfunções do sistema mastigatório que possuem muitos sintomas em comum.

Costen (1934) foi o primeiro a descrever esse conjunto de sinais e sintomas que ocorriam nas articulações temporomandibulares com disfunção e essa alteração ficou conhecida como *Síndrome de Costen*. Outros autores deram nomenclaturas diferentes, de acordo com sua compreensão sobre a patologia, como síndrome de disfunção dolorosa da articulação temporomandibular (Bradley, 1981), disfunções craniomandibulares (Helkimo,

1974; Conti, 1996) e disfunção da articulação temporomandibular (Bianchini, 1998).

Os sinais e sintomas clássicos de uma disfunção na articulação temporomandibular são: dor e sensibilidade nos músculos mastigatórios e/ou na articulação, ruídos articulares (estalidos, rangidos ou crepitações), limitação e/ou assimetria nos movimentos mandibulares (Felício et al., 1999; Wijer, 1998). Sensações auditivas como zumbidos, otalgia e vertigem também têm sido citadas pelos pacientes que apresentam o quadro (Wijer, 1998).

Muitos estudos relatam a associação entre os sinais e sintomas das perturbações da articulação temporomandibular com a presença de hábitos parafuncionais.

Os hábitos são resultantes da repetição de um ato que possui uma finalidade. Geralmente são agradáveis e aparecem em resposta a necessidades psicológicas, trazendo satisfação pessoal para o indivíduo que os realiza. A parafunção pode ser definida como toda a atividade neuromuscular não funcional do sistema estomatognático geradora hiperatividade de grupos musculares craniomandibulares e aumento da pressão interna da articulação temporomandibular, levando a repetitivos microtraumas nas superfícies articulares e contribuindo para o aparecimento das disfunções temporomandibulares.

Para Dawson (1993) a hiperatividade e desvios oclusais interferentes podem provocar ou contribuir para a hipersensibilidade, alteração nos músculos mastigatórios, disfunções temporomandibulares e desenvolvimento de hábitos parafuncionais. Tomé et al. (1996) analisaram a influência dos hábitos bucais na determinação direta ou indireta de desvios na morfologia dentária e concluíram que os maus hábitos bucais podem estar relacionados com crescimento ósseo anormal, mau posicionamento dentário, problemas respiratórios e de fonação, alterações na motricidade bucal e distúrbios psicológicos.

Ademais, acredita-se que as parafunções podem alterar o desenvolvimento craniofacial levando a maloclusões, mordidas cruzadas ou abertas. Isto torna importante a interceptação e prevenção destes hábitos e suas consequências tendo em vista que algumas alterações apresentam caráter de irreversibilidade. Se os hábitos ocorrerem durante o período de crescimento facial podem gerar forças musculares anormais e persistentes com risco potencial de alterações importantes das estruturas do sistema mastigatório.

Okeson (2000) descreve que as atividades do sistema mastigatório podem ser funcionais ou parafuncionais. As atividades funcionais são a mastigação, deglutição e fala, que possibilitam ao sistema realizar as funções necessárias com um dano mínimo às estruturas, enquanto as atividades parafuncionais podem ser o bruxismo, o apertamento, a onicofagia e outros maus hábitos bucais.

As atividades parafuncionais podem ser diurnas (acontecem durante o dia) ou noturnas (ocorrem durante o sono). As diurnas incluem o apertamento dentário, morder lábio, bochecha ou outros objetos, sucção digital, hábitos inadequados de postura, assim como outros hábitos que o indivíduo realiza, na maioria das vezes, inconscientemente. A atividade parafuncional noturna mais freqüente é o apertamento dentário, conhecido por bruxismo.

Os hábitos bucais deletérios desencadeiam uma contração muscular do tipo isométrica, demorada e por longos períodos, que inibe o fluxo sanguíneo normal para os tecidos musculares, levando a um aumento de dióxido de carbono e resíduos metabólicos nos tecidos musculares que pode causar fadiga, espasmos e dor. Por estes fatores há maior probabilidade das atividades parafuncionais ocasionarem alterações no sistema muscular e na articulação temporomandibular já que as estruturas do sistema mastigatório toleram uma certa quantidade de forças geradas pela hiperatividade e após esse nível pode ocorrer um colapso nos tecidos (Zarb e Mohl, 1991). Bianchini (1998) acredita que os hábitos parafuncionais bucais podem prejudicar a estabilidade do sistema estomatognático. Dawson (1993) e Durso (2002)

afirmam que essas atividades não funcionais acontecem sem que a pessoa saiba o que está fazendo. Entretanto, Bianchini (1998) relata que a maioria dos pacientes entrevistados por ela tinham consciência da realização dos hábitos parafuncionais, embora não soubessem os malefícios que eles provocam.

Attanasio (1997) ressalta que algumas das atividades não funcionais dos músculos do sistema mastigatório são conscientes (como mascar chicletes, mastigação unilateral, roer unhas ou morder objetos) enquanto outras são inconscientes (como o apertamento dentário, bruxismo e alinhamento incorreto de cabeça e pescoço). Há muita discordância sobre a influência ou não dos hábitos parafuncionais nas disfunções da articulação temporomandibular. Barone et al. (1997) sugerem eles são comuns em populações de indivíduos normais e que na maior parte dos casos não resultam em sintomatologia patológica. Contudo, outros concluem que as parafunções têm um papel significativo na etiologia dos distúrbios da articulação temporomandibular (Widmalm et al., 2003; Bianchini, 1998). Para Okeson (2000) o papel exato dos hábitos parafuncionais ainda permanece obscuro.

Figueiredo et al. (1998) estudaram os hábitos bucais nocivos em indivíduos portadores de disfunção temporomandibular e observaram que todos os sujeitos pesquisados possuíam, no mínimo, um hábito parafuncional e 83% dos pacientes praticavam cinco ou mais destas atividades parafuncionais associadas, o que nos faz pensar que o tipo, duração, frequência, intensidade, assim como a quantidade de hábitos existentes são fatores importantes. Neste estudo, o hábito deletério de maior incidência foi a mastigação unilateral (86%), seguida pelo bruxismo (85%).

Schiffman et al. (1992) analisaram os principais fatores etiológicos da alterações da articulação temporomandibular em vários grupos de indivíduos (normais, com disfunção na ATM e/ou com disfunção na musculatura) e encontraram como resultado de sua pesquisa que a presença de hábitos parafuncionais foi significativamente menor em indivíduos normais do que naqueles com alteração muscular e/ou na ATM.

Wijer (1998) estudou a relação de indivíduos com disfunção temporomandibular (de origem muscular e/ou articular) com disfunção na coluna cervical e concluiu que os pacientes com disfunção temporomandibular muscular relatavam uma ocorrência maior de hábitos viciosos do que aqueles com alterações na coluna cervical .

A retirada do hábito parafuncional geralmente leva ao surgimento de hábitos de compensação, isto é, substituição de um ato vicioso por outro (Porter, 1964, Moresca e Feres, 1994, Modesto e Azevedo, 1996).

Para Leite e Tollendal (1993) a continuação de um hábito bucal, como o de sucção, por exemplo, pode ser a consequência de um deficiente desenvolvimento da fase oral, que na idade adulta, poderá vir a ser compensado por outros vícios, como o fumo.

Tomé et al. (1996) comentam que muitas vezes um hábito deletério desencadeia outro hábito, que, por sua vez, piora o primeiro, formando um círculo vicioso que deve ser interrompido para o sucesso do tratamento.

Para Rugh e Harlan (1988) os hábitos parafuncionais muitas vezes permanecem, mesmo quando sua etiologia já foi solucionada. Alguns hábitos de postura inadequada da mandíbula estão relacionados com fatores ocupacionais, como violinistas e mergulhadores ou telefonistas sem o equipamento adequado. Um fator importante que não podemos esquecer é que as consequências de um hábito parafuncional vicioso dependem da frequência, intensidade, duração e predisposição individual. O estresse, a ansiedade, dificuldades no sono e algumas medicações são fatores que podem aumentar a intensidade e frequência das atividades parafuncionais da mandíbula. Bianchini (1998) ressalta a importância dos aspectos emocionais no aparecimento dos hábitos deletérios e do difícil tratamento dos mesmos sem um profissional especializado. São eles: bruxismo (é o mais citado na literatura brasileira e estrangeira), apertamento dentário, roer unhas, apoio das mãos na cabeça ao dormir ou durante o dia, mascagem de chicletes, morder lábios, língua bochechas ou objetos e mastigação unilateral.

Dawson (1993) descreve o bruxismo como sendo uma fricção não fisiológica dos dentes inferiores contra os dentes superiores, que pode provocar um desgaste importante nas superfícies oclusais e causar mudanças adaptativas (remodelação) na articulação temporomandibular. Para o autor não existe um fator etiológico definido para o aparecimento desta parafunção, pois possivelmente existam mais de um fator responsável pelo início dos sintomas. Há dois tipos de bruxismo, o excêntrico (existem padrões horizontais de fricção) e o cêntrico (apertamento dentário durante o sono). Contudo, Okeson (2000) e Rugh e Harlan (1988) acreditam que o indivíduo que possui bruxismo passe por períodos de desgaste dentário rítmicos e períodos de apertamento dos dentes. Durso (2002) afirma que a frequência com que ocorre o bruxismo varia a cada noite e há relação com o estado físico e emocional.

A onicofagia aparece como substituição da sucção do polegar, por volta dos quatro ou cinco anos de idade, uma fase de grandes mudanças e exigências para com as crianças (Moresca e Feres, 1994). Acredita-se que este hábito seja um mecanismo para liberar as tensões quando a criança é muito exigida. Schiffman et al. (1992), em levantamento sobre o tema observaram 47,6% dos pacientes roíam unhas pelo menos uma vez por semana e 10,1% realizavam este mau hábito pelo menos uma vez ao dia.

A postura inadequada durante as atividades diurnas ou noturnas geralmente está associada ao apoio das mãos segurando o queixo ou o rosto e pode aparecer em decorrência da respiração bucal e causar alterações oclusais e/ou na articulação temporomandibular devido às pressões anormais produzidas pela posição incorreta no leito ou em sala de aula (Moresca e Feres, 1994). Tomé et al. (1996) afirmam que esses hábitos acarretam mordida cruzada unilateral, tendo em vista que o apoio é geralmente feito somente de um lado.

No anos 90 o Brasil consumiu 8 bilhões de gomas de mascar (Segal, 1998), destacando que o uso do chiclete é bem significativo em nosso meio. Este hábito possui um impacto considerável na boca dos pacientes, com relação à mastigação, oclusão, função salivar e conseqüentemente na

manutenção da saúde dentária. Pacientes que tentam abandonar vícios como o cigarro ou roer unhas com o auxílio da mascagem do chiclete, acabam substituindo um hábito pelo outro. Friedman (1997) cita a mascagem de chicletes como sendo um fator etiológico para a disfunção temporomandibular. Schiffman et al. (1992) examinaram pacientes que atribuíam seus distúrbios na articulação temporomandibular ao hábito de mastigar chicletes.

Muitas vezes a sucção ou mordida do lábio aparece em indivíduos que possuem mordida aberta ou sobremordida e devido a esta maloclusão o paciente acaba realizando uma compensação com o lábio para auxiliar no vedamento labial, levando a prejuízos ainda maiores sobre o quadro já estabelecido (Schiffman et al., 1992).

É significativo o índice de sujeitos portadores de perturbações na articulação temporomandibular que possuem mastigação unilateral. Panhoca et al. (1998) encontrou em 100% dos pacientes com grau severo de disfunção temporomandibular este tipo de mastigação. Alguns autores sugerem que os indivíduos preferem mastigar no lado da articulação que está com alterações para evitar maiores movimentos deste lado. Carlsson et al. (2003) também sugerem que a mastigação unilateral está positivamente associada com a severidade das desordens craniomandibulares.

Esses pesquisadores ressaltam que os hábitos parafuncionais podem ser determinantes na ruptura da harmonia fisiológica do sistema estomatognático, uma vez que sobrecarregam a musculatura envolvida e a própria articulação.

3. Proposição

3. PROPOSIÇÃO

O propósito deste trabalho é determinar a incidência de hábitos parafuncionais em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.

4. Material e Método

4. MATERIAL E MÉTODO

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 questionário proposto pelo Núcleo de Diagnóstico e Tratamento de DTM da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp (Tabela 1). O universo e a amostra foram compostos pelos 169 acadêmicos matriculados no Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.. A execução do projeto foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/Unesp sob número 1496/2009.

Tabela 1 Questionário proposto pelo Núcleo de Diagnóstico e Tratamento de DTM da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp.

Dos hábitos abaixo, marque aquele que você tem feito											
HÁBITO				SIM				NÃO			
1. Mascar chiclete											
2. Morder caneta ou lápis ou outros objetos											
3. Colocar a mão no queixo											
4. Mastigar mais de um lado só											
5. Apertar os dentes acordado											
6. Apertar ou ranger os dentes dormindo											
7. Dormir de bruços											
8. Dormir de um lado só											
9. Morder a língua											
10. Morder os lábios											
11. Morder a bochecha											
12. Roer unhas											
Você se sente estressado?											
SIM ()						NÃO ()					
Faça um círculo em seu grau de estresse											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Todos os acadêmicos 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.

5. Resultados

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos foram submetidos à estatística descritiva e estão apresentados nos Gráficos 1 a 6 e Tabelas 2 a 17.

Os questionários foram respondidos de acordo com os dados apresentados na Tabela 2. Houve adesão voluntária de 78.70% dos acadêmicos matriculados.

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa do preenchimento do Questionário de triagem para dor orofacial e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial (American Academy of Orofacial Pain) entre acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.

	1ºAno	2ºAno	3ºAno	4ºAno	5ºAno	6ºAno	Total
Número Alunos	30	29	35	30	22	23	169
Questionários respondidos	29	29	32	25	20	18	133
Frequência Absoluta							
Questionários Respondidos	96.6	100	91.4	83.3	90.9	78.2	78.70
Frequência Relativa (%)							

Os gráficos 1 a 6 mostram a distribuição dos acadêmicos por ano, idade e gênero.

Gráfico 1 . Distribuição por idade e gênero dos acadêmicos do 1ºAno do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp

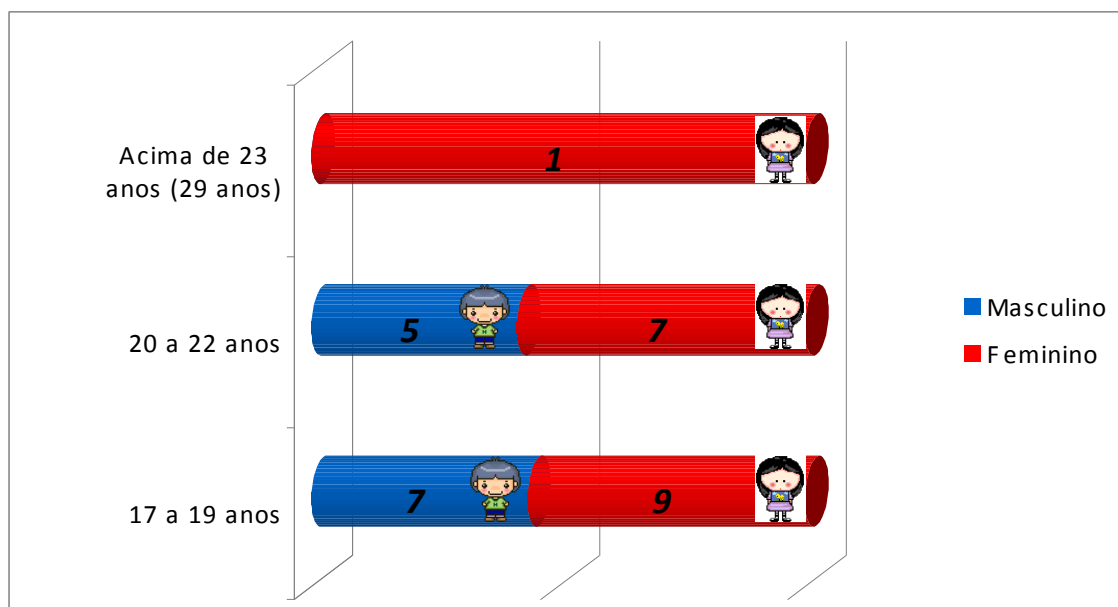


Gráfico 2 . Distribuição por idade e gênero dos acadêmicos do 2ºAno do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp

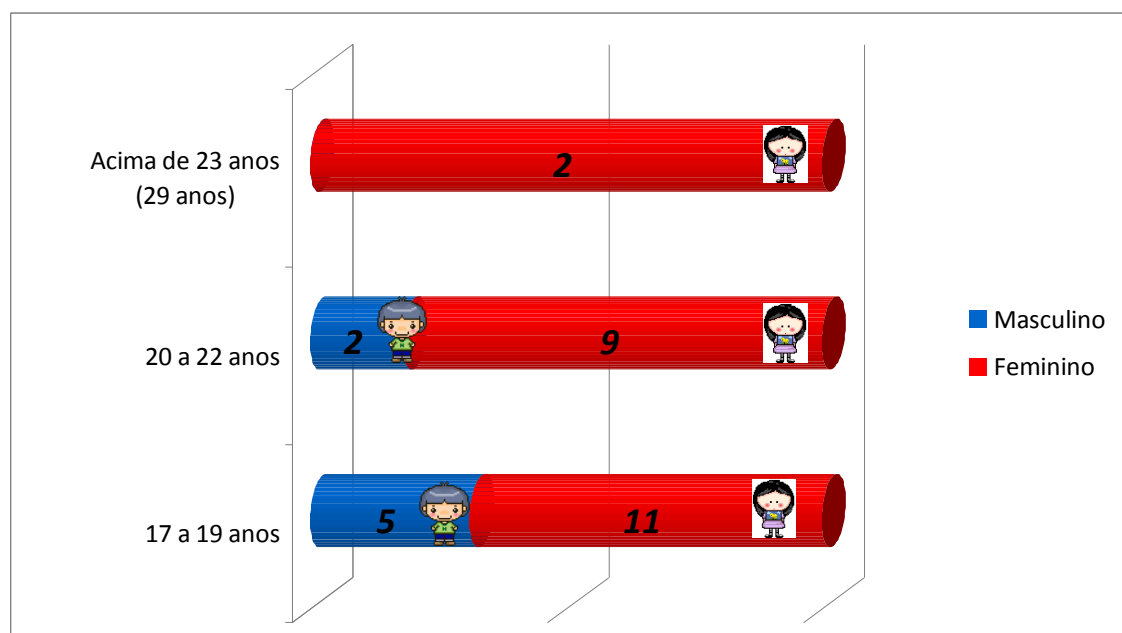


Gráfico 3 . Distribuição por idade e gênero dos acadêmicos do 3ºAno do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp

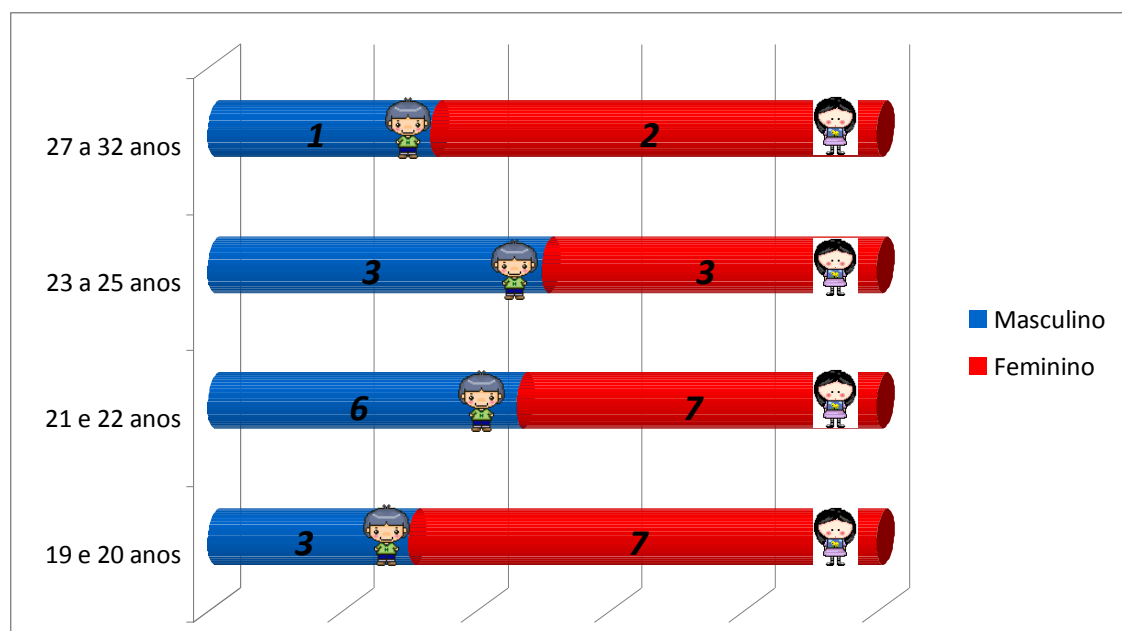


Gráfico 4 . Distribuição por idade e gênero dos acadêmicos do 4ºAno do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp

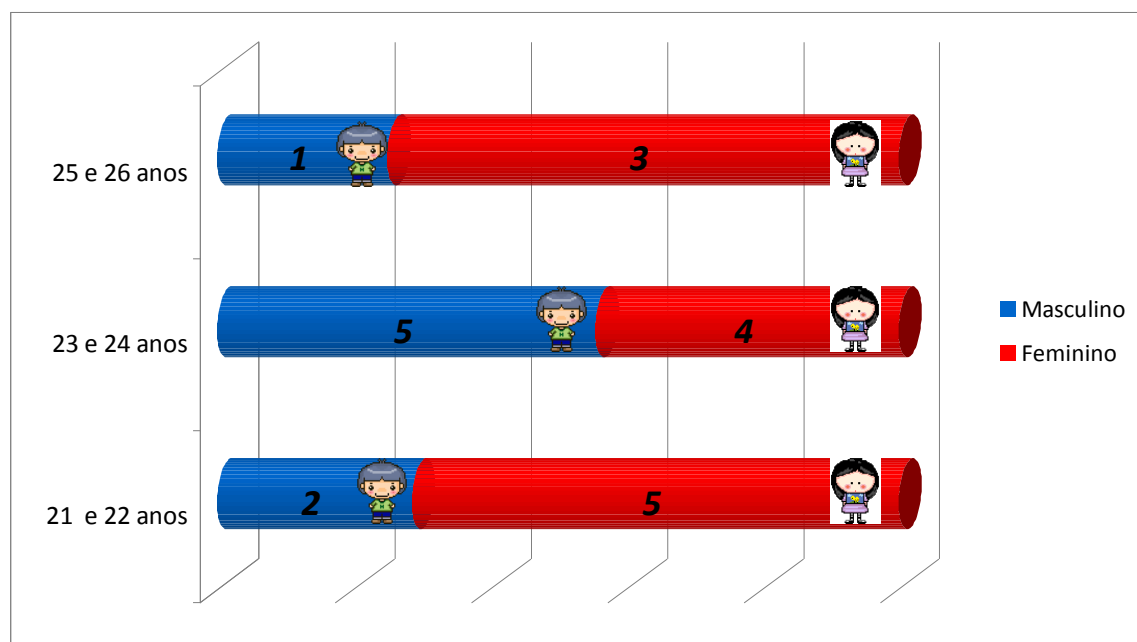
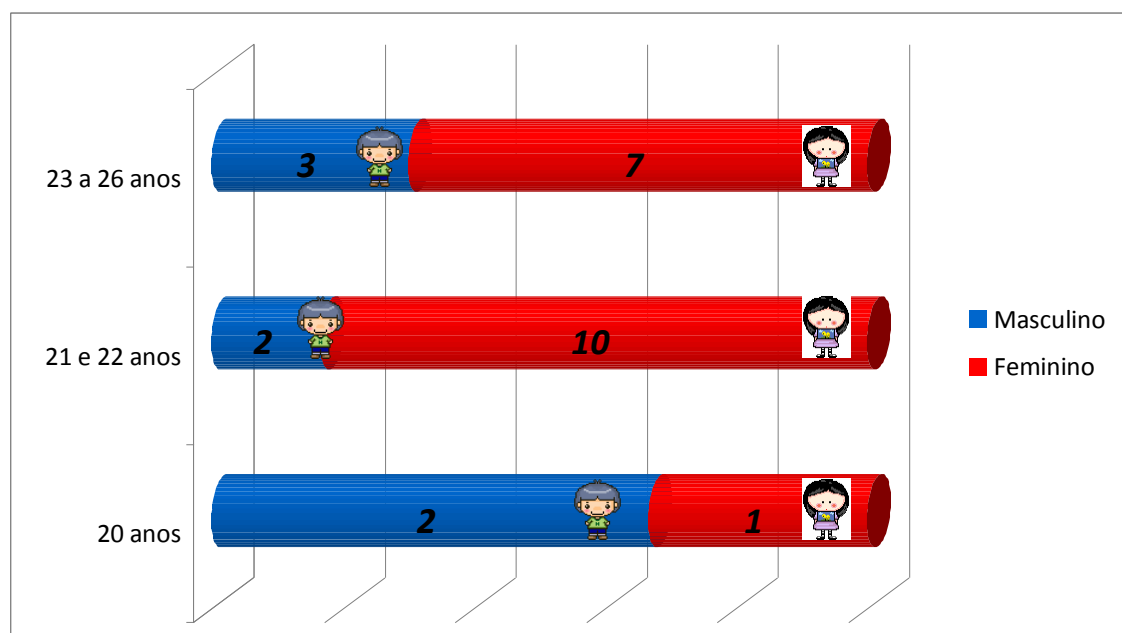
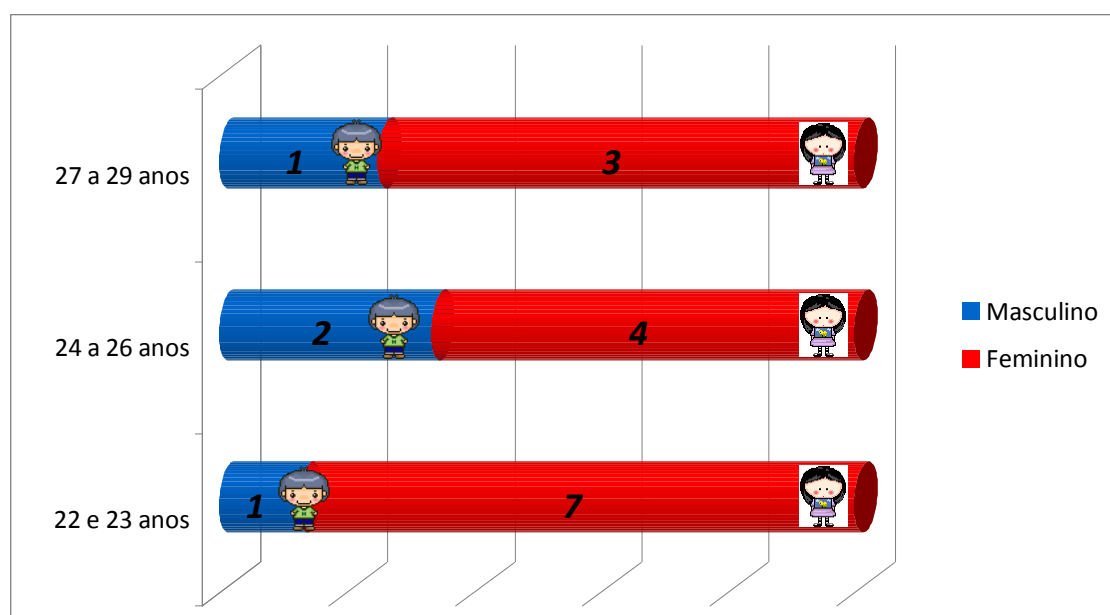


Gráfico 6 . Distribuição por idade e gênero dos acadêmicos do 6º Ano do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp



As tabelas 3 a 8 mostram a frequência absoluta dos hábitos parafuncionais de acordo com o ano do curso e gênero dos acadêmicos.

Tabela 3 – Frequência absoluta dos hábitos parafuncionais em acadêmicos do 1º Ano do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por gênero.

Hábito Parafuncional	SIM		Não	
				
Mascar chiclete	13	8	4	4
Morder caneta ou lápis ou outros objetos	7	3	10	9
Colocar a mão no queixo	9	7	8	5
Mastigar mais de um lado só	9	2	8	10
Apertar os dentes acordado	5	2	12	10
Apertar ou ranger os dentes dormindo	6	0	11	12
Dormir de bruços	14	6	3	6
Dormir de um lado só	6	1	11	11
Morder a língua	2	0	15	12
Morder os lábios	6	0	11	12
Morder a bochecha	8	2	9	10
Roer Unhas	6	2	11	10

Tabela 4 – Frequência absoluta dos hábitos parafuncionais em acadêmicos do 2º Ano do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por gênero.

	SIM	Não
--	-----	-----

Hábito Parafuncional				
Mascar chiclete	13	2	9	5
Morder caneta ou lápis ou outros objetos	7	3	15	4
Colocar a mão no queixo	16	4	6	3
Mastigar mais de um lado só	10	2	12	5
Apertar os dentes acordado	4	2	18	5
Apertar ou ranger os dentes dormindo	4	1	18	6
Dormir de bruços	15	3	7	4
Dormir de um lado só	4	1	18	6
Morder a língua	1	1	21	6
Morder os lábios	6	3	16	4
Morder a bochecha	9	2	13	5
Roer Unhas	3	4	19	3

Tabela 5 – Frequência absoluta dos hábitos parafuncionais em acadêmicos do 3º Ano do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por gênero.

Hábito Parafuncional	SIM		Não	
				
Mascar chiclete	7	6	12	7
Morder caneta ou lápis ou outros objetos	7	4	12	9
Colocar a mão no queixo	9	7	10	6
Mastigar mais de um lado só	10	6	9	7
Apertar os dentes acordado	7	4	12	9
Apertar ou ranger os dentes dormindo	4	2	15	11
Dormir de bruços	12	5	7	8
Dormir de um lado só	4	3	15	10
Morder a língua	1	0	18	13
Morder os lábios	4	0	15	13
Morder a bochecha	7	2	12	11
Roer Unhas	6	6	13	7

Tabela 6 – Frequência absoluta dos hábitos parafuncionais em acadêmicos do 4º Ano do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por gênero.

	Sim	Não
--	-----	-----

Hábito Parafuncional				
Mascar chiclete	12	3	6	4
Morder caneta ou lápis ou outros objetos	4	0	14	7
Colocar a mão no queixo	17	4	1	3
Mastigar mais de um lado só	9	3	9	4
Apertar os dentes acordado	6	2	12	5
Apertar ou ranger os dentes dormindo	2	1	16	6
Dormir de bruços	13	6	5	1
Dormir de um lado só	4	2	14	5
Morder a língua	2	1	16	6
Morder os lábios	7	2	11	5
Morder a bochecha	2	1	16	6
Roer Unhas	4	3	14	4

Tabela 7– Frequência absoluta dos hábitos parafuncionais em acadêmicos do 5º Ano do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por gênero.

Hábito Parafuncional	SIM		Não	
				
Mascar chiclete	8	7	5	1
Morder caneta ou lápis ou outros objetos	4	2	9	6
Colocar a mão no queixo	5	3	8	5
Mastigar mais de um lado só	7	5	6	3
Apertar os dentes acordado	4	5	9	3
Apertar ou ranger os dentes dormindo	9	7	4	1
Dormir de bruços	4	3	9	5
Dormir de um lado só	3	3	10	5
Morder a língua	0	0	13	8
Morder os lábios	2	1	11	7
Morder a bochecha	2	2	11	6
Roer Unhas	6	5	7	3

Tabela 8 – Frequência absoluta dos hábitos parafuncionais em acadêmicos do 6º Ano do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por gênero.

Hábito Parafuncional	Sim		Não	
				
Mascar chiclete	5	2	9	2
Morder caneta ou lápis ou outros objetos	2	1	12	3
Colocar a mão no queixo	7	1	7	3
Mastigar mais de um lado só	5	2	9	2
Apertar os dentes acordado	2	1	12	3
Apertar ou ranger os dentes dormindo	3	2	11	2
Dormir de bruços	7	3	7	1
Dormir de um lado só	1	2	13	2
Morder a língua	0	0	14	4
Morder os lábios	0	0	14	4
Morder a bochecha	1	1	13	3
Roer Unhas	2	1	12	3

A tabela 9 mostra a frequência relativa dos hábitos parafuncionais dos acadêmicos de acordo com o ano em que estão cursando a graduação. O gênero não é fator de separação dos grupos.

Na tabela 10 estão apresentadas as frequências relativas dos hábitos parafuncionais dos acadêmicos do Curso Noturno da Faculdade de Odontologia de Araçatuba /Unesp, de acordo com a faixa etária. Esta foi dividida em sete grupos: 17 a 18 anos, 19 a 20 anos, 21 a 22 anos, 23 a 24 anos, 25 a 26 anos, 27 a 28 anos, 29 anos ou mais. Na tabulação destes dados os acadêmicos foram inseridos nos intervalos independentemente do ano do curso e gênero.

As frequências relativas dos hábitos parafuncionais de acordo com o gênero estão listadas na tabela 11.

A tabela 12 exibe a frequência relativa da autopercepção do estresse dos acadêmicos pesquisados de acordo com o ano e que estão matriculados; na tabela 13 estão exibidas as frequências relativas do grau de estresse percebido por este mesmo grupo.

Tabela 9 – Frequência relativa (%) dos hábitos parafuncionais em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição quanto ao ano de graduação.

