

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E HÁBITOS PARAFUNCIONAIS EM ACADÊMICOS DO CURSO DE DIREITO DA ASCES UNITA

PREVALENCE OF SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION AND PARAFUNCTIONAL HABITS IN ASCES UNITA LAW STUDENTS

Emyllie Ariel Justino de Moura Silva¹

Antonio Vittor Herbert Ferreira²

Samara Monalisa Vieira³

José Eudes de Lorena Sobrinho⁴

Rafael de Sousa Carvalho Saboia⁵

Resumo: O objetivo deste artigo é verificar a prevalência, sinais e sintomas das disfunções temporomandibulares em alunos do curso de direito de uma instituição de ensino superior do interior do estado de Pernambuco. Foi realizado um estudo transversal descritivo, com 251 estudantes que responderam ao questionário amnético de Fonseca. Foram concluídas análises quanto ao grau de severidade, onde os resultados da escala de Fonseca indicaram que 59 (23,5%) dos pacientes não tinham DTM, 124 (49,4%) tinha DTM leve, 55 (21,9%) DTM moderada e 13 (5,2%) tinham DTM severa. Observou-se que o sexo feminino foi mais acometido, assim como houve maior prevalência da patologia nos

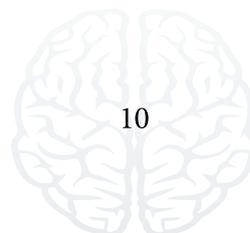
1 Discentes do curso de Odontologia da ASCES-UNITA, Caruaru, Pernambuco

2 Discentes do curso de Odontologia da ASCES-UNITA, Caruaru, Pernambuco

3 Discentes do curso de Odontologia da ASCES-UNITA, Caruaru, Pernambuco

4 Docente do curso de Odontologia da ASCES-UNITA, Caruaru, Pernambuco. Doutor em Saúde Pública. Cirurgião-dentista

5 Docente do curso de Odontologia da ASCES-UNITA, Caruaru, Pernambuco. Mestre em Perícias Forