

E

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JULIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA FREQUÊNCIA
DE SINTOMAS SUBJETIVOS, RELATADOS COMO
QUEIXA PRINCIPAL, POR PACIENTES COM
DISFUNÇÃO CRANIOMANDIBULAR

WAGNER DE OLIVEIRA

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia-
Campus de São José dos Campos
da Universidade Paulista "Julio de Mesquita Filho"
para obtenção do grau de Mestre

Área de Concentração:

Prótese buco-maxilo-facial

Orientador: Prof. Dr. Ruy Fonseca Brunetti



SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
1992

Proc 002/93 C.E.C.
R\$ 100.000,00

D723
O44c

Ano 10/1981

CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SEÇÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA, CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JULIO DE MESQUITA FILHO"

Oliveira, Wagner de

Contribuição ao estudo da frequência de sintomas subjetivos, relatados como queixa principal, por pacientes com disfunção craniomandibular / Wagner de Oliveira; orientador: Ruy Fonseca Brunetti.-- São José dos Campos, 1992.

146p. il.

Dissertação (Mestrado - Curso de Pós-Graduação em Odontologia. Área de concentração: Prótese buco-maxilo-facial)-- Faculdade de Odontologia, Campus de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho".

I. Articulação Temporomandibular: Fisiopatologia

CDD 617.643

Black D723

Índice para o catálogo Sistemático

I. Articulação temporomandibular. Disfunção 617.643 D723

SUMÁRIO



	Página
1- INTRODUÇÃO	8
2- REVISÃO DA LITERATURA	12
3- PROPOSIÇÃO	57
4- MATERIAIS E MÉTODOS	58
5- RESULTADOS	59
5.1- Distribuição dos pacientes quanto ao sexo	59
5.2- Distribuição quanto à idade	59
5.3- Número de sintomas relatados pelos pacientes	64
5.4- Classificação dos sintomas	65
5.5- Frequência isolada e associada de cada sintoma	68
5.6- Incidência e distribuição dos sintomas considerados isoladamente	70
5.7- Incidência e distribuição da associação de dois sintomas simultâneos	82
5.8- Incidência e distribuição da associação de três sintomas simultâneos	98
6- DISCUSSÃO	105
7- CONCLUSÕES	137
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
RESUMO	145
SUMMARY	147

Aos meus pais,
Nelson de Oliveira
Ida Navarenho de Oliveira

Aos meus familiares,
Gláucia, pela dedicação e compreensão como espôsa
Luiz, meu querido filho

Ao Prof. Dr. Ruy Fonseca Brunetti,
mestre, amigo e orientador, cuja dedicação e conhecimento enobrece
a Odontologia Brasileira. Agradeço pelo apoio e as
oportunidades mais importantes da
minha vida profissional

Ao Prof. Dr. João Vieira de Moraes,
pela imprescindível orientação e estímulo desde os tempos
acadêmicos. Sua honestidade e competência
dignificam nossa Odontologia.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Rogério Lacaz Netto, Diretor da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, pelo estímulo constante.

Ao Prof. Dr. Rolf Rode, Coordenador do Curso de Pós Graduação na área de Prótese Buco-maxilo-facial, pela competência e carinho com que conduziu este curso.

À Prof. Stela Maria Ouwinhas Rossetine, e ao Prof. Ivan Balducci, pela valiosa colaboração na elaboração das análises e dos cálculos estatísticos.

À Prof. Leila Novaes, pela orientação nas revisões bibliográficas.

Ao Prof. Dr. Miguel Angel Castillo Salgado, por compartilhar suas experiências em realização de trabalhos científicos.

Ao Prof. Dr. Clóvis Pagani e à Prof. Regina Célia Santos Pinto Silva, dedicados amigos, pelos oportunos conselhos.

Aos colegas de curso, pelo fortalecimento de nossas amizades durante este período.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Prótese e Materiais Dentários da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, pelo incentivo e colaboração que têm demonstrado.

1- INTRODUÇÃO

A primeira mais importante tentativa de relacionar a etiologia com sinais e sintomas e estabelecer uma terapêutica para pacientes com disfunção craniomandibular, ocorreu em 1934, com o trabalho pioneiro de Costen¹².

Mesmo tendo sido comprovado posteriormente que suas teorias não possuíam suporte anatômico, tratou-se de um marco, pois as classes médica e odontológica, conscientizaram-se da importância do problema.

Esta publicação histórica e outras que se seguiram do mesmo autor e de outros precursores motivaram interesse progressivo pelo assunto, inicialmente ocorrendo nos Estados Unidos da América e países da Europa Escandinava. Hoje é uma preocupação mundial. O Brasil, a exemplo de outros países, também tem mostrado interesse, pois cada vez mais, um maior número de pacientes são alertados por profissionais da área de saúde e até pela mídia, de que alterações do comportamento fisiológico do Sistema Estomatognático são comuns e têm procurado por tratamento.

Infelizmente, em nosso país, poucas escolas de Odontologia ministram, a nível de graduação, curriculares ou extra curriculares, cursos de disfunção craniomandibular. Entendemos desta forma que, em termos de Brasil, estamos defasados, preparando inadequadamente profissionais aptos a ajudar um número de pacientes teoricamente surpreendente. Para enfatizar a relevância do problema citamos publicações, como de Solberg et al.⁶¹, 1979, onde demonstraram que três quartos da amostra de jovens, estudantes universitários, possuíam algum sinal ou sintoma de disfunção, e que 5% apresentavam-se em caráter suficientemente severo e que exigiriam tratamentos. Wänman & Agerberg⁶⁵, 1986, estudando jovens de 17 anos observaram que 13% apresentavam disfunção moderada e 7% com disfunção considerada como de grau severo. Könönen et al.³⁴, 1987, pesquisando amostras de crianças e adolescentes entre 10-16 anos tiveram como resultados altos índices de disfunção, 52%. Ohno et al.⁴⁵,

1988, observaram que 11,5% de indivíduos entre 10-18 anos apresentavam algum sintoma subjetivo de disfunção reportado. Nielsen et al.⁴⁴, 1989, estudando jovens entre 14-16 anos observaram 19% com disfunção moderada e 11% em grau severo.

Com o presente trabalho pensamos em contribuir, tanto para com a classe médica como odontológica, no que se refere à frequência e distribuição de sintomas subjetivos, relatados por pacientes, como queixas principais.

Lembramos que, apesar do diagnóstico e tratamento ser de dever e competência do cirurgião dentista, a classe médica precisa cada vez mais conhecer suficientemente as características das disfunções, para incluí-las no diagnóstico diferencial das dores faciais. Temos observado que um terço dos pacientes que nos procuram no Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP, são referidos por médicos, especialmente por otorrinolaringologistas.

Este dado é importante, pois é comum ao paciente não relacionar sua sintomatologia com problemas de ordem dentária. Observamos que muitos destes pacientes procuraram anteriormente inúmeras especialidades médicas, em busca de solução para seus problemas, entretanto, na ausência de um diagnóstico diferencial preciso, são tratados incorretamente ou apenas sintomaticamente, através de drogas analgésicas e anti-inflamatórias, de efeito absolutamente paliativo e temporário, que freqüentemente ocasionam efeitos secundários indesejáveis.

Ao cirurgião dentista clínico geral, este trabalho visa orientar qual é a prevalência da sintomatologia subjetiva, qual a frequência que os sintomas ocorrem, como são associados entre si e identificar em qual sexo e faixa etária há maior incidência, numa amostra que traça o perfil da população que freqüenta o ambulatório de uma Faculdade de Odontologia do Estado de São Paulo.

O diagnóstico diferencial tem uma importância primordial em todas as áreas de saúde. Na Odontologia, o diagnóstico diferencial das disfunções craniomandibulares

com outras afecções de âmbito médico ou odontológico, usualmente é mais complexo, porque exige conhecimentos mais abrangentes do que aqueles oferecidos em cursos de graduação.

Sensibilizados que fomos pelo número crescente de pacientes que tem procurado pelo nosso Centro e pela importância que o tema tem recebido na literatura especializada, decidimos realizar o presente trabalho com o triplo propósito de: realizar um levantamento bibliográfico, analisar sintomas subjetivos em pacientes com disfunção e, principalmente, contribuir com a classe médica e odontológica, facilitando a identificação de pacientes com disfunção, mas sem sintomatologia suficientemente intensa que os obriguem a procurar tratamento, impendendo que as alterações assumam um caráter irreversível.

Em função de não estar bem estabelecida a evolução das disfunções craniomandibulares, nos posicionamos contrários à realização de tratamentos preventivos em indivíduos que não desenvolveram disfunção ou que a apresentam apenas em grau leve. Entretanto, julgamos que é importante a realização de estudos mais profundos que definam com maior precisão qual paciente deva ser tratado e qual a melhor oportunidade. Lamentavelmente, temos observado no Centro que atuamos que, um grande número de pacientes teriam disfunções menos graves, mais reversíveis e com melhor prognóstico se tivessem sido tratados ou orientados mais precocemente.

Nosso levantamento bibliográfico concentrou-se principalmente a partir dos anos 70, não apenas pelo número maior de publicações, mas devido às metodologias mais confiáveis.

Nossa amostra consistiu de um grupo de pacientes que apresentavam diagnóstico de disfunção craniomandibular, deste modo os resultados devem ser mais específicos, comparados com outros trabalhos que estudaram amostras heterogêneas.

A somatória das informações obtidas na literatura, representando as diferenças geográficas destas afecções em diferentes países, comparadas com a nossa realidade,

cumpra a principal finalidade de beneficiar muitos indivíduos que apresentam disfunção incipiente ou crônica, através da melhoria dos conhecimentos sobre disfunção craniomandibular.

No limiar de um novo século que se aproxima, a Odontologia, como ciência da área de saúde, terá que assumir integralmente seu papel, aprofundando os conhecimentos à respeito do Sistema Estomatognático, proporcionando melhores métodos preventivos e técnicas terapêuticas, promovendo maior bem estar físico e psíquico.

2- REVISÃO DA LITERATURA

As terminologias e nomenclaturas utilizadas neste capítulo, bem como na discussão dos resultados, são aquelas adotadas pelos autores.

Agerberg & Carlsson¹, 1972, estudaram 1106 indivíduos, 531 homens e 575 mulheres cadastrados como pacientes do Serviço de Saúde de Umeå, Suécia. A faixa etária destes indivíduos variava entre 15 e 74 anos.

Os autores propuseram avaliar a frequência de sinais e sintomas de disfunção craniomandibular nesta população.

O trabalho constava de um questionário respondido pelos pacientes que abrangia perguntas referentes à saúde geral e específica do Sistema Mastigatório, tais como, as articulações, dores musculares, na face e cabeça. Incluía também questões à respeito das funções mastigatórias.

Os resultados mostraram que 85% das mulheres e 87% dos homens consideravam-se com boa saúde geral, apesar de 24% relatarem dor facial, 3% dor de cabeça diária, 13 a 20% sintomatologia no pescoço, têmporas, olhos e ouvidos e 12% do total de pacientes reclamarem de dor em abertura máxima. Dificuldade de movimentação da mandíbula foi relatada por 7%. Ruídos articulares do tipo estalo e crepitação por 39% dos pacientes, sendo que 70% destes ruídos correspondiam à estalos, 26% à crepitação e 4% à outros tipos de ruídos, 20% relataram apertar dentes.

Agerberg & Carlsson², 1973, como continuidade do mesmo trabalho em que foram examinados 1106 indivíduos residentes em Umeå, Suécia, pacientes do Serviço de Saúde Pública do Estado, publicaram artigo destacando os resultados obtidos por questionário, onde 11% dos pacientes examinados afirmavam possuir dificuldades de

movibilidade mandibular, sendo significativa a diferença em relação às mulheres, 14% contra 8%. Cerca de 57% dos pacientes afirmaram possuir algum sintoma de disfunção do Sistema Mastigatório e 50% mostravam consciência de algum hábito parafuncional.

Como resultado demonstraram que 9-10% dos pacientes entre 15 e 54 anos apresentaram dificuldade de movimentação da mandíbula e que aumentava para 16-17% em indivíduos mais velhos.

Dor aos movimentos funcionais foram ligeiramente maiores no grupo mais jovem sem diferir notavelmente dos outros grupos etários.

Foi analisada a relação entre dificuldade de movimentação e dor funcional. Observaram que 81% dos pacientes não acusavam nenhum dos dois sintomas, 14% possuíam ou um ou outro e apenas 5% possuíam os dois.

Os autores ressaltaram ser estatisticamente significativa as respostas afirmativas ao questionário referente à opinião do paciente quanto ao seu estado de saúde geral. Os que respondiam possuir um estado de saúde pobre relatavam também maior dificuldade de movimentação da mandíbula.

Os pacientes que relataram dificuldade de movimentação também apresentaram freqüentemente outros sinais e sintomas como: ruídos articulares do tipo estalo e crepitação, disfunção de mastigação, mastigação unilateral e um pequeno número de pacientes também disseram possuir algum tipo de hábito parafuncional.

A correlação entre as variáveis: dificuldades em movimentar a mandíbula, dor funcional e disfunção do Sistema Mastigatório, foi positiva e estatisticamente significativa.

Posselt⁴⁹, 1973, combinou os resultados de sua amostra de pacientes com disfunção com outros trabalhos semelhantes que haviam sido publicados e totalizou uma média dos principais sinais e sintomas:

ruídos articulares	30%
limitação de movimentos e trismo	20%
dor na região do ouvido	12%
dor ao movimentar a mandíbula	11%
dor de cabeça	6%
tinido	4%
diminuição de audição por retenção de catarro	3%

Helkimo²², 1974, elaborou índices de disfunção que tem sido amplamente utilizados, especialmente por autores escandinavos. Estes índices consistem em avaliações subdivididas em três classificações diferentes: a- índice clínico de disfunção, que considera uma avaliação funcional do Sistema Mastigatório, baseados nos seguintes sintomas clínicos: grau de movimentação da mandíbula, função da ATM, dor ao movimentar a mandíbula, dor na ATM e músculos da mastigação; b- índice anamnético, baseado em dados relatados pelo indivíduo examinado durante a anamnese; c- índice oclusal, baseado na oclusão segundo os aspectos: número de dentes, número de dentes que ocluem e interferências na oclusão.

O autor estabeleceu uma pontuação de 0 a 20, classificando progressivamente a severidade de cada fator estudado e obtendo os seguintes índices:

ÍNDICE DE DISFUNÇÃO

D0	sem sintoma clínico
D1	sintomas clínicos leves
DII	sintomas clínicos moderados
DIII	sintomas clínicos severos

ÍNDICE ANAMNÉTICO

A0	sem sintoma subjetivo
A1	sintomas subjetivos leves
AII	sintomas subjetivos severos

ÍNDICE OCLUSAL

O0	sem distúrbios oclusais
O1	distúrbios oclusais moderados
OII	distúrbios oclusais severos

Neste trabalho o autor aplicou seus índices em 321 indivíduos, não pacientes, sendo 156 homens e 165 mulheres com idade média de 38 anos.

Obteve os seguintes resultados: D0- 12%, DI- 41%, DII- 25%, DIII- 22%. A0- 43%, AI- 31%, AII- 26%. O0- 0%, OI- 14%, OII- 86%.

Helkimo²³, 1974, conduziu estudo com moradores de Lapps, Finlândia. Foram estudados 321 indivíduos, com idade entre 15-65 anos, sendo 156 do sexo masculino e 165 do sexo feminino.

O trabalho baseou-se em um questionário e em um exame clínico. O questionário permitia que o paciente fosse classificado em um dos seguintes índices anamnéticos: A0- ausência de sintomas subjetivos; AI- com sintomas subjetivos leves; AII- com sintomas graves. O exame clínico classificou os pacientes em um dos seguintes índices de disfunção: D0- sem sinais clínicos de disfunção; DI- com sinais leves; DII- com sinais graves de disfunção; DIII- sinais leves e graves combinados.

O questionário mostrou que os indivíduos consideravam-se como pertencentes aos seguintes grupos: 139 pacientes, correspondente à 43% do total do grupo, consideravam-se como pertencentes ao grupo A0. 31% ao grupo AI e 26% ao grupo AII.

Foram considerados como sintomas subjetivos leves: ruídos articulares (estalos e crepitação), sensação de rigidez ou cansaço na mandíbula.

Sintomas subjetivos graves: dificuldade em abrir, travamento, luxação, dor ao movimentar a mandíbula, dor facial e nos maxilares.

Sinais clínicos leves: desvio de abertura e fechamento, ruídos articulares, sensibilidade à palpação dos músculos, sensibilidade à palpação lateral da ATM, limitação de abertura, limitação aos movimentos horizontais.

Sinais e sintomas clínicos graves: travamento, luxação, sensibilidade de 4 ou mais músculos à palpação, sensibilidade à palpação posterior da ATM, dor de 2 ou mais movimentos da mandíbula, abertura menor que 30 milímetros.

O exame clínico classificou os indivíduos em: 12% pertencentes ao grupo DO; 41% ao grupo DI; 25% ao grupo DII e 22% ao grupo DIII.

Todos os que relataram sintomas subjetivos graves tinham ao menos um sinal clínico. 75% tinham pelo menos 1 sinal clínico grave e 44% tinham 2 ou mais sinais clínicos graves.

Dos 139 pacientes sem sintomas subjetivos, apenas 18% deles realmente não apresentavam nenhum sinal clínico de disfunção, mas 52% foram classificados no grupo DI e 30% nos grupos DII e DIII.

Do grupo de 83 indivíduos que se consideravam pertencentes ao grupo AII, isto é, com sintomas graves, nenhum deles encontrava-se na categoria DO, isto é, livre de sinais clínicos; 25% eram DI e 75% DII ou DIII. Conclui-se, portanto, que há uma concordância relativamente boa entre a disfunção relatada pelo paciente e a encontrada no exame clínico pelo examinador.

O autor observou também que os indivíduos AO=DO eram em média mais jovens e tinham um número maior de dentes que os outros grupos.

Agerberg & Carlsson³, 1975, em continuidade ao trabalho publicado em 1972, estudando 1106 indivíduos não pacientes e compararam os resultados com um outro grupo de indivíduos com disfunção da clínica do Departamento de Fisiologia Estomatognática da Universidade de Umeå, Suécia.

Ambos os grupos responderam ao mesmo questionário referente a função fisiológica do Sistema Mastigatório.

Os resultados mostram diferenças marcantes entre os dois grupos. A distribuição por sexo do grupo de pacientes apresentou um número muito maior de mulheres, 88% em comparação com o grupo de não pacientes 52%.

A faixa etária foi maior para o grupo de pacientes com resultados respectivos de: 15-29 anos, 40% não pacientes, 27% pacientes; 30-49 anos, 35% não pacientes, 32% pacientes; 50-74 anos, 25% não pacientes, 41% pacientes.

O número de sinais e sintomas constatados foram consideravelmente maiores no grupo de pacientes. O sintoma de disfunção mais freqüente foram os ruídos articulares, presentes em 39% da população não paciente e em 79% da população paciente. Dificuldade de abertura foi um sintoma relatado por 35% dos indivíduos pertencentes ao grupo de pacientes e 6% para o grupo não pacientes. Dor em abertura esteve presente em 42% dos pacientes e em 12% dos não pacientes. Travamento foi relatado por 26% dos pacientes e por 7% dos não pacientes. Observaram que 52% dos pacientes eram conscientes de que apertavam os dentes e 17% que de rangiam, comparados respectivamente com 20% e 10% do grupo de não pacientes.

O estado de saúde geral foi considerado menos favorável nos indivíduos pacientes, o que leva aos autores concluir que os distúrbios funcionais do Sistema Mastigatório freqüentemente podem estar relacionados com a saúde geral debilitada.

Butler et al.⁹, 1975, estudaram os sinais e sintomas de 56 pacientes que apresentavam algum grau de disfunção miofascial atendidos na clínica da Universidade de Minnesota, Estados Unidos da América.

Dos pacientes 84% eram do sexo feminino e 16% do sexo masculino. Quanto a idade estavam assim distribuídos por décadas de vida:

1ª e 2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª
14%	34%	9%	16%	14%	13%

Os autores encontraram os seguintes sinais e sintomas como os mais freqüentes: sensibilidade à palpação da ATM, observado em 39% dos casos; estalos articulares, 48%, crepitação 34%; pacientes conscientes que apertavam os dentes, 48%; desconforto à palpação de dois ou mais músculos, 62%; Dor de cabeça, 47%.

Os autores observaram uma associação entre estresse e tensão emocional com o desencadeamento de dor miofascial. Os resultados sugerem que esta desordem é mais comum nas mulheres do que nos homens. Os músculos mais sensíveis foram o masseter, temporal e pterigoideos medial e lateral.

Hansson & Nilner²¹, 1975, examinaram as articulações temporomandibulares e musculatura mastigatória e suas estruturas relacionadas de 1069 indivíduos, trabalhadores da indústria naval, residentes no sul da Suécia, sendo 772 homens e 297 mulheres, que responderam a um questionário e foram examinados clinicamente.

Os resultados obtidos pelos autores mostram que um quinto das pessoas relatavam dor de cabeça freqüente.

Os sinais e sintomas clínicos mais comuns foram: estalo das ATMs, 65%; sensibilidade à palpação dos músculos mastigatórios, 37%; abrasão severa dos dentes, 12% e sensibilidade da ATM, 10%. Dois ou mais destes sinais e sintomas estavam presentes em 30% das pessoas.

Baseados nas respostas subjetivas dos pacientes, os autores obtiveram os seguintes resultados: 23% dos indivíduos reportaram ter consciência do ruído articular do tipo estalo, 18% relataram a presença de cefaléias freqüentes, 6% sentiam dificuldades em abrir a boca, 7% das pessoas queixavam-se de dor de ouvido ou na região pré-auricular.

Como conclusão, os autores encontraram uma correlação positiva entre sensibilidade dos músculos à palpação e dificuldade em abrir a boca. Observaram também que metade dos indivíduos que apresentavam cefaléias freqüentes possuíam os músculos pterigoideos laterais sensíveis.

Os autores observaram que a freqüência de doença relacionadas com o Sistema Mastigatório é alta. Estimaram que 25-30% das pessoas examinadas necessitavam de tratamento.

Heløe & Heløe²⁶, 1975, estudaram 406 pacientes do Departamento de Cirurgia e Medicina Oral da Universidade de Oslo, Noruega, sendo 103 do sexo masculino com idade média de 27 anos e 303 do sexo feminino com idade média de 33 anos, todos com algum tipo de desordem temporomandibular.

Os autores observaram a seguinte distribuição dos pacientes por décadas de vida:

	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
MASCULINO	5,4	10	3,9	3,2	1,2	1,0	0,5
FEMININO	11,5	21,1	12	11,8	13	4,1	0,7
TOTAL	16,9	31,1	15,9	15	14,2	5,1	1,2

As disfunções craniomandibulares são caracterizadas, segundo os autores, principalmente por um dos seguintes sinais e sintomas: dor, ruídos articulares, limitações ou alterações do movimento da mandíbula, instabilidade da oclusão, dor muscular à palpação e ausência de sinais radiográficos patológicos das ATMs.

Através de exame clínico os autores classificaram os pacientes de acordo com as disfunções apresentadas em três diferentes grupos: 82% deles apresentavam disfunção craniomandibular, 11%- osteoartrite crônica, 7%- outras artropatias de origem traumática ou reumatológica.

A proporção de pacientes com síndrome dor disfunção foi inversamente relacionada com a idade e os fatores dentários. Estes fatores não mostraram nenhuma indicação de exercerem um papel importante e independente no desenvolvimento das disfunções.

Molin et al.⁴⁰, 1976, estudaram a ocorrência de sintomas de disfunção do Sistema Mastigatório, em 253 homens, suecos, da região de Estocolmo, com idade entre 18-25 anos com média de 19 anos. Todos responderam a um questionário que pesquisava a presença de sintomas subjetivos e sofreram um exame clínico funcional do Sistema Mastigatório.

O questionário preocupava-se especialmente com a ocorrência de ruídos articulares, dificuldades ou dor ao movimentar a mandíbula, frequência de dor de cabeça, apertamento ou rangimento dentário e dor muscular e articular. O exame clínico enfocou as dificuldades ou dor ao movimentar a mandíbula, desvios ou irregularidades de movimento, ruídos articulares, grau de abertura e sensibilidade à palpação dos músculos e da ATM.

Obtiveram os seguintes resultados para os sintomas reportados:

ruídos articulares	14%
dor de cabeça	11%
apertamento dos dentes	10%
dor à frente dos ouvidos	5%
movimento irregulares de abertura-incluindo travamento	5%
rangimento de dentes	4%
dor ao mastigar	3%
dor em abertura máxima	3%
dificuldade em movimentar a mandíbula	2%

O exame clínico mostrou que 2,3% das pessoas apresentavam dificuldade ou dor ao movimentar a mandíbula. Desvios ocorreram em 8%, movimentos irregulares em 10% e ruídos articulares em 8%, a maioria na forma de estalo. O exame clínico também mostrou que 7% apresentaram sensibilidade à palpação da ATM e 13% mostraram sensibilidade à palpação dos músculos da mastigação.

Baseados nestes resultados os autores determinaram que 24 indivíduos do grupo tinham sintomas de disfunção e tiveram seus achados anamnéticos comparados com o resto do grupo, composto por 224 pessoas, consideradas sem sintomas. Foram respectivamente subdivididos em grupo I (com sintomas) e II (sem sintomas).

SINTOMAS SUBJETIVOS	GRUPO I	GRUPO II
dor muscular e articular	41%	27%
aperta ou range os dentes	21%	12%
ruídos articulares	35%	11%
dor de cabeça	18%	9%

SINTOMAS OBJETIVOS	GRUPO I	GRUPO II
sensibilidade à palpação dos músculos	27%	12%
abertura irregular	10%	10%
desvio de abertura	10%	9%
ruídos articulares	28%	6%
sensibilidade à palpação da ATM	28%	4%
dificuldade ao movimento	7%	1%

Os autores também subdividiram os indivíduos estudados em dois outros grupos: aqueles que apresentavam sintomas objetivos, isto é, sintomas clínicos de disfunção com aqueles sem achados clínicos de disfunção.

O grupo I, de indivíduos com achados clínicos de disfunção, era composto por 71 pessoas e o grupo II por 182 pessoas sem sintomas clínicos.

SINTOMAS SUBJETIVOS	GRUPO I	GRUPO II
dor muscular e articular	39%	24%
range ou aperta os dentes	13%	13%
ruídos articulares	23%	10%
dor de cabeça	16%	9%

SINTOMAS OBJETIVOS	GRUPO I	GRUPO II
ruídos articulares	20%	4%
dificuldade ao movimentar	3%	0%
sensibilidade à palpação da ATM	24%	0%
sensibilidade à palpação dos músculos	48%	0%

Os autores concluíram que os indivíduos que reportaram sintomas subjetivos tinham uma alta frequência de achados clínicos de disfunção, embora houvesse sido estatisticamente significativa apenas os itens referentes aos ruídos articulares e sensibilidade à palpação da ATM e músculos da mastigação.

Concluíram também que os indivíduos que tinham sintomas objetivos de disfunção, clinicamente observados, tinham também uma alta frequência de sintomas musculares, articulares e ruídos articulares.

Encontraram que os ruídos articulares eram mais comuns entre os indivíduos que apresentavam outros sintomas de disfunção.

Smith⁵⁹, 1976, questiona a proporção de 3:1 para o número de mulheres com disfunção craniomandibular em relação aos homens. O autor lembra que esta

proporção ocorre quando são estudados grupos de pacientes com disfunção. Os estudos que avaliam a presença de disfunção em populações não paciente, encontram uma proporção de 1:1.

Estudando 283 pacientes com disfunção craniomandibular o autor encontrou uma proporção de 5:1, que corresponde à 239 mulheres e 44 homens.

O autor acredita que as mulheres estejam mais expostas aos cuidados médicos em virtude dos problemas com a puberdade, dismenorréia, gravidez e os problemas de saúde dos filhos, quando aproveitam a oportunidade do maior contato com o médico para mencionar algumas das queixas mais comuns das disfunções tais como ruídos articulares, dor e limitação dos movimentos mandibulares.

O autor sugere ainda como resposta aos problemas gerados por neuroses, ansiedade e desvios do comportamento. Os homens apresentaram um grau de disfunção menor do que das mulheres.

Gelb¹⁶, 1977, analisou 742 pacientes portadores de disfunção, sendo 191 (25,7%) homens e 551 (74,3%) mulheres, distribuídos principalmente entre a segunda e sexta décadas de vida. A maior incidência ocorreu com mulheres durante a quinta década e com os homens durante a quarta década.

Observou a presença dos seguintes sinais e sintomas:

dor na região da ATM	43,1%
tinido	41,9%
dor auricular	35,4%
dor de cabeça	20,4%
bruxismo	19,8%
estalos	17,7%
vertigem	17,9%
dor pré-auricular	14,6%
perda de audição	14,4%
crepitação	11,5%
dor facial	10,6%
limitação de movimento	3,9%

O autor em seu livro descreve também um outro estudo onde analisou 200 pacientes igualmente disfuncionados, sendo que 71,5% da amostra era composta por mulheres e 28,5% por homens.

Observou neste trabalho os seguintes sinais e sintomas:

estalo	62%
dor pré-auricular	51,5%
tinido	41%
dor na região da ATM	31,5%
bruxismo	25,5%
dor auricular	16%
crepitação	13%
vertigem	11,5%
perda de audição	10%
dor facial	7%

Kopp³⁵, 1977, estudou os sintomas de osteoartrose em pacientes referidos ao Departamento de Fisiologia Estomatognática da Faculdade de Odontologia de Gotemburgo, Suécia. 74% dos pacientes era do sexo feminino com faixa etária variando entre 16 e 88 anos com média de 38 anos. Os homens tinham uma idade média menor do que as mulheres, 33 contra 40 anos.

Os pacientes foram divididos em 3 grupos: Grupo I- constituído de 20 pacientes com crepitação audível por estetoscópio. Grupo II- 19 pacientes com sensibilidade lateral ou posterior da ATM e sem crepitação audível. Grupo III- 29 pacientes que não apresentavam os critérios dos dois primeiros grupos.

O autor tinha como objetivo comparar os sintomas do grupo I, que apresentavam osteoartrose, com os outros 2 grupos.

O grau de disfunção subjetiva foi determinado por questionário e estabelecido um índice anamnético. Os pacientes também foram examinados clinicamente para estabelecer um índice de disfunção objetivo.

Foram obtidos os seguintes resultados:

SINTOMAS	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
dor muscular	75%	84%	68%
estalo articular	30%	63%	62%
dificuldade em abrir aperta durante o dia	60%	58%	50%
travamento	70%	58%	59%
curvamento da ATM	35%	53%	44%
range à noite	0%	47%	17%
dor de cabeça	40%	42%	31%
travamento	30%	32%	48%
crepitação	55%	5%	7%

O autor encontrou um índice anamnético de disfunção severa em 70% dos pacientes do grupo I e 95% dos pacientes do grupo II.

Os pacientes com crepitação tinham uma faixa etária significativamente maior do que os outros pacientes.

Os pacientes com sensibilidade à palpação da ATM reportaram uma maior frequência de rangimento dentário, também apresentavam sintoma de disfunção mais severo.

Concluíram que os pacientes com osteoartrose não diferem de outros pacientes com disfunção mandibular em relação aos sintomas subjetivos.

Heløe & Heløe²⁷, 1978, estudaram a ocorrência de sintomas objetivos de desordem da articulação temporomandibular através de exames clínicos e sintomas subjetivos, auto-reportados em questionário, em 241 indivíduos com idade entre 65-79 anos, todos residentes em Trons, Noruega.

O grupo foi subdividido em dois subgrupos de acordo com a faixa etária: a) entre 65-69 anos composto por 68 homens e 53 mulheres e b) 70-79 anos composto por 45 homens e 75 mulheres, perfazendo um total de 113 homens e 128 mulheres.

Aproximadamente um quarto do grupo estudado apresentou algum sintoma objetivo de desordem temporomandibular. Houve uma tendência de aumento da sintomatologia com a idade, mas foi igualmente distribuída nos dois sexos.

As mulheres mostraram maior probabilidade de relatar dor ou outros sintomas subjetivos.

Na população mais idosa, os problemas temporomandibulares aparentemente constituem um problema de menor gravidade em relação aos problemas gerais de saúde, que estes indivíduos normalmente apresentam.

Obtiveram os seguintes resultados:

- dor ao mastigar, abrir a boca ou bocejar: 3% homens, 12% mulheres.
- ruídos articulares: 90% homens, 20% mulheres.

Os autores concluíram que parece ser razoável sugerir que os sintomas subjetivos, nesta população, são primariamente musculares e que os objetivos provém de doenças degenerativas da articulação. A maioria dos pacientes com desordem temporomandibular são jovens ou de meia idade, entretanto, estes achados são causados provavelmente por padrões de metodologia diferentes do que pela diferença de prevalência da doença em si.

Nel⁴³, 1978, estudando 151 pacientes com disfunção temporomandibular do tipo miofascial, concluiu que as desordens extracapsulares são mais comuns do que as intracapsulares.

Sua amostra foi constituída por 84,3% de mulheres e 15,7% de homens, e distribuídos por décadas de vida: segunda década, 19,26%; terceira década, 30,0%; quarta década, 13,3%; quinta década, 17,5% e maior do que a sexta década, 20%.

Os principais achados foram:

sensibilidade muscular à palpação	67%
ruídos articulares	50%
limitação de movimento	45%
dor de cabeça	23%
bruxismo ou apertamento	24%

Heløe²⁴, 1979, comparou um grupo de pacientes com desordem temporomandibular da clínica privada residentes em Harstad, Noruega, com um outro grupo de pacientes que também as apresentavam, atendidos na Universidade de Oslo, Noruega. Ambos grupos apresentavam disfunção miofascial.

O grupo de pacientes da clínica privada era composto por 49 indivíduos, sendo 42 (85,7%) mulheres e 7 (14,3%) homens, com idade média de 33 anos para os homens e 36 anos para as mulheres.

Os pacientes da Universidade totalizavam 333 indivíduos, sendo 25% do sexo feminino e 75% do sexo masculino.

O autor apenas comparou a incidência dos seguintes sintomas entre os dois grupos:

	CLÍNICA PRIVADA	UNIVERSIDADE
estalos	61%	47%
dor	70%	41%
limitação de movimento	53%	38%

O autor destaca que as maiores diferenças entre os dois grupos foram quanto à faixa etária, um pouco mais elevada para os pacientes da clínica privada e quanto à quantidade de fatores estressores reportados, também maior para os pacientes da clínica privada. Quanto à classe social e educacional, os pacientes da Universidade apresentaram um índice ligeiramente superior.

Heløe & Heløe²⁸, 1979, estudaram 246 indivíduos com exatamente 25 anos de idade, residentes em Harstad, Noruega.

O grupo composto por uma população não paciente apresentava 110 homens, 44,7% e 136 mulheres, 55,3%. Todos com sintomas subjetivos de disfunção miofascial.

Os autores obtiveram os seguintes resultados:

- estalo ou crepitação periódica ou regular: 14% masculino e 23% feminino.

- dor ao abrir amplamente a boca com frequência periódica ou regular: 4% masculino e 7% feminino.
- dor na região da ATM ao falar, mastigar ou bocejar, periódica ou regular: 4% masculino, 2% feminino.
- dor de cabeça, alguma ou muita: 24% masculino e 31% feminino.

Os autores encontraram uma alta prevalência da associação de dor de cabeça com ruídos articulares: 35% das mulheres que referiam dor de cabeça também relatavam ruídos articulares.

Kaye et al.³⁰, 1979, estudaram 236 pacientes com disfunção, referidos à Clínica de disfunção miofascial da Faculdade de Odontologia de Emory nos Estados Unidos da América.

O grupo de pacientes era composto por 85,5% de mulheres e 14,5% de homens, subdivididos por faixa etária por décadas com a seguinte distribuição: primeira e segunda, 14%; terceira, 35%; quarta, 25%; quinta, 14%; sexta 8% e sétima 5%.

Os autores concluíram como as mais freqüentes queixas principais:

dor ou desconforto região da ATM	37%
dor ou desconforto na face ou mandíbula	33%
limitação de abertura	23%
ruídos articulares	22%
dor de ouvido	16%

Solberg et al.⁶¹, 1979, consideram como os principais sinais e sintomas de disfunção : dor ou sensibilidade nos músculos da mastigação e ATM, ruídos durante os movimentos condilares, limitação ou incoordenação dos movimentos mandibulares.

Os autores estabeleceram a prevalência de sinais e sintomas em uma população de indivíduos, não pacientes, constituída por jovens, estudantes da Universidade da Califórnia em Los Angeles nos Estados Unidos da América.

Foram estudados 739 indivíduos entre 19 e 25 anos, com média de 22,5 anos, sendo 370 do sexo feminino e 369 do sexo masculino. Todos responderam a um questionário e foram examinados clinicamente.

As respostas ao questionário mostraram que 25,8% da amostra de 190 indivíduos eram cientes de alguma sintomatologia e que 87 destas pessoas as consideravam problemáticas.

O exame clínico mostrou os seguintes resultados: 28,3% apresentavam ruídos articulares, sendo 16,6% estalos e 11,5% crepitação. A sensibilidade dos músculos à palpação foi um achado comum, 34,2% dos indivíduos apresentavam sensibilidade, sendo que aproximadamente 30% das pessoas tinham de um a três músculos sensíveis. O músculo com maior incidência de sensibilidade foi o pterigoideo lateral, 27%, seguido pelo digástrico posterior 7,5% e masseter superficial 5,2%. Dos indivíduos estudados, 20,1% apresentavam-se totalmente livres de qualquer sintoma.

As pessoas conscientes do bruxismo apresentavam maior sensibilidade do masseter à palpação, 8,7%, e limitação de abertura, 8,7%, contra respectivamente 1,9% e 2,2% daqueles que não sabiam se rangiam os dentes.

Pessoas com limitação de abertura mais frequentemente apresentavam dor em abertura máxima, 16,7% contra 3,1%.

Aqueles que tinham limitação de abertura tinham maior consciência da presença de ruídos articulares, 20,8% contra 8,4%, e maior consciência de bruxismo 25% contra 7,4%.

Os que sofriam de dor de cabeça tinham maior frequência de sensibilidade das ATMs à palpação, 15,2% contra 3,9% e dos músculos da mandíbula e cabeça, 57,6% contra 31% dos que não tinham dor de cabeça.

O sintoma que apresentou uma diferença mais significativa entre homens e mulheres foi a dor de cabeça, reportada por 15,4% das mulheres e 9,5% dos homens. Incidência de ruídos articulares e sensibilidade muscular foi discretamente maior em

mulheres. Isoladamente o músculo pterigoideo lateral foi 50% mais sensível à palpação nas mulheres do que nos homens.

O número de indivíduos do sexo masculino totalmente livres de sinais e sintomas de disfunção foi o dobro em relação ao das mulheres.

Os autores observaram uma relação positiva entre dor pré-auricular e sensibilidade à palpação do pterigoideo lateral.

Concluem que sinais subclínicos associados com disfunção ocorreram mais frequentemente do que a consciência dos sintomas.

Swanljung & Rantanen⁶², 1979, avaliaram a presença de sinais objetivos e sintomas subjetivos de desordem funcionais do Sistema Mastigatório em 583 indivíduos, não pacientes, escolhidos aleatoriamente, residentes em quatro diferentes localidades do sudoeste da Finlândia.

A amostra consistia de indivíduos com idade variando entre 18-64 anos, que responderam a um questionário e foram examinados clinicamente.

O grupo foi dividido em cinco subclasses quanto à idade: de 18-24 anos, 25-34, 35-44, 45-54, e mais que 55 anos.

Os autores obtiveram os seguintes resultados quanto aos sintomas subjetivos:

cansaço muscular	19,1%
dificuldade de abertura	12,6%
bruxismo noturno	11,7%
dor em abertura	10,9%
travamento	4,9%
bruxismo diurno	2,7%
ruídos articulares	38%

Sintomas classificados como de disfunção do Sistema Mastigatório foram reportados por 58% dos indivíduos estudados. Foram 28% os que relataram um sintoma, 16% mencionaram dois sintomas, 8% três e 6% quatro ou mais sintomas. Um dos participantes apresentava oito sintomas diferentes.

Os autores encontraram as seguintes diferenças estatísticas: mais homens (15%) do que mulheres (9%) sabiam que rangiam os dentes à noite. Cansaço dos maxilares foi mais frequentemente reportado no grupo etário entre 35 e 44 anos.

O exame clínico mostrou os seguintes resultados:

ruidos articulares	22,8%
desvios de abertura	17,7%
restrição de abertura	6,4%
dor ao movimento	4,0%
dor à palpação	1,9%

Wigdorowicz-Makowerowa et al.⁷⁰, 1979, estudaram a incidência de distúrbios funcionais mastigatórios nos seguintes grupos de indivíduos. a) 2100 crianças entre 10 e 18 anos de idade, b) 429 estudantes de medicina, c) 400 estudantes militares, d) 100 soldados jovens entre 20 e 23 anos, e) 1000 soldados de meia idade, entre 39-45 anos residentes na Polônia.

Os autores encontraram a maior incidência de disfunção no grupo de civis e de estudantes militares. O menor índice foi encontrado em soldados de meia idade.

Os indivíduos civis e estudantes militares apresentaram uma incidência de distúrbios funcionais significativamente maiores que os apresentados por soldados da mesma faixa etária. Isto, segundo os autores, demonstra uma marcada influência do meio ambiente, do tipo de trabalho e das responsabilidades relacionadas ao trabalho no desencadeamento de disfunções.

A frequência de distúrbios isolados desacompanhados por outras disfunções aumentam com a idade.

Os autores observaram que a frequência de disfunção aumenta consideravelmente nos indivíduos que apresentam parafunção e bruxismo.

Comparação entre indivíduos que apresentavam disfunção e a presença ou ausência de bruxismo.

	COM BRUXISMO	SEM BRUXISMO
soldados de meia idade	69,8%	37,8%
estudantes de medicina	67,5%	34,0%
estudantes militares	56,1%	47,0%
soldados jovens	43,4%	33,1%
crianças	40,4%	26,9%

Sá Lima⁵⁶, 1980, avaliou 152 estudantes da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, São Paulo, não referidos como pacientes com disfunção, com idade entre 17 e 30 anos, sendo 97 do sexo feminino e 55 do sexo masculino.

Estudando sinais e sintomas de disfunção de ATM pôde concluir que: 75,65% dos indivíduos examinados apresentavam sinais e/ou sintomas de disfunção; os participantes do sexo feminino mostraram maior prevalência de disfunção (84,53%); as mulheres apresentaram a maior prevalência de sintomas craniofaciais e zumbidos, enquanto que os homens apresentaram maior incidência de sintomas articulares e de sensação de ouvido tapado.

Rao & Rao⁵¹, 1981, avaliaram 1187 indivíduos acima de 16 anos de idade atendidos no Serviço de atendimento rural de várias localidades do Estado de Karnataka, Índia. O objetivo do trabalho era observar a incidência de disfunção craniomandibular nesta população.

A amostra constava de 626 homens e 561 mulheres. Os autores observaram a seguinte distribuição dos indivíduos, segundo a faixa etária.

	16-25 anos	26-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	mais de 56 anos
masculino	318	137	72	58	50
feminino	362	91	51	28	20
total	680	228	123	86	70

Os autores consideraram a presença de um ou mais dos seguintes sintomas como critério para diagnosticar a síndrome dor e disfunção de ATM: dor ou sensibilidade nos músculos da mastigação, ruídos durante os movimentos condilares, limitação de abertura.

Os seguintes resultados foram obtidos nos pacientes com disfunção:

idade	estalo%		dor%		limitação de movimento%	
	M	F	M	F	M	F
16-25	17,29	16,48	4,4	3,24	0,94	0
26-35	12,4	20,87	4,37	3,29	0	1,0
36-45	38,88	19,6	1,38	5,88	0	0
46-55	24,13	35,75	6,89	7,14	1,72	3,57
+de56	14	15	10	0	0	0

Os autores observaram que o estalo articular foi o sintoma predominante em todas as faixas etárias e em ambos os sexos. A incidência de dor aumentou com a idade. Limitação de abertura só foi observada em poucos casos.

Foi observado que 43,75% das pessoas não eram conscientes da presença dos ruídos articulares e que 53,57% dos pacientes com ruídos e 14% com dor não se sentiam incomodados por seus sintomas.

Concluíram que da amostra estudada 241 pacientes (20,30%) apresentavam disfunção.

Campbell et al.¹⁰, 1982, estudaram a relação entre sintomas de disfunção de ATM, caracterizada para os autores como sensibilidade muscular, ruídos articulares, desvios de abertura e fechamento e limitações de abertura com história de dor referida, isto é, dor de ouvido, dor de cabeça e pescoço e problemas de seio maxilar.

Os autores estudaram 100 indivíduos não pacientes, 50 homens, e 50 mulheres com idade entre 20 e 30 anos, voluntários a este estudo, com a finalidade de verificar a presença de sintomas referidos. Todos responderam a um questionário do tipo sim ou não com perguntas que evidenciavam a presença de ambos sintomas estudados. Todos foram examinados clinicamente para verificar a presença de disfunção clínica de ATM.

Os principais sintomas reportados foram:

SINTOMAS DE DISFUNÇÃO:	
sensibilidade no músculo da mastigação	37%
ruido articular (estalo ou crepitação)	36%
desvio de abertura	26%
limitação de abertura	2%
SINTOMAS REFERIDOS:	
dor de cabeça	16%
dor de ouvido	10%
dor de pescoço	14%
problemas visuais	25%

Os autores encontraram significância estatística nas seguintes relações entre disfunção e dor referida:

- Dor de cabeça e sensibilidade do músculo pterigoideo lateral.
- Dor de ouvido e sensibilidade do músculo pterigoideo medial.
- Dor no pescoço e sensibilidade um ou mais músculos.

Problemas visuais e sensibilidade no músculo temporal ou pterigoideo medial.

Carlsson et al.¹¹, 1982, aplicaram questionários a 350 pacientes com disfunção, referidos ao Departamento de Fisiologia Estomatognática da Faculdade de Odontologia de Gotemburgo, Suécia. O questionário pesquisava à respeito da saúde geral e psíquica dos pacientes, suas condições educacionais e sociais.

Os pacientes foram posteriormente examinados clinicamente e os resultados obtidos foram comparados com as respostas do questionário.

Do total de pacientes, 237, 68%, eram mulheres e os homens apresentavam-se em número de 113 indivíduos correspondendo à 32% da amostra. Suas idades variavam entre 12 e 80 anos com média de 39,9 anos para as mulheres e 38,3 anos para os homens.

Os autores observaram os seguintes sintomas assim distribuídos:

dor de cabeça	43%
estalo	40%
dor na face e mandíbula	38%
dor ao movimentar a mandíbula	32%
cansaço muscular	30%
dificuldade em abrir totalmente a boca	29%
apertar os dentes	23%
ranger os dentes	19%
dificuldade ao mastigar	18%
vertigem	17%
travamento ou deslocamento	15%
tinido ou audição perturbada	15%
outros problemas dentário que não o desgaste	13%
dificuldade ao deglutir	11%
crepitação	8%
desgaste excessivo dos dentes	8%
dor na língua	5%
outras queixas	11%

Concluíram que os pacientes que se auto avaliaram como pertencentes à uma condição social mais desfavorável reportaram mais dor na face e mandíbula. Aqueles que consideravam-se com saúde geral mais pobre, com mais problemas nervosos e psíquicos apresentaram mais sintomas de disfunção do que os outros pacientes. Não houve diferença significativa quanto ao sexo.

Farman et al.¹⁵, 1982, avaliaram 164 pacientes diagnosticados como portadores de síndrome dor e disfunção miofascial, referidos às suas clínicas privadas na cidade de Louisville, Estados Unidos da América.

Do total de pacientes, 145 (88,4%) eram mulheres e 19 (11,6%) homens. A faixa etária variava de 10-82 anos para as mulheres e de 16-52 anos para os homens.

Os autores encontraram como principais os seguintes sinais e sintomas:

desconforto muscular	100,0%
desconforto ATM	67,6%
ruidos articulares	60,8%
hipomobilidade ou travamento	23,0%
desconforto na mandíbula e face	20,3%
dor de cabeça	17,6%
dor de ouvido	15,5%
bruxismo ou apertamento	13,5%
hipomobilidade ou deslocamento	5,4%
dor de dente	4,7%
tinido	2,7%

Estudando a distribuição de sintomas por faixa etária encontraram um pico de incidência de desconforto e de ruídos na terceira década. A hipomobilidade teve sua maior incidência na segunda década.

Os sintomas otológicos tiveram maior incidência na quinta década. Sensibilidade do músculo pterigoideo lateral foi apresentada por 93,2% dos pacientes. O músculo temporal estava envolvido em 54,1% dos casos, o esternocleidomastoideo em 29,7% e o trapézio em 9,5%.

A maior incidência de pacientes por faixa etária ocorreu na terceira década de vida.

Lederman & Clayton³⁶, 1982, estudando por intermédio de pantografia 50 pacientes, 23 homens e 27 mulheres que possuíam reabilitação protética fixa, observaram a presença de disfunção leve em 38% destes pacientes, 20% moderada e 10% considerada severa, perfazendo um total de 68% dos casos apresentando algum grau de disfunção.

Os pacientes com ou sem disfunção foram questionados quanto à presença de sintomas subjetivos. Destacamos alguns dos resultados obtidos.

	sem disfunção	com disfunção
sexo masculino	16%	30%
sexo feminino	16%	38%
crepitação	10%	30%
restrição de movimento	6%	22%
dor de cabeça	2%	18%
sensibilidade articular	4%	16%

Os autores concluíram que quatro das variáveis estudadas, dor de cabeça, crepitação, sensibilidade articular e restrição de movimento, mostraram um relacionamento positivo entre a presença de sintomas e o grau de disfunção. Entre 63 à 90% dos indivíduos que apresentavam estes sintomas foram classificados como sendo portadores de disfunção. Entretanto dos 34 indivíduos que observou-se clinicamente

disfunção, entre 48 e 84% não apresentavam estes sintomas. Concluíram que a presença de um destes quatro sintomas pode ser um bom indicador de disfunção, mas a sua ausência não significa que não exista disfunção.

Este estudo mostrou uma frequência semelhante de disfunção entre os dois sexos. Não encontraram uma concentração de disfunção em nenhuma faixa etária, embora a prevalência pareceu aumentar com a idade.

Or⁴⁷, 1982, fez uma análise retrospectiva de 367 pacientes com disfunção da articulação temporomandibular previamente tratados, no Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Odontologia de Ankara, Turquia.

Do total de pacientes, 276 (75,2%) eram do sexo feminino e 91 (24,8%) do sexo masculino.

A faixa etária de maior incidência foi para os pacientes entre 20-30 anos, correspondendo à 57,3% do total.

O autor observou a seguinte distribuição de sintomas subjetivos, calculados pela incidência percentual considerando-se cada sexo individualmente:

SINTOMA	Nº DE PACIENTES	INCIDÊNCIA
sensibilidade e dor	317	86.4%
cstalos	224	61.1%
trísmus	197	53.7%
dor ao mastigar	176	47.9%
outros sintomas	83	22.6%

Sendo o principal sintoma a dor, o autor observou a seguinte distribuição:

LOCAL DA DOR	Nº DE PACIENTES	INCIDÊNCIA
dor na região da ATM	293	79.8%
sensibilidadc muscular mastigatória	236	64.3%
região supra-hioideia	73	19.9%
outras regiões	139	37.9%

O autor compara os sintomas subjetivos reportados pelos pacientes com os sinais observados por exame clínico:

OBSERVADOS NO EXAME CLÍNICO	Nº DE PACIENTES	INCIDÊNCIA
dor	307	83.6%
estalo	221	60.2%
desvios	294	80.1%
restrição de movimento	253	68.9%

Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, estudaram clinicamente 200 pacientes de suas clínicas privadas, todos com disfunção temporomandibular.

Os pacientes foram divididos quanto ao sexo e quanto a faixa etária por décadas de vida. As queixas principais e os principais achados clínicos foram identificados.

Os autores obtiveram os seguintes resultados: do total de 200 pacientes, 54(27%) eram do sexo masculino e 146 (73%) do sexo feminino. A distribuição por faixa etária foi a seguinte:

	10-20 anos	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	61-70 anos	71-80 anos
homens	3	20	14	6	8	1	2
mulheres	15	34	37	28	16	12	4

Observaram com estes resultados que 69,5% dos pacientes tinham entre 21 e 50 anos de idade.

Neste trabalho, apesar dos pacientes relatarem mais de uma queixa principal, os autores só consideraram a mais importante para o paciente, proporcionando os seguintes resultados:

dor de cabeça	41,5%
dor na ATM	28,5%
dor no pescoço	11%
dor facial	9%
dor de ouvido	4,5%
estalos	3%
tinido	1%
outros	1,5%

O exame clínico mostrou os seguintes resultados: dor à palpação na região da ATM e região preauricular em 194 pacientes (97%); dor no meato auditivo à palpação em 152 pacientes (76%); desvios do padrão de deglutição em 144 pacientes (72%);

ruídos articulares em 106 pacientes(53%); bruxismo em 116 pacientes (58%); vertigem em 79 pacientes (39,5%); sensação de ouvido tapado em 95 pacientes (47,5%).

Os autores concluíram que as desordens relacionadas com a disfunção craniomandibular podem ter efeitos gerais no organismo.

Gross & Gale²⁰, 1983, estudaram 1000 indivíduos, pacientes de clínicas privadas, com idade entre 3 e 89 anos com média de 40,5 anos. Os autores estudaram a incidência de sinais e sintomas de disfunção craniomandibular.

Os ruídos articulares foram os sinais com maior prevalência atingindo 34,7% dos indivíduos. 31,2% eram ruídos do tipo estalo.

Os seguintes sinais clínicos também foram encontrados com frequência: limitações de abertura, ruídos articulares e sensibilidade dos músculos e da articulação.

-Desvios de abertura estavam presentes em 17,8% da amostra.

-Diminuição de abertura (menor que 37mm) em 6,6%.

-Sensibilidade à palpação lateral da ATM em 3,9%.

-Sensibilidade à palpação posterior da ATM em 0,7%.

-Os músculos mais sensíveis à palpação foram: pterigoideo lateral,14,7%; temporal anterior, 0,7%; temporal posterior, 0,6%; masseter, 2,4%; pterigoideo medial, 2,5%; esternocleidomastoideo, 0,9%.

Os autores concluíram por seus resultados que a prevalência dos principais sinais clínicos de disfunção da população atendida na clínica privada não é alta e que suas ocorrências, na ausência de dor, não necessariamente indicam uma necessidade de tratamento.

Rieder et al.⁵², 1983, estudaram 1040 indivíduos, pacientes da prática privada, residentes no estado da Califórnia, Estados Unidos da América. O grupo era composto por 653 mulheres, 62,8% e 387 homens, 37,2% com idade entre 13 e 86 anos.

Estes pacientes receberam um questionário e foram examinados clinicamente para avaliar disfunção dos músculos da mastigação e ATM.

Os resultados mostram que as mulheres relataram uma maior prevalência, em relação aos homens, dos seguintes sinais e sintomas: presença de ruídos articulares, dificuldade de abertura, dor em alguma parte da face e cansaço muscular.

A única resposta em que o sexo masculino mostrou resultados maiores que o feminino foi para o bruxismo.

Pacientes com idade entre 30 e 39 anos foram os que mais mencionaram a presença de apertamento, bruxismo e consciência ao acordar de que haviam apertado os dentes durante a noite.

Os pacientes na faixa etária entre 40 e 49 anos foram os que mais queixaram-se de dor de cabeça.

O exame clínico mostrou que aproximadamente 50% dos pacientes apresentavam ruídos articulares.

As mulheres apresentaram, com suporte estatístico, uma maior prevalência de desvios de abertura, ruídos articulares, dor na ATM sob palpação e sensibilidade muscular quando os músculos da mastigação foram palpados.

Os pacientes mais jovens mostraram uma maior incidência de dor na ATM e musculatura mastigatória, segundo os autores, relacionada com estresse.

Os pacientes acima de 60 anos apresentavam maior incidência de ruídos articulares, justificado como resposta à prováveis modificações morfológicas.

Apesar das mulheres relatarem um número maior de respostas positivas em relação aos sintomas subjetivos, não houve diferença quanto aos sinais objetivos em relação aos homens.

Wedel & Carlsson⁶⁸, 1983, realizaram uma análise retrospectiva de 342 pacientes que haviam sido submetidos previamente, há 2,5 anos, ao diagnóstico e

tratamento de disfunção temporomandibular no Departamento de Fisiologia Estomatognática da Universidade de Gotemburgo, Suécia.

Os autores dividiram os pacientes em 3 grupos etários: a) até 29 anos, b) entre 30-49 anos, c) maior que 50 anos. 233 (68,1%) pacientes pertenciam ao sexo feminino e 109 (31,9%) ao sexo masculino.

Os resultados obtidos mostraram um índice de disfunção significativamente maior para as mulheres do que para os homens, nos itens relacionados com a sensibilidade dos músculos da mastigação e ATM quando palpados, embora não tivesse havido diferença para o índice oclusal nos três grupos quanto à faixa etária. Houve uma boa correlação entre a severidade dos sintomas reportados no questionário durante a primeira visita e o índice clínico de disfunção apresentado. Ocorreu uma correlação positiva entre aqueles que se consideraram pertencer a uma condição social mais desfavorável e os altos índices de disfunção que apresentaram.

Lundeen et al.³⁷, 1986, estudaram 274 pessoas, sendo 121 indivíduos sem disfunção e 153 pacientes com disfunção de ATM subdivididos em três grupos conforme a faixa etária: menor que 30 anos, 30-50 anos, maior que 50 anos.

O objetivo do trabalho foi avaliar o comportamento de um índice de disfunção criado pelos próprios autores, denominado de "escala de ATM", em grupos etários diferentes, quanto ao sexo e para tipos de disfunções diferentes.

Os resultados levaram à conclusão que as mulheres apresentaram, com significância estatística, maior prevalência de cada um dos seguintes sintomas: dor reportada, dor à palpação, disfunção articular e limitação do grau de movimentos.

A dor é provavelmente a principal razão pela qual os pacientes procuram por tratamento, tendo sido neste trabalho a principal queixa. As mulheres reportaram maior

prevalência de dor, apresentaram também maior prevalência de dor à palpação, e maiores limitações de movimento.

Os homens apresentaram um grau de disfunção menor do que as mulheres. Estes resultados demonstram que as mulheres por apresentarem mais sintomas do que os homens, tem uma maior probabilidade de procurar tratamento.

O aumento da idade, do grupo de 30-50 anos comparado com o grupo com mais de 50 anos, mostrou uma tendência de diminuição em todos os sintomas, sugerindo que as disfunções parecem ter um comportamento não progressivo.

Magnusson et al.³⁸, 1986, reexaminaram um grupo de 126 jovens que haviam participado de um estudo de "secção cruzada" de 5 anos, isto é, cruzando os dados de um trabalho prévio, no período de tempo mencionado, com o estudo atual. O grupo era composto por 56 mulheres e 65 homens, entre 19-22 anos, com média de 20,2 anos. Portanto a média de idade no primeiro exame era de aproximadamente 15 anos.

Os jovens foram submetidos a um exame clínico e também responderam a um questionário. As respostas foram subdivididas em sintomas freqüentes ou ocasionais. Os resultados dos dois trabalhos geraram os seguintes resultados:

SINTOMAS	AOS 15ANOS	AOS 20 ANOS
hábitos parafuncionais	77%	60%
cansaço ou dor ao mastigar	66%	59%
ruidos articulares	23%	30%
aperta os dentes	12%	14%
dificuldade de abertura	6%	9%
cansaço muscular	5%	4%

Foram os seguintes os resultados do exame clínico:

SINTOMAS OBJETIVOS	AOS 15 ANOS	AOS 20 ANOS
sensibilidade muscular	41%	39%
estalos	30%	32%
desvio de abertura	12%	24%
sensibilidade na ATM	10%	3%
redução da capacidade de movimento	2%	10%
travamento	1%	1%
dor ao movimentar	1%	3%
crepitação	1%	2%

Houve um aumento estatisticamente significativo do item redução da capacidade do movimento e uma diminuição do item que se refere à sensibilidade da ATM.

Os autores não observaram neste trabalho uma modificação do índice de disfunção entre 15 e 20 anos de idade, apesar de ter havido um aumento dos sintomas subjetivos. Os autores sugerem que possa haver um atraso entre aparecimento de sintomas subjetivos e o desenvolvimento de sinais clínicos. Hipotetizaram também que o aumento da idade pode tornar os participantes mais conscientes de seus sintomas, portanto justificando o aumento da frequência de sintomas subjetivos.

Os autores destacam os resultados obtidos pela incidência do estalo articular. Foram freqüentes nas duas idades apesar de ter havido modificações interessantes; quase metade (15/36) dos que tinham ruído aos 15 anos não o apresentavam aos 20 anos. Metade (19/38) dos que apresentaram ruído aos 20 anos não o tinham aos 15 anos. Os autores sugerem que os estalos possam ir e vir espontaneamente, e que raramente são associados com disfunções mais graves.

Wänman & Agerberg⁶⁵, 1986, estudaram 285 jovens com idade de 17 anos, pacientes da clínica dentária pública da cidade Skellefteå, Suécia. O grupo era composto por 146 indivíduos do sexo masculino, correspondendo à 51,2% da amostra, e por 139 do sexo feminino, 48,8%. Apresentam os resultados obtidos no questionário onde foi perguntado à respeito da saúde geral, ocorrência de dor de cabeça, dores faciais e problemas temporomandibulares.

Dos jovens participantes do estudo, 5% classificaram o seu estado de saúde como não muito bom. Alergia foi a afecção mais citada, 24%.

Dor de cabeça foi mais freqüentemente reportada pelas adolescentes, 16,9%, que a possuíam com maior severidade, do que para os rapazes, 5,9%.

Os sintomas mais freqüente de disfunção craniomandibular foram os ruídos articulares, estalo e crepitação, sendo apresentados por 13% dos jovens, seguido pelo cansaço muscular, 6%, sendo este sintoma o mais freqüente entre as pessoas do sexo feminino.

Dor de cabeça recorrente foi reportado por 12% dos pesquisados e foi significativamente mais freqüente nas mulheres.

Os hábitos parafuncionais foram referidos por 68% dos indivíduos.

Os autores encontraram também os seguintes resultados: 20% dos indivíduos tinham algum tipo de sintoma de disfunção, tais como, dor na face e maxilares, dificuldade em abrir a boca, cansaço muscular e ruídos articulares; 6% consideravam seus sintomas incômodos e sua freqüência era de uma ou mais vezes por semana; 14% tinham sintomas que emanavam da região do ouvido; cerca de 20% dos participantes da amostra mencionaram apertar ou ranger dentes.

Os autores concluíram que 7% da população estudada tinham sinais e sintomas de disfunção classificados como grave, e 13% tinham disfunção de grau moderado.

Baseados nestes resultados, os autores sugerem que os sintomas de disfunção e de dor de cabeça aparecem precocemente. O exame dentário de rotina deveria incluir estes sintomas para determinar quais os pacientes que deverão ser observados mais atentamente.

Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986, como continuidade do trabalho já citado, onde avaliaram 285 adolescentes com a idade de 17 anos, residentes na cidade de Skellefteå, Suécia, por intermédio de exame clínico, observaram que os sinais clínicos de disfunção mais comuns foram a sensibilidade muscular à palpação com 41% e os ruídos articulares do tipo estalo com 22%.

Os músculos mais sensíveis foram o pterigoideo lateral e a inserção do tendão do músculo temporal. As meninas mostraram estatisticamente uma maior sensibilidade à palpação do que os rapazes.

Os autores encontraram diferenças estatísticas de disfunção por influência do sexo. Sinais clínicos de disfunção foram mais comuns nas mulheres. Não encontraram nenhum caso de crepitação das ATMs apesar de serem indivíduos muito jovens, e referidos como indivíduos sem disfunção. Em média, 56% (47% masculino e 65% feminino) apresentaram algum tipo de disfunção, entretanto nenhum com grau considerado severo.

	MASCULINO %	FEMININO %	TOTAL %
sensibilidade masseter superior	31,5	44,6	37,9
sensibilidade trapézio	15,8	32,4	23,9
sensibilidade inserção temporal	19,9	24,5	22,1
sensibilidade lateral da ATM	6,2	13,5	9,9
sensibilidade esternocleidomastoideo	3,4	2,9	3,2
ruído articular	2,1	3,6	2,8
sensibilidade temporal anterior	0,7	4,3	2,5
sensibilidade masseter profundo	0	2,2	1,2
sensibilidade pterigoideo medial	0	0	0

Os autores concluem que os sinais clínicos mais comuns foram a sensibilidade à palpação 41% e os ruídos articulares 22% . As mulheres foram frequentemente mais sensíveis à palpação do que os homens. Os sinais clínicos de disfunção foram encontrados em 56% da amostra, sendo mais comuns no sexo feminino do que no masculino.

Wänman & Agerberg⁶⁷, 1986, em mais uma publicação em continuidade aos trabalhos previamente mencionados, onde estudaram 285 jovens de 17 anos residentes em Skellefteå, Suécia, apresentam, neste artigo, as relações entre sinais e sintomas de disfunção craniomandibular.

Todos responderam a um questionário e foram examinados clinicamente com a finalidade de serem estabelecidos os índices anamnéticos e de disfunção de Helkimo.

Os resultados foram considerados positivos na determinação do índice de disfunção quando os pacientes apresentaram algum dos seguintes sintomas objetivos de disfunção: ruídos articulares, sensibilidade à palpação do músculo pterigoideo lateral e diminuição da mobilidade da mandíbula. Da amostra, 62% dos indivíduos apresentaram algum tipo de sinal ou sintoma de disfunção.

O sintoma subjetivo mais frequentemente mencionado pelos pacientes foi o cansaço muscular da mandíbula, sintoma que os autores acreditam ser precoce nas disfunções. As reduções do grau de abertura, mesmo que moderada, podem indicar a presença de disfunção. Dos indivíduos estudados, 20% tinham sintomas e 56% tinham sinais de disfunção.

Foi observada uma correlação estatística positiva entre dor de cabeça e bruxismo ou hábito de apertamento.

Ruídos articulares foram relacionados com sensibilidade à palpação do músculo pterigoideo lateral e à dificuldade de movimentação horizontal da mandíbula.

Os autores sugerem, pelos resultados obtidos, que uma redução moderada da capacidade de abertura pode indicar disfunção mandibular e recomendam que este sintoma seja rotineiramente registrado.

Könönen et al.³⁴, 1987, estudaram a prevalência de sintomas subjetivos e sinais clínicos de disfunção craniomandibular e a presença de parafunção em 156 crianças e adolescentes (78 masculino e 88 feminino) residentes em Helsinque, Finlândia, entre 10-16 anos com média de 13,6 anos. Todos responderam a um questionário onde era perguntado se eles sentiam alguns dos sintomas relacionados numa lista. Foram examinados clinicamente segundo os critérios do índice de Helkimo.

Os autores obtiveram os seguintes resultados: 52% das crianças tiveram pelo menos 1 ou mais sintomas subjetivos de desordem craniomandibular, 30% apresentaram um sintoma, 15% dois sintomas e 7% relataram três ou mais sintomas.

Não houve diferença entre os sexos. 75% das crianças responderam ter um ou mais hábitos parafuncionais. 34% tinham apenas um. 25% tinham dois e 16% tinham três ou mais hábitos parafuncionais.

Os seguintes sintomas foram respondidos positivamente:

	MASCULINO	FEMININO
cansaço ou dor ao mastigar	21%	17%
dor nas têmporas	10%	16%
dor de cabeça	12%	13%
ruidos articulares	13%	13%
dor em abertura	4%	8%
outras dores faciais	4%	2%
restrição de abertura	0%	1%

Respostas afirmativas para as parafunções pesquisadas.

	MASCULINO	FEMININO
rõe as unhas	49%	39%
morde os lábios ou bochechas	23%	35%
morde objetos	35%	35%
aperta os dentes durante o dia	6%	16%
range os dentes à noite	18%	10%
chupa o dedo	4%	0%

Tanto o número de sintomas subjetivos quanto o número de parafunções orofaciais correlacionaram-se com os índices clínicos de disfunção.

O exame clínico demonstrou que dois meninos (2,6%) e duas meninas (2,5%) possuíam disfunção classificada como do tipo mais grave.

Riolo et al.⁵³, 1987, estudaram 1342 indivíduos entre 6 e 17 anos e analisaram a prevalência de tipos específicos de oclusão relacionadas com sintomas subjetivos e sinais clínicos de disfunção. Os sinais e sintomas estudados foram os seguintes: dor na região da ATM, dor, sensibilidade ou fadiga nos músculos mastigatórios, limitação dos movimentos da mandíbula, ruídos articulares durante a movimentação mandibular, dor de cabeça e bruxismo.

Os fatores oclusais considerados foram: sobremordida horizontal, sobremordida vertical, relação molar e mordida cruzada posterior.

Os autores observaram que os indivíduos com classe II e relação cuspíde a cuspíde foram os que relataram maior sensibilidade da ATM e músculos, restrição de abertura e ruídos articulares.

Sobremordida horizontal relacionou-se com dor da ATM e músculos, restrição de abertura e ruído articular, especialmente para o grupo de crianças com faixa etária maior. As mordidas cruzadas tiveram uma associação significativa com ruídos articulares. Mordida aberta foi positivamente associada com sensibilidade muscular e de ATM.

Os autores concluíram que existe uma associação estatisticamente significativa, entre características da oclusão com determinados sinais e sintomas de ATM. Observaram que estas associações geralmente aumentaram com a idade.

Rothwell⁵⁴, 1987, comparou os sintomas do dia de exame de 400 pacientes, 330 mulheres (82,5%), e 70 homens (17,5%) que sofriam de disfunção temporomandibular com os sintomas percebidos inicialmente pelos mesmos pacientes. O autor estuda neste artigo apenas os 3 sintomas que ele considera como os principais das disfunções: dor, ruídos articulares e limitação de movimento.

O tempo decorrido entre a atual sintomatologia e a inicial foi diferente de paciente para paciente, variando de um mês a diversos anos.

Obteve os seguintes resultados.

	MASCULINO			FEMININO		
	dor	ruídos	limitação movimento	dor	ruídos	limitação movimento
INICIAL.	34.3%	72.9%	32.9%	45.8%	71.5%	36.1%
ATUAL	70.0%	77.1%	57.1%	82.1%	73.3%	71.2%

O autor considera as disfunções temporomandibulares como progressivas, entretanto questiona se um estalo inicial desenvolve-se ou é substituído por dor ou limitação de movimento. Seu estudo mostrou diferença entre os sexos, quando o estalo

isolado foi o sintoma inicial. Mais homens procuravam tratamento apenas pela presença do estalo, 20% contra 6,6% das mulheres. Também relataram ser mais freqüente a progressão do estalo para o estalo mais dor nos homens do que nas mulheres. Entretanto o desenvolvimento de estalo para estalo e limitação de movimento foi mais comum entre as mulheres em 5,5% contra 2,9%.

O grupo de pacientes cujo sintoma inicial foi a dor mostrou-se mais homogêneo. O sintoma estalo não foi afetado por diferença de sexo.

O autor questiona também a evolução clínica da sintomatologia observada. Estudando o grupo que tinha dor como sintoma inicial, observou que os estalos têm uma freqüência similar a outros estudos que consideram populações não doentes. Admite a possibilidade do estalo não ser necessariamente uma parte integrante das disfunções temporomandibulares, mas ser o resultado das modificações que podem ocorrer com os movimentos da mandíbula em consequência da presença de dor.

Dahl et al.¹³, 1988, fizeram um estudo comparativo entre dois grupos de indivíduos da mesma faixa etária, quanto a presença de sinais e sintomas de desordem craniomandibular.

Todos os jovens submetidos a este estudo eram residentes em Oslo, Suécia, com 19 anos de idade. Os grupos foram assim compostos: grupo 1- 51 indivíduos, 28 do sexo feminino e 23 do masculino que haviam recebido tratamento ortodôntico. Grupo 2- 47 indivíduos, 19 do sexo feminino e 28 do masculino, que nunca haviam recebido tratamento ortodôntico.

O trabalho tinha como objetivo avaliar o estado funcional do Sistema Mastigatório e investigar a presença de sinais e sintomas de disfunção, tais como: ruídos articulares, fadiga, enrijecimento muscular, travamento dos movimentos da mandíbula e sensibilidade da ATM e musculatura em ambos os grupos.

Os pacientes responderam a um questionário e foram submetidos ao exame clínico. Os resultados determinaram, para cada paciente, qual seu índice anamnético e de disfunção, segundo Helkimo.

Como resultado os autores não encontraram nesta amostra nenhum caso de disfunção craniomandibular severa, apenas a presença de sintomas brandos como ruídos articulares, fadiga muscular e enrijecimento da mandíbula. Estes sintomas embora de índices anamnéticos discretos foram estatisticamente significantes. Comparando-se os dois grupos, o de maior incidência de sintomas foi o grupo de indivíduos não tratados ortodonticamente. Não houve diferença entre os grupos quanto ao índice de disfunção.

Kirveskari et al.³², 1988, estudaram a possibilidade da associação entre disfunção craniomandibular e sintomas na área de pescoço e ombros.

Os autores incluem como principais sintomas das disfunções craniomandibulares: dor de ouvido e região pré-auricular, dificuldades em movimentar a mandíbula, ruídos articulares e dor à palpação dos músculos mastigatórios. Incluem também as dores de cabeça, tinido, sensação de ouvido "cheio" e dor na nuca.

Lembram que as dores na região de pescoço e nuca são frequentemente associadas à desordem cervicobraquial ocupacional, isto é, relacionadas especialmente à profissões que requerem que os braços fiquem levantados ou mantidos numa posição estática.

Os autores estudaram 2 grupos de indivíduos residentes em Turku, Finlândia.

O primeiro grupo composto por 61 mulheres com idade média de 34,9 anos com profissão de datilógrafas. O segundo grupo composto por 33 pacientes 29 mulheres com idade média de 39,1 anos e 4 homens com idade média de 44,0 anos em tratamento por sintomas no pescoço e ombros.

Ambos grupos apresentaram altos índices de sinais e sintomas de disfunção craniomandibular; 82,5% do grupo de não pacientes e 90,7% do grupo de pacientes. Os autores observaram que o estado funcional do Sistema Estomatognático foi significativamente associado com a mobilidade da espinha cervical e sensibilidade dos músculos de pescoço e ombros.

Ohno et al.⁴⁵, 1988, avaliaram 2198 estudantes japoneses com idade entre 10 e 18 anos, sendo 1095 do sexo masculino e 1103 do sexo feminino. Todos os jovens responderam a um questionário e foram examinados clinicamente. Este estudo propunha comparar os dados subjetivos obtidos pelo questionário com os dados objetivos proporcionados pelo exame clínico.

Os autores obtiveram os seguintes resultados: 11,5% dos indivíduos apresentavam sintomas subjetivos, sendo 18,8% do sexo masculino e 8,2% do sexo feminino.

A diferença dos indivíduos que souberam reconhecer os sintomas subjetivos, confirmados pelo exame clínico, foi de 8,8%, sendo que 5,5% pertenciam ao sexo masculino e 12,4% ao sexo feminino.

A frequência dos pacientes que interpretaram erroneamente seus sintomas subjetivos, isto é, que não foram confirmados no exame clínico foi de 2,2%, sendo 2,6% do sexo masculino e 1,9% do sexo feminino.

Os resultados obtidos demonstram uma maior capacidade das meninas em reconhecer sintomas de disfunção.

Os autores concluíram que crianças e adolescentes, da faixa etária do grupo estudado, tem uma capacidade muito boa em reconhecer a presença da disfunção, sendo esta uma idade apropriada para introdução de cuidados médicos preventivos.

Tervonen & Knuuttila⁶³, 1988, estudaram a prevalência de sinais objetivos e sintomas subjetivos em 1275 indivíduos, sendo 320 com 25 anos, 321 com 35 anos, 323 com 50 anos, e 311 com 65 anos, residentes em Ostrobothnia, Finlândia. Esta amostra compreendia 691 mulheres e 584 homens.

As pessoas estudadas foram classificadas em 4 categorias de gravidade de disfunção: 0- sem sintomas; I- com ruídos articulares; II- com sensibilidade muscular e articular com ou sem ruído articulares; III- com limitação de abertura, isto é, menor que 40 milímetros, dor em abertura com ou sem ruídos articulares e sensibilidade da articulação ou músculos.

CATEGORIA	25ANOS	35ANOS	50ANOS	65ANOS
0	64%	56%	54%	49%
I	15%	20%	18%	16%
II	17%	18%	19%	20%
III	3%	6%	9%	25%

Os indivíduos estudados foram submetidos a um questionário e exame clínico.

Os autores observaram que os sinais objetivos de disfunção mandibular aumentavam de 35% em indivíduos com idade de 25 anos, para 51% para aqueles com 65 anos. A prevalência de sintomas subjetivos também aumentou de 61% nas pessoas com 25 anos para 77% nos indivíduos com 50 anos.

Os sinais clínicos forneceram os seguintes resultados:

	IDADE				SEXO	
	25	35	50	60	M	F
ruído articular	19%	21%	23%	17%	18%	22%
sensibilidade à palpação pterigoideo lateral	14%	15%	17%	20%	12%	20%
sensibilidade à palpação temporal	9%	9%	11%	16%	9%	14%
sensibilidade à palpação ATM	3%	4%	6%	7%	5%	5%
sensibilidade à palpação masseter	3%	2%	8%	9%	3%	7%
limitação de abertura	2%	3%	5%	14%	3%	8%
dor em abertura	2%	3%	6%	3%	3%	4%

Os autores relacionaram também alguns sintomas subjetivos com as 4 categorias de gravidade dos sinais clínicos.

CATEGORIA	DOR DE CABEÇA E ENXAQUECA	DOR NO PESCOÇO E OMBROS	DOR NA FACE E NA CABEÇA
0	8	52	38
I	7	53	38
II	15	68	47
III	14	71	37

Isacsson et al.²⁹, 1989, compararam os sinais e sintomas entre pacientes com disfunção da articulação temporomandibular e pacientes com disfunção craniomandibular de ordem muscular.

Foram avaliados 170 pacientes em tratamento na clínica de Fisiologia do Instituto Karolinska, Estocolmo, Suécia.

Baseados em exame clínico os pacientes foram divididos em 3 grupos: 1) pacientes com deslocamento de disco reversível, caracterizado pela presença de ruído recíproco. 2) pacientes com deslocamento permanente de disco, caracterizado pela história de travamento (limitação de abertura) primeiramente transitório que se perpetuava com o desaparecimento do ruído articular. 3) pacientes com disfunção craniomandibular de origem miogênica, incluindo as cefaléias causadas por contração muscular, interferências oclusais e bruxismo.

Pediram aos pacientes que descrevessem suas queixas principais, isto é, a razão pela qual procuraram por tratamento.

Os 170 pacientes participantes do trabalho estavam assim distribuídos numericamente nos 3 grupos: grupo 1- composto por 46 pacientes, grupo 2- por 57 pacientes e grupo 3- por 55 pacientes.

Os autores obtiveram os seguintes resultados respectivamente para o grupo 1, 2 e 3.

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Dor de cabeça	35%	35%	52%
Bruxismo	20%	25%	50%
Dor na face e maxilar	18%	42%	40%
Oclusão instável	40%	30%	40%
Dor na região da ATM e ouvido	25%	50%	35%
Desconforto nos dentes	2%	5%	20%
Dor em abertura	18%	65%	18%

Os resultados demonstram que aproximadamente 50% dos pacientes com deslocamento permanente de disco apresentavam também problemas de saúde geral, comparado com 27% dos pacientes de disfunção de origem mio gênica. Os pacientes com deslocamento permanente de disco, reportaram mais dor na região de ouvido e articulação associada com movimentos funcionais, enquanto que os pacientes com desordem craniomandibular mio gênica relataram maior incidência de bruxismo e desconforto dentário.

Dworkin et al.¹⁴, 1990, estudaram os sintomas e sinais clínicos de desordens temporomandibulares em 1076 indivíduos residentes no estado de Washington, Estados Unidos da América, com idades entre 18 e 75 anos com média de 39 anos.

Os indivíduos foram divididos em 3 grupos: Grupo I- pacientes com disfunção que haviam procurado tratamento. Grupo II- pacientes com disfunção mas que não procuraram tratamento específico. Grupo III- indivíduos livres de qualquer disfunção.

A proporção de pessoas do sexo masculino em relação ao feminino foi diferente entre cada grupo. A relação homens e mulheres para o grupo I foi de 5:1, o grupo II com relação de 3:1, e o grupo III com relação de 1:1,3.

Os autores compararam os três grupos quanto: ao grau de movimentação da mandíbula, ruídos articulares, classificação da oclusão, e resposta à palpação da ATM, músculos da mastigação e estruturas adjacentes.

Os pacientes responderam a um questionário e foram submetidos a um exame clínico.

Os autores chegaram aos seguintes resultados: o grau de abertura varia com o sexo em aproximadamente 4,5 milímetros. Portanto quando foram definidos valores diferentes para homens e mulheres, por exemplo, considerando-se como limitação de abertura 35 milímetros para os homens e 30 milímetros para as mulheres, apenas 22 pacientes do grupo I foram classificados como tendo grau de abertura limitado.

Os resultados, quanto à limitação de abertura, comparando-se os três grupos são os seguintes: Grupo I > Grupo II > Grupo III.

Os resultados, que avaliam o grau de movimentação da mandíbula foram praticamente idênticos nos três grupos, com a diferença de que os pacientes do grupo I relataram mais dor ao movimentar a mandíbula.

Estudando os ruídos articulares os autores reconheceram três tipos diferentes de ruídos: estalo, crepitação e um tipo de ruído que denominaram como de "raspagem". Os estalos constituíram-se no tipo mais comum, apresentados em 43% dos pacientes do grupo, embora um número semelhante de pacientes deste mesmo grupo não apresentassem nenhum tipo de ruído articular. Aproximadamente um terço do grupo II e um quarto do grupo III apresentaram ruídos.

Outros ruídos articulares diferentes do estalo tiveram incidência pequena e comparável entre os 3 grupos.

A oclusão dos indivíduos dos 3 grupos não variaram com significância estatística.

Westling et al.⁶⁹, 1990, pesquisaram se a condição geneticamente estabelecida de hipermobilidade, que atinge articulações do corpo, relaciona-se positivamente com sinais e sintomas de disfunção de ATM. Os 74 pacientes estudados pertenciam à clínica de disfunção da Faculdade de Odontologia de Gotemburgo, Suécia. Todos eram do sexo feminino com idade entre 13 e 35 anos, com média de 25,2 anos.

Os principais sintomas de disfunção destes pacientes foram:

dor de cabeça	61%
ruidos articulares	61%
difficuldade em abrir	49%
cansaço muscular	47%
dor na face e mandíbula	38%
travamento ou luxação	32%
dor ao movimentar	30%
outras sensibilidades articulares	27%
difficuldade ao mastigar	11%
vertigem	11%
tímido	11%
crepitação	11%

Dos pacientes estudados, 41% foram classificados como hipermóveis, sendo que 83% destes pacientes apresentavam envolvimento da ATM em comparação com um envolvimento de apenas 41% nos pacientes sem hipermobilidade.

Mazengo & Kirveskari³⁹, 1991, estudaram a prevalência e distribuição de sinais e sintomas de desordens craniomandibulares em 100 indivíduos adultos, não pacientes, residentes em Ilala, Dar-es-Salaam, Tanzânia.

A amostra foi subdividida em dois grupos de acordo com a faixa etária: entre 35-44 anos sendo 41 homens e 29 mulheres, e entre 65-74 anos sendo 20 homens e 10 mulheres. O objetivo dos autores foi comparar os dois grupos etários.

Obtiveram os seguintes resultados:

SINTOMAS SUBJETIVOS	35-44 anos	65-74 anos
ruidos articulares	14%	30%
fadiga	10%	22%
difficuldade em abertura	4%	4%
travamento	0%	4%
luxação	4%	0%
dor ao movimentar	3%	11%

SINAIS CLÍNICOS	35-44 anos	65-74 anos
desvio de abertura	13%	19%
dor ao movimentar	4%	15%
sensibilidade músculo temporal	4%	19%
sensibilidade área do músculo pterigoideo lateral	8%	33%
sensibilidade à palpação lateral da ATM	0%	11%
sensibilidade à palpação posterior da ATM	0%	11%
estalo	16%	15%
crepitação	7%	37%

Os autores encontraram diferença com significância estatística apenas nos sinais clínicos: sensibilidade à palpação na área do músculo pterigoideo lateral e crepitação.

Pudemos verificar no decorrer deste levantamento bibliográfico a prevalência de sinais e sintomas de disfunção, em trabalhos que consideram populações de pacientes e de não pacientes, quanto à idade e sexo.

3- PROPOSIÇÃO

Neste estudo trabalhamos exclusivamente com pacientes que apresentavam disfunção craniomandibular. Tivemos como objetivo avaliar e analisar a frequência, distribuição e associações de sintomas subjetivos.

A proposta deste trabalho foi estudar como os sintomas subjetivos apresentam-se em pacientes com disfunção, considerando como variáveis o sexo e a faixa etária.

4- MATERIAIS E MÉTODOS

Estudamos os sintomas subjetivos, relatados como queixas principais, de 600 pacientes atendidos no Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, UNESP, diagnosticados posteriormente como portadores de disfunção craniomandibular.

A obtenção dos dados foi realizada durante a anamnese sem o uso de questionários e sem a utilização de uma lista de sintomas pré-estabelecidos. Apenas permitimos aos pacientes que relatassem suas queixas, isto é, os motivos que os fizeram procurar por tratamento.

As respostas, dadas pelos pacientes, foram interpretadas para a linguagem técnica usualmente utilizada nesta especialidade.

Os pacientes foram subdivididos por sexo e por faixa etária, quando consideramos da primeira à sexta década e igual ou maior que a sétima.

Os dados obtidos foram analisados para determinar a frequência de cada sintoma, as principais associações, tendo como variáveis a idade e o sexo. Os sintomas e as associações consideradas mais frequentes foram analisadas estatisticamente por intermédio da análise de proporções.

5- RESULTADOS

Os sintomas subjetivos, isto é, cognitivos (Helöe & Heiberg²⁵, 1980) relatados como queixas principais por 600 pacientes com disfunção craniomandibular, pertencentes ao Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular, COAT, da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, UNESP, possibilitaram obtenção e análise de diversos resultados, que foram subdivididos nos seguintes tópicos:

- 5.1- distribuição dos pacientes quanto ao sexo
- 5.2- distribuição quanto à idade
- 5.3- número de sintomas relatados pelos pacientes
- 5.4- classificação dos sintomas
- 5.5- frequência isolada e associada de cada sintoma
- 5.6- incidência e distribuição dos sintomas considerados isoladamente
- 5.7- incidência e distribuição da associação de dois sintomas simultâneos
- 5.8- incidência e distribuição da associação de três sintomas simultâneos

5.1-Distribuição dos pacientes quanto ao sexo

Do total de 600 pacientes estudados 497 pertenciam ao sexo feminino e 103 ao sexo masculino, perfazendo um percentual respectivo de 82,83% e 17,17%.

5.2- Distribuição quanto à idade

A idade dos pacientes estudados variou de 8-72 anos no sexo feminino e 8-55 anos no sexo masculino. A média geral de idade foi de 27,8 anos, sendo que os homens tiveram uma média menor, 22,8 anos, do que das mulheres, 28,6 anos.

Estudamos a distribuição destes pacientes de acordo com o sexo e suas faixas etárias. Dividimos os pacientes por década. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

A Figura 1 é a representação gráfica, por barras, da distribuição dos pacientes por décadas.

A Figura 2 é a representação gráfica por curva da mesma distribuição. Os gráficos de curva facilitam a visualização da tendência de distribuição dos pacientes.

A Tabela 2 mostra a concentração de pacientes do sexo feminino com percentual proporcional ao próprio sexo, isto é, considerando-se apenas os 497 pacientes do sexo feminino.

O cálculo de como os pacientes se distribuem por faixa etária dentro de seu próprio sexo permite a comparação com o sexo oposto, mesmo que tenhamos grupos representados por um número diferente de pacientes. Clinicamente observa-se uma considerável discrepância entre a quantidade de mulheres em relação aos homens que procuram tratamento para as disfunções craniomandibulares, portanto, este tipo de relação proporcional torna-se importante como meio de comparar o comportamento da doença nos dois sexos. Apesar de termos observado uma relação de aproximadamente 5:1 é possível compararmos os dois sexos.

A Tabela 3 mostra a concentração de pacientes do sexo masculino com percentual proporcional ao próprio sexo, isto é considerando-se apenas os 103 indivíduos do sexo masculino. A Figura 3 mostra a representação gráfica, por barras, da comparação proporcional entre os pacientes estudados, quanto sua distribuição por sexo e por décadas de vida.

A Figura 4 representa por gráfico de curva a incidência dos pacientes disfuncionados estudados quanto à distribuição por sexo e por décadas de vida.

TABELA 1 : Distribuição dos pacientes do sexo feminino e masculino quanto à idade por décadas de vida. O valor percentual foi calculado sobre o número total de 600 pacientes.

DECADA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL %
1ª	3	2	0,83
2ª	91	26	19,47
3ª	205	39	40,67
4ª	129	21	25,00
5ª	49	10	8,84
6ª	13	5	2,99
7ª ou maior	7	0	0,17

TABELA 2: Distribuição dos pacientes do sexo feminino quanto à idade por décadas de vida. O valor percentual foi calculado sobre o número total de pacientes do sexo feminino, 497 mulheres.

DECADA	FEMININO	SÓ FEMIN. %
1ª	3	0,60
2ª	91	18,30
3ª	205	41,24
4ª	129	25,95
5ª	49	9,86
6ª	13	2,61
7ª ou maior	7	1,40

TABELA 3: Distribuição dos pacientes do sexo masculino quanto à idade por décadas de vida. O valor percentual foi calculado sobre o número total de pacientes do sexo masculino, 103 homens.

DECADA	MASCULINO	SÓ MASC. %
1ª	2	1,94
2ª	26	25,24
3ª	39	37,86
4ª	21	20,29
5ª	10	9,71
6ª	5	4,85
7ª ou maior	0	0,0

Comparando-se os resultados obtidos nas Tabelas 2 e 3, por intermédio da análise estatística das proporções ao nível de 5%, não houve diferença significativa entre o sexo masculino e feminino em nenhuma década.

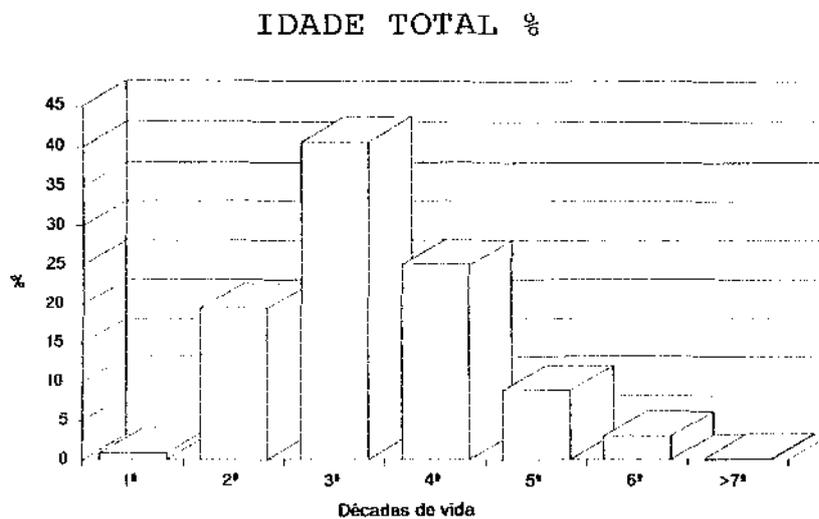


FIGURA 1- Representação gráfica por barras do percentual referente à idade do paciente, considerando-se o total de 600 pacientes, 497 do sexo feminino e 103 do sexo masculino.

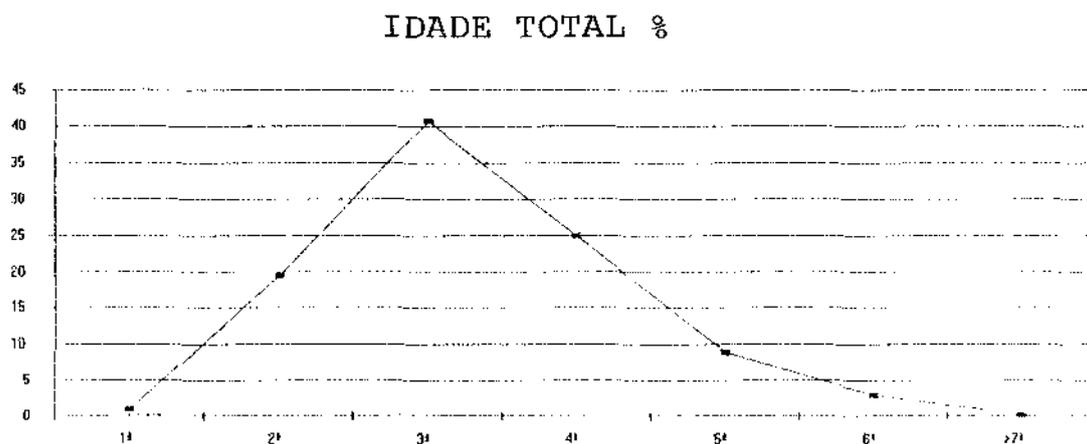


FIGURA 2- Representação gráfica por linha do percentual referente à idade do paciente, considerando-se o total de 600 pacientes, 497 do sexo feminino e 103 do sexo masculino.

IDADE FEMININO X MASCULINO %

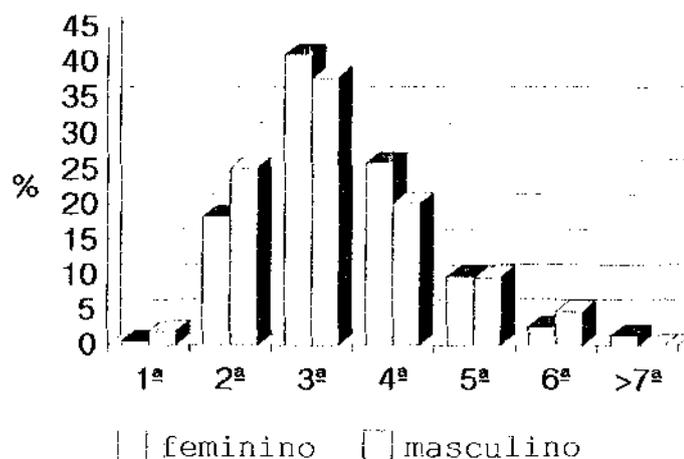


FIGURA 3- Representação gráfica, por barras, da comparação percentual entre o sexo feminino e masculino da distribuição dos pacientes por décadas de vida. Consideramos o percentual proporcional a cada sexo, isto é, a proporção de pacientes do sexo feminino entre a própria população feminina de 497 pacientes e a proporção dos homens entre os 103 pertencentes à população masculina.

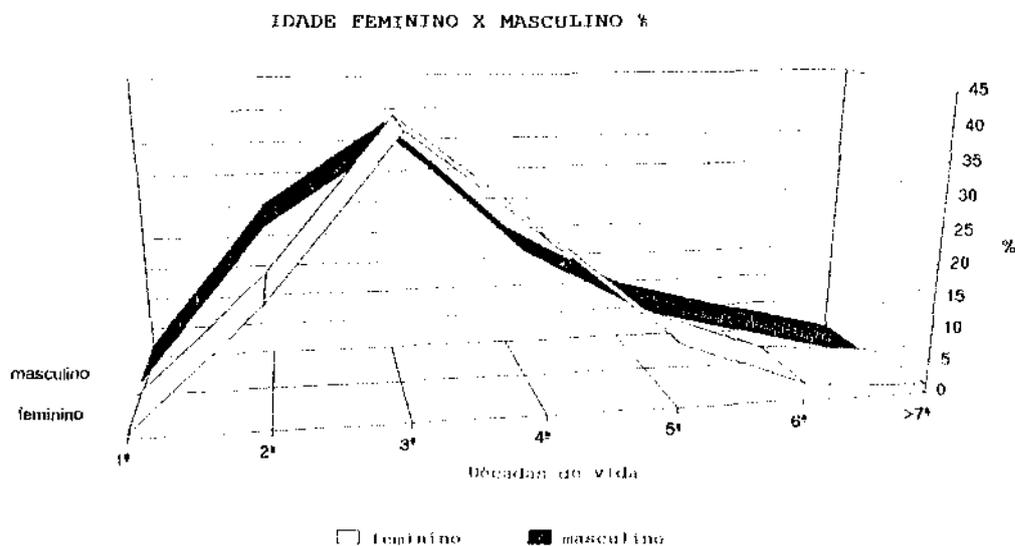


FIGURA 4 - Representação gráfica, por linhas, da comparação percentual entre o sexo feminino e masculino da distribuição dos pacientes por décadas de vida. Consideramos o percentual proporcional a cada sexo, isto é, a proporção de pacientes do sexo feminino entre a própria população feminina de 497 pacientes e a proporção dos homens entre os 103 pertencentes à população masculina.

5.3- Número de sintomas relatados pelos pacientes

Os pacientes estudados relataram de um a quatro sintomas como suas queixas principais, com exceção de um paciente que apresentou cinco sintomas diferentes. Estes resultados estão apresentados nas Tabelas 5 e 6. Estas Tabelas demonstram a distribuição do número de sintomas quanto à idade por décadas de vida e sexo. Calculamos também o total e sua proporção percentual.

A Figura 5 representa, por barras, os valores do número de sintomas totais obtidos na Tabela 6.

TABELA 5 - Número de sintomas relatados por paciente.

	1 sintoma		2 sintomas		3 sintomas		4 sintomas	
	F	M	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	2	0	0	2	0	0	0	0
10-19 2ª década	33	9	31	9	13	2	0	0
20-29 3ª década	87	20	77	15	32	5	7	2
30-39 4ª década	54	7	48	13	23	3	10	0
40-49 5ª década	23	7	22	1	7	2	2	0
50-59 6ª década	8	2	7	3	1	1	0	0
60 ou + > 7ª década	4	0	4	0	1	0	0	0
total	211	45	189	43	77	13	19	2

TABELA 6 - Cálculo percentual proporcional a cada sexo do número de sintomas relatados pelos pacientes.

	1 sintoma		2 sintomas		3 sintomas		4 sintomas	
	F	M	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0.40	0	0	1.94	0	0	0	0
10-19 2ª década	6.63	8.73	6.37	8.73	2.61	1.94	0	0
20-29 3ª década	17.50	19.41	15.49	14.56	6.43	4.85	1.40	1.94
30-39 4ª década	10.86	6.79	9.65	12.72	4.62	2.91	2.01	0
40-49 5ª década	4.62	6.79	4.42	0.97	1.40	1.94	0.40	0
50-59 6ª década	1.60	1.94	1.40	2.91	0.20	0.97	0	0
60 ou + > 7ª década	0.80	0	0.80	0	0.20	0	0	0
total	42.45	43.68	38.02	41.74	15.49	12.62	3.82	1.94

Aplicando a análise estatística das proporções ao nível de 5%, não houve diferença estatística significativa quanto ao número de sintomas apresentados pelos pacientes do sexo feminino e masculino em nenhuma década de vida.

NÚMERO DE SINTOMAS RELATADOS PELOS PACIENTES

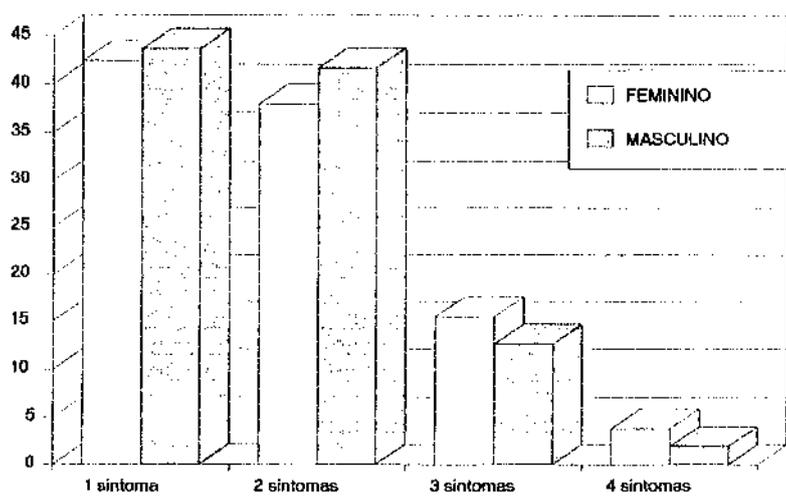


FIGURA 5- Comparação percentual entre o número de sintomas apresentados pelos pacientes do sexo feminino e masculino.

5.4- Classificação dos sintomas

Os resultados dos sintomas considerados como queixas principais foram obtidos pelo diálogo que é mantido durante a anamnese, quando o paciente relatou um ou mais sintomas. Não foi considerada a ordem qualitativa de importância que cada sintoma representa ao paciente, mas apenas a sua presença, motivo pelo qual o levou a procurar por tratamento.

Os seguintes sintomas foram relatados pelos pacientes durante a anamnese. Descrevemos os critérios de classificação destes sintomas.

A- DOR NA REGIÃO DA ATM. Foram assim classificados os sintomas que apresentavam-se na região pré-auricular, diferenciando-se das queixas especificamente relatadas como dor de ouvido.

B- RUIDOS ARTICULARES. Não fizemos distinção entre os ruídos do tipo estalo ou crepitação, apenas os diferenciamos daqueles que ocorriam durante a mastigação, neste caso classificados dentro de um item à parte.

C- DOR NA FACE. Dor relatada pelo paciente uni ou bilateral que ocorre na região anterior ou lateral da face. Destacamos as diferenças entre dor muscular (músculos elevadores da mastigação) e dor de cabeça, que foram classificadas separadamente.

D- DOR DE OUVIDO. Assim classificamos as queixas que causam aos pacientes a impressão que a dor origina-se no ouvido propriamente dito, ou que acreditam que as estruturas do ouvido possam estar realmente comprometidas. Muitos destes pacientes são referidos por médicos otorrinolaringologistas.

E- DOR DE CABEÇA. Consideramos as cefaléias que ocorrem com frequência mínima de pelo menos uma vez por semana.

F- DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR. Assim classificamos os sintomas relacionados às limitações, dificuldades ou dor durante o ato da mastigação.

G- DOR MUSCULAR. Consideramos classificados neste item a sintomatologia dolorosa, relatada pelos pacientes, em um ou mais dos seguintes músculos: masseter, e os três feixes do músculo temporal.

H- DOR NA NUCA E PESCOÇO. Assim classificados quando a sintomatologia incluía os músculos trapézio e esternocleidomastoideo.

I- APERTA OU RANGE OS DENTES. São aqueles pacientes que têm consciência de que rangem e/ou apertam os dentes à noite ou que os apertam durante o dia.

J- OUTROS SINTOMAS OTOLÓGICOS. Além da dor de ouvido, outros sintomas normalmente relacionadas com problemas otológicos puderam ser classificados. Além

da dor de ouvido observamos as seguintes queixas: sensação de audição diminuída, sensação de ouvido cheio, sensação de ouvido tapado, tontura, zumbido e tinido, citado pela literatura inicialmente como "tinnitus aurium", de acordo com trabalho de Brunetti⁷, 1971, mas consagrado com a simples denominação de tinido.

K- TRAVAMENTO EVENTUAL. Consideramos como travamento, o relato do paciente de que sua mandíbula mostrou uma ou mais vezes impossibilidade repentina de poder abrir a boca. Classificamos como travamentos eventuais, quando os pacientes demonstraram redução espontânea.

L- RUÍDO AO MASTIGAR. Não nos importamos qual o tipo de ruído, mas apenas a circunstância do ruído chamar a atenção do paciente por ocorrer durante a mastigação, diferenciando-se dos ruídos que ocorrem durante a abertura e/ou fechamento.

M- SUB-LUXACÃO. Consideramos sub-luxação aos deslocamentos que o paciente relata ter sofrido, ao abrir muito a boca ou ao deslocá-la para uma posição muito protusiva, mas que consegue retornar espontaneamente à normalidade.

N- LIMITAÇÃO DE ABERTURA PERMANENTE. Consideramos como limitação de abertura amplitudes menores do que 30mm, desde que mencionada pelo paciente. Não diferenciamos a origem muscular ou articular da limitação da abertura.

O- DOR, SENSIBILIDADE DENTÁRIA OU DENTES MUITO DESGASTADOS. Os pacientes que relataram dor de origem dentária ou periodontal, ou aqueles que não relataram dor mas queixaram-se de que seus dentes estavam se desgastando ou movimentando-se também foram incluídos neste item.

P- CANSAÇO MUSCULAR. Foram incluídos neste item as queixas de cansaço nos músculos da mandíbula, durante ou após a mastigação, após longos períodos com a boca aberta e pela manhã.

Q- DOR EM ABERTURA FORÇADA. Relacionamos neste item os pacientes com queixa de que não podiam abrir muito a boca porque sentiam dor nos músculos ou na articulação.

R- LUXAÇÃO. Ao contrário da sub-luxação, são os pacientes que apresentam história de deslocamento condilar, durante a abertura ou protrusão, mas que não retornam espontaneamente à posição normal ou que assim permanecem por longos períodos de tempo.

S- DIFICULDADE OU DOR AO ABRIR A BOCA. São os pacientes que mesmo sem forçar ou sem abrir a boca exageradamente sentiam dor ou sensibilidade ao abrir ou movimentar a mandíbula.

T- EDEMA NA REGIÃO DA ATM. São pacientes que relataram edema ou sensação de inchaço na região da ATM. Não foram consideradas as causas etiológicas do edema.

U- DESVIO DE ABERTURA. Refere-se aos pacientes que percebiam ou sentiam-se incomodados por estarem abrindo a boca com desvios.

V- DIFICULDADE AO FALAR. O paciente menciona que percebeu o aparecimento de certa dificuldade.

X- DOR NO OLHO. dor na região ocular.

Y- DIFICULDADE OU DOR AO DEGLUTIR. O relato de que apresenta dificuldade ou dor ao deglutir.

5.5- Frequência isolada e associada de cada sintoma

Os sintomas isolados foram aqueles que compunham a única queixa do paciente. Sintomas classificados como associados foram os relatados conjuntamente de um ou mais sintomas de disfunção, independente do número de associações. Os resultados estão apresentados na Tabela 7. Os sintomas foram divididos em isolados e associados

e subdivididos quanto ao sexo. Os resultados foram calculados percentualmente sob o número total de pacientes.

Observamos que alguns sintomas apresentam alta incidência isolada, destacando-se a dor na região da ATM (16,6%), dor na face (5,6%), ruído articular (4,5%) e dor de ouvido (3,16%). Outros, apesar de freqüentes, nunca apresentaram-se isolados: dor na nuca e pescoço e cansaço muscular.

TABELA 7: Incidência isolada ou associada de cada sintoma. Os percentuais foram calculados considerando-se o número total de pacientes.

	ISOLADO		ISOLADO SUBTOTAL		ASSOCIADO		ASSOCIADO SUBTOTAL		TOTAL N°
	F	M	N°	%	F	M	N°	%	
DOR NA REGIÃO DA ATM	88	12	100	16,66	127	25	152	25,33	252
RUIDO ARTICULAR	17	10	27	4,5	154	29	183	30,5	210
DOR NA FACCIE	28	6	34	5,6	50	9	59	9,83	93
DOR DE OUVIDO	17	2	19	3,16	60	9	69	11,5	88
DOR DE CABEÇA	8	1	9	1,5	54	6	60	10,0	43
DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR	9	2	11	1,83	38	9	47	7,83	58
DOR MUSCULAR	7	0	7	1,16	39	5	44	7,33	51
DOR NA NUÇA E PESCOÇO	0	0	0	0	42	3	45	7,50	45
APERTA OU RANGE DENTES	10	1	11	1,83	29	10	39	6,5	50
OUTROS SINAIS OTOLÓGICOS	4	1	5	0,83	33	7	40	6,66	45
TRAVAMENTO EVENTUAL	2	1	3	0,50	22	0	22	3,66	25
RUIDO AO MASTIGAR	2	2	4	0,66	12	2	14	2,33	18
SUB-LUXAÇÃO	3	2	5	0,83	10	3	13	2,16	18
LIMITAÇÃO DE ADERTEIRA PERMANENTE	2	2	4	0,66	11	1	12	2,0	16
DOR, SENSIBILIDADE, OU DENTES DESGASTADOS	5	0	5	0,83	8	3	11	1,83	16
DOR EM ABERTURA FORÇADA	2	1	3	0,50	8	2	10	1,66	13
CANSAÇO MUSCULAR	0	0	0	0	10	4	14	2,33	14
LUXAÇÃO	5	1	6	1	4	1	5	0,83	11
DIFICULDADE OU DOR AO ABRIR A BOCA	1	1	2	0,33	6	2	8	1,33	10
HEMIA NA REGIÃO DA ATM	1	0	1	0	6	0	6	1,0	7
DESVIO DE ABERTURA	0	0	0	0	3	2	5	0,83	5
DIFICULDADE EM FALAR	0	0	0	0	2	0	2	0,33	2
DOR NO OLHO	0	0	0	0	1	0	1	1,16	1
DIFICULDADE OU DOR AO DEGLUTIR	0	0	0	0	1	0	1	1,16	1

5.6- Incidência e distribuição dos sintomas considerados isoladamente

A Tabela 8 mostra a proporção dos 24 sintomas relatados com a queixa principal, sua incidência por sexo, o total e sua proporcionalidade percentual à cada sexo.

A Figura 6 representa graficamente, por barras, a distribuição decrescente dos sintomas apresentados pelos 600 pacientes deste estudo. Relembramos que cada paciente teve um ou mais sintomas, e esta Tabela mostra apenas a presença ou ausência de cada sintoma na amostra total.

A Tabela 9 relaciona a incidência de cada sintoma na amostra feminina e masculina calculando o percentual proporcional entre cada sexo.

A Figura 7 compara graficamente, por barras, os resultados apresentados na Tabela 9. Observamos a incidência proporcional de cada sintoma na população feminina e masculina.

Os resultados obtidos são puramente descritivos, não podendo, ser comparados à uma amostra padrão, uma vez que trabalhamos com uma população já doente. Não encontramos na literatura algum outro trabalho exatamente com a mesma metodologia e com as mesmas considerações, portanto cabe-nos apenas descrever nossas observações. Os resultados podem entretanto ser comparados entre si, entre os sexos e entre a faixa etária.

Encontramos diferenças significativas da frequência isolada de sintomas pela análise das proporções ao nível de 5% para os seguintes sintomas: ruídos articulares, mais freqüente nos homens e dor de cabeça, dor na nuca e pescoço e travamento eventual, mais freqüente nas mulheres.

Para que ocorra um melhor entendimento, classificamos a incidência dos sintomas como: grande, média e pouco freqüente. Baseados neste critério estabelecemos o estudo mais minucioso dos sintomas que julgamos mais freqüentes. Aqueles considerados menos freqüentes, apesar de importantes, não permitiram uma análise tão confiável pelo próprio tamanho da amostra.

Consideramos como a frequência mais significativa da presença isolada de sintomas aqueles que ocorreram acima de 5%. Estes sintomas foram estudados mais minuciosamente quanto à sua distribuição por faixa etária e suas incidências foram comparadas entre os sexos.

Dos sintomas com frequência abaixo de 5% apenas estudamos a queixa de travamento eventual, por ter apresentado uma diferença significativa na análise estatística das proporções ao nível de 5% quanto ao sexo por faixa etária.

Esta análise traz resultados interessantes porque pode haver diferença estatística entre os sexos quando consideramos a faixa etária, mesmo que a frequência total não tenha mostrado diferença significativa (Tabela 11).

O número, faixa etária e sexo dos pacientes com cada um dos sintomas mais frequentes são apresentados na Tabela 10. A Tabela 11 apresenta percentualmente a proporcionalidade de incidência de sintomas, que ocorrem no sexo feminino e masculino entre os pacientes de cada grupo.

A finalidade do percentual proporcional é obtermos um termo de comparação entre as diferenças de gênero.

As Figuras de 8 a 18 representam graficamente, por barras os resultados obtidos na Tabela 11.

TABELA 8- Incidência de sintomas considerados isoladamente. A Tabela informa o número de pacientes de cada sexo que relataram a presença de cada sintoma. Apresenta também o percentual calculado sobre 600 pacientes.

sintoma	feminino	masculino	total	%
DOR NA REGIÃO DA ATM	215	37	252	42,00
RUÍDO ARTICULAR	121	39	160	26,66
DOR NA FACE	78	15	93	15,50
DOR DE OUVIDO	77	11	88	14,66
DOR DE CABEÇA	66	7	73	12,16
DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR	47	11	58	9,66
DOR MUSCULAR	46	5	51	8,50
APERTA OU RANGE DENTES	39	11	50	8,33
DOR NA NUCA E PESCOÇO	42	3	45	7,50
OUTROS SINAIS OTOLÓGICOS	37	8	45	7,50
TRAVAMENTO EVENTUAL	24	1	25	4,16
RUÍDO AO MASTIGAR	14	4	18	3,00
SUB-LUXAÇÃO	13	5	18	3,00
LIMITAÇÃO DE ABERTURA PERMANENTE	13	3	16	2,66
DOR, SENSIBILIDADE, OU DENTES DESGASTADOS	13	3	16	2,66
CANSAÇO MUSCULAR	10	4	14	2,33
DOR EM ABERTURA FORÇADA	10	3	13	2,16
LUXAÇÃO	9	2	11	1,83
DIFICULDADE OU DOR AO ABRIR A BOCA	7	3	10	1,66
EDEMA NA REGIÃO DA ATM	7	0	7	1,16
DESVIO DE ABERTURA	3	2	5	0,83
DIFICULDADE EM FALAR	2	0	2	0,33
DOR NO OLHO	1	0	1	0,16
DIFICULDADE OU DOR AO DEGLUTIR	1	0	1	0,16

TABLE 9- Incidência de sintomas considerados isoladamente. A Tabela informa o percentual comparativo entre pacientes do sexo feminino e masculino que relataram a presença de cada sintoma.

sintoma	feminino%	masculino %
DOR NA REGIÃO DA ATM	43,25	35,23
RUIDO ARTICULAR	24,34	37,14
DOR NA FACE	15,69	14,28
DOR DE OUVIDO	15,49	10,47
DOR DE CABEÇA	13,27	6,6
DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR	9,49	10,47
DOR MUSCULAR	9,29	4,76
DOR NA NUCA E PESCOÇO	8,45	2,85
APERTA OU RANGE DENTES	7,87	10,47
OUTROS SINAIS OTOLÓGICOS	7,47	7,61
TRAVAMENTO EVENTUAL	4,84	3,80
RUIDO AO MASTIGAR	2,82	3,80
SUB-LUXAÇÃO	2,62	4,76
LIMITAÇÃO DE ABERTURA PERMANENTE	2,62	2,85
DOR, SENSIBILIDADE, OU DENTES DESGASTADOS	2,62	2,85
DOR EM ABERTURA FORÇADA	2,02	2,85
CANSAÇO MUSCULAR	2,02	3,80
LUXAÇÃO	1,82	1,90
DIFICULDADE OU DOR AO ABRIR A BOCA	1,41	2,85
EDEMA NA REGIÃO DA ATM	1,41	0,00
DESVIO DE ABERTURA	0,60	1,90
DIFICULDADE EM FALAR	0,40	0,00
DOR NO OLHO	0,20	0,00
DIFICULDADE OU DOR AO DEGLUTIR	0,20	0,00

TABELA 10- Análise comparativa entre sexo e idade por décadas em número de pacientes.

	DOR NA REGIÃO DA ATM		RUIDO ARTICULAR		DOR NA FACE		DOR DE OUVIRO	
	F	M	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	1	1	0	0	0	0	0	1
10-19 2ª década	33	9	20	8	10	2	10	1
20-29 3ª década	87	15	57	21	29	7	31	3
30-39 4ª década	56	7	30	9	26	3	22	5
40-49 5ª década	24	2	9	1	10	2	8	1
50-59 6ª década	11	3	3	0	0	1	3	0
60 ou + > 7ª década	3	0	2	0	3	0	3	0
total	215	37	121	39	78	15	77	11

	DOR DE CABEÇA		DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR		DOR MUSCULAR		ABERTURA OU RANJE DENTES	
	F	M	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	1	0	1	0	0	0	0
10-19 2ª década	9	0	10	5	5	0	7	1
20-29 3ª década	29	0	22	3	15	1	21	7
30-39 4ª década	20	3	9	2	19	2	8	1
40-49 5ª década	6	2	6	0	7	0	3	0
50-59 6ª década	2	1	0	0	0	2	0	2
60 ou + > 7ª década	0	0	0	0	0	0	0	0
total	66	7	47	11	46	5	39	11

	DOR NA NÍRICA E PESCOÇO		OUTROS SINAIS OTOLÓGICOS		TRAVAMENTO EVENTUAL	
	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	0	0	0	0	0
10-19 2ª década	2	0	7	0	3	0
20-29 3ª década	21	0	21	2	10	0
30-39 4ª década	13	2	8	3	8	0
40-49 5ª década	5	1	3	3	3	1
50-59 6ª década	1	0	0	0	0	0
60 ou + > 7ª década	0	0	0	0	0	0
total	42	3	39	8	24	1

TABELA 11- Análise comparativa entre sexo e idade por décadas em porcentagem proporcional. 497 mulheres e 103 homens.

	% DOR NA REGIÃO DA ATM		% RUÍDO ARTICULAR **		% DOR NA FACE		% DOR DE OUVIDO	
	F	M	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0,20	0,97	0	0	0	0	0	0,97*
10-19 2ª década	6,63	8,73	4,02	7,76*	2,01	1,94	2,01	0,97
20-29 3ª década	17,50	14,56	11,46	20,38*	5,83	6,79	6,23	2,91
30-39 4ª década	11,26	6,79	6,03	8,73	5,23	2,91	4,42	4,85
40-49 5ª década	4,82	1,94	1,81	0,97	2,01	1,94	1,60	0,97
50-59 6ª década	2,21	2,91	0,60	0	0	0,97*	0,60	0
60 ou + > 7ª década	0,60	0	0,40	0	0,60	0	0,60	0
total	43,25	35,92	24,34	37,86	15,69	14,56	15,49	10,67

	% DOR DE CABEÇA **		% DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR		% DOR MUSCULAR		% APERTA OU RANGE DENTES	
	F	M	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	0,97*	0	0,97*	0	0	0	0
10-19 2ª década	1,81	0	2,01	4,85*	1,00	0	1,41	0,97
20-29 3ª década	5,83	0*	4,42	2,91	3,01	0,97	4,22	6,79
30-39 4ª década	4,02	2,91	1,81	1,94	3,82	1,94	1,60	0,97
40-49 5ª década	1,20	1,94	1,20	0	1,40	0	0,60	0
50-59 6ª década	0,40	0,97	0	0	0	1,94*	0	1,94*
60 ou + > 7ª década	0	0	0	0	0	0	0	0
total	13,27	6,79	9,45	10,67	9,25	4,85	7,84	10,17

	% DOR NA NUCA E PESCOÇO **		% OUTROS SINAIS OTOLÓGICOS		% TRAVAMENTO SVENTUAL **	
	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	0	0	0	0	0
10-19 2ª década	0,40	0	0,20	0	0,60	0
20-29 3ª década	4,22	0*	2,81	1,94	2,0	0
30-39 4ª década	2,61	1,94	3,21	2,91	1,60	0
40-49 5ª década	1,00	0,97	0,80	2,91*	0,60	0,97
50-59 6ª década	0,20	0	0,20	0	0	0
60 ou + > 7ª década	0	0	0,20	0	0	0
total	8,45	2,91	7,44	7,76	4,80	0,97*

* Diferença de proporção estatística significativa ao nível de 5% quanto à frequência por sexo e faixa etária.

** Diferença de proporção estatística significativa ao nível de 5% por comparação entre sexos

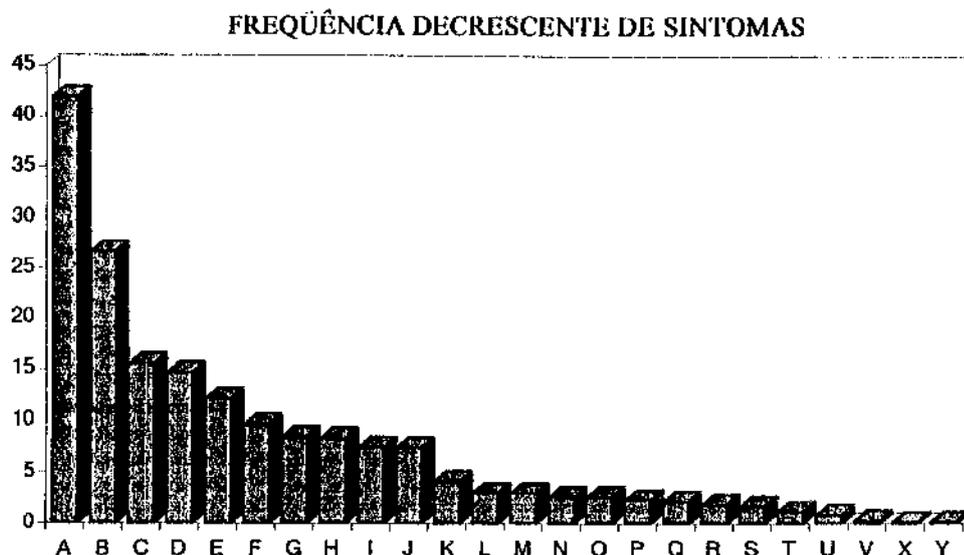


FIGURA 6- Distribuição percentual decrescente dos sintomas, relatados por pacientes do sexo feminino e masculino, de acordo com a Tabela 8. Os sintomas estão aqui representados por letras : A- dor na região da ATM , B- ruído articular, C- dor na face, D- dor de ouvido, E- dor de cabeça, F- dificuldade ou dor ao mastigar, G- dor muscular, H- aperta ou range dentes, I- dor na nuca e pescoço, J- outros sinais otológicos, K- travamento eventual, L- ruído ao mastigar, M- sub-luxação, N- limitação de abertura permanente, O- dor, sensibilidade, ou dentes desgastados, P- cansaço muscular, Q- dor em abertura forçada, R- luxação, S- dificuldade ou dor ao abrir a boca, T- edema na região da ATM, U- desvio de abertura, V- dificuldade em falar, X- dor no olho, Y- dificuldade ou dor ao deglutir.

**FREQÜÊNCIA DECRESCENTE DE SINTOMAS
feminino X masculino**

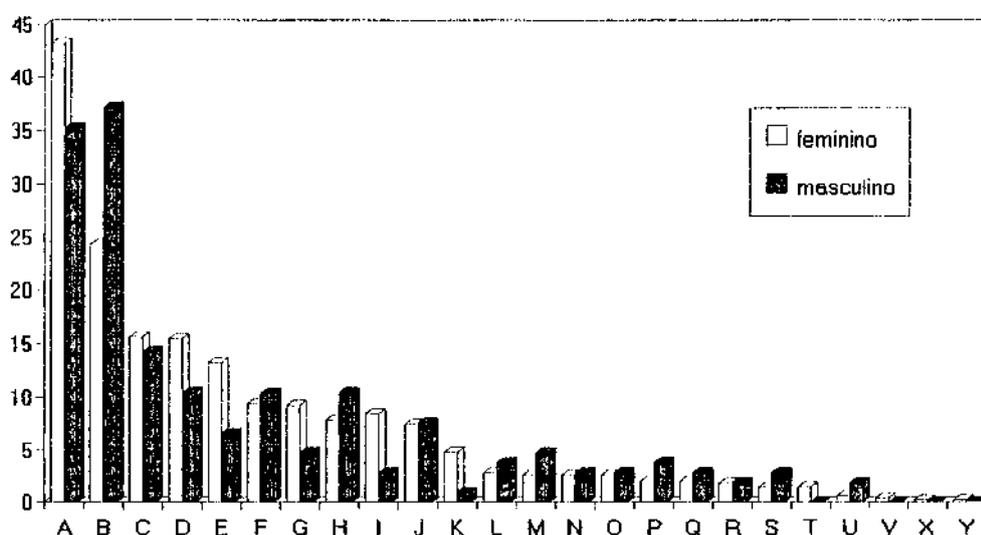


FIGURA 7- Comparação da freqüência percentual dos sintomas relatados entre os pacientes do sexo feminino e masculino. Os valores estão apresentados na Tabela 9. As letras que representam os sintomas são as mesmas da legenda da Figura 6.

DOR NA REGIÃO DA ATM

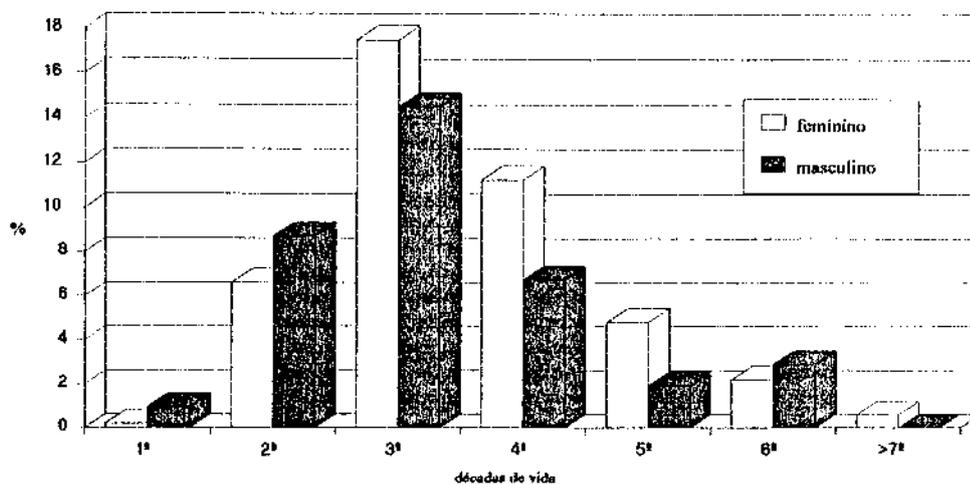


FIGURA 8- Comparação percentual da distribuição do sintoma "dor na região da ATM" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida.

RUÍDO ARTICULAR

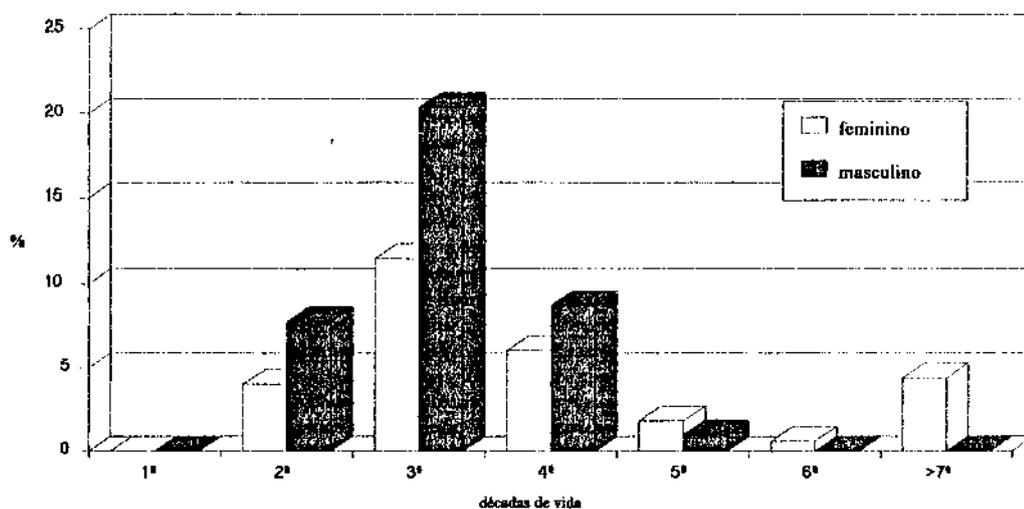


FIGURA 9- Comparação percentual da distribuição do sintoma "ruído articular" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% na 2ª e 3ª décadas.

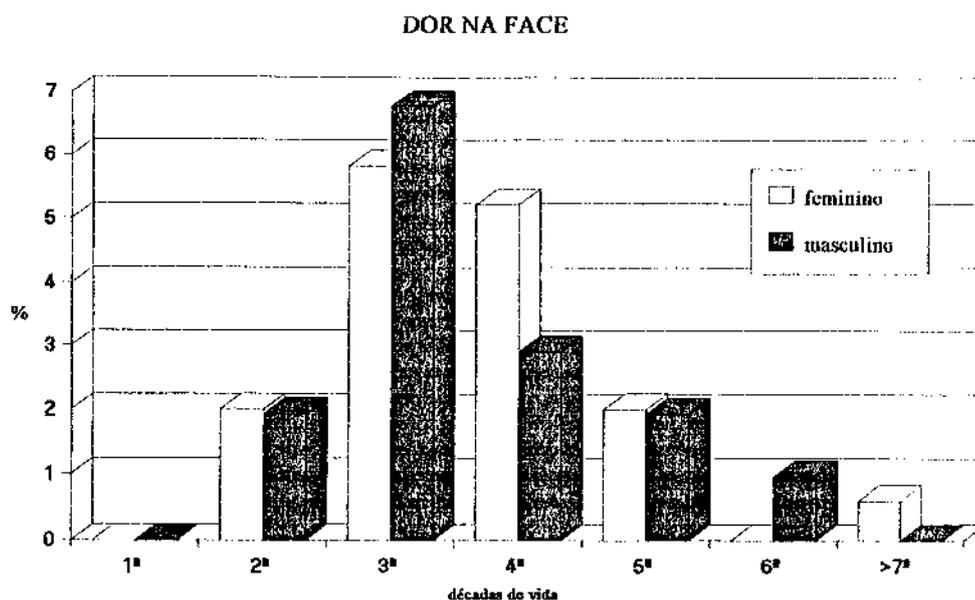


FIGURA 10- Comparação percentual da distribuição do sintoma "dor na face" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% na 6ª década.

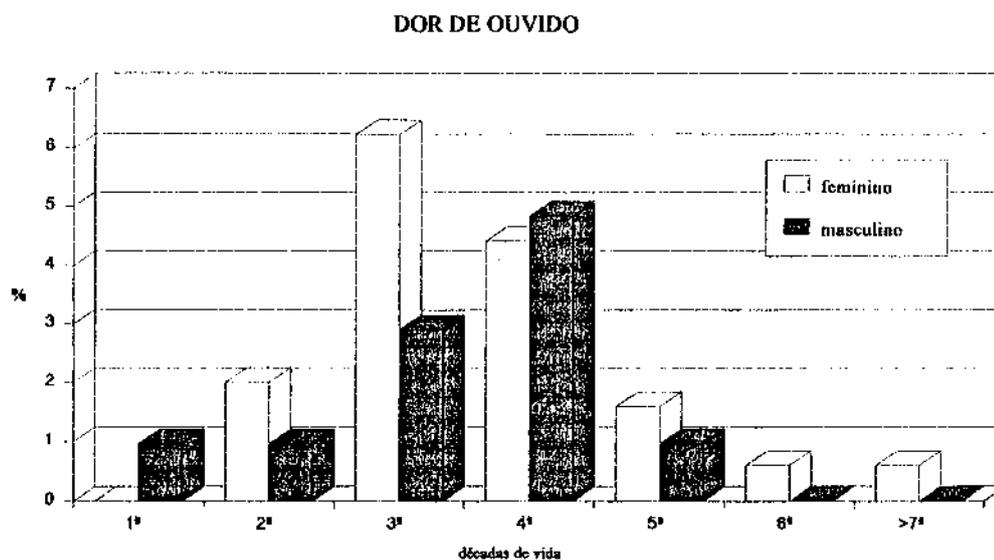


FIGURA 11- Comparação percentual da distribuição do sintoma "dor de ouvido" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% na 1ª década.

DOR DE CABEÇA

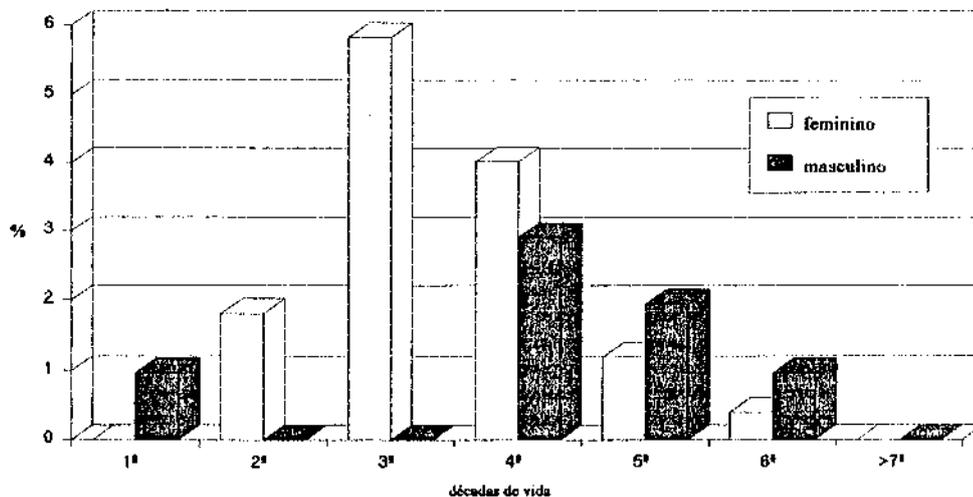


FIGURA 12- Comparação percentual da distribuição do sintoma "dor de cabeça" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% na 1ª e 3ª décadas.

DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR

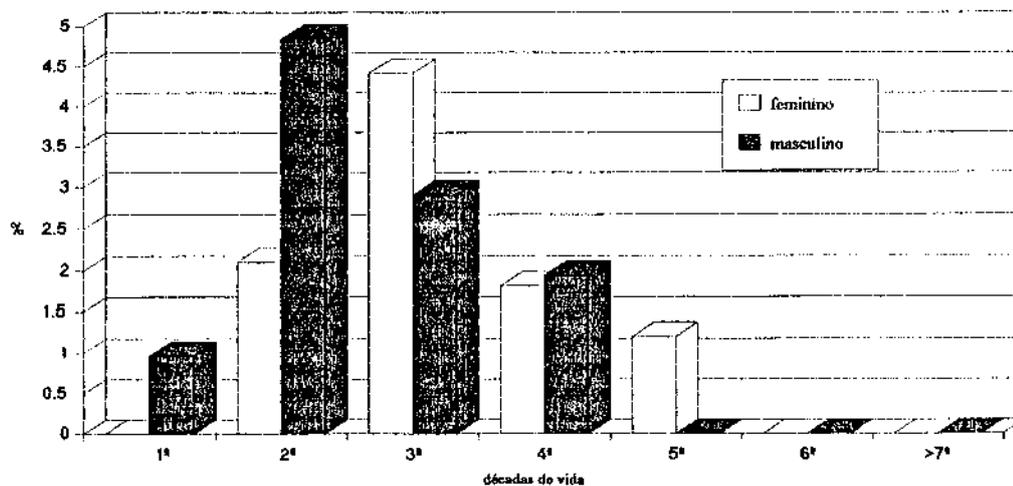


FIGURA 13- Comparação percentual da distribuição do sintoma "dificuldade ou dor ao mastigar" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% na 1ª e 2ª décadas.

DOR MUSCULAR

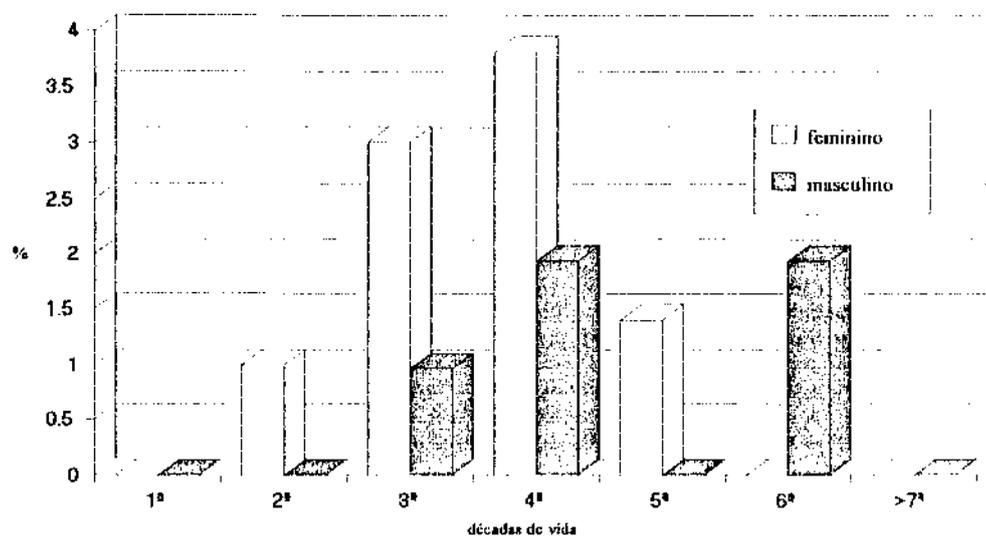


FIGURA 14- Comparação percentual da distribuição do sintoma "dor muscular" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% na 6ª década.

APERTA OU RANGE OS DENTES

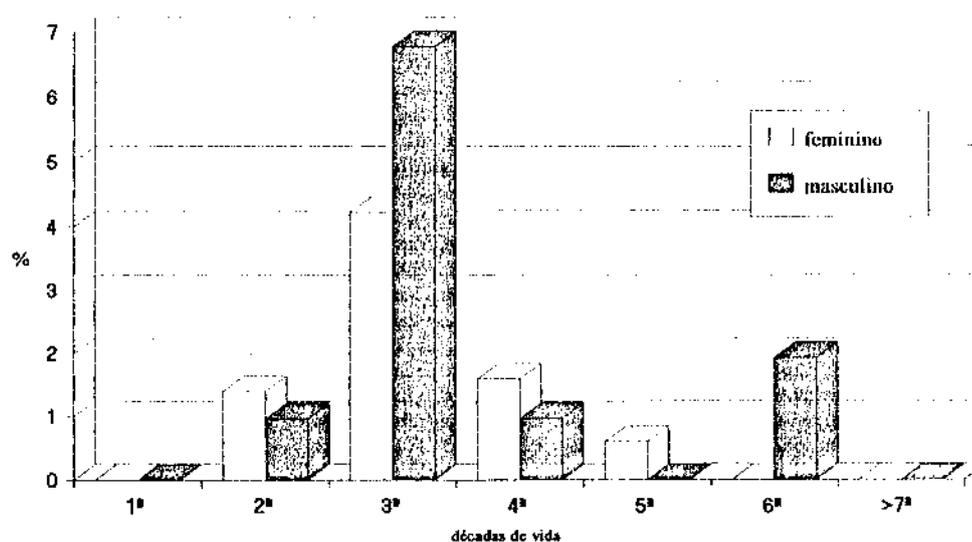


FIGURA 15- Comparação percentual da distribuição do sintoma "aperta ou range os dentes" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% na 6ª década.

DOR NA NUCA OU PESCOÇO

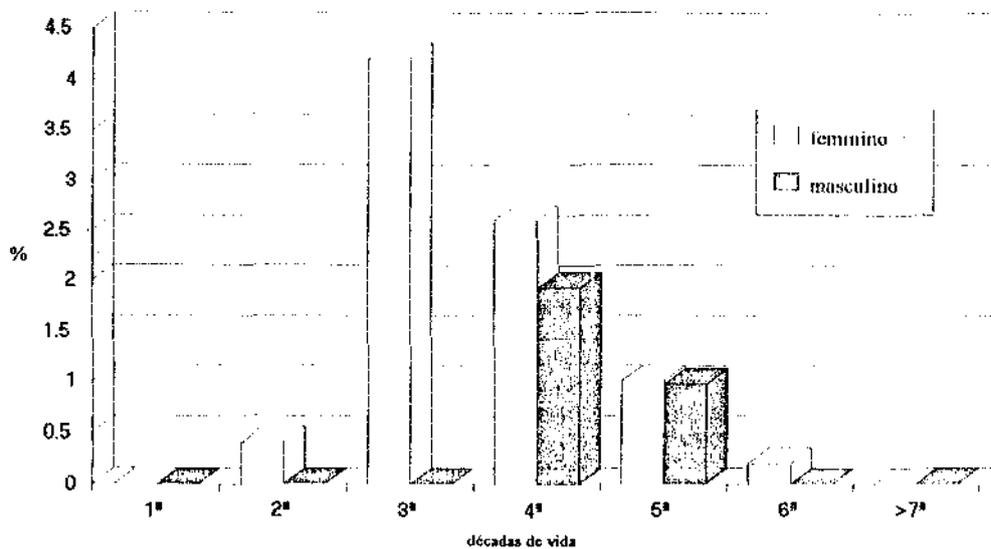


FIGURA 16- Comparação percentual da distribuição do sintoma "dor na nuca ou pescoço" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% na 3ª década.

OUTROS SINTOMAS OTOLÓGICOS

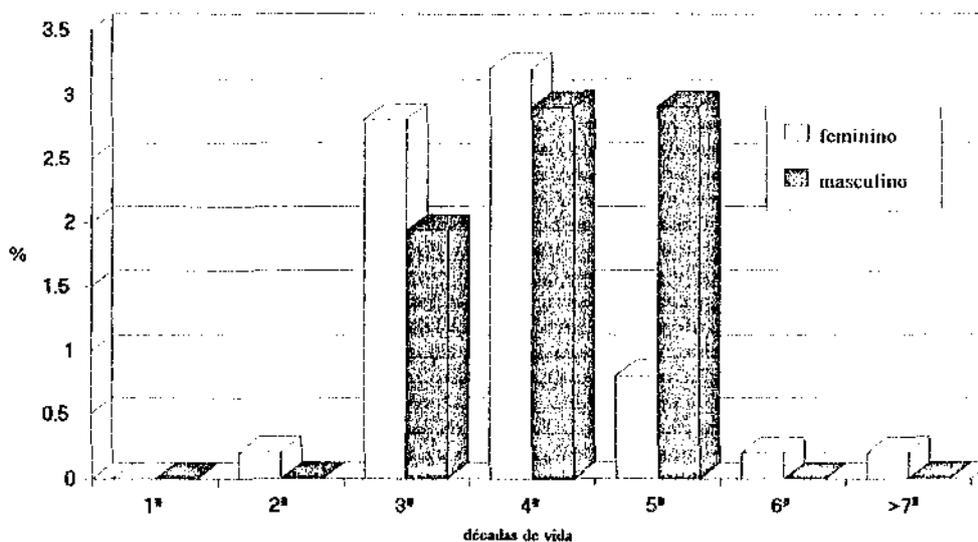


FIGURA 17- Comparação percentual da distribuição do sintoma "outros sintomas otológicos" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% na 5ª década.

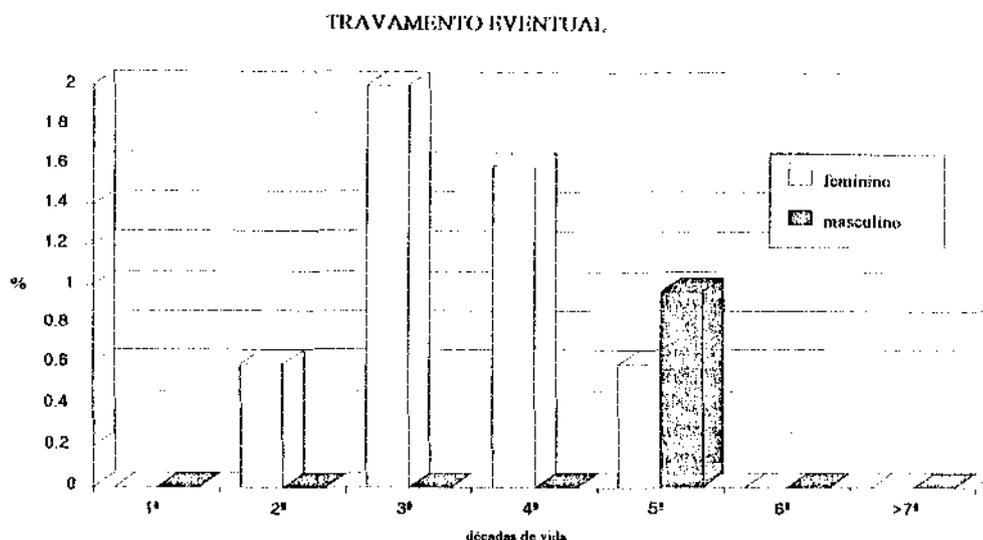


FIGURA 18- Comparação percentual da distribuição do sintoma "travamento eventual" entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida. A análise estatística das proporções demonstrou diferença significativa ao nível de 5% quanto ao sexo.

5.7- Incidência e distribuição da associação de dois sintomas simultâneos

Todos os 24 sintomas, relatados pelos pacientes, foram associados entre si, isto é, estudamos a incidência dos sintomas dois a dois, observamos assim suas presenças simultâneas.

Estes resultados, são mostrados nas seguintes Tabelas:

Tabela 12- Representa o número de pacientes que apresentaram dois sintomas simultâneos. Esta Tabela considerou os 600 paacientes, portanto feminino e masculino.

A leitura desta Tabela é feita pela intersecção da coluna vertical de um sintoma com a horizontal de outro. Por exemplo, quando desejamos saber quantos pacientes apresentaram simultaneamente os sintomas dor de cabeça e dor na região da ATM, devemos seguir pela linha horizontal do sintoma dor de cabeça até sua intersecção com a

coluna vertical do sintoma dor na região da ATM. Temos como resultado o número 14, isto é, 14 pacientes em 600 relataram estes dois sintomas simultaneamente.

Os valores da Tabela 12 foram calculados percentualmente e apresentados Tabela 13. Os resultados obtidos por esta Tabela foram ordenados e descritos de forma decrescente quanto ao grau de incidência, possibilitando uma visualização mais rápida das associações mais e menos freqüentes. Não relacionamos os resultados nulos.

TABELA 12-Incidência numérica de dois sintomas simultâneos sob o número total de pacientes

		ruido articular										
		dor na região da ATM										
		55	8	2	ruido articular ao mastigar		edema na região da ATM		travamento eventual		luxação	
		1	3	0	travamento eventual		luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente	
		0	11	1	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		0	4	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		2	6	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		0	3	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		6	3	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		1	2	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		9	12	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		16	14	2	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		11	9	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		12	13	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		15	18	3	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		12	10	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		12	15	1	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		5	4	1	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		12	19	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		4	2	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		0	1	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		0	1	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
		0	1	0	luxação		sub-luxação		limitação de abertura permanente		limitação de abertura permanente	
dor na região da ATM	55											
ruido articular ao mastigar	8	2										
edema na região da ATM	1	3	0									
travamento eventual	9	11	1	0								
luxação	0	4	0	1	0							
sub-luxação	7	5	0	0	0	0						
limitação de abertura permanente	2	6	0	0	1	0						
dificuldade ou dor ao abrir a boca	0	3	0	0	0	0						
dor em abertura forçada	6	3	0	0	0	0						
desvio de abertura	1	2	0	0	0	0						
dor muscular	9	12	0	1	3	0						
dor de cabeça	16	14	2	1	2	0						
dor na face	11	9	0	1	0	0						
dor na nuca ou pescoço	12	13	0	0	2	0						
dor de ouvido	15	18	3	1	1	0						
outros sintomas otológicos	12	10	0	0	1	0						
aperta ou range os dentes	12	15	1	0	2	0						
dor, sensibilidade ou dentes desgastados	5	4	1	0	0	1						
dificuldade ou dor ao mastigar	12	19	0	0	3	0						
cansaço muscular	4	2	0	0	0	0						
dificuldade ou dor ao deglutir	0	1	0	0	0	0						
dificuldade ao falar	0	1	0	0	0	0						
dor no olho	0	1	0	0	0	0						

TABELA 13- Incidência percentual de dois sintomas simultâneos sob o número total de pacientes

		ruído articular	
dor na região da ATM	9.16	dor na região da ATM	
ruído articular ao mastigar	1.33	ruído articular ao mastigar	
edema na região da ATM	0.16	edema na região da ATM	
travamento eventual	1.49	travamento eventual	
luxação	0	luxação	
sub-luxação	1.66	sub-luxação	
limitação de abertura permanente	0.33	limitação de abertura permanente	
dificuldade ou dor ao abrir a boca	0	dificuldade ou dor ao abrir a boca	
dor em abertura forçada	0.99	dor em abertura forçada	
desvio de abertura	0.16	desvio de abertura	
dor muscular	1.49	dor muscular	
dor de cabeça	2.66	dor de cabeça	
dor na face	1.88	dor na face	
dor na nuca e pescoço	1.99	dor na nuca ou pescoço	
dor de ouvido	2.49	dor de ouvido	
outros sintomas otológicos	1.99	outros sintomas otológicos	
aperta ou range os dentes	1.99	aperta ou range os dentes	
dor. sensibilidade ou dentes desgastados	0.83	dor. sensibilidade ou dentes desgastados	
dificuldade ou dor ao mastigar	1.99	dificuldade ou dor ao mastigar	
cansaço muscular	0.66	cansaço muscular	
dificuldade ou dor ao deglutir	0	dif. ou dor ao deglutir	
dificuldade ao falar	0	dificul. ao falar	
dor no olho	0	dor no olho	

Apesar destas Tabelas serem de utilização bastante simples, a localização, por ordem crescente ou decrescente, das associações de sintomas são difíceis de serem rapidamente realizadas. Elaboramos a seguinte lista, das associações de dois sintomas, ordenadas com uma frequência decrescente.

ORDEM DECRESCENTE DA INCIDÊNCIA SIMULTÂNEA DE 2 SINTOMAS EM 600 PACIENTES.

9,16%	ruido articular e dor na região da ATM
3,33%	dor de ouvido e dor de cabeça
3,16%	dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar
2,99%	dor na região da ATM e dor de ouvido
2,66%	ruido articular e dor de cabeça
2,49%	ruido articular e dor de ouvido
2,49%	dor na região da ATM e aperta ou range dentes
2,33%	dor na região da ATM e dor de cabeça
2,33%	dor de cabeça e dor na nuca e pescoço
2,16%	dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço
2,16%	dor de ouvido e dor na face
1,99%	dor na região da ATM e dor muscular
1,99%	ruido articular e dor na nuca e pescoço
1,99%	ruido articular e outros sintomas otológicos
1,99%	dor de cabeça e outros sintomas otológicos
1,99%	ruido articular e aperta ou range dentes
1,99%	ruido articular e dificuldade ou dor ao mastigar
1,83%	dor na região da ATM e travamento eventual
1,83%	ruido articular e dor na face
1,83%	dor de ouvido e dor na nuca e pescoço
1,66%	ruido articular e sub-luxação
1,66%	dor na face e dor na nuca e pescoço
1,66%	dor na região da ATM e outros sintomas otológicos
1,49%	ruido articular e travamento eventual
1,49%	ruido articular e dor muscular
1,49%	dor na região da ATM e dor na face
1,33%	ruido articular e ruido ao mastigar
1,33%	dor de cabeça e dor na face
1,33%	dor muscular e dor na nuca e pescoço
1,33%	dor de ouvido e outros sintomas otológicos
1,16%	dor na face e aperta ou range dentes
1,16%	aperta ou range dentes e dificuldade ou dor ao mastigar
0,99%	dor na região da ATM e limitação de abertura permanente
0,99%	ruido articular e dor em abertura forçada
0,99%	dor na face e outros sintomas otológicos
0,99%	dor na nuca e pescoço e outros sintomas otológicos
0,99%	dor de cabeça e dificuldade ou dor ao mastigar
0,99%	dor na face e dificuldade ou dor ao mastigar
0,83%	dor na região da ATM e sub-luxação
0,83%	ruido articular e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,83%	dor muscular e dificuldade ou dor ao mastigar
0,66%	dor na região da ATM e luxação
0,66%	dor na face e dor muscular
0,66%	dor muscular e aperta ou range dentes
0,66%	dor na região da ATM e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados

0,66%	ruido articular e cansaço muscular
0,66%	cansaço muscular e dificuldade ou dor ao mastigar
0,49%	dor na região da ATM e edema na região da ATM
0,49%	dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao abrir a boca
0,49%	dor na região da ATM e dor em abertura forçada
0,49%	travamento eventual e dor muscular
0,49%	dor de cabeça e dor muscular
0,49%	dor de ouvido e ruído ao mastigar
0,49%	dor muscular e outros sintomas otológicos
0,49%	travamento eventual e dificuldade ou dor ao mastigar
0,49%	dor em abertura forçada e dificuldade ou dor ao mastigar
0,49%	dor na nuca e pescoço e dificuldade ou dor ao mastigar
0,49%	dor de ouvido e dificuldade ou dor ao mastigar
0,49%	cansaço muscular e dor muscular
0,49%	dor na face e cansaço muscular
0,33%	dor na região da ATM e ruído ao mastigar
0,33%	ruido articular e limitação de abertura permanente
0,33%	dor na região da ATM e desvio de abertura
0,33%	dificuldade ou dor ao abrir a boca e dor muscular
0,33%	dor de cabeça e ruído ao mastigar
0,33%	travamento eventual e dor de cabeça
0,33%	limitação de abertura permanente e dor de cabeça
0,33%	dor em abertura forçada e dor de cabeça
0,33%	dor de cabeça e desvio de abertura
0,33%	travamento eventual e dor na nuca e pescoço
0,33%	dor de ouvido e dificuldade ou dor ao abrir a boca
0,33%	travamento eventual e aperta ou range dentes
0,33%	sub-luxação e aperta ou range dentes
0,33%	dor de cabeça e ruído ao mastigar
0,33%	dor muscular e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,33%	dor na face e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,33%	dor na nuca e pescoço e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,33%	dor na região da ATM e cansaço muscular
0,33%	dor de cabeça e cansaço muscular
0,33%	cansaço muscular e outros sintomas otológicos
0,16%	ruido articular e edema na região da ATM
0,16%	travamento eventual e ruído ao mastigar
0,16%	luxação e edema na região da ATM
0,16%	travamento eventual e limitação de abertura permanente
0,16%	ruido articular e desvio de abertura
0,16%	edema na região da ATM e dor muscular
0,16%	edema na região da ATM e dor de cabeça
0,16%	dor de cabeça e dificuldade ou dor ao abrir a boca
0,16%	edema na região da ATM e dor na face
0,16%	sub-luxação e dor na face
0,16%	limitação de abertura permanente e dor na face
0,16%	dor na face e dificuldade ou dor ao abrir a boca
0,16%	dor em abertura forçada e dor na face
0,16%	sub-luxação e dor na nuca e pescoço
0,16%	dor em abertura forçada e dor na nuca e pescoço
0,16%	edema na região da ATM e dor de ouvido
0,16%	travamento eventual e dor de ouvido
0,16%	limitação de abertura permanente e dor de ouvido
0,16%	dor em abertura forçada e dor de ouvido
0,16%	luxação e outros sintomas otológicos

0,16%	ruído ao mastigar e aperta ou range dentes
0,16%	aperta ou range dentes e dificuldade ou dor ao abrir a boca
0,16%	desvio de abertura e aperta ou range dentes
0,16%	dor de ouvido e aperta ou range dentes
0,16%	ruído ao mastigar e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,16%	luxação e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,16%	limitação de abertura permanente e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,16%	dor de cabeça e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,16%	dor de ouvido e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,16%	limitação de abertura permanente e dificuldade ou dor ao mastigar
0,16%	limitação de abertura permanente e cansaço muscular
0,16%	cansaço muscular e dificuldade ou dor ao abrir a boca
0,16%	dor na nuca e pescoço e cansaço muscular
0,16%	dor de ouvido e cansaço muscular
0,16%	cansaço muscular e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
0,16%	dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao deglutir
0,16%	dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar
0,16%	dor na região da ATM e dificuldade em falar
0,16%	dor muscular e dificuldade em falar
0,16%	outros sintomas otológicos e dificuldade em falar
0,16%	dor na região da ATM e dor no olho

Estabelecemos valores acima de 1,99% como o grupo de incidência simultânea de dois sintomas considerados como os mais frequentes.

As Tabelas 14 e 15 correspondem ao estudo da incidência de dois sintomas simultâneos na população feminina.

A Tabela 14 refere-se ao número de mulheres com esta associação e a 15 ao percentual proporcional que esta incidência representa quando consideramos isoladamente a amostra feminina.

As Tabelas 16 e 17 corresponde ao estudo da incidência de 2 sintomas simultâneos na população masculina. A Tabela 16 refere-se ao número de homens com esta associação, e a 17 ao percentual proporcional que esta incidência representa quando consideramos isoladamente a amostra masculina.

A Figura 19 demonstra graficamente, por barras, os resultados obtidos na Tabela 13 onde apresentamos apenas os resultados acima de 1,99%.

Tabela 14- Incidência numérica de dois sintomas simultâneos considerando apenas os pacientes do sexo feminino

	ruído articular																														
dor na região da ATM	44	dor na região da ATM																													
ruído articular ao mastigar	7	1	ruído articular ao mastigar																												
edema na região da ATM	1	3	0	edema na região da ATM																											
travamento eventual	9	11	1	0	travamento eventual																										
luxação	0	4	0	1	0	luxação																									
sub-luxação	4	5	0	0	0	0	sub-luxação																								
limitação de abertura permanente	2	5	0	0	1	0	0	limitação de abertura permanente																							
dificuldade ou dor ao abrir a boca	0	3	0	0	0	0	0	0	0	dificuldade ou dor ao abrir a boca																					
dor em abertura forçada	3	1	0	0	0	0	0	0	0	dor em abertura forçada																					
desvio de abertura	0	1	0	0	0	0	0	0	0	desvio de abertura																					
dor muscular	7	11	0	1	3	0	0	0	2	0	0	dor muscular																			
dor de cabeça	16	14	1	1	2	0	0	2	0	2	2	3	dor de cabeça																		
dor na face	8	5	0	1	0	0	1	1	1	1	0	4	8	dor na face																	
dor na nuca e pescoço	11	13	0	0	2	0	1	0	0	1	0	8	12	10	dor na nuca ou pescoço																
dor de ouvido	13	16	2	1	1	0	0	1	1	1	0	6	17	12	11	dor de ouvido															
outros sintomas otológicos	9	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	6	5	6	outros sintomas otológicos														
aperta ou range os dentes	8	11	1	0	2	0	2	0	0	0	1	3	2	6	0	0	0	aperta ou range os dentes													
dor. sensibilidade ou dentes desgastados	3	4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	2	1	0	0	dor. sensibilidade ou dentes desgastados												
dificuldade ou dor ao mastigar	8	16	0	0	3	0	0	1	0	2	0	5	6	5	3	3	0	6	0	dificuldade ou dor ao mastigar											
cansaço muscular	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	2	1	1	1	0	1	2	cansaço muscular										
dif. ou dor ao deglutir	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	dif. ou dor ao deglutir									
dificuldade ao falar	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	dificul. ao falar					
dor no olho	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	dor no olho				

Tabela 15- Incidência percentual de dois sintomas simultâneos considerando apenas os pacientes do sexo feminino

	ruído articular																															
dor na região da ATM	8.88	dor na região da ATM																														
ruído articular ao mastigar	1.41	0.20	ruído articular ao mastigar																													
edema na região da ATM	0.20	0.60	0	edema na região da ATM																												
travamento eventual	1.81	2.22	0.20	0	travamento eventual																											
luxação	0	0.80	0	0.20	0	luxação																										
sub-luxação	0.80	1.01	0	0	0	0	sub-luxação																									
limitação de abertura permanente	0.40	0.80	0	0	0.20	0	0	limitação de abertura permanente																								
dificuldade ou dor ao abrir a boca	0	0.60	0	0	0	0	0	0	0	0	dificuldade ou dor ao abrir a boca																					
dor em abertura forçada	0.60	0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	dor em abertura forçada																					
desvio de abertura	0	0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	desvio de abertura																					
dor muscular	1.41	2.22	0	0.20	0.60	0	0	0	0.40	0	0	dor muscular																				
dor de cabeça	3.23	2.82	0.20	0.20	0.40	0	0	0.40	0	0.40	0.40	0.60	dor de cabeça																			
dor na face	1.61	1.01	0	0.20	0	0	0.20	0.20	0.20	0.20	0	0.80	1.61	dor na face																		
dor na nuca ou pescoço	2.22	2.62	0	0	0.40	0	0.20	0	0	0.20	0	1.41	2.42	2.02	dor na nuca ou pescoço																	
dor de ouvido	2.62	3.23	0.40	0.20	0.20	0	0	0.20	0.20	0.20	0	1.21	3.43	2.42	2.22	dor de ouvido																
outros sintomas otológicos	1.81	1.41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20	2.02	1.21	1.01	1.21	outros sintomas otológicos															
aperta ou range os dentes	1.61	2.22	0.20	0	0.40	0	0.40	0	0	0	0.20	0.60	0.40	1.21	0	0	0	aperta ou range os dentes														
dor, sensibilidade ou dentes desgastados	0.60	0.80	0.20	0	0	0	0	0.20	0	0	0	0.40	0.20	0.20	0.40	0.20	0	0	dor, sensibilidade ou dentes desgastados													
dificuldade ou dor ao mastigar	1.61	3.23	0	0	0.60	0	0	0.20	0	0.40	0	1.01	1.21	1.01	0.60	0.60	0	1.21	0	dificuldade ou dor ao mastigar												
cançaso muscular	0.40	0.20	0	0	0	0	0	0.20	0.20	0	0	0.20	0.40	0.40	0.20	0.20	0.20	0	0.20	0.40	cançaso muscular											
dif.ou dor ao deglutir	0	0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20	0	dif.ou dor ao deglutir									
dificul. ao falar	0	0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20	0	0	0	0	0.20	0	0	0	0	0	dificul. ao falar									
dor no olho	0	0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	dor no olho									

Tabela 16- Incidência numérica de dois sintomas simultâneos considerando apenas os pacientes do sexo masculino.

	ruído articular																				
dor na região da ATM	11	dor na região da ATM																			
ruído articular ao mastigar	1	1	ruído articular ao mastigar																		
edema na região da ATM	0	0	0	edema na região da ATM																	
travamento eventual	0	0	0	0	travamento eventual																
luxação	0	0	0	0	0	luxação															
sub-luxação	3	0	0	0	0	0	sub-luxação														
limitação de abertura permanente	0	1	0	0	0	0	0	limitação de abertura permanente													
dificuldade ou dor ao abrir a boca	0	0	0	0	0	0	0	0	dificuldade ou dor ao abrir a boca												
dor em abertura forçada	3	2	0	0	0	0	0	0	0	dor em abertura forçada											
desvio de abertura	1	1	0	0	0	0	0	0	0	desvio de abertura											
- dor muscular	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	dor muscular										
dor de cabeça	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	dor de cabeça									
dor de cabeça	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	dor na face								
dor na nuca e pescoço	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	dor na nuca ou pescoço						
dor de ouvido	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	dor de ouvido					
outros sintomas otológico	3	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	2	outros sintomas otológicos				
aperta ou range os dentes	4	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	aperta ou range os dentes			
dor, sensibilidade ou dentes desgastados	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	dor, sensibilidade ou dentes desgastados		
dificuldade ou dor ao mastigar	4	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	dificuldade ou dor ao mastigar	
cansaço muscular	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	cansaço muscular	
dificuldade ou dor ao deglutir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	dif.ou dor ao deglutir	
dificuldade ao falar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	dificul. ao falar	
dor no olho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	dor no olho	

ORDEM DECRESCENTE DA ASSOCIAÇÃO SIMULTÂNEA
DE DOIS SINTOMAS

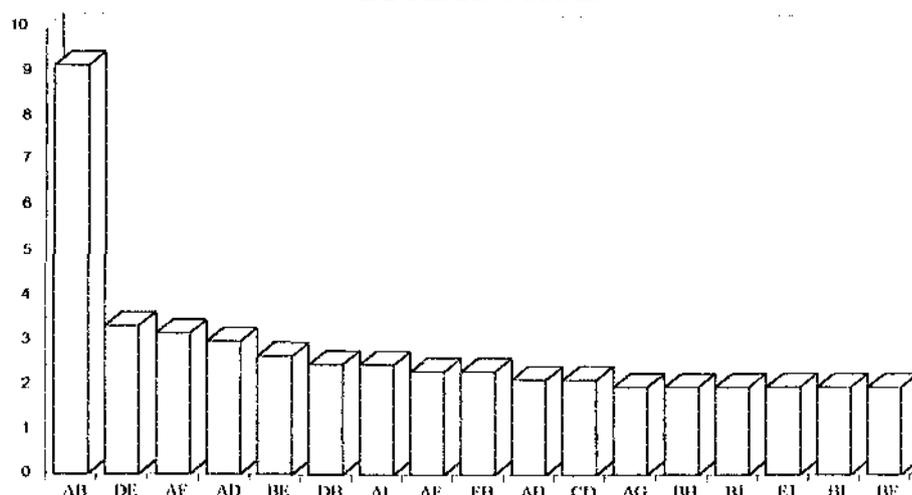


FIGURA 19- Representação gráfica da associação de 2 sintomas simultâneos com valores acima de 1,99%. São os seguintes os sintomas representados: AB- ruído articular e dor na região da ATM, DE- dor de ouvido e dor de cabeça, AF- dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar, AD- dor na região da ATM e dor de ouvido, BE- ruído articular e dor de cabeça, AI- dor na região da ATM e aperta ou range dentes, AE- dor na região da ATM e dor de cabeça, EH- dor de cabeça e dor na nuca e pescoço, AH- dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço, CD- dor de ouvido e dor na face, AG- dor na região da ATM e dor muscular, BH- ruído articular e dor na nuca e pescoço, BJ- ruído articular e outros sintomas otológicos, EJ- dor de cabeça e outros sintomas otológicos, BI- ruído articular e aperta ou range dentes, BF ruído articular e dificuldade ou dor ao mastigar.

Estudamos a presença de 02 sintomas simultâneos quanto à incidência por faixa etária e por sexo apenas para frequências maiores do que 2,5%. Valores abaixo deste critério são pouco representativos considerando-se o tamanho da nossa amostra.

A Tabela 18 e 19 mostram respectivamente a distribuição por número de pacientes e por percentual proporcional à frequência da associação de dois sintomas simultâneos por sexo e faixa etária.

As Figuras de 20 à 24 representam graficamente, por barras, os resultados obtidos na Tabela 19.

TABELA 18- Incidência de dois sintomas simultâneos acima de 2,5%. Distribuição por número de pacientes quanto ao sexo e faixa etária.

	RUIDO ARTICULAR E DOR NA REGIÃO DA ATM		DOR DE OUVIDO E DOR DE CABEÇA		DOR NA REGIÃO DA ATM E DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR	
	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	0	0	1	0	1
10-19 2ª década	6	3	2	0	4	1
20-29 3ª década	18	7	7	0	9	1
30-39 4ª década	14	1	6	1	2	0
40-49 5ª década	4	0	1	1	1	0
50-59 6ª década	1	0	1	0	0	0
7ª década ou maior	1	0	0	0	0	0
total	44	11	17	3	16	3

	DOR NA REGIÃO DA ATM E DOR DE OUVIDO		RUIDO ARTICULAR E DOR DE CABEÇA	
	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	0	0	0
10-19 2ª década	3	0	3	0
20-29 3ª década	7	1	6	0
30-39 4ª década	3	1	3	0
40-49 5ª década	1	0	4	0
50-59 6ª década	2	0	0	0
7ª década ou maior	0	0	0	0
total	16	2	16	0

TABELA 19- Incidência de dois sintomas simultâneos acima de 2,5%. Distribuição por percentual proporcional considerando-se isoladamente cada sexo quanto ao gênero e faixa etária. Estes valores foram analisados estatisticamente através da análise das proporções ao nível de 5% e não houve diferença significativa quanto ao sexo em nenhuma faixa etária.

	RUIDO ARTICULAR E DOR NA REGIÃO DA ATM- %		DOR DE OUVIDO E DOR DE CABEÇA-%		DOR NA REGIÃO DA ATM E DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR-%	
	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	0	0	0,97	0	0,97
10-19 2ª década	1,20	2,91	0,40	0	0,40	0,97
20-29 3ª década	3,62	6,79	1,40	0	1,81	0,97
30-39 4ª década	2,81	0,97	1,20	0,97	0,40	0
40-49 5ª década	0,80	0	0,20	0,97	0,20	0
50-59 6ª década	0,20	0	0,20	0	0	0
7ª década ou maior	0,20	0	0	0	0	0
total	8,85	10,67	3,42	2,91	2,81	2,91

TABELA 19- Continuação

	DOR NA REGIÃO DA ATM E DOR DE OUVIDO-%		RÚIDO ARTICULAR E DOR DE CABEÇA-%	
	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	0	0	0
10-19 2ª década	0.60	0	0.60	0
20-29 3ª década	0.40	0.97	1.20	0
30-39 4ª década	0.60	0.97	0.60	0
40-49 5ª década	0.20	0	0.80	0
50-59 6ª década	0.40	0	0	0
7ª década ou maior	0	0	0	0
total	3.21	1.94	3.21	0

RÚIDO ARTICULAR E DOR NA REGIÃO DA ATM

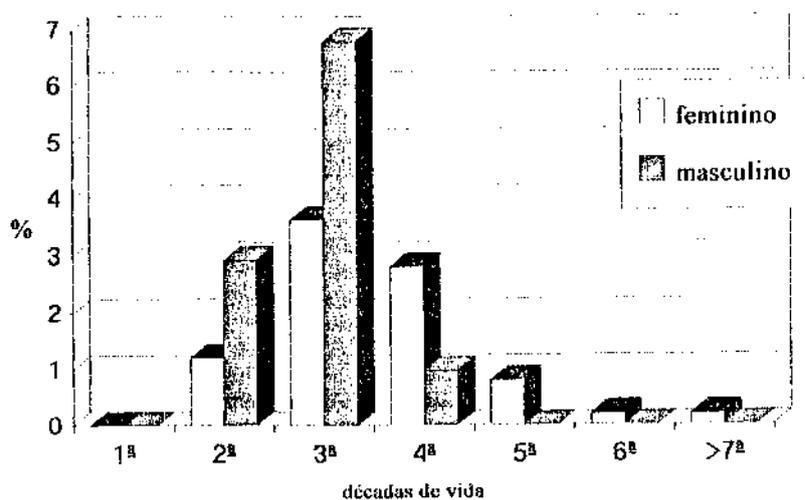


FIGURA 20- Comparação percentual da distribuição dos sintomas "ruído articular e dor na região da ATM" simultaneamente entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida.

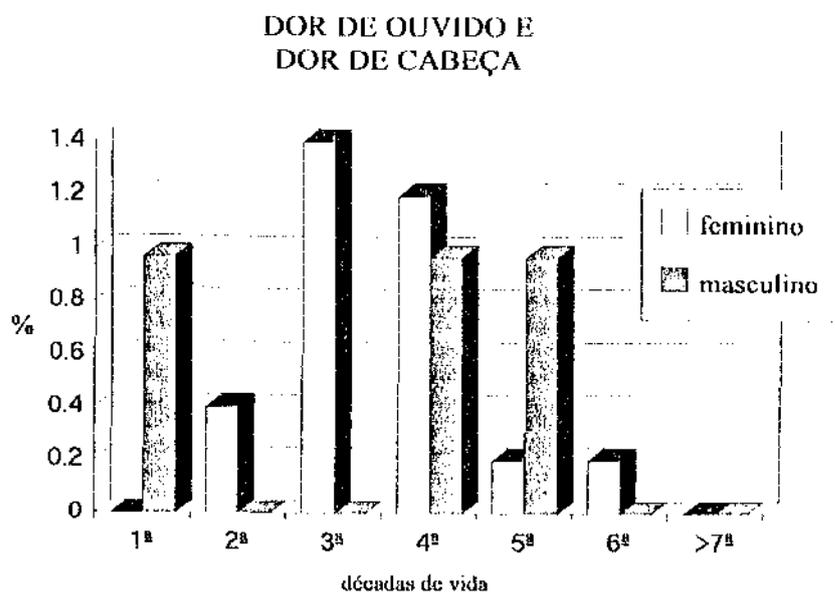


FIGURA 21- Comparação percentual da distribuição dos sintomas "dor de ouvido e dor de cabeça" simultaneamente entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida.

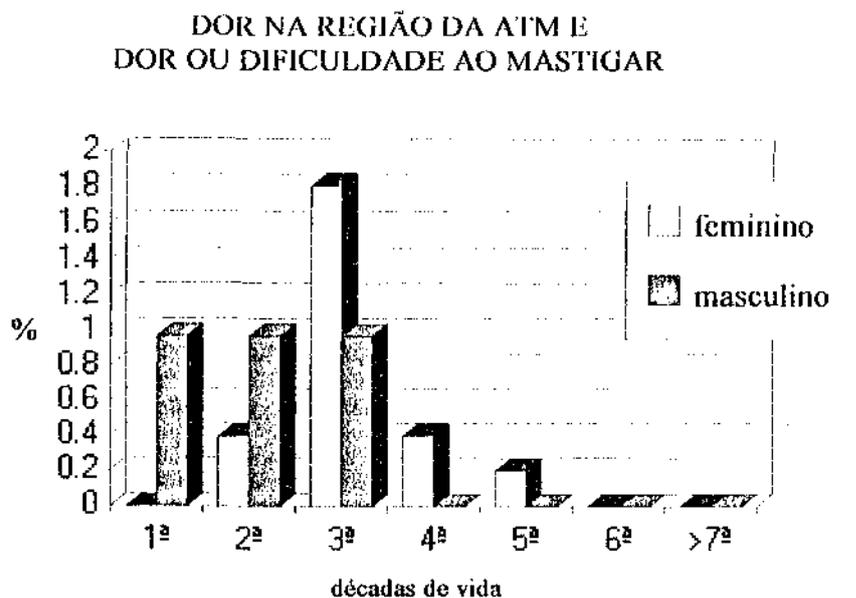


FIGURA 22- Comparação percentual da distribuição dos sintomas "dor na região da ATM e dor ou dificuldade para mastigar" simultaneamente entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida.

DOR NA REGIÃO DA ATM E DOR DE OUVIDO

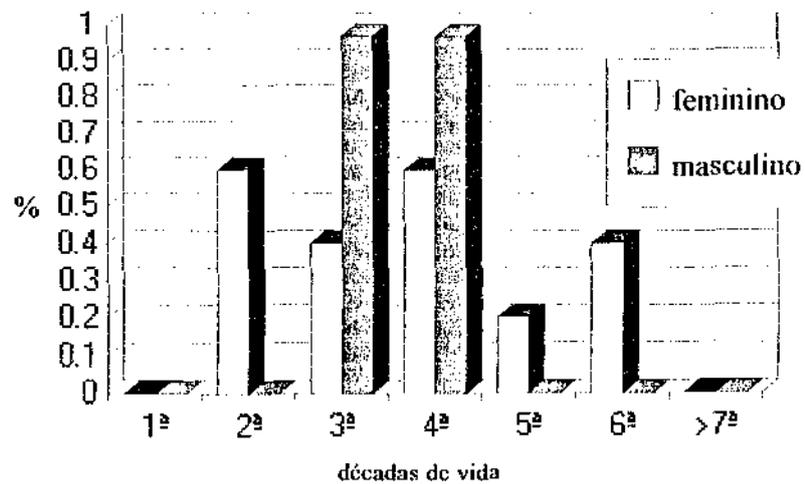


FIGURA 23- Comparação percentual da distribuição dos sintomas "dor na região da ATM e dor de ouvido" simultaneamente entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida.

RUÍDO ARTICULAR E DOR DE CABEÇA

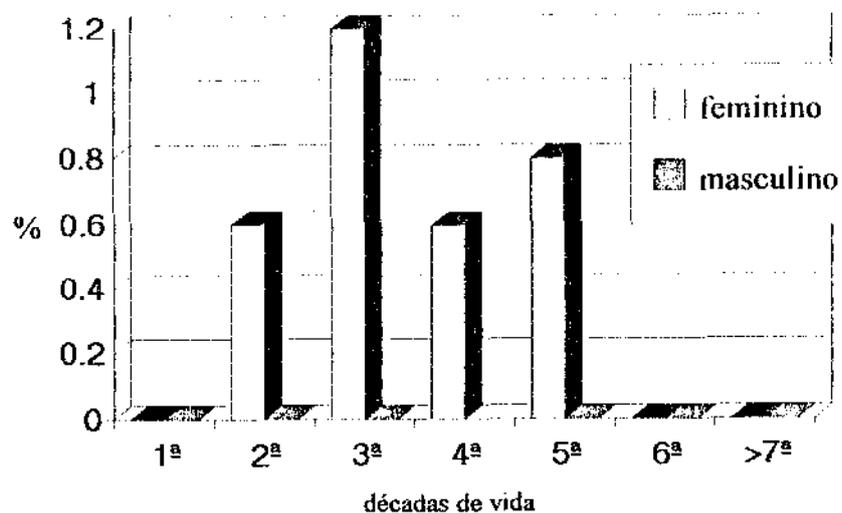


FIGURA 24- Comparação percentual da distribuição dos sintomas "ruído articular e dor de cabeça" simultaneamente entre os dois sexos e quanto à faixa etária por décadas de vida.

5.8- Incidência e distribuição da associação de três sintomas simultâneos

Estudamos também a frequência de três sintomas simultâneos. Para estabelecermos quais os sintomas que deveriam ser relacionados, baseamo-nos na frequência de dois sintomas associados (acima de 1,99%) e os relacionamos com todos os outros sintomas.

Os resultados obtidos, quanto ao número total de pacientes, apresentam-se na Tabela 20. A leitura desta Tabela é feita pela intersecção da linha horizontal, que representa a associação de dois sintomas, com a coluna vertical, que representa o terceiro sintoma. O primeiro número refere-se ao número de pacientes que apresentavam associação simultânea de três sintomas e o segundo número, separado por uma barra, representa o percentual sobre o total de 600 pacientes, isto é, as mulheres mais os homens. Citamos como exemplo de utilização da Tabela: desejamos saber qual a frequência dos sintomas: ruído articular, dor de cabeça e dor na região da ATM. O resultado apresenta-se pela intersecção da coluna que representa os dois primeiros sintomas com a linha horizontal que representa o último. Temos como resultado 5 pacientes representando 0,83% em 600 pacientes.

As Tabelas 21 e 22 são respectivamente os resultados da relação entre os três sintomas simultâneos quanto ao sexo feminino e masculino. Os cálculos percentuais apresentados são proporcionais à cada sexo dentro do seu próprio grupo.

A associação deste grupo de sintomas estudados possibilitou a elaboração da lista apresentada a seguir. A associação simultânea de três sintomas foi organizada em ordem decrescente de frequência. Os valores nulos não foram citados.

TABELA 21- Associação de três sintomas simultâneos no sexo feminino. O primeiro número refere-se ao número de pacientes que apresentaram cada associação, o segundo número refere-se ao cálculo percentual considerando-se apenas as mulheres. Os sintomas estão aqui representados por letras : A- dor na região da ATM, B- ruído articular, C- dor na face, D- dor de ouvido, E- dor de cabeça, F- dificuldade ou dor ao mastigar, G- dor muscular, H- dor na nuca e pescoço, I- dificuldade ou dor ao abrir a boca, J- outros sintomas otológicos, K-travamento eventual, L- ruído ao mastigar, M- sub-luxação, N-limitação de abertura permanente, O- aperta ou range dentes, P- dor em abertura forçada, Q- cansaço muscular, R- luxação, S- inchaço na região da ATM, T- dor, sensibilidade, ou dentes desgastados, U-desvio de abertura, V-dificuldade em falar, X- dor no olho, Y- dificuldade ou dor ao deglutir.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	Y	
ruído articular e dor na região da ATM	-	-	1/0.20	3/0.60	2/0.40	6/1.20	2/0.40	3/0.60	0	3/0.60	2/0.40	0	1/0.20	0	2/0.40	0	0	0	0	2/0.40	0	0	0	0	
dor de ouvido e dor de cabeça	2/0.40	2/0.40	3/0.60	-	-	1/0.20	0	3/0.60	0	1/0.20	1/0.20	0	0	0	0	0	0	0	1/0.20	0	0	0	0	0	
na região da ATM e dif. ou dor ao mastigar	-	3/0.60	0	1/0.20	1/0.20	-	0	1/0.20	0	0	2/0.40	0	0	0	3/0.60	0	0	0	0	0	0	0	0	1/0.20	
dor na região da ATM e dor de ouvido	-	3/0.60	1/0.20	-	2/0.40	1/0.20	1/0.20	2/0.40	1/0.20	1/0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e dor de cabeça	5/1.00	-	0	2/0.40	-	4/0.80	0	2/0.40	0	3/0.60	0	0	0	0	0	1/0.20	2/0.40	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e dor de ouvido	3/0.60	-	1/0.20	-	2/0.40	0	1/0.20	4/0.80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
na região da ATM e aperta ou range dentes	-	2/0.40	0	0	0	3/0.60	1/0.20	0	0	0	1/0.20	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor na região da ATM e dor de cabeça	-	0	0	2/0.40	-	1/0.20	0	3/0.60	0	0	1/0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor de cabeça e dor na nuca e pescoço	3/0.60	2/0.40	1/0.20	3/0.60	-	0	0	-	0	3/0.60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
na região da ATM e dor na nuca e pescoço	-	0	2/0.40	2/0.40	3/0.60	1/0.20	1/0.20	-	0	0	0	0	1/0.20	0	0	1/0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor de ouvido e dor na face	1/0.20	1/0.20	-	-	3/0.60	0	0	2/0.40	0	2/0.40	0	0	0	0	0	0	0	0	1/0.20	0	0	0	0	0	0
dor na região da ATM e dor muscular	-	2/0.40	0	1/0.20	0	0	-	1/0.20	1/0.20	0	1/0.20	0	0	0	1/0.20	0	1/0.20	0	0	2/0.40	0	0	0	0	0
ruído articular e dor na nuca e pescoço	3/0.60	-	1/0.20	4/0.80	2/0.40	0	1/0.20	-	0	0	2/0.40	0	1/0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e outros sintomas otológicos	3/0.60	-	0	0	4/0.80	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor de cabeça e outros sintomas otológicos	3/0.60	0	1/0.20	1/0.20	-	0	0	3/0.60	0	-	0	0	0	0	0	0	1/0.20	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e aperta ou range dentes	2/0.40	-	1/0.20	0	0	0	1/0.20	0	0	0	0	0	1/0.20	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
do articular e dificuldade ou dor ao mastigar	3/0.60	-	0	0	4/0.80	-	0	1/0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	1/0.20	0	0	0	0	0	0	0	0



TABELA 22- Associação de três sintomas simultâneos no sexo masculino. O primeiro número refere-se ao número de pacientes que apresentaram cada associação, o segundo número refere-se ao cálculo percentual considerando-se apenas os homens. Os sintomas estão aqui representados por letras: A- dor na região da ATM, B- ruído articular, C- dor na face, D- dor de ouvido, E- dor de cabeça, F- dificuldade ou dor ao mastigar, G- dor muscular, H- dor na nuca e pescoço, I- dificuldade ou dor ao abrir a boca, J- outros sintomas otológicos, K- travamento eventual, L- ruído ao mastigar, M- sub-luxação, N- limitação de abertura permanente, O- aperta ou range dentes, P- dor em abertura forçada, Q- cansaço muscular, R- luxação, S- inchaço na região da ATM, T- dor, sensibilidade, ou dentes desgastados, U- desvio de abertura, V- dificuldade em falar, X- dor no olho, Y- dificuldade ou dor ao deglutir.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	Y
ruído articular e dor na região da ATM	-	-	2 1,94	0	0	1 0,97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 0,97	0	0	0	0	0	0	0
dor de ouvido e dor de cabeça	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor na região da ATM e dif ou dor ao mastigar	-	1 0,97	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	1 0,97	1 0,97	0	0	0	0	0	0	0	0
dor na região da ATM e dor de ouvido	-	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e dor de cabeça	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e dor de ouvido	0	-	0	0	0	0	0	0	0	1 0,97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.ª na região da ATM e aperta ou range dentes	-	1 0,97	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor na região da ATM e dor de cabeça	-	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor de cabeça e dor na nuca e pescoço	0	0	0	0	-	0	0	-	0	1 0,97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor de cabeça e dor na nuca e pescoço	-	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.ª na região da ATM e dor na nuca e pescoço	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor de ouvido e dor na face	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor na região da ATM e dor muscular	-	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e dor na nuca e pescoço	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e outros sintomas otológicos	2 1,94	-	0	1 0,97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e outros sintomas otológicos	0	0	0	1 0,97	-	0	0	0	1 0,97	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dor de cabeça e outros sintomas otológicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e aperta ou range dentes	1 0,97	-	0	0	0	1 0,97	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruído articular e dificuldade ou dor ao mastigar	0	-	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RELAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE 3 SINTOMAS SIMULTÂNEOS

- 1,16% ruído articular e dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar
- 0,83% ruído articular e outros sintomas otológicos e dor na região da ATM
- 0,83% ruído articular e dor de cabeça e dor na região da ATM
- 0,66% ruído articular e outros sintomas otológicos e dor de cabeça
- 0,66% ruído articular e dor na nuca e pescoço e dor de ouvido
- 0,66% ruído articular e dor de cabeça e dificuldade ou dor ao mastigar
- 0,66% dor na região da ATM e aperta ou range dentes e dificuldade ou dor ao mastigar
- 0,66% dor de cabeça e dor na nuca e pescoço e outros sintomas otológicos
- 0,66% dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar e ruído articular
- 0,50% ruído articular e dor na nuca e pescoço e dor na região da ATM
- 0,50% ruído articular e dor de ouvido e dor na região da ATM
- 0,50% ruído articular e dor de cabeça e outros sintomas otológicos
- 0,50% ruído articular e dificuldade ou dor ao mastigar e dor na região da ATM
- 0,50% ruído articular e aperta ou range dentes e dor na região da ATM
- 0,50% dor de ouvido e dor de cabeça e dor na face
- 0,50% dor de cabeça e outros sintomas otológicos e dor na nuca e pescoço
- 0,50% dor de cabeça e outros sintomas otológicos e dor na região da ATM
- 0,50% dor de cabeça e dor na nuca e pescoço e dor de ouvido
- 0,50% dor de cabeça e dor na nuca e pescoço e dor na região da ATM
- 0,50% ruído articular e dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço
- 0,50% ruído articular e dor na região da ATM e dor na face.
- 0,50% ruído articular e dor na região da ATM e dor de ouvido
- 0,50% dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço e dor de cabeça
- 0,50% dor na região da ATM e aperta ou range dentes e ruído articular
- 0,50% dor de ouvido e dor na face e dor de cabeça
- 0,50% dor de ouvido e dor de cabeça e dor na nuca e pescoço
- 0,33% ruído articular e dor na nuca e pescoço e dor de cabeça
- 0,33% ruído articular e dor na nuca e pescoço e travamento eventual
- 0,33% ruído articular e dor de ouvido e dor de cabeça
- 0,33% ruído articular e dor de cabeça e dor na nuca e pescoço
- 0,33% ruído articular e dor de cabeça e cansaço muscular
- 0,33% dor de ouvido e dor na face e outros sintomas otológicos
- 0,33% dor de cabeça e outros sintomas otológicos e dor de ouvido
- 0,33% dor de cabeça e dor na nuca e pescoço e ruído articular
- 0,33% ruído articular e dor na região da ATM e aperta ou range dentes
- 0,33% ruído articular e dor na região da ATM e travamento eventual
- 0,33% ruído articular e dor na região da ATM e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
- 0,33% ruído articular e dor na região da ATM e dor de cabeça
- 0,33% dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço e dor de ouvido
- 0,33% dor na região da ATM e dor de ouvido e dor na nuca e pescoço
- 0,33% dor de ouvido e dor na face e dor na nuca e pescoço
- 0,33% dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço e dor na face
- 0,33% dor na região da ATM e dor muscular e ruído articular
- 0,33% dor na região da ATM e dor muscular e dor, sensibilidade, ou dentes desgastados
- 0,33% dor na região da ATM e dor de ouvido e dor de cabeça
- 0,33% dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar e travamento eventual
- 0,17% ruído articular e outros sintomas otológicos e dor na face
- 0,17% ruído articular e dor de cabeça e dor em abertura forçada
- 0,17% ruído articular e outros sintomas otológicos e cansaço muscular
- 0,17% ruído articular e dor na nuca e pescoço e sub-luxação
- 0,17% ruído articular e dor na nuca e pescoço e dor na face

0,17% ruído articular e dor na nuca e pescoço e dor muscular
 0,17% ruído articular e dor de ouvido e outros sintomas otológicos
 0,17% ruído articular e dor de ouvido e dor na face
 0,17% ruído articular e dor de ouvido e dor muscular
 0,17% ruído articular e dificuldade ou dor ao mastigar e dor na nuca e pescoço
 0,17% ruído articular e dificuldade ou dor ao mastigar e cansaço muscular
 0,17% ruído articular e aperta ou range dentes e sub-luxação
 0,17% ruído articular e aperta ou range dentes e dor muscular
 0,17% ruído articular e aperta ou range dentes e dificuldade ou dor ao mastigar
 0,17% dor de ouvido e dor na face e ruído articular
 0,17% dor de ouvido e dor na face e inchaço na região da ATM
 0,17% dor de ouvido e dor na face e dor na região da ATM
 0,17% dor de cabeça e outros sintomas otológicos e dificuldade ou dor ao abrir a boca
 0,17% dor de cabeça e outros sintomas otológicos e cansaço muscular
 0,17% dor de cabeça e dor na nuca e pescoço e dor na face
 0,17% ruído articular e dor na região da ATM e sub-luxação
 0,17% ruído articular e aperta ou range dentes e dor na face
 0,17% ruído articular e dor na região da ATM e cansaço muscular
 0,17% dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço e sub-luxação
 0,17% dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço e dor muscular
 0,17% dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço e dificuldade ou dor ao mastigar
 0,17% dor na região da ATM e dor na nuca e pescoço e dor em abertura forçada
 0,17% dor na região da ATM e dor muscular e travamento eventual
 0,17% dor na região da ATM e dor muscular e dor na nuca e pescoço
 0,17% dor na região da ATM e dor muscular e dificuldade ou dor ao abrir a boca
 0,17% dor na região da ATM e dor muscular e cansaço muscular
 0,17% dor na região da ATM e dor muscular e aperta ou range dentes
 0,17% dor na região da ATM e dor de ouvido e outros sintomas otológicos
 0,17% dor na região da ATM e dor de ouvido e dificuldade ou dor ao abrir a boca
 0,17% dor na região da ATM e dor de cabeça e travamento eventual
 0,17% dor na região da ATM e aperta ou range dentes e travamento eventual
 0,17% dor na região da ATM e aperta ou range dentes e dor muscular
 0,17% dor de ouvido e dor de cabeça e travamento eventual
 0,17% dor de ouvido e dor de cabeça e inchaço na região da ATM
 0,17% dor de ouvido e dor de cabeça e ruído ao mastigar
 0,17% dor de ouvido e dor de cabeça e dificuldade ou dor ao mastigar
 0,17% dor de cabeça e outros sintomas otológicos e dor na face
 0,17% dor na região da ATM e dor de ouvido e dor na face
 0,17% dor na região da ATM e dor de ouvido e dor muscular
 0,17% dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar e dor de ouvido
 0,17% dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar e dor de cabeça
 0,17% dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar e dor em abertura forçada
 0,17% dor na região da ATM e dificuldade ou dor ao mastigar e dificuldade ou dor ao deglutir

O estudo da relação e incidência por sexo e faixa etária só foi realizado na associação de três sintomas simultâneos para frequência acima de 0,83%. Os resultados são apresentados nas Tabelas 23 e 24, respectivamente fornecendo o número de pacientes e as porcentagens proporcionais.

TABELA 23 - Valores numéricos da incidência das principais associações de três sintomas simultâneos quanto à faixa etária e o sexo.

	RUIXO ARTICULAR E DOR NA REGIÃO DA ATM E DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR		RUIXO ARTICULAR E DOR NA REGIÃO DA ATM E DOR DE CABEÇA		RUIXO ARTICULAR E DOR NA REGIÃO DA ATM E OUTROS SINTOMAS OTOLÓGICOS	
	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	0	0	0	0	0
10-19 2ª década	0	0	1	0	0	0
20-29 3ª década	2	1	1	0	0	2
30-39 4ª década	0	0	1	0	2	0
40-49 5ª década	1	0	2	0	0	0
50-59 6ª década	0	0	0	0	0	0
7ª década ou maior	0	0	0	0	1	0
total	3	1	5	0	3	2

TABELA 24 - Valores percentuais proporcionais à cada sexo da incidência das principais associações de três sintomas simultâneos quanto à faixa etária e o sexo.

	RUIXO ARTICULAR E DOR NA REGIÃO DA ATM E DIFICULDADE OU DOR AO MASTIGAR		RUIXO ARTICULAR E DOR NA REGIÃO DA ATM E DOR DE CABEÇA		RUIXO ARTICULAR E DOR NA REGIÃO DA ATM E OUTROS SINTOMAS OTOLÓGICOS	
	F	M	F	M	F	M
0-9 1ª década	0	0	0	0	0	0
10-19 2ª década	0	0	0,20	0	0	0
20-29 3ª década	0,40	0,97	0,20	0	0	1,94
30-39 4ª década	0	0	0,20	0	0,4	0
40-49 5ª década	0,20	0	0,40	0	0	0
50-59 6ª década	0	0	0	0	0	0
7ª década ou maior	0	0	0	0	0,2	0
total	0,60	0,97	1,00	0	0,60	1,94

6- DISCUSSÃO

Os estudos epidemiológicos podem em geral ser divididos em dois grandes grupos. O primeiro formado por aqueles que estudam populações de indivíduos não pacientes, isto é, que fazem parte de uma determinada comunidade mas que não são referidos, inicialmente, como pertencentes à uma amostra específica de pessoas com disfunção craniomandibular, mas que podem apresentá-la. São trabalhos que procuram estabelecer a frequência de disfunção nestes indivíduos. São exemplos destas pesquisas os artigos publicados pelos seguintes autores: Helkimo²², 1974, Hansson & Nilner²¹, 1975; Molin et al.⁴⁰, 1976; Solberg et al.⁶¹, 1979; Swanljung & Rantanen⁶², 1979; Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986.

O segundo grupo de estudos epidemiológicos são aqueles que estudam populações que apresentam disfunções craniomandibulares diagnosticadas. São pacientes atendidos principalmente em Universidades (Agerberg & Carlsson³, 1975; Butler et al.⁹, 1975; Kopp³⁵, 1977; Helöe²⁴, 1979; Carlsson & et al.¹¹, 1982; Or⁴⁷, 1982; Wedel & Carlsson⁶⁸, 1983) e em clínicas privadas (Helöe²⁴, 1979; Farman et al.¹⁵, 1982; Gelb & Bernstein¹⁸, 1983; Gross & Gale²⁰, 1983; Rieder et al.⁵², 1983).

Trata-se, portanto, de amostras muito diferentes umas das outras, proporcionando resultados também bastante diferentes, difíceis de serem comparados entre si. Mesmo aqueles trabalhos que estudam amostras semelhantes, em geral, não utilizam da mesma metodologia, e conseqüentemente não podem ser comparados.

Entretanto todas estas pesquisas têm se mostrado complementares, assegurando, nas últimas décadas, um melhor entendimento das etiologias e do comportamento das disfunções craniomandibulares.

De acordo com nossa proposta, apesar de estarmos estudando apenas pacientes que apresentam disfunção, consideramos na revisão da literatura, bem como na discussão dos resultados, os trabalhos que abordam amostras consideradas inicialmente

como de não pacientes, além dos trabalhos que estudaram pacientes com disfunção diagnosticada.

As observações resultantes deste levantamento permitiram delinear o comportamento desta afecção nas duas amostras.

Lembramos que nosso trabalho teve como objetivo estudar um aspecto bastante restrito das disfunções craniomandibulares: as queixas principais de pacientes com disfunção, isto é, os sintomas subjetivos, relatados durante a anamnese, que os levaram à procura de tratamento. Todos são pacientes do Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP.

Apesar de todos os pacientes terem sido tratados neste Centro, não tivemos por objetivo incluir aqui nenhuma consideração quanto ao diagnóstico diferencial nem ao tipo de tratamento utilizado. Apenas nos preocupamos em estabelecer as frequências das queixas principais e seus interrelacionamentos. Os sintomas mais frequentes foram estudados em relação ao sexo e à faixa etária. Desde que não houve a preocupação de relacionar os sintomas subjetivos a um diagnóstico, não nos preocupamos em subdividir os pacientes de acordo com o tipo de disfunção: muscular, articular ou degenerativa, porque apesar de terem etiologias diferentes e necessitarem de tratamentos específicos, todos são genericamente classificados como disfunções craniomandibulares.

O levantamento bibliográfico que realizamos demonstrou a utilização de metodologias diferentes. Poucos trabalhos utilizaram-se exclusivamente de questionários (Agerberg & Carlsson¹, 1972), outros apenas de exames clínicos (Helöe & Helöe²⁶, 1975; Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986), sendo que a maioria das pesquisas utilizaram questionários e foram complementadas por exames clínicos (Agerberg & Carlsson², 1973; Helkimo²³, 1974; Hansson & Nilner²¹, 1975; Molin et al.⁴⁰, 1976; Helöe & Helöe²⁷, 1978; Solberg et al.⁶¹, 1979; Campbell et al.¹⁰, 1982; Carlsson et al.¹¹, 1982; Lederman & Clayton³⁶, 1982; Or⁴⁷, 1982; Rieder et al.⁵², 1983; Wänman &

Agerberg⁶⁷, 1986; Magnusson et al.³⁸, 1986; Dahl et al.¹³, 1988; Ohno et al.⁴⁵, 1988; Tervonen & Knuutila⁶³, 1988).

Alguns autores estabeleceram quais os sintomas que seriam estudados (Helöe²⁴, 1979; Rao & Rao⁵¹, 1981; Campbell et al.¹⁰, 1982; Könönen et al.³⁴, 1987; Riolo et al.⁵³, 1987; Rothwell⁵⁴, 1987; Dworkin et al.¹⁴, 1990), outros reconheceram todos os sintomas relatados pelos pacientes (Molin et al.⁴⁰, 1976; Solberg et al.⁶¹, 1979; Swanljung & Rantanen⁶², 1979; Carlsson et al.¹¹, 1982; Farman et al.¹⁵, 1982; Wänman & Agerberg⁶⁵, 1986; Isacson et al.²⁹, 1989; Westling et al.⁶⁹, 1990).

Em função das razões expostas, nosso trabalho só pode ser comparado à outros de forma parcial e relativa, pois não temos referência de algum autor que tivesse adotado a mesma metodologia.

Apenas alguns de nossos resultados puderam ser comparados entre si, como a comparação de frequência de um determinado sintoma em relação ao sexo e à faixa etária. Nestes casos os resultados foram submetidos à análise estatística das proporções ao nível de significância de 5%, que normalmente é o utilizado em bioestatística (Beiguelman⁵, 1988).

Todos os resultados que não puderam ser comparados pelo método das proporções foram analisados por intermédio da estatística descritiva.

Para facilitar a leitura, subdividimos nossa discussão em tópicos, com a mesma seqüência que foram apresentados no capítulo de resultados.

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AO SEXO

A distribuição de pacientes com disfunção craniomandibular, quanto ao sexo, tem sido motivo de grande esforço de pesquisa e de especulações para justificar os dados encontrados.

Desde que se tem estudado as disfunções epidemiologicamente, tem se observado que as mulheres apresentam uma proporção absolutamente maior.

Uma forma de procurar as causas desta diferença foi estudar populações não pacientes. Os resultados obtidos geraram ainda mais dúvidas, uma vez que estes trabalhos não observam diferenças de frequência de disfunção entre homens e mulheres.

Os autores procuraram justificativas sociais, de comportamento, psicológicas e biológicas.

Mais recentemente, provavelmente pelo aprimoramento dos métodos de estudos epidemiológicos e pelo aparecimento de índices de disfunção mais precisos, tem havido uma tendência, apesar de não ser ainda bem compreendida, de aceitar as mulheres como sendo mais susceptíveis às disfunções.

Pudemos observar com nossos resultados: do total de 600 pacientes, 497 foram do sexo feminino o que corresponde à 82,83% do total da amostra, e 103 pacientes do sexo masculino, correspondendo à 17,17%.

Estudando populações não pacientes, Carlsson et al.¹¹, 1982, encontraram a proporção de disfunção de 1:1 quanto ao sexo, e observaram que os sintomas reportados não apresentaram diferenças nem quantitativa nem qualitativa quanto ao gênero.

Quando são estudadas amostras de pacientes com disfunção, nossos resultados mostraram-se semelhantes aos encontrados por outros autores. A revisão da literatura nos ofereceu os seguintes resultados: Schwartz⁵⁸, 1960, 83% feminino e 17% masculino; Agerberg & Carlsson³, 1975, 88% feminino e 12% masculino; Butler, et al.⁹, 1975, 84% feminino e 16% masculino; Helöe & Helöe²⁶, 1975, 74,6% feminino e 25,4% masculino; Molin et al.⁴⁰, 1976, 84,5% feminino e 15,5% masculino; Smith⁵⁹, 1976, proporção favorável às mulheres de 5:1; Kopp³⁵, 1977, 74% feminino e 26% masculino; Carlsson et al.¹¹, 1982, 68% feminino e 32% masculino; Farman et al.¹⁵, 1982, 88,4% feminino e 11,6% masculino; Or⁴⁷, 1982, 75,2% feminino e 24,8% masculino; Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, 73% feminino e 27% masculino; Wedel &

Carlsson⁶⁸, 1983, 68,1% feminino e 31,9% masculino; Rothwell⁵⁴, 1987, 82,5% feminino e 17,5% masculino; Brunetti & Oliveira⁶, 1992, estudando 1133 pacientes atendidos no Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular de São José dos Campos, observaram que 83,71% dos pacientes eram do sexo feminino e 16,29% do sexo masculino.

Apenas Dworkin¹⁴, 1990, encontraram uma relação superior para homens em relação à mulheres. Os autores estudaram dois grupos de pacientes com disfunção: um grupo que havia procurado por tratamento apresentou uma relação entre o sexo masculino e feminino de 5:1, e um outro grupo de pacientes também com disfunção mas que não havia procurado por tratamento. Neste segundo grupo a relação foi de 3:1.

Agerberg & Carlsson¹, 1972, sugerem que as mulheres são mais conscienciosas com os problemas de saúde do que os homens, portanto procuram mais por tratamentos médicos e odontológicos.

Behnsilian⁴, 1974, também é concorde em afirmar que, em resposta aos estressores da vida moderna, as mulheres são emocionalmente mais lábeis.

Smith⁵⁹, 1976, acredita que as mulheres estão mais expostas aos cuidados médicos em função de sua própria saúde bem como da dos filhos.

Gelb¹⁶, 1977, lembra que as alterações hormonais que podem ocorrer no sexo feminino têm a capacidade de modificar os limiares de reposta ao estresse.

Helöe & Helöe²⁷, 1978, estudando pessoas de uma faixa etária mais alta, entre 65-79 anos, observaram uma incidência de sinais objetivos de disfunção semelhante nos dois sexos, mas as mulheres mostraram maior frequência em reportar sintomas subjetivos.

Helöe & Helöe²⁸, 1979, e Dworkin et al.¹⁴, 1990, sugerem que as mulheres apresentam uma maior incidência de doenças psicossomáticas. Em virtude de ser este um fator etiológico fundamental no desencadeamento da disfunção miofascial e

importante nas disfunções craniomandibulares, seria esta a razão, segundo estes autores, da maior concentração de mulheres em clínicas de disfunção.

Solberg et al.⁶¹, 1979, observaram em população de indivíduos jovens não pacientes, que o dobro de homens apresentavam-se livres de qualquer sinal ou sintoma de disfunção em relação as mulheres.

Sá Lima⁵⁶, 1980, concluiu em suas observações que as mulheres apresentaram uma maior prevalência de disfunção.

Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986, de forma semelhante, também estabeleceram um maior índice de disfunção nas mulheres estudadas, especialmente em relação à sensibilidade dos músculos à palpação.

Dworkin et al.¹⁴, 1990, também observaram um maior índice de disfunção para as mulheres, principalmente em relação à sensibilidade dos músculos da mastigação e ATM, assim como Lundeen et al.³⁷, 1986, que tiveram como resultado um maior índice de dor reportada, dor à palpação, limitação do grau de movimento e disfunção articular. Estes autores confiam ser esta a razão por uma maior procura pelas mulheres por tratamento.

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO À IDADE

A idade dos pacientes que analisamos variou entre 8 e 72 anos para o sexo feminino e de 8 a 55 anos para o sexo masculino.

Quando subdividimos os pacientes por décadas de vida, observamos uma concentração marcante na terceira década, (40,67%), seguidos pela quarta (25%), e segunda década (19,47%). Houve um declínio acentuado de pacientes após a sexta década (Tabelas 1, 2 e 3 e Figuras 1, 2, 3 e 4).

Quando comparamos a incidência por sexo temos como resultado uma alta concentração na terceira década de vida, sendo que as mulheres apresentaram uma maior incidência nesta faixa etária (41,24% e 37,86%). Os homens mostraram uma

tendência de apresentar disfunção mais precocemente, com maior representação na segunda década (25,24% e 18,30%).

A concentração de mulheres durante a quarta década foi maior do que dos homens, 25,95% e 20,29%, demonstrando a tendência de haver um aparecimento mais tardio ou de manutenção dos sintomas por mais tempo.

A concentração etária de cada sexo influenciou fortemente a média de idade. Os homens apresentaram um valor mais baixo do que as mulheres, respectivamente 22,8 anos e 28,6 anos.

A média geral de idade de 27,8 anos foi influenciada pelo maior número de mulheres (497) do que de homens (103).

Nossos resultados mostraram-se semelhantes à aqueles encontrados na literatura, com principal concentração entre a segunda e quarta décadas.

Embora a principal frequência ocorra entre a segunda e quarta décadas, há trabalhos que demonstram uma alta incidência de disfunção em outros grupos etários; Östeberg & Carlsson⁴⁸, 1979, observaram que 32%, de indivíduos com 70 anos de idade, apresentaram disfunção moderada ou severa. Por outro lado Vandercas⁶⁴, 1987, revendo a literatura quanto à presença de disfunção craniomandibular em crianças e adolescentes, concluiu ser alta, apesar de apresentar-se em grau moderado.

Schwartz⁵⁸, 1960, estudando pacientes que apresentavam disfunção, observou que a maior frequência ocorreu na terceira década tanto para homens como para mulheres, mas com tendência de ocorrer nos homens numa idade um pouco mais jovem.

Butler et al.⁹, 1975, obtiveram uma média de idade de 33 anos, com maior concentração entre a segunda e sexta décadas. Estes autores encontraram uma incidência de 31,1% na terceira década e uma relativa estabilidade nas outras faixas etárias: 16,9% na segunda década, 15,9% na quarta, 15% na quinta e 14,2% na sexta década.

Kopp³⁵, 1977, avaliou pacientes que apresentaram uma média de idade consideravelmente maior que a nossa, principalmente para os pacientes do sexo masculino, com valores de 40 anos e de 33 anos para as mulheres. As médias encontradas por Helöe²⁴, 1979, foram: 36 anos nos homens e 39,9 anos nas mulheres.

Nel⁴³, 1978, um terço dos pacientes pertenciam à terceira década.

Farman et al.¹⁵, 1982, e Or⁴⁷, 1982, também observaram a principal incidência de pacientes na terceira década, sendo que os últimos autores encontraram uma frequência de 57,3% nesta faixa etária. Dos pacientes estudados por Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, 69,5% tinham idade entre 21 e 50 anos, distribuídos uniformemente entre 20 e 40 anos de idade, sem prevalência por sexo.

Submetemos nossos resultados ao teste estatístico das proporções e não observamos diferença significativa na distribuição por sexo quanto à faixa etária.

NÚMERO DE SINTOMAS RELATADOS

O número de sintomas relatados pelos pacientes que estudamos variou de um a quatro sendo que, apenas um paciente relatou cinco sintomas diferentes.

Analisamos o número de sintomas reportados quanto ao sexo e faixa etária.

Observamos que os homens apresentaram uma frequência ligeiramente maior da queixa de um único sintoma ou da associação de dois sintomas, mas são ligeiramente superados quando reportam três ou quatro sintomas (Tabelas 5 e 6 e Figura 5). Do total de pacientes, 81,3% apresentaram um ou dois sintomas.

Hansson & Nilner²¹, 1975, encontraram que 30% de indivíduos não pacientes apresentaram dois ou mais sintomas clínicos. Swanljung & Rantanen⁶², 1979, observaram que 28% reportaram um sintoma, 16% dois sintomas, 8% três e 6% quatro ou mais. Mazengo & Kirveskari³⁹, 1991, observaram em sua amostra, também de indivíduos não pacientes, que 26% reportaram apenas um sintoma.

Influenciado provavelmente pela própria concentração etária de nossa amostra, a terceira e quarta décadas foram as que apresentaram as maiores frequências de sintomas isolados ou associados.

Não observamos diferença estatística quanto ao sexo ao nível de significância de 5%.

INCIDÊNCIA ISOLADA OU ASSOCIADA DOS SINTOMAS

Avaliando a presença isolada ou associada dos sintomas apresentados na Tabela 7, observamos que nenhum sintoma apresentou-se exclusivamente isolado, embora alguns deles tenham tido uma alta frequência isolada. A maior parte dos sintomas estão frequentemente associados a outros sintomas. Os sintomas isolados oferecem uma interpretação interessante porque trata-se da única queixa que levou o paciente a procurar por tratamento. Destaca-se como sintoma com alta frequência isolada a dor na região da ATM (16,66%), dor na face (5,6%), ruído articular (4,5%), dor de ouvido (3,16%).

Os sintomas ruído articular (30,5%), dor na região da ATM (25,33%), dor de ouvido (11,5%), dor de cabeça (10%) e dor na face (9,83%) foram os sintomas com maior frequência associada.

Estes resultados são muito interessantes, porque enfatizam que, independentemente de estarem ou não associados, estes são os principais sintomas de disfunção. Observamos que os quatro sintomas com maior frequência isolada são também os mais frequentemente associados.

FREQÜÊNCIA ISOLADA DOS PRINCIPAIS SINTOMAS DE DISFUNÇÃO

CRANIOMANDIBULAR

Observamos que o sintoma mais importante para o paciente, no relato de suas queixas, é a dor. Entre as dez mais frequentes queixas, a dor, em diferentes regiões,

aparece em oito delas (Tabela 8). Santos Jr.⁵⁷, 1980, enfatiza que a cabeça representa uma porção segmental do corpo onde se manifesta uma parte significativa de sofrimento humano.

Quando consideramos o número total de pacientes, o sintoma reportado com maior frequência foi dor na região da ATM, com 42%, seguido do ruídos articulares, 26,66%. Quando consideramos a amostra de pacientes do sexo feminino, isolada do sexo masculino, observamos que os dois principais sintomas mantêm uma ordem de frequência inalterada para as mulheres, mas os homens apresentaram um percentual maior de ruídos articulares com significância estatística.

Dores na face e dor de ouvido foram o terceiro e quarto sintomas mais frequentes tanto para os homens quanto para as mulheres. Dor de ouvido foi a quarta frequência para ambos os sexos, apesar de, nos homens estar também dividida com os sintomas: dificuldade ou dor ao mastigar e apertar ou ranger os dentes.

A quinta frequência de sintoma para as mulheres foi a dor de cabeça com 13,27%, ocorrendo com uma frequência maior que o dobro do que foi reportado pelos homens, 6,6%, mostrando diferença estatística significativa.

O sintoma, relatado pelos homens, de dificuldade ou dor ao mastigar em 10,47% dos casos, foi apenas ligeiramente superior aos resultados obtidos pelas mulheres, 9,49%, entretanto destacamos que o sintoma relatado pelos homens como o hábito de apertar ou ranger os dentes, foi apresentado por 10,47%, valor consideravelmente superior ao apresentado pelas mulheres, 7,8%, estatisticamente significativa.

Os valores apresentados por homens e mulheres, para o relato de sintomas otológicos outros além da dor de ouvido, que neste trabalho consideramos assim classificados: o tinido, a sensação de diminuição de audição ou de ouvido tapado, foram equivalentes aos dois sexos, com valores respectivos de 7,61% e 7,47%.

A dor muscular foi um sintoma mais frequente no sexo feminino, 9,29%, do que no sexo masculino, 4,76%.

O relato da ocorrência de travamentos eventuais, comuns nas alterações intra-articulares com deslocamento anterior de disco, mostrou ser mais freqüente no sexo feminino, com 4,84% contra 0,95%. Estes resultados mostraram significância estatística.

Subluxação foi um sintoma mais comum para os homens 4,76% contra 2,62%, assim como o relato de cansaço muscular e ruídos articulares ao mastigar, com valores respectivos de 3,8% contra 2,2% e 3,80% contra 2,82%.

Os outros sintomas ocorreram com freqüência bastante reduzida, difíceis de serem comparados devido ao tamanho da amostra.

Lembramos que todos os sintomas apareceram isoladamente ou em associação com até três outros. Nesta análise estamos apenas considerando sua presença ou ausência.

Observamos que os sintomas mais freqüentes reportados pelos pacientes, como suas queixas principais, são em geral comuns aos sintomas considerados por muitos autores como os principais das disfunções.

Como já consideramos, alguns estudos epidemiológicos revistos na literatura enfocaram também os achados clínicos. Apesar de não ter sido este nosso objetivo, podemos relacionar a sintomatologia com os sintomas objetivos de disfunção encontrados nestes trabalhos. Citamos, como exemplo, as sensibilidades à palpação dos músculos, referidos como um sinal clínico, por ser avaliada durante o exame clínico. Porém, o músculo mais sensível à palpação pode com freqüência mostrar-se sensível à movimentos funcionais ou espontaneamente, interpretada pelo paciente como uma dor muscular, facial ou de ouvido, dependendo do grupo de músculos afetados. Ressaltamos que a incidência de sintomatologia quando obtidas por intermédio de exame clínico, devem ter uma freqüência supostamente superiores, em comparação com os sintomas relatados espontaneamente.

Os sintomas considerados neste trabalho estão apresentados de forma relativamente decomposta, e poderiam sob outra análise gerar resultados diferentes. Nossa proposta foi procurar um meio termo. Consideramos que seria minuciosidade em demasia, por exemplo, no ítem dor muscular, decomparamos músculo a músculo, mas julgamos que pudesse ser importante separarmos os ruídos articulares que ocorrem ao abrir e fechar a boca daqueles que ocorrem durante a mastigação.

Embora cientes de que trabalhos com metodologia e considerações diferentes não podem ser comparados entre si, destacamos os principais sintomas estabelecidos pela literatura mundial.

Segundo Posselt⁴⁹, 1973, as principais perturbações funcionais do Sistema Mastigatório compreendem: diminuição de função, contratura dos músculos da mastigação e bruxismo. Estas alterações funcionais promovem toda a sintomatologia existente.

Smith⁶⁰, 1977, considera que as limitações dos movimentos mandibulares são os sintomas mais freqüentes das disfunções, e deveriam ser os primeiros a serem observados durante o exame clínico.

Gelb¹⁶, 1977, considera a dor como o sintoma mais freqüente. Dos pacientes avaliados por Nel⁴³, 1978, 67% apresentavam sensibilidade ou dor à palpação.

Morgan et al.⁴¹, 1979, consideram a dor proveniente dos músculos mastigatórios e da ATM e a restrição aos movimentos da mandíbula como os principais sintomas de disfunção.

Wänman & Agerberg⁶⁷, 1986, observaram que o cansaço muscular foi o principal sintoma subjetivo. Em outra publicação, os mesmos autores⁶⁶, estudando sinais clínicos, observaram a maior freqüência para sensibilidade à palpação seguido de ruído articular.

Lundeen et al.³⁷, 1986, relataram que o principal sintoma é a dor, concluindo ser a razão pela qual os pacientes procuram por tratamento.

Rothwell⁵⁴, 1987, considera como os principais sintomas e sinais: a dor, os ruídos articulares e as limitações de movimento, enquanto que Dahl et al.¹³, 1988, consideraram os ruídos, fadiga, enrijecimento muscular, travamentos e a sensibilidade da musculatura mastigatória e da ATM.

Kirveskari et al.³², 1988, aceitam como os principais sinais e sintomas: dor de ouvido e outros sintomas otológicos, dor na região pré-auricular, dor à palpação dos músculos mastigatórios, e dor de cabeça.

Okeson⁴⁶, 1989, concorda que as desordens funcionais dos músculos da mastigação levam ao sintoma dor, que produz as queixas mais comuns dos pacientes que procuram por tratamento. Considera que a dor de origem muscular só é secundária às odontalgias (dentes e periodonto), em termos de frequência.

De acordo com Gianniri et al.¹⁹, 1991, os principais achados de disfunção foram: sensibilidade lateral da ATM (21,4%), estalos (35,7%), e sensibilidade à palpação dos músculos temporal (53,6%) e pterigoideo lateral (42,3%).

Considerando a frequência de nossa amostra o sintoma de maior incidência foi a *dor na região da ATM* presente em 42% dos casos. Este é um dos sintomas mais importantes presentes nas disfunções. Esta observação torna-se evidente quando comparamos trabalhos realizados em população não paciente com populações de indivíduos com disfunção.

Molin et al.⁴⁰, 1976, estudando rapazes de 19 anos, não pacientes, encontraram sensibilidade da região da ATM em 5%. Gross & Gale²⁰, 1983, 0,70% à palpação posterior da ATM. Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986, observaram, examinando os mesmos indivíduos, não pacientes, aos 15 e 20 anos, uma diminuição da sensibilidade da ATM, sob palpação, de 10% para 3%.

Houve um grande contraste de frequência quando foram estudadas populações de pacientes com disfunção, como as apresentadas pelos seguintes trabalhos: Butler et al.⁹, 1975, sensibilidade à palpação da ATM em 39%. Gelb¹⁶, 1977, 14,6% dor pré-

auricular; 35,4%, dor articular e 43,1% com dor na ATM. Citam outro trabalho, realizado pelos mesmos autores, em que registraram os respectivos resultados: 51,5%, 16% e 31,5%. Kaye et al.^{30,31}, 1979, 79,5%, valor superior a qualquer outro sintoma. Farman et al.¹⁵, 1982, 67,6% à palpação. Or⁴⁷, 1982, 79,8%. Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, 97%, à palpação da ATM e região pré-auricular.

Segundo Okeson⁴⁶, 1989, a dor articular não pode ocorrer porque não há inervação das superfícies articulares. As artralguas, entretanto, podem originar em nociceptores localizados nos tecidos moles que circundam a articulação: ligamento do disco, ligamento cápsular e tecido retrodiscal.

A segunda frequência de sintomas que encontramos foram os *ruidos articulares*. Não consideramos os tipos de ruidos, mas apenas a queixa de sua existência. Nossos resultados demonstraram diferenças estatísticas quanto ao sexo e faixa etária. Os homens apresentaram uma maior incidência do que as mulheres, com diferenças significantes na segunda e terceira décadas.

A revisão da literatura mostrou resultados bastante interessantes. As informações obtidas, comparando-se trabalhos realizados entre amostras de indivíduos não pacientes e de pacientes, são bastante diversificadas.

Os artigos que estudaram uma população não paciente mostram resultados com frequências relativamente baixas ou muito altas, o que pode sugerir interpretações bastante controversas.

Os ruidos podem não ser um sinal que signifique necessariamente a presença de disfunção, ou sob outra ótica, podem ser considerados como um sinal precoce de disfunção. Schwartz⁵⁸, 1960, considera que o estalo pode ser um sinal de doença degenerativa ou o precursor dela, apesar de poder desaparecer espontaneamente sem recorrência.

Segundo Ramjford & Ash⁵⁰, 1972, os ruídos articulares podem ser acompanhados de dor, mas geralmente causam mais desconforto do que dor propriamente dita.

Relacionamos os seguintes trabalhos realizados em populações não paciente: Agerberg & Carlsson¹, 1972, sob exame clínico encontraram uma frequência de 39%. Molin et al.⁴⁰, 1976, jovens de 19 anos do sexo masculino, 14%. Heløe & Heløe²⁷, 1978, idosos de 65-79 anos, 90% homens e 20% mulheres. Österberg & Carlsson⁴⁸, 1979, 37% de incidência de ruídos articulares em pessoas com 70 anos de idade. Solberg et al.⁶¹, 1979, jovens 19-25 anos, 28,3% estalos, e 11,5% crepitação. Swanljung & Rantanen⁶², 1979, indivíduos de 18-64 anos, 38%. Campbell et al.¹⁰, 1982, 36%. Gross & Gale²⁰, 1983, 34,7%. Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986, 22% sendo 19,9% para os homens e 24,5% para as mulheres. Wänman & Agerberg⁶⁵, 1986, 12% de ruídos reportados. Könönen et al.³⁴, 1987, crianças 10-16 anos, 13%. Dworkin et al.¹⁴, 1990, aproximadamente 50%. Manzenigo & Kirveskari³⁹, 1991, estudando adultos de faixa etária diferentes observaram que 14% dos indivíduos entre 35-44 anos apresentavam ruídos articulares como sintoma subjetivo, sendo que 23% desta amostra os apresentava ao exame clínico. Quando estudaram a amostra entre 65-74 anos obtiveram os respectivos valores de 11% e 52%.

Os trabalhos pesquisados realizados em populações de pacientes revelaram os seguintes resultados quanto à presença de ruídos articulares: Posselt⁴⁹, 1973, 30%. Gelb¹⁶, 1977, 17% com estalos e 11,5% com crepitação. Avaliando um outro grupo de pacientes encontrou os resultados de 62% para estalos e 13% crepitação. Agerberg & Carlsson³, 1975, em exame clínico obtiveram 79% de ruídos articulares. Butler et al.⁹, 1975, 48%. Kopp³⁵, 1977, 63%. Heløe²⁴, 1979, comparando pacientes que se tratavam na universidade obtiveram resultados de 47% em relação à 61% da clínica privada. Kaye et al.³¹, 1979, 69,6%. Carlsson et al.¹¹, 1982, 40%. Or⁴⁷, 1982, 61,1%. Gelb &

Bernstein¹⁸, 1983, 53% dos pacientes apresentavam ruídos, mas apenas 3% os consideravam como sua principal queixa. Dworkin et al.¹⁴, 1990, 43%.

Quando analisamos a incidência do sintoma ruído articular quanto à idade, observamos que o maior pico ocorreu durante a terceira década de vida, para ambos os sexos (Tabela 11 e Figura 9), embora tenha sido maior para os homens do que para as mulheres. São seguidos em valores pela quarta e quinta décadas, onde os homens apresentaram valores também superiores aos das mulheres.

O terceiro sintoma, em frequência, que obtivemos foram as *dores na face*, representando 15,5% do total, sendo que 15,67% correspondente ao sexo feminino e 14,28% ao sexo masculino. Embora não tenha havido diferença estatística de incidência quanto ao sexo, os homens apresentaram, durante a sexta década de vida, uma frequência significativamente maior.

Agerberg & Carlsson¹, 1972, e Könönen et al.³⁴, 1987, analisando população não paciente encontraram os valores respectivos de 24% e 3% para o sintoma dor na face.

Carlsson et al.¹¹, 1982, estudando pacientes com disfunção encontraram 38% com dor na face ou na mandíbula. Gelb¹⁶, 1977, 10,6% na face e 7% na mandíbula. Farman et al.¹⁵, 1982, 20,03% com dor na face. Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, também estudando pacientes, observaram uma frequência de 9% para o sintoma dor na face.

Quando analisamos o sintoma dor na face por décadas de vida, observamos que a maior incidência ocorreu em pacientes do sexo masculino, durante a terceira década (Tabela 11 e Figura 10). Os maiores valores apresentados pelo sexo feminino ocorreram na terceira e quarta décadas, nesta última com valores muito superiores aos relatados pelos homens. As curvas de incidência diminuem na segunda e quinta décadas mas com frequência semelhante para ambos os sexos.

O sintoma *dor de ouvido* mostrou uma frequência bastante grande, 14,66%, concordando com os resultados de trabalhos que mostraram que a sintomatologia leva

os pacientes muitas vezes primeiramente ao médico, em especial ao otorrinolaringologista, do que ao dentista. Butler et al.⁹, 1975, e Isacson et al.²⁹, 1989, receberam indicações feitas por médicos em respectivamente 7% e 14% dos casos estudados.

Dos pacientes recebidos por Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, 12% foram referidos por médicos. Gelb et al.¹⁷, 1967, recomendam que os médicos que atuam na área de otorrinolaringologia deveriam conhecer os sinais e sintomas de disfunção, para poder incluí-los em um diagnóstico diferencial

A sensação de dor de ouvido é, provavelmente, uma dor referida cuja origem está no músculo pterigoideo lateral. Kaye et al.³¹, 1979, observaram que 75,1% de seus pacientes com disfunção apresentaram sensibilidade do músculo pterigoideo lateral. Podemos supor que a dor nesta origem muscular pode sugerir que o sintoma seja otológico.

Okeson⁴⁶, 1989, considera que este sintoma é conseqüência das proximidades anatômicas e da herança filogenética, cuja inervação pode confundir a habilidade do paciente em localizar a origem da dor.

A literatura estudando não pacientes encontrou os seguintes resultados: Agerberg & Carlsson¹, 1972, 13-20% com dor de ouvido ou nos olhos. Hansson & Nilner²¹, 1975, 7% com dor de ouvido ou região pré-auricular. Campbell et al.¹⁰, 1982, 10%. Wänman & Agerberg⁶⁵, 1986, 14% com dor na região do ouvido.

Os estudos que trabalharam com pacientes, como de Posselt⁴⁹, 1973, mostraram que 12% relataram dor na região do ouvido. Farman et al.¹⁵, 1982, 15,5%, sendo que a maior incidência ocorreu durante a quinta década de vida. Wänman & Agerberg⁶⁵, 1986, obtiveram resultados de 14,5%.

A freqüência de dor de ouvido, em nossa amostra, foi consideravelmente maior nas mulheres, 15,49% contra 10,47% observada nos homens. Embora não tenha havido

diferença de incidência quanto ao sexo, observamos que os homens apresentaram uma maior frequência, estatisticamente significativa, na primeira década de vida.

Quanto à idade, observamos que no sexo feminino, ocorre um aumento repentino da frequência entre a segunda e terceira décadas, quando atingem o maior índice, e mostram um declínio menos acentuado na quarta década, apresentando um valor um pouco menor que a terceira década (Tabela 11 e Figura 11).

A curva apresentada pelos pacientes do sexo masculino mostrou uma tendência, do sintoma dor de ouvido, de ser menos freqüente do que nas mulheres, e um pouco mais tardio, com sua maior incidência ocorrendo durante a quarta década de vida.

Encontramos que 13,27%, dos pacientes por nós estudados, incluíam o sintoma *dor de cabeça* entre suas queixas principais. A etiologia das cefaléias é variada, e podem incluir principalmente as doenças vasculares, neurológicas, neoplásicas e as cefaléias por contração muscular (Bell⁶, 1991).

Observamos uma frequência deste sintoma muito maior nas mulheres, 13,27% do que nos homens, 6,6%, com significância estatística. Estudando a frequência do sintoma dor de cabeça por sexo e faixa etária, observamos que os homens apresentaram uma incidência estatisticamente significativa maior na primeira década e as mulheres na terceira (Tabela 11, Figura 12).

A revisão da literatura mostrou os seguintes resultados em população não paciente: Agerberg & Carlsson¹, 1972, 3% dos indivíduos avaliados referiam dor de cabeça. Hansson & Nilner²¹, 1975, 18%. Molin et al.⁴⁰, 1976, estudando jovens do sexo masculino com 19 anos, observaram que 11% apresentavam dor de cabeça freqüente. Solberg et al.⁶¹, 1979, obtiveram uma maior incidência para as mulheres, 15,4% contra 9,5% para os homens. Campbell et al.¹⁰, 1982, 16%. Dworkin et al.¹⁴, 1990, observaram a maior incidência durante a quinta década.

Os trabalhos estudando pacientes com disfunção mostraram valores consideravelmente maiores para o sintoma dor de cabeça: Posselt⁴⁹, 1973, 6%. Butler et

al.⁹, 1975, 47%. Gelb¹⁶, 1977, 20,4%. Kaye et al.³¹, 1979, afirmam que as dores de cabeça crônica podem originar nos músculos da mastigação. Observaram que 36% de sua amostra de pacientes com disfunção apresentaram dor de cabeça ou dor na região do pescoço. Carlsson et al.¹¹, 1982, 43%. Farman et al.¹⁵, 1982, 17,3%. Lederman & Clayton³⁶, 1982, 18%. Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, 41,5%. Okeson⁴⁶, 1989, considera a dor de cabeça como um sintoma freqüentemente associado às desordens dos músculos da mastigação.

Nossas observações quanto a incidência por faixa etária indicam que as mulheres da terceira década são os pacientes que mais relataram dor de cabeça, seguido por mulheres da quarta década, e a partir desta faixa de idade decrescem acentuadamente (Tabela 11 e Figura 12). Os homens demonstraram uma incidência mais tardia. O maior índice ocorreu na quarta década e diminuiu progressivamente até a sexta. Durante a quinta e sexta décadas a freqüência de sintoma foi maior nos homens.

Os valores que obtivemos para o sintoma *dificuldade ou dor ao mastigar* foram de 9,66%, apesar do sexo masculino ter apresentado uma incidência ligeiramente superior, 10,47% do que o feminino, 9,49%, observamos que os homens apresentaram uma freqüência estatisticamente maior na primeira e segunda década de vida (Tabela 11 e Figura 13).

A literatura mostra os seguintes dados referentes à população não paciente: Molin et al.⁴⁰, 1976, 3% em pacientes jovens do sexo masculino de 19 anos de idade. Helöe & Helöe²⁷, 1978, em pacientes mais idosos entre 65-79 anos, 90% no sexo masculino e 20% no feminino. Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986, observaram que o sintoma cansaço ou dor ao mastigar diminuiu sua incidência de 66% para 59% para os mesmos indivíduos entre a idade de 15 e 20 anos. Könönen et al.³⁴, 1987, analisando crianças entre 10-16 anos observaram dor ou cansaço em 19%.

Estudando pacientes com disfunção, Carlsson et al.¹¹, 1982, observaram que 18% dos pacientes relataram dificuldade ao mastigar.

A incidência do sintoma dor ou dificuldade ao mastigar por décadas de vida, mostrou uma concentração marcante na segunda década para o sexo masculino e na terceira para o feminino (Tabela 11 e Figura 13). Observamos nos pacientes femininos que a curva de incidência ocorreu pouco mais tardiamente e também decresceu mais numa faixa etária mais elevada, com 1,2% de frequência na quinta década.

O sintoma *dor muscular* teve uma frequência geral de 8,5%, mas o sexo feminino apresentou uma incidência muito maior do que no sexo masculino, 9,29% contra 4,76%. Apesar destes valores não terem representado diferença estatística ao nível de 5%, houve entretanto uma diferença significativa quando estudamos por faixa etária. Os homens apresentaram mais dor muscular na sexta década (Tabela 11 e Figura 14).

Consideramos como dor muscular, a sintomatologia dolorosa referida pelo paciente na região do músculo masseter ou qualquer dos três feixes do músculo temporal. A maioria dos trabalhos apresentados pela literatura consideram dentro da classificação de dor muscular, em função de terem obtidos os resultados por intermédio de palpação muscular, estes ou outros músculos mastigatórios

Os trabalhos que consideram população não paciente apresentaram resultados bastante elevados, porque todos os foram obtidos por intermédio de palpação muscular. Hansson & Nilner²¹, 1975, 37%. Solberg et al.⁶¹, 1979, 34,2%. Campbell et al.¹⁰, 1982, 37%. Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986, aproximadamente 40%.

Os valores obtidos por trabalhos que consideram amostras de pacientes resultaram em valores ainda maiores, como esperado: Butler et al.⁹, 1975, sensibilidade de dois ou mais músculos, 62% dos pacientes. Kopp³⁵, 1977, 84% à palpação. Farman et al.¹⁵, 1982, 100% à palpação. Or⁴⁷, 1982, 57,3% dos pacientes sofriam de trismo e 64,3% apresentavam dor muscular.

Os resultados mostrados pela literatura foram muito mais elevados do que os nossos, porém temos que considerar que nossos achados foram relatos espontâneos, ao

contrário destes trabalhos, que realizaram palpação. Outro motivo é que alguma sintomatologia muscular possa ter sido interpretada, pelos pacientes, como dor referida em outro local.

A distribuição do sintoma dor muscular, por idade e por sexo, mostrou que a maior concentração ocorreu na quarta década, em ambos os sexos, embora pareça haver uma tendência de iniciar mais precocemente nas mulheres e de se prolongar até uma faixa etária mais tardia nos homens (Tabela 11 e Figura 14).

Os hábitos de *apertar c/ou ranger os dentes*, foram as únicas parafunções consideradas neste trabalho e apresentaram uma incidência geral de 8,33%. Os homens mostraram uma frequência consideravelmente maior do que as mulheres com valores respectivos de 10,47% e 7,87%, mas sem significância estatística.

A literatura analisada gerou os seguintes resultados para as amostras de não pacientes: Agerberg & Carlsson³, 1975, 20% dos indivíduos eram conscientes de que apertavam os dentes e 10% de que rangiam. Molin et al.⁴⁰, 1976, estudando jovens masculinos de 19 anos observaram que 10% deles relataram que rangiam ou apertavam. Solberg et al.⁶¹, 1979, observaram que 15% dos homens e 9% das mulheres sabiam que rangiam. Swanljung & Rantanen⁶², 1979, 27%. Wigdorowicz-Makowerowa et al.⁷⁰, 1979, 69,8%. Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986, 14%. Wänman & Agerberg⁶⁵, 1986, 20% das pessoas estudadas afirmaram que rangiam. Dworkin et al.¹⁴, 1990, observaram que mais homens do que mulheres rangiam ou apertavam, principalmente entre 30-40 anos.

Estudando população de indivíduos com disfunção, Ramfjord & Ash⁵⁰, 1972, afirmam que questionar se os pacientes rangem dentes pode resultar em valores menores de que os reais, porque a maioria deles desconhecem este hábito. Apenas em alguns pacientes o hábito passa da subconsciência à consciência, permitindo ao paciente que relate sua presença. Agerberg & Carlsson³, 1975, observaram que 52% apertavam os dentes e que 17% rangiam. O resultado de dois diferentes trabalhos referidos por Gelb¹⁶, 1977, encontraram valores respectivos de 20,4%, 25,5%. Kopp³⁵,

1977, 58% rangiam e 42% apertavam. Carlsson et al.¹¹, 1982, 19% rangiam ou apertavam. Farman et al.¹⁵, 1982, 13,5% apertavam ou rangiam. Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, 48% apertavam.

Apesar de não termos estudado outras parafunções, além de apertar ou ranger os dentes, a literatura enfatiza a importância de outros hábitos no desencadeamento ou na predisposição à disfunção craniomandibular. Agerberg & Carlsson¹, 1972, constataram que 50% de sua amostra tinham consciência de ter algum hábito parafuncional. Magnusson et al.³⁸, 1986, observaram que houve uma diminuição dos hábitos parafuncionais estudando indivíduos aos 15 e 20 anos, com valores respectivos de 77% e 60%. Wänman & Agerberg⁶⁵, 1986, 68% reportaram parafunção. Könönen et al.³⁴, 1987, também observaram alta incidência em população de crianças entre 10 e 16 anos, 75%, sendo que os principais hábitos parafuncionais relatados além de apertar e ranger os dentes foram: morder lábio, bochecha e outros objetos e roer unha.

Quando comparamos os nossos resultados com aqueles reportados pela literatura, observamos valores expressivamente menores para nossa amostra. Estas diferenças são provocadas, provavelmente, por utilização de metodologias diferentes. Nossos pacientes não foram estimulados a responder positivamente à presença de parafunção. Apenas os pacientes que sentiam-se incomodados ou preocupados com o apertar ou ranger de dentes é que relataram-no como parte de sua sintomatologia.

Nossa análise, quanto à incidência por idade e sexo, demonstrou a principal frequência ocorrer na terceira década para as mulheres e homens, sendo que estes apresentaram um índice bem maior. Os valores obtidos em outras décadas mostraram uma baixa incidência, embora os homens tenham mostrado uma frequência significativamente maior na sexta década (Tabela 11 e Figura 15).

Como já foi mencionado, utilizamos como critério de considerar os sintomas isolados como os mais frequentes aqueles com incidência geral acima de 5%. Desta forma os dois sintomas menos frequentes deste grupo foram: *dor na região de nuca e*

pescoço e outros sintomas otológicos com 7,5%. Utilizamos deste critério porque, abaixo desta frequência nossa amostra, especialmente de homens, torna-se muito pequena para qualquer conclusão.

O sintoma de dor na região da nuca ou pescoço teve uma frequência de 2,85% para os homens e de 8,45% para as mulheres, demonstrando uma diferença estatística significativa. Quando estudamos por faixa etária, as mulheres mostraram uma maior incidência durante a terceira década. (Tabela 11 e Figura 6).

Estudando não pacientes, Agerberg & Carlsson¹, 1972, e Campbell et al.¹⁰, 1982, encontraram os respectivos valores para dor na região da nuca ou pescoço: 13-20% e 14%. Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, estudando pacientes com disfunção, encontraram que 11% possuíam sintomas na área de pescoço e nuca. Kirveskari et al.³², 1988, concluíram que há uma associação positiva entre as disfunções craniomandibulares e a mobilidade da coluna cervical e a sensibilidade dos músculos do pescoço e ombro.

A análise que obtivemos da frequência por idade e sexo demonstra que na terceira década as mulheres mostraram o maior índice de frequência deste sintoma, enquanto que foram nulos os resultados na mesma faixa etária para os pacientes do sexo masculino (Tabela 11 e Figura 16). O maior índice obtido para os homens ocorreu durante a quarta década. Observou-se uma tendência do sintoma ser mais precoce nas mulheres.

Na queixa de outros sintomas otológicos, que não a dor de ouvido, incluímos sintomas que classicamente relacionam-se com o ouvido: tinido, sensação de diminuição de audição ou de ouvido tapado e tonturas.

Segundo Morgan et al.⁴¹, 1979, o paciente pode ter a sensação subjetiva de diminuição de audição, provavelmente com a presença de tinido e não a perda genuína de audição. Atribuem aos movimentos súbitos do estribo, ossículo do ouvido médio, os sintomas de vertigem.

Ao contrário da dor de ouvido, que provavelmente trata-se de um sintoma de dor referida, conceituada por Santos Jr.⁵⁷, 1980, como a dor experimentada em sítios diferentes daqueles do estímulo periférico, mas neurologicamente relacionadas, os outros sintomas otológicos, que podem ocorrer nas disfunções craniomandibulares, têm explicações embriológicas e fisiológicas.

Farman et al.¹⁵, 1982, enfatizaram a presença de sintomas otológicos em pacientes com disfunção. Estes autores os justificam pela mesma origem embriológica da inervação do músculo pterigoideo medial e do músculo tensor do tímpano. Adicionalmente, o músculo véu do paladar também tem a mesma inervação que os músculos da mastigação, que em contratura podem causar alterações da tuba de Eustáquio.