HÁBITO	1ª Ano	2ºAno	3ºAno	4ºAno	5ºAno	6ºAno
Mascar Chiclete	72.4	58.6	37.5	60	70	38.8
Morder caneta ou lápis ou outros objetos	34.4	34.4	25	16	30	16.6
Colocar a mão no queixo	76.1	68.9	43.7	84	50	44.4
Mastigar mais de um lado só	37.9	41.3	46.8	48	60	38.8
Apertar os dentes acordado	24.1	20.6	31.2	20	45	16.6
Apertar ou ranger os dentes dormindo	20.6	17.2	18.7	12	80	27.7
Dormir de bruços	68.9	79.3	53.1	72	35	55.5
Dormir de um lado só	24.1	17.2	28.1	24	30	16.6
Morder a língua	6.8	3.4	3.1	12	0	0
Morder os lábios	20.6	31	12.5	36	15	0
Morder as bochechas	37.9	37.9	21.8	12	20	11.1
Roer as Unhas	27.5	24.1	34.3	28	45	16.6

Tabela 10 – Frequência relativa (%) dos hábitos parafuncionais em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por Idade.

HÁBITO	17 a 18	19 a 20	21 a 22	23 a 24	25 a 26	27 a 28	29 ou+
Mascar Chiclete	84.6	56.8	60.8	56.6	36.3	25	0
Morder caneta ou lápis ou outros objetos	23	34	46	23.3	0	0	0
Colocar a mão no queixo	76.9	56.8	80.4	70	36.3	25	40
Mastigar mais de um lado só	30.7	34	58.6	40	54.5	50	60
Apertar os dentes acordado	23	20.4	30.4	30	36.3	25	40
Apertar ou ranger os dentes dormindo	30.7	15.9	23.9	33.3	63.6	25	20
Dormir de bruços	69.2	68.1	60.8	50	27.2	75	40
Dormir de um lado só	23	18.1	21.7	30	18.1	25	20
Morder a língua	0	4.5	4.3	3.3	18.1	0	0
Morder os lábios	23	25	26	13.3	9	0	0
Morder as bochechas	23	22.72	26	20	18.19	50	40
Roer as Unhas	15.3	29.5	39.1	26.6	18.1	25	20

Tabela 11 – Frequência relativa (%) dos hábitos parafuncionais em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por gênero.

HÁBITO	FEMININO 	MASCULINO 
Mascar Chiclete	56.86	54.90
Morder caneta ou lápis ou outros objetos	27.45	23.53
Colocar a mão no queixo	53.92	52.94
Mastigar mais de um lado só	48.04	39.22
Apertar os dentes acordado	22.55	33.33
Apertar ou ranger os dentes dormindo	27.45	25.49
Dormir de bruços	63.73	50.98
Dormir de um lado só	21.57	23.53
Morder a língua	3.9	3.9
Morder os lábios	24.51	11.76
Morder as bochechas	28.43	17.65
Roer as Unhas	24.51	39.22

Tabela 12 – Frequência relativa (%) da autopercepção do estresse em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por ano de graduação.

Você se sente estressado?	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	5º Ano	6º Ano
SIM	75.86	65.52	62.50	84	90	83.33
Não	24.14	34.48	37.50	16	10	16.67

Tabela 13 – Frequência relativa (%) da autopercepção do grau de estresse em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por ano de graduação.

Grau de Estresse	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	5º Ano	6º Ano
1	3.45	0	3.13	0	0	0
2	0	0	6.25	4	0	0
3	6.90	0	3.13	4	5	5.56
4	13.79	6.90	9.38	8	25	16.67
5	17.24	3.45	3.13	4	10	11.11
6	3.45	6.90	9.38	16	10	16.67
7	13.79	17.24	12.5	20	10	5.56
8	6.90	31.03	15.63	20	25	27.78
9	10.34	0	0	4	0	0
10	0	0	0	4	5	0

As tabelas 14 e 15 apresentam as frequências relativas, de acordo com a faixa etária, para autopercepção do estresse e seu grau, respectivamente.

Tabela 14 – Frequência relativa (%) da autopercepção do estresse em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por idade.

Você se sente estressado?	17 a 18 anos	19 a 20 anos	21 a 22 anos	23 a 24 anos	25 a 26 anos	27 a 28 anos	29 ou mais
SIM	69.23	72.73	76.09	76.67	90.91	75	60
Não	30.77	27.27	23.91	23.33	9.09	25	40

Tabela 15 – Frequência relativa (%) da autopercepção do grau de estresse em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por idade

Grau de Estresse	17 a 18	19 a 20	21 a 22	23 a 24	25 a 26	27 a 28	29 ou +
1	7.7	2.3	0	0	0	0	0
2	0	4.5	0	0	9.1	0	0
3	7.7	2.3	6.5	0	9.1	0	0
4	15.4	13.6	6.5	16.7	9.1	25	20
5	7.7	9.1	10.9	6.7	0	0	0
6	0	6.8	8.7	16.7	0	50	20
7	15.4	11.4	23.9	3.3	18.2	0	0
8	15.4	18.2	15.2	26.7	45.4	0	20
9	0	4.5	4.3	0	0	0	0
10	0	0	0	6.7	0	0	0

As tabelas 16 e 17 apresentam as frequências relativas, distribuídas por gênero, para autopercepção do estresse e seu grau, respectivamente.

Tabela 16 – Frequência relativa (%) da autopercepção do estresse em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por gênero.

Você se sente estressado?	Feminino 	Masculino 
SIM	82.35	60.78
NÃO	17.65	39.22

Tabela 17 – Frequência relativa (%) da autopercepção do grau de tensão em acadêmicos do Curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Distribuição por gênero

Grau de Tensão	 FEMININO	 MASCULINO
1	0.98	1.96
2	1.96	1.96
3	3.92	3.9
4	15.68	5.9
5	10.8	1.96
6	7.8	13.7
7	13.7	13.7
8	23.5	13.7
9	1.96	3.9
10	1.96	0

6. Discussão

6. DISCUSSÃO

Os hábitos parafuncionais jogam papel importante no desenvolvimento dos distúrbios da articulação temporomandibular. Vários autores concordam sobre seu

potencial dinâmico na gênese das desordens, principalmente quando associado ao estresse psicossocial.

No presente trabalho, no que diz respeito à faixa etária, a maior incidência de hábitos parafuncionais ocorreu entre 17 e 18 anos. Cerqueira et al.(2006) observou maior incidência de hábitos parafuncionais entre universitários com idade média de 21,6 anos. Cauás et al.(2004) em estudo em portadores de desordem temporomandibular atendidos pelo Centro de Diagnóstico e Tratamento da Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP – UPE) encontrou a maior prevalência de hábitos parafuncionais entre indivíduos de 21 a 30 anos.

Quando foi relacionado o gênero nossos resultados apontaram maior índice entre as universitárias, correspondendo a 63.73%. Assim, quando questionadas as acadêmicas do primeiro ao sexto ano, apenas 36.27% não relataram realizar atividades parafuncionais em seu cotidiano. Também Cerqueira et al.(2006) atribuiu às universitárias o maior desenvolvimento das parafunções.