Atualmente de acordo com Myers⁴², 1988, e Komori et al.³³, 1986, o ligamento maleolar é considerado como o responsável pelo desencadeamento desta sintomatologia. Este ligamento une a região retrodiscal ao martelo e estribo no ouvido médio. As disfunções que envolvem o disco podem promover uma alteração do movimento destes ossículos produzindo alterações auditivas.

Okeson⁴⁶, 1989, afirma que a sensação de ouvido cheio é freqüentemente explicada pela hiperatividade do músculo tensor do tímpano.

Nossos resultados mostram que não há uma preferência desta sintomatologia quanto ao sexo: masculino 7,61% e feminino 7,47%, entretanto observamos que os homens apresentaram uma freqüência estatisticamente maior na quinta década.

Brunetti⁷, 1971, estudando 25 pacientes com disfunção de ATM, que apresentavam hipoacusia, observou que mesmo na presença do sucesso do tratamento da disfunção, não havia modificação dos resultados audiométricos.

Posselt⁴⁹, 1973, observou que 3% dos pacientes com disfunção de sua amostra apresentavam diminuição da acuidade auditiva por retenção catarral e que 4% queixavam-se de tinido. Gelb¹⁶, 1977, encontrou resultados bastante expressivos: tinido,

41,9%, perda de audição 14,4% e tontura 17,9%. Analisando uma outra amostra de pacientes com disfunção, o mesmo autor, encontrou respectivamente os valores: 41%, 10% e 11,5%. Carlsson et al.¹¹, 1982, estudando pacientes com disfunção encontraram 17% com vertigem e 15% com tinido. Farman et al.¹⁵, 1982, 2,7% dos pacientes com disfunção apresentaram tinido. Gelb & Bernstein¹⁸, 1983, também estudando pacientes, observaram que 47,5% reclamavam de ouvido tapado e 1% consideravam o tinido o sintoma mais importante por terem procurado por tratamento.

Rubinstein & Carlsson⁵⁵, 1987, trataram de 93 pacientes com disfunção referidos ao Departamento de Fisiologia Estomatognática da Universidade de Gotemburgo, Suécia, que apresentavam tinido. O tratamento constou principalmente de placas, ajustes oclusais e exercícios musculares. Obtiveram melhora ou eliminação do tinido em 86% dos casos. Os autores atribuem este resultado à redução da tensão e da hiperatividade muscular.

A análise de incidência por idade e sexo revela que as maiores frequências ocorreram nas mulheres respectivamente na quarta e terceira décadas. Os homens mostraram maior incidência na quarta e quinta décadas (Tabela 11 e Figura 17). A curva apresentada pelos homens mostra uma tendência deste sintoma de manter-se por uma década a mais do que nas mulheres.

Alguns sintomas apresentaram frequências baixas em nossos resultados, entretanto mostram-se importantes em outros trabalhos apresentados pela literatura. Lembramos novamente que objetivos e metodologias diferentes podem ter sido a causa destas diferenças, principalmente quando são comparados sintomas subjetivos com sintomas e sinais clínicos. O exame clínico contabiliza todos os sintomas objetivos, mesmo que sejam subliminares, isto é, os pacientes os apresentam mas não têm consciência de sua existência. Destacamos os sintomas que também são considerados pela literatura como importantes nas disfunções.

O sintoma *travamento*, embora de frequência baixa, mostrou diferença estatística quanto ao sexo em nosso trabalho. As mulheres o relataram mais frequentemente do que os homens. Apesar de ter havido uma diferença estatística favorável ao sexo feminino quando estudamos a frequência total do sintoma, nenhum dos sexos mostrou significância quando analisamos por faixa etária, (Tabela 11 e Figura 17).

Segundo Isacson et al.²⁹, 1989, travamento, trata da condição clínica onde ocorre uma limitação súbita de abertura, normalmente relacionada com deslocamentos anteriores ou ântero-mediais de disco articular. Neste trabalho os travamentos foram considerados como uma condição passageira e de ocorrência eventual, com redução espontânea. Quando a limitação de abertura ocorreu de forma permanente, os pacientes, foram classificados em outro grupo: *limitação de abertura*. As causas das limitações mais prolongadas podem ser de ordem articular ou muscular.

Nossos resultados para a condição de travamento foi um índice geral de 4,16%, com frequência de 4,84% para as mulheres e de apenas 0,95% para os homens.

A frequência de limitação permanente de abertura teve como índice geral 2,66%, com 2,62% para as mulheres e 2,85% para os homens.

Os trabalhos que estudaram travamentos, em indivíduos não pacientes, tiveram como resultados: Agerberg & Carlsson³, 1975, 7%. Molin et al.⁴⁰, 1976, indivíduos jovens 19 anos 5%. Swanljung & Rantanen⁶², 1979, 4,9%. Magnusson et al.³⁸, 1986, 1%. Os autores que estudaram pacientes obtiveram os seguintes resultados: Agerberg & Carlsson³, 1975, 12%. Kopp³⁵, 1977, 32%. Carlsson et al.¹¹, 1982, 15%, considerando em seus resultados a presença de travamentos ou deslocamento (sub-luxação). Farman et al.¹⁵, 1982, observaram que 23% dos pacientes apresentaram travamentos ou hipomobilidade da mandíbula, com concentração máxima de pacientes na segunda década. Mazengo & Kirveskari³⁹, 1991, 4%, em pacientes com faixa etária entre 65-74 anos.

Os autores pesquisados estudando amostras de não pacientes encontraram os seguintes resultados, quanto ao sintoma limitações de abertura: Solberg et al.⁶¹, 1979, 17,7%. Campbell et al.¹⁰, 1982, 2%. Gross & Gale²⁰, 1983, 6,6%. Wänman & Agerberg⁶⁷, 1986, chamam atenção para este sintoma, porque afirmam que mesmo em grau moderado podem indicar disfunção. Tervonen & Knuutila⁶³, 1988, encontraram a maior frequência em indivíduos com 60 anos de idade, 14%, significativamente maior que nas outras faixas etárias.

Posselt⁴⁹, 1973, estudando pacientes com disfunção, encontrou uma frequência de 20%. Gelb¹⁶, 1977, 3,9%. Carlsson et al.¹¹, 1982, 29%. Mazengo & Kirveskari³⁹, 1991, 4%.

Dificuldade ou dor ao abrir a boca é um sintoma importante das disfunções craniomandibulares, mas que em nossos resultados encontramos uma frequência de queixa de apenas 1,66%, sendo 1,41% para as mulheres e 2,85% para os homens. Outro sintoma relacionado é a dor em abertura forçada com índice geral de 2,16%, correspondente à 2,02% das mulheres e 2,85% dos homens.

Os resultados obtidos pelo levantamento bibliográfico são os seguintes, em populações não paciente: Agerberg & Carlsson³, 1975, 6%. Hansson & Nilner²¹, 1975, 6%. Swanljung & Rantanen⁶², 1979, obtiveram 12,6% para dificuldade de abertura e 10,9% para dor. Magnusson et al.³⁸, 1986, observaram um aumento da incidência deste sintoma dos 15 para os 20 anos de idade com valores respectivos de 6% e 9%. Como esperado, os pacientes com disfunção apresentaram maior frequência: Agerberg & Carlsson³, 1975, 35% com dificuldade de abertura e 42% com dor. Kopp³⁵, 1977, 58%.

Quando os autores consideram dor ao movimentar a mandíbula, apresentam os resultados: Agerberg & Carlsson¹, 1972, 11%, com 14% para as mulheres e 9% para os homens não pacientes. Wänman & Agerberg⁶⁶, 1986, observaram que este sintoma aumenta com a idade, 9-10% para indivíduos não pacientes de 15-54 anos e 16-17% em pessoas mais velhas. Quando os indivíduos estudados são pacientes, Carlsson et al.¹¹,

1982, e Lederman & Clayton³⁶, 1982, obtiveram os respectivos resultados de 32% e 23%. Mazengo & Kirveskari³⁹, 1991, 13%.

Desvios de abertura são achados clínicos comuns mas que não se constituem freqüentemente como queixa pelo paciente. Tivemos resultados de 0,83%, sendo 1,90% para os homens e 0,60% para as mulheres. Estudando não pacientes por intermédio de exame clínico, Solberg et al.⁶¹, 1979, encontraram desvios de abertura em 17,7%, Campbell et al.¹⁰, 1982, 26%, Gross & Gale²⁰, 1983, 17,8%.

Cansaço muscular foi relatado por 2,33% de nossos pacientes, com distribuição de 2,02% no sexo feminino e com valor consideravelmente maior, 3,80%, para os homens. Em população não paciente, Solberg et al.⁶¹, 1979, encontraram um maior índice no grupo de pessoas com idade entre 35-44 anos, e Swanljung & Rantanen⁶², 1979, 19,1%. Carlsson et al.¹¹, 1982, obtiveram resultado de 30% estudando pacientes com disfunção Magnusson et al.³⁸, 1986, 5%.

Obtivemos uma freqüência bastante baixa do sintoma *difficuldade em deglutir*, 0,16%, apenas presente em um paciente do sexo feminino. Carlsson et al.¹¹, 1982, estudando não pacientes, encontraram 11%, um valor bastante elevado. Apesar de encontrarmos constantemente pacientes com disfunções craniomandibulares e mal posicionamento de lábios e língua, parece ser este um sintoma que incomoda pouco o paciente.

Tivemos em nossa amostra dois pacientes do sexo feminino com queixa de *difficuldade em falar*, representando 0,4% do total de pacientes femininos e 0,33% do total.

Outro valor surpreendente encontrado na literatura foi o trabalho de Campbell et al.¹⁰, 1982, onde encontraram 25% de indivíduos, não pacientes, com queixas de algum "distúrbio visual". Nossos valores foram muito pequenos. Apenas uma paciente do sexo feminino relatou esta sintomatologia.

FREQÜÊNCIA ASSOCIADA DOS PRINCIPAIS SINTOMAS DE DISFUNÇÃO CRANIOMANDIBULAR

Após analisarmos os sintomas individualmente, os associamos dois a dois. (Tabelas 13 à 18). O critério para esta análise foi a presença da associação de dois sintomas, independente ou não de outras associações. Por exemplo, se o paciente apresentar a associação de três sintomas: dor de cabeça, ruído articular e dificuldade em abrir a boca, consideramos dor de cabeça e ruído articular como uma associação, dor de cabeça e dificuldade em abrir a boca como outra associação, e assim por diante, até completarmos todas as possibilidades.

A principal associação ocorreu com os sintomas ruído articular e dor na região da ATM, 9,16%, sendo 10,67% para o sexo feminino e 8,88% para o sexo masculino.

A segunda associação mais freqüente foi dor de ouvido e dor de cabeça, 3,33%, sendo 3,43% para as mulheres e 2,91% para os homens.

A Figura 19 possibilita uma rápida visão das 17 principais associações que ocorreram com freqüência superiores à 2%.

As principais associações, de forma geral, ocorreram com os sintomas que haviam tido uma alta freqüência quando analisados isoladamente. A observação destes resultados, apesar de terem sido relativamente previsíveis, proporcionam análises de grande interesse.

Estudamos a incidência de duas associações apenas para os valores acima de 2,5%. Freqüências menores do que esta, pela amostra ser relativamente pequena, tornam-se imprecisas ao serem analisadas (Tabela 19).

A associação mais freqüente, dor na região da ATM e ruído articular, apresentou uma maior incidência na terceira década, tanto para os homens como para as mulheres, apesar de os representantes do sexo masculino apresentarem valores, nesta faixa etária, de aproximadamente o dobro daqueles obtidos por pacientes do sexo feminino (6,79% e 3,62%). Os homens mostraram uma maior incidência durante a segunda década, as

mulheres superaram na quarta década, sugerindo ser esta associação mais precoce nos homens e um pouco mais tardia nas mulheres.

A segunda mais freqüente associação de sintomas foi a dor de ouvido com dor de cabeça, 3,33%, sendo 3,42% para as mulheres e 2,91% para os homens. Sua maior incidência ocorreu em mulheres durante a terceira e quarta décadas de vida, e nos homens durante a primeira, quarta e quinta décadas (Figura 21).

A terceira associação foi dor na região da ATM com dificuldade ou dor ao mastigar com um total de 3,16%, sendo 3,23% para as mulheres e 2,91% para os homens.

Observamos uma constância desta associação nas três primeiras décadas de vida para os homens. As mulheres demonstraram um auge de freqüência na terceira década e a tendência de prolongar a apresentação até a quinta década (Figura 22).

Dor na região de ATM com dor de ouvido, 2,99%, mostrou ser a quarta associação mais freqüente, 3,21% para as mulheres e 1,94% para os homens, que só vieram a apresentar esta associação na terceira e quarta décadas. As mulheres apresentaram uma freqüência mais branda por década, mas mais uniforme entre a segunda e sexta décadas (Figura 23).

Ruído articular com dor de cabeça foi uma associação onde apenas as mulheres apresentaram resultados positivos. As pacientes da terceira década foram as que mais apresentaram esta conjugação de sintomas. Houve um equilíbrio entre as freqüências apresentadas na segunda, quarta e quinta décadas (Figura 24).

A revisão da literatura mostrou que os sintomas apresentam-se geralmente conjugados, mas a maioria dos trabalhos analisa apenas superficialmente estas associações.

Destacamos alguns resultados, apresentados em ordem cronológica, das principais associações de sintomas observados pelos autores que estudamos: Ramfjord & Ash⁵⁰, 1972, relacionam a hipertonicidade do músculo pterigoideo lateral com as

ocorrências de subluxação. Agerberg & Carlsson², 1973, observaram que os indivíduos que apresentaram dificuldade de movimentação, também relataram freqüentemente ruídos articulares e hábitos parafuncionais. Este trabalho mostra também uma relação estatisticamente positiva entre a dificuldade em movimentar a mandíbula e o relato de dor. Helkimo²³, 1974, constatou a associação dos sintomas dificuldade de movimentar a mandíbula com dor em 5% dos casos. Hansson & Nilner²¹, 1975, associaram positivamente o sintoma de dificuldade em abrir a boca com sensibilidade muscular, e dor de cabeça com dor no músculo pterigoideo lateral. Molin et al.⁴⁰, 1976, encontram que os ruídos articulares estão freqüentemente associados à outros sintomas de disfunção. Gelb¹⁶, 1977, encontrou uma associação positiva em 89,5% dos casos entre dor de cabeça e dor à palpação posterior da ATM, pelo meato auditivo externo. Kopp³⁵, 1977, associa positivamente a sensibilidade da ATM quando palpada e o hábito de ranger os dentes. Kaye et al.³¹, 1979, associaram positivamente a presença de subluxação com ruídos articulares, 71,1% os apresentavam, assim como também relacionaram a presença de ruídos com sensibilidade do músculo pterigoideo lateral. Observaram que 86,5% dos pacientes com disfunção que relataram dor de cabeça ou dor na região do pescoço também apresentaram sensibilidade muscular; 83,1% dos que apresentavam hábitos parafuncionais também apresentavam sensibilidade muscular. Solberg et al.⁶¹, 1979, associaram a limitação de abertura com dor em abertura máxima, e consciência de ruídos articulares e bruxismo. Observaram também que a dor de cabeça estava associada com a sensibilidade dos músculos da mastigação e ATM sob palpação. Campbell et al.¹⁰, 1982, associaram dor de cabeça com sensibilidade do músculo pterigoideo lateral, dor de ouvido com sensibilidade do músculo pterigoideo medial, dor no pescoço com sensibilidade dos músculos da mastigação e queixas visuais com sensibilidade dos músculos pterigoideo medial e temporal. Wänman & Agerberg⁶⁷, 1986, relacionaram os ruídos articulares com sensibilidade do músculo pterigoideo lateral e dificuldade de movimentar a mandíbula. Rothwell⁵⁴, 1987,

observou associação entre estalo articular e limitação de movimentos em 2,9% dos homens e 5,5% das mulheres.

Riolo et al.⁵³, 1987, concluíram que existe uma associação estatisticamente significativa, entre características da oclusão com determinados sinais e sintomas de ATM.

Estudamos a associação de três sintomas que ocorreram apenas com as combinações de dois sintomas que mostraram ser mais comuns, acima de 1,99%. Devido estarmos trabalhando com um número relativamente grande de sintomas pode haver enorme combinação entre eles, diluindo a concentração dos resultados. Observamos uma quantidade razoavelmente grande da associação de três sintomas mas com frequências baixas, difíceis de serem avaliadas. A associação mais freqüente, ruído articular com dor na região da ATM e dificuldade ou dor para mastigar teve freqüência de apenas 1,16%. Estudamos as cinco maiores freqüências e observamos que apenas a primeira apresentava valores positivos para pacientes do sexo masculino (Tabela 22). Os índices encontrados mesmo para os pacientes do sexo feminino não permitem uma análise mais profunda, apenas sugerem que as principais associações ocorrem no sexo feminino entre a segunda e quinta décadas de vida.

Lembramos que o estudo dos sintomas do paciente são complementares e sempre dependentes do exame clínico e eventualmente de algum outro exame complementar. Ramfjord & Ash⁵⁰, 1972, afirmam que nenhum sintoma de disfunção é patognomônico. Para ter valor devem coincidir com um minucioso exame das relações oclusais, a história e os sinais radiográficos. Gelb¹⁶, 1977, enfatiza a importância de uma análise cuidadosa dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes para obtermos um correto diagnóstico e tratarmos efetivamente a doença.

7- CONCLUSÕES

Baseados nos resultados obtidos podemos concluir:

1- Os pacientes do sexo feminino com disfunção craniomandibular apresentam-se com uma frequência muito maior do que os do sexo masculino, com valores percentuais respectivos de 82,83% e 17,17%.

2- A faixa etária mais frequente é a terceira década de vida, seguida pela quarta e segunda décadas, tanto para as mulheres como para os homens.

3- Apresentaram apenas uma queixa de sintomatologia 42,66% dos pacientes e 57,34% apresentaram de dois a quatro sintomas simultâneos.

4- Os principais sintomas isolados foram dor na região da ATM (42,0%), ruído articular (26,66%), dor na face (15,50%), dor de ouvido (14,66%) e dor de cabeça (12,16%).

5- Houve diferença estatística significativa quanto ao sexo para os seguintes sintomas: ruído articular (24,34% feminino e 37,86% masculino), dor de cabeça (13,27% feminino e 6,79% masculino), dor na nuca e pescoço (8,45% feminino e 2,91% masculino) e travamento eventual (4,80% feminino e 0,97% masculino).

6- As quatro principais associações simultâneas de dois sintomas foram: ruído articular com dor na região da ATM (9,16%), dor de ouvido com dor de cabeça (3,33%), dor na região da ATM com dificuldade ou dor ao mastigar (3,16%) e dor na região da ATM e dor de ouvido (2,99%).

7- As três principais associações simultâneas de três sintomas foram: ruído articular com dor na região da ATM com dificuldade ou dor ao mastigar (1,16%), ruído articular com outros sintomas otológicos com dor na região da ATM (0,83%) e ruído articular com dor de cabeça com dor na região da ATM (0,83%).

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGERBERG, G., CARLSSON, G. E. Functional disorders of the masticatory system. I. Distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigation by questionnaire. *Acta Odontol. Scand.*, v. 30, p. 597-613, 1972.
2. AGERBERG, G., CARLSSON, G. E. Functional disorders of the masticatory system. II. Symptoms in relation to impaired mobility of the mandible as judged from investigation by questionnaire. *Acta Odontol. Scand.*, v. 31, p.335-47, 1973.
3. AGERBERG, G., CARLSSON, G. E. Symptoms of functional disturbances of the masticatory system. A comparison of frequencies in a population sample and in a group of patients. *Acta Odontol. Scand.*, v. 37, p. 183-90, 1975.
4. BEHSNILIAN, V., *Oclusion & rehabilitation*. 2ed. Montevideo, 1974.
5. BEIGUELMAN, B. *Curso prático de bioestatística*. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética, 1988.
6. BELL, W. E. *Dores Orofaciais. classificação, diagnóstico, tratamento*. Trad. Wilma Simões Gomes. Rio de Janeiro: Quintessence, 1991.
7. BRUNETTI, R. F. *Disfunção da articulação temporomandibular. Sua possível relação com a acuidade auditiva* São Paulo, 1971. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina da USP.
8. BRUNETTI, R. F., OLIVEIRA, W. Disfunção Craniomandibular. *Rev. Brasil. Odont.*, v.49, p.30-2, 1992.
9. BUTLER, J., FOLK, L. E. A., BANT, C. L. A descriptive survey of signs and symptoms associated with the myofascial pain-dysfunction syndrome. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.9, p.635-9, 1975.

10. CAMPBELL, C. D. et al. TMJ symptoms and referred pain patterns. *J. Prosthet. Dent.*, v.47, p.430-3, 1982.
11. CARLSSON, G. E., KOPP, S., WEDEL, A. Analysis of background variables in 350 patients with TMJ disorders as reported in self-administered questionnaire. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.10, p.47-51, 1982.
12. COSTEN, J. B. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. *Ann. Otol. Rhin. Laryng.*, n.43, p.1-15, 1934.
13. DAHL, B. L. et al. Signs and symptoms of craniomandibular disorders in two groups of 19- year-old individuals, one treated orthodontically and the other not. *Acta Odontol. Scand.*, v.46, p.89-93, 1988.
14. DWORKIN, S. F. et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.120, p.273-81, 1990.
15. FARMAN, A. G., ESPOSITO, C. J., VEAL, S. J. Myofascial Pain- Dysfunction Syndrome: Analysis of 164 cases. *Quintessence Int.*, v.12, p.1279-85, 1982.
16. GELB, H. *Clinical Management of head, neck and TMJ pain and dysfunction. A multi-disciplinary approach to diagnosis and treatment*. Philadelphia: Saunders, 1977.
17. GELB, H. et al. The role of dentist and the otolaryngologist in evaluating temporomandibular joint syndromes., *J Prosthet. Dent.*, v.18, p.497-503, 1967.
18. GELB, H., BERNSTEIN, I. Clinical evaluation of two hundred patients with temporomandibular joint syndrome. *J. Prosthet. Dent.*, v.49, p.234-43, 1983.
19. GIANNIRI, A. I. et al. Occlusal contacts in maximum intercuspitation and craniomandibular dysfunction in 16 to 17 year-old adolescents. *J. Oral Rehabil.*, v.18, p.49-59, 1991.

20. GROSS, A., GALE, E. N. A prevalence study of the clinical signs associated with mandibular dysfunction. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.107, p.932-6, 1983.
21. HANSSON, T., NILNER, M. A study of the occurrence of symptoms of diseases of temporomandibular joint masticatory musculature and related structures. *J. Oral Rehabil.*, v.2, p.313-24, 1975.
22. HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system: II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Swedish Dent. J.* v.67, p.101-19, 1974.
23. HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system: III. Analyses of anamnestic and clinical recordings of dysfunction with the aid of indices. *Swedish Dent. J.*, v.67, p.165-82, 1974.
24. HELÖE, B. Comparison of two groups of patients with TMJ disorders. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.7, p.117-19, 1979.
25. HELÖE, B., HEIBERG, N. A follow-up study of a group of female patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *Acta Odontol. Scand.*, v.38, p.129-34, 1980.
26. HELÖE, B., HELÖE, L. A. Characteristics of a group of patients with temporomandibular joint disorders. *Community Dent. Oral. Epidcm.*, v.3, p.72-9, 1975.
27. HELÖE, B., HELÖE, L. A. The occurrence of TMJ-disorders in an elderly population as evaluated by recording of "subjective" and "objective" symptoms. *Acta Odontol. Scand.*, v.36, p.3-9, 1978.
28. HELÖE, B., HELÖE, L. A.: Frequency and distribution of myofascial pain-dysfunction syndrome in a population of 25 year-old. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.7, p.357-60, 1979.

29. ISACSSON, G., LINDE, C. ISBERG, A. Subjective symptoms in patients with temporomandibular joint disk displacement versus patients with myogenic craniomandibular disorders. *J. Prosthet. Dent.*, v.61, p.70-7, 1989.
30. KAYE, L. B., MORAS, J. H., FRITZ, M. E. Statistical analysis of an urban population of 236 patients with head and neck pain. *J. Periodontol.*, v.50, p.55-8, 1979.
31. KAYE, L. B., MORAS, J. H., FRITZ, M. E. Statistical analysis of an urban population of 236 patients with head and neck pain. Part II: patient symptomatology. *J. Periodontol.*, v.50, p.59-65, 1979.
32. KIRVESKARI, P. et al. Association of functional state of stomatognathic system with mobility of cervical spine and neck muscle tenderness. *Acta Odontol. Scand.*, v.46, p.281-6, 1988.
33. KOMORI, E. et al. Disco malleolar ligament in the adult human. *Cranio*, v.4, p.299-305, 1986.
34. KÖNÖNEN, M. et al. Signs and symptoms of craniomandibular disorders in a series of finnish children. *Acta Odontol. Scand.*, v.45, p.109-14, 1987.
35. KOPP, S. Subjective symptoms in temporomandibular joint osteoarthritis. *Acta Odont. Scand.*, v.35, p. 207-15, 1977.
36. LEDERMAN, K. H., CLAYTON, J. A. Restored occlusion. Part II: the relationship of clinical and subjective symptoms to varying degrees of TMJ dysfunction. *J. Prosthet. Dent.*, v.47, p.303-9, 1982.
37. LUNDEEN, T. F., LEVITT, S. R., MCKINNEY, M. W. Discriminative ability of the TMJ scale. Age and gender differences. *J. Prosthet. Dent.*, v.56, p.84-92, 1986.
38. MAGNUSSON, T., EGERMARK-ERIKSSON, I., CARLSSON, G. E. Five-year longitudinal study of signs and symptoms of mandibular dysfunction in adolescents. *J. Craniomandibular Pract.*, v.4, p.339-44, 1986.

39. MAZENGO, M. C., KIRVESKARI, P. Prevalence of craniomandibular disorders in adults of Ilala District, Dar-es-Salaam, Tanzania. *J. Oral Rehabil.*, v.18, p.569-74, 1991.
40. MOLIN, C. et al. Frequency of symptoms of mandibular dysfunction in young Swedish men. *J. Oral Rehabil.*, v.35, p.207-15, 1976.
41. MORGAN, D. H. , HALL, W. P., VAMVAS, S. J. *Enfermedades del aparato temporomandibular. Um enfoque multi disciplinario.* Buenos Aires: Mundi., 1979.
42. MYERS, L. J. Possible inflammatory pathways relating temporomandibular joint dysfunction to otic symptoms. *Cranio*, v.6, p.64-70, 1988.
43. NEL, H. Myofascial pain dysfunction syndrome. *J. Prosthet. Dent.*, v.40, p.438-41, 1978.
44. NIELSEN, L., MELSEN, B., TERP, S. Prevalence, interrelation and severity of dysfunction from masticatory system in 14-16 year-old Danish children. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.17, p.91-6, 1989.
45. OHNO, H., et al. A comparative subjective evaluation and prevalence study of TMJ dysfunction syndrome in Japanese adolescents based on clinical examination. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.16, p.122-26, 1988.
46. OKESON, J. P. *Management of temporomandibular disorders and occlusion.* 2 ed. St. Louis: Mosby, 1989.
47. OR, S. An analysis of 367 cases of temporomandibular joint dysfunction. *Int. J. Oral Surg.*, v.11, p.232-35, 1982.
48. ÖSTERBERG, T., CARLSSON, G. E. Symptoms and signs of mandibular dysfunction in 70-year-old men and women in Gothenburg, Sweden. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.7, p.315-21, 1979.
49. POSSELT, U. *Fisiologia de la oclusion y rehabilitacion.* Barcelona: JIMS, 1973.
50. RAMFJORD, S. P., ASH, M. M. *Oclusion.* 2 ed. Mexico: Interamericana, 1972.

51. RAO, M. B, RAO, C. B. Incidence of temporomandibular joint pain dysfunction syndrome in rural population. *Int. J. Oral. Surg.*, v.10, p.261-65, 1981.
52. RIEDER, C. E., MARTINOFF, J. T., WILCOX, S. A. The prevalence of mandibular dysfunction. Part I: sex and age distribution of related signs and symptoms. *J. Prosthet. Dent.*, v.50, p.81-8, 1983.
53. RIOLO, M. L., BRANDT, D., TENHAVE, T. R. Associations between occlusal characteristics and signs and symptoms of TMJ dysfunction in children and young adults. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.*, v.92, p.467-77, 1987.
54. ROTHWELL, P. S. Symptoms of temporomandibular pain dysfunction in 400 patients: time to revise the classical profile?. *J. Dent.*, v.15, p.6-11, 1987.
55. RUBINSTEIN, B., CARLSSON, G. E. Effects of stomatognathic treatment on tinnitus: A retrospective study. *J. Craniomandibular Pract.*, v.5, p.254-9, 1987.
56. SÁ LIMA, J. R. *Disfunções da articulação temporomandibular: estudo da prevalência dos sinais e sintomas em alunos da Faculdade de Odontologia do Campus de São José dos Campos- UNESP.* São Paulo, 1980. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia da USP.
57. SANTOS JR., J. *Oclusão. Aspectos clínicos da dor facial.* São Paulo: Meddens, 1980.
58. SCHWARTZ, I. *Disorders of the temporomandibular joint.* Philadelphia: Saunders, 1960.
59. SMITH, J. P. The pain dysfunction syndrome. Why females?. *J. Dent.*, v.4, p.283-8, 1976.
60. SMITH, J. P. Observer variation in the clinical diagnosis of mandibular pain dysfunction syndrome. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.5, p.91-3, 1977.
61. SOLBERG, W. K., WOO, M. W., HOUSTON, J. B. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.98, p.25-34, 1979.

62. SWANLJUNG, O., RANTANEN, T. Functional disorders of the masticatory system in southwest Finland. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.7, p.177-82, 1979.
63. TERVONEN, T., KNUUTTILA, M. Prevalence of signs and symptoms of mandibular dysfunction among adults aged 25, 35, 50 and 65 years in Ostrobothnia, Finland. *J. Oral Rehabil.*, v.15, p.455-63, 1988.
64. VANDERAS, A. P. Prevalence of craniomandibular dysfunction in children and adolescents. A review. *Pediatr. Dent.*, v.9, p.312-6, 1987.
65. WÄNMAN, A., AGERBERG, G. Mandibular dysfunction in adolescents: I. Prevalence of symptoms. *Acta Odontol. Scand.*, v.44, p.47-54, 1986.
66. WÄNMAN, A., AGERBERG, G. Mandibular dysfunction in adolescents: II. Prevalence of signs. *Acta Odontol. Scand.*, v.44, p.55-62, 1986.
67. WÄNMAN, A., AGERBERG, G. Relationship between signs and symptoms of mandibular dysfunction in adolescents. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.14, p.225-30, 1986.
68. WEDEL, A., CARLSSON, G. E. Retrospective review of 350 patients referred to a TMJ clinic. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.11, p.69-73, 1983.
69. WESTLING, L., CARLSSON, G. E., HELKIMO, M. Background factors in craniomandibular disorders with special reference to general joint hypermobility, parafunction and trauma. *J. Craniomand. Disord.*, v.4, p.89-98, 1990.
70. WIGDOROWICZ-MAKOWEROWA, N. et al. Epidemiologic studies on prevalence and etiology of functional disturbances of the masticatory system. *J. Prosthet. Dent.*, v.41, p.76-82, 1979.

RESUMO

Estudamos os sintomas subjetivos, relatados como queixa principal, por 600 pacientes portadores de disfunção craniomandibular, atendidos no Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP.

Traçamos um perfil dos pacientes disfuncionados quanto ao sexo, faixa etária, e os sintomas mais freqüentes, com presença isolada ou associada. Nosso objetivo foi contribuir com informações que permitam ao Cirurgião Dentista, clínico ou especialista, identificar mais precocemente os pacientes com disfunção craniomandibular, o que pode favorecer a uma abordagem mais conservadora e a um prognóstico mais favorável.

Os principais resultados obtidos demonstram que o número de pacientes do sexo feminino foi muito superior ao do sexo masculino, com uma relação de 82,83% e 17,17%.

Dividimos os pacientes por décadas de vida. A faixa de maior incidência ocorreu na terceira década seguido pela quarta e segunda décadas.

Quando estudamos a freqüência dos sintomas isoladamente observamos que a dor na região da ATM foi aquela que apresentou maior incidência, 42%, seguido pelos ruídos articulares, 26,6%, dor na face 15,5%, dor de ouvido 14,6% e dor de cabeça 12,1%.

Alguns sintomas apresentaram diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo. O ruído articular mostrou-se mais freqüente em homens enquanto que a dor de cabeça, dor na nuca e pescoço e travamento foram mais freqüentes nas mulheres.

Quando estudamos as associações de dois sintomas simultâneos as maiores freqüências foram: ruído articular com dor na região da ATM (9,16%), dor de ouvido

com dor de cabeça (3,33%), dor na região da ATM com dificuldade ou dor ao mastigar (3,16%). Não foram observadas diferenças estatísticas entre o sexo masculino e feminino.

Quando estudamos a associação de três sintomas simultâneos os resultados de maior frequência foram: ruído articular com dor na região da ATM com dificuldade ou dor ao mastigar (1,16%), ruído articular com dor na região da ATM com sintomas otológicos, outros além da dor de ouvido (0,83%) e ruído articular com dor na região da ATM com dor de cabeça (0,83%) .



SUMMARY

We surveyed subjective symptoms of 600 patients referred to the Occlusion and Craniomandibular Dysfunction Center of the School of Dentistry, Campus of São José dos Campos, São Paulo, Brazil.

We have only considered those symptoms reported by the patients as major complaints.

Our purpose on this project was to draw a profile of the disease considering sex, age and incidence of the symptoms that presented themselves or associated with others.

Findings were that we found a significant larger number of women, 82.83%, comparing with 17.17% of men.

Most of the patients belonged to the third decade, followed by the fourth and second.

The most frequent symptom was pain on TMJ region, 42%, followed by TMJ noises, 26.6%, facial pain, 15.5%, earache, 14.5% and headache, 12.1%.

The symptom TMJ noises showed to be statistically more significant in men, while headaches, pain in the neck region and temporary locking were more frequent in women.

The most frequent association between two symptoms was: TMJ noises with TMJ pain, earache with headache and TMJ pain with earache. There was no statistical difference between sexes.

The most frequent association of three symptoms was: TMJ noises together with TMJ pain and pain or difficulty in chewing.

Autorizo a reprodução deste trabalho.

São José dos Campos, 11/01/93.

M. Felício