O hábito mais prevalentes na população estudada do gênero masculino no foi 1ºAno foi mascar chiclete ,no 2ºano foi colocar a mão no queixo e roer unhas, no 3º ano foi colocar a mão no queixo, no 4º ano foi dormir de bruços, no 5º ano foi mascar chiclete e apertar ou ranger os dentes dormindo, no 6º ano foi dormir de bruços.

O hábito menos prevalentes na população estudada do gênero masculino no foi 1ºAno foi apertar ou ranger os dentes dormindo, morder a língua e morder os lábios, no 2ºano foi apertar ou ranger os dentes dormindo, dormir de um lado só e morder a língua, no 3º ano foi morder a língua e morder os lábios, no 4º ano foi morder caneta ou lápis ou outros objetos, no 5º ano foi morder a língua, no 6º ano foi morder a língua e morder os lábios.

Quando analisadas estas parafunções entre as acadêmicas observou-se maior predominância no 1ºAno de dormir de bruços, no 2º ano de Colocar a mão no queixo, no 3º ano de dormir de bruços, no 4º ano de Colocar a mão no queixo, no 5º ano de Apertar ou ranger os dentes dormindo, no 6º ano de Colocar a mão no queixo.

A parafunção menos incidente entre as acadêmicas do 1ºano foi morder a língua, do 2º ano foi morder a língua, do 3º ano foi morder a língua, do 4º ano foi

Apertar ou ranger os dentes dormindo e Morder a língua, do 5º ano foi morder a língua, do 6º ano foi Morder a língua e Morder os lábios.

A relação do apertamento dentário diurno e noturno com o desenvolvimento de desordem temporomandibular tem sido estudada por muitos autores (Gavish et al., 2000; Kampe et al., 1997; Lobbezoo e Naeije, 2001; Winocur et al., 2001), já que a incidência do apertamento dentário é significativa e seus efeitos sobre o aparelho estomatognático são bastante deletérios (Amemori et al., 2001, Ciancaglini et al., Glaros et al., 1998; Ohayon et al., 2001).

Em nosso estudo o apertamento diurno foi encontrado em 24.1% dos entrevistados do 1ºano, 20.6% do 2ºano, 31.2% do 3º ano, 20% do 4º ano, 45% do 5º ano, 16.6% do 6º ano, sendo a maior incidência entre os homens com 33.33% contra 22.55% das mulheres. Já o apertamento noturno encontrou prevalência de 27.45% entre as mulheres e de 25.49% entre os homens.

Tem-se discutido o papel do estresse e dos distúrbios emocionais no desenvolvimento de hábitos parafuncionais. Rosa (2004) encontrou forte associação entre tensão emocional e hábitos parafuncionais com presença de DTM entre 177 voluntários, recrutados na Faculdade de Odontologia de Araras do Centro Universitário Hermínio Ometto, com idade entre dezenove e 25 anos (média de 22 anos).

Nossos resultados apontaram que 90% dos acadêmicos do 5ºano se sentem estressados com metade deste segmento dividido nos níveis 4 e 8, em uma escala que varia de 0 a 10. Este mesmo grupo apresentou alto índice de bruxismo (80%), isto é, o hábito de ranger ou apertar os dentes dormindo, sinal patognomônico de alto nível de tensão ou estresse.

Embora os menores valores para a autopercepção do estresse psicossocial tenha verificado entre os acadêmicos que cursam o 3ºano, o valor encontrado (62.50%) sugere que medidas preventivas sejam adotadas no sentido de se promover atividades e ações que favoreçam a diminuição do quadro encontrado.

Se considerarmos a faixa etária, os alunos com idade entre 25 e 26 anos responderam sentir-se mais estressados (90,91%), concentrando-se no grau 8. Também eles apontaram os mais altos índices de bruxismo (63,6%). Os acadêmicos mais amadurecidos e experientes (29 anos ou mais) responderam sentirem-se menos

pressionados, mas ainda assim representam uma fatia expressiva deste segmento (60%).

As mulheres ocuparam o pódio com 82,35% de autopercepção de estresse e em níveis também alarmantes: 8 pontos na escala de tensão.

Há que se considerar que por se tratar de população supostamente padronizada quanto às características psicoemocionais, já que se trata de estudantes matriculados no mesmo curso de graduação, ocupando as mesmas instalações, recebendo o mesmo conteúdo prático e teórico pelo mesmo corpo docente em cada ano, seu avanço no curso, isto é, sua série de matrícula, aliada ao fator de variação hormonal ligado ao gênero e aos fatores familiares e psicossociais de cada indivíduo, parecem predispor à maior ou menor pressão com conseqüente maior ou menor desenvolvimento de tensão e estresse.

Torna-se importante destacar que as atividades parafuncionais podem predispor ao surgimento das desordens temporomandibulares isoladamente ou associadas a alterações psicocomportamentais, oclusais ou neuromusculares. No entanto, o papel desempenhado por cada fator isoladamente é uma característica que pode variar de indivíduo para indivíduo.

7. Conclusão

7. CONCLUSÃO

Com base na metodologia empregada e nos resultados obtidos podemos concluir que :

1. A maior incidência de hábitos parafuncionais ocorreu na faixa etária entre 17 e 18 anos e a menor entre 25 a 29 anos ou mais
2. A maior incidência de hábitos parafuncionais ocorreu no gênero feminino
3. A autopercepção do estresse foi maior para o 5º ano e menor para o 3º ano.

4. A autopercepção do estresse foi maior na faixa etária de 25 a 26 anos e menor na faixa etária de 29 anos ou mais
5. A autopercepção do estresse foi maior no gênero feminino
6. O grau de tensão percebido foi maior na faixa etária de 27 a 28 anos e menor nos indivíduos com 29 anos ou mais.
7. O grau de tensão percebido foi maior para o gênero feminino

8. Referências Bibliográficas

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amemori Y, Yamashita S, Ai M, Shinoda H, Sato M, Takahashi J. Influence of nocturnal bruxism on the stomatognathic system. Part I: a new device for measuring mandibular movements during sleep. **J Oral Rehabil.** 2001; 28(10): 943-9.

Attanasio R. An overview of bruxism and its management. **Dent Clin North Am.** 1997; 41(2): 229-241.

Barone A, Sbordone I, Ramaglia I. Craniomandibular disorders and orthodontic treatment need in children. **J Oral Rehabil.** 1997; 24(1): 2-7.

Bianchini EMG. Mastigação e ATM. In: Marchesan IQ. **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. P.37-49.

Bradley RM. **Fisiologia Oral Básica**. Tradução de Wilson A. Saad e Luiz A. Camargo. São Paulo, Panamericana, 1981.195p.

Carlsson GE, Egermark I, Magnusson T. Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear a 20-year follow-up period. **J Orofac Pain**. 2003; 17(1): 50-7.

Cauás M, Alves IF, Tenório K. Incidência de hábitos parafuncionais e posturais em pacientes de disfunção da articulação craniomandibular. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**. 2004;4(2):118-24.

Cerqueira JAO, Borel KC, Coelho KCC, Barbosa FS, Silva VCC. Prevalência de hábitos parafuncionais em universitários. **Revista Científica da FAMINAS**. 2007; 1(1):223

Ciancaglini R, Gherlone EF, Radaelli G. The relationship of bruxism with craniofacial pain and symptoms from the masticatory system in the adult population. **J Oral Rehabil**. 2001; 28(9): 842-8.

Conti PCR, Ferreira PM, Pegoraro LF, Conti JV, Salvador MCG. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. **J Orofac Pain**. 1996; 10(3): 254-62.

Costen JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. **Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.**, **43(1)**:p. 1-15, St. Louis, 1934.

Dawson PE. **Avaliação , diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais**. Tradução de Silas da Cunha Ribeiro(supervisor). 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 686p.

Douglas CR. – **Fisiologia aplicada à prática odontológica**, 1. São Paulo,Pancast, 1988. P.243-56.

Durso BC, Azevedo LR, Ferreira JTL. Inter-relação Ortodontia X Disfunção da Articulação Temporomandibular. **J Bras Ortodon Ortop Facial**. 2002; 7(38): 155-60.

Felício CM, Oliveira JAA, Nunes L, Jeronymo LFG, Jeronymo RRF. Alterações auditivas relacionadas ao zumbido nos distúrbios otológicos e da articulação temporomandibular. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**.1999; 65 (2): 141-46.

Figueiredo ES, Bianchini EMG, Crivello JR O. Hábitos parafuncionais em pacientes portadores de disfunção dolorosa da articulação temporomandibular. In: MARCHESAN, I. Q; ZORZI, J. L.; GOMES, I. C. D. **Tópicos em Fonoaudiologia 1997/ 1998**, v. 4. São Paulo, Lovise, 1998.P. 213-32.

Friedman J. Mascar chicletes pode causar danos à mandíbula. **Jornal do Comércio**, Recife, 13 de julho de 1997. Endereço da Internet: <http://www2.uol.com.br/JC/1507/fa1307d.htm>

Garcia AR, Souza V. Relação entre oclusão dentária e desordens temporomandibulares. **Rev UNIMEP**. 2001; 13(2): 50-8.

Garcia AR, Turcio KHL, Derogis AR, Garcia IMF, Zuim PRJ. Avaliação da energia vibratória registrada em ATMs com hiper mobilidade condilar. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. 2002; 56(2): 136-42.

Gavish A, Halachmi M, Winocur E, Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls. **J Oral Rehabil**. 2000; 27(1): 22-32.

Glaros, A. G.; Tabacchi, K. N.; Glass, E. G. Effect of parafunctional clenching on TMD. **J. Orofac. Pain**, Carol Stream, v. 12, no. 2, p. 145-152, 1998.

Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system, I. An epidemiological investigation of symptoms in Laps in the north of Finland. **Proc. Finn. Dent. Soc**. 1974; 70: 37-49.

Kampe T, Tagdae T, Bader G, Edman G, Karlsson S. Reported symptoms and clinical findings in a group of subjects with longstanding bruxing behaviour. **J Oral Rehabil**. 1997; 24(8): 581-7.

Leite ICG, Tollendal ME. – **A expressão sócio-cultural do uso da chupeta: enfoque epidemiológico**. Artigo da Internet, endereço para contato: bel@odontologia.com.br 1993. 9p.

Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. **J Oral Rehabil**. 2001; 28(12): 1085-91.

MacFarlane, T. V.; BlinkhorN, A. S.; Davies, R. M.; Worthington, H. V. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. **J. Dent.**, Bristol, v. 31, no. 8, p. 535-542, 2003

Melo GM, Barbosa JFS. Parafunção × DTM: a influência dos hábitos parafuncionais na etiologia das desordens temporomandibulares. **POS**. 2009; 1(1): 43-8.

Modesto A, Azevedo, G. T. – Hábito de sucção do polegar: comodescontinua- lo?. **Rev Odontopediatr**. 1996; 5: 41- 7.

Mohl ND, Zarb GA, Carlsson GE, Rugh JD. **Fundamentos de oclusão**. Tradução de Milton Edson Miranda. 2ª ed. Rio de Janeiro, Quintessence, 1991. 449p.

Moresca CA , Feres MA. Hábitos viciosos bucais. In: PETRELLI, E. (coord.). **Ortodontia para fonoaudiologia**. São Paulo, Lovise, 1994. P. 163-176.

Oliveira MG. **Manual de anatomia da cabeça e pescoço para estudantes de odontologia**. Porto Alegre, Edipucrs, 1980. P.77-80.

Okeson JP. **Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão**. 4 ed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2000

Panhoca I, Silverio KCA, Borin MBF, Feres SB, Fusch VM, Ramos EC. Análise das funções neurovegetativas em sujeitos portadores de desordem craniomandibular. In: MARCHESAN, I. - **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo, Lovise, 1998. P.339-54.

Porter, D.R. – Implications and intercorrelations of oral habits. **J. Dent. Child.** 1964; **31**: 164-70.

Rocabado M. **Cabeza y cuello: tratamiento articular**. Buenos Aires, República Argentina, Inter-médica editorial, 1979.170p.

Rosa RSD. Prevalência de desordens temporomandibulares em universitários e sua associação com fatores oclusais, articulares e bruxismo. [Dissertação – Doutorado]. Piracicaba Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2004. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000339872>>.

Rugh JD, Harlan J. Nocturnal bruxism and temporomandibular disorders. **Adv Neurol.** 1988; 49:329-341.

Schiffman, E. L.; Friction, J. R.; Haley, D. – The relationship of occlusion, Parafunctional habits and recent life events to mandibular dysfunction in a non- patient population. **J Oral Rehabil.** 1992; 19(3): 201- 23.

Shillinburg HT, Hobo S, Whitsett ID. Fundamentos de prótese fixa. Tradução de Maria Terezinha F. de Oliveira. Rio de Janeiro, Santos, 1986.p.47-65.

Tomè, MC, Farret MMB, Jurach EM. Hábitos orais e maloclusão. In: MARCHESAN, I. - **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo, Lovise, 1996.p.97-109.

Widmalm SE, Djurdjanovic D, McKay DC. The dynamic range of TMJ sounds. **J Oral Rehabil.** 2003; 30(5): 495-500.

Wijer A de. **Distúrbios têmporo- mandibulares e da região cervical**. Tradução de Omar Franklin Molina. São Paulo, Santos, 1998. 165p.

Winocur E, Gavish A, Finkelshtein T, Halachmi M, Gazit E. Oral habits among adolescent girls and their association with symptoms of temporomandibular disorders. **J Oral Rehabil.** 2001; 28(7): 624-9.

Zarb, G.A.; Mohl, N.D. – Distúrbios temporomandibulares e de oclusão: prólogo. In: MOHL e col. – **Fundamentos de oclusão** . Rio de Janeiro, Quintessence editora, 1991. P. 423-29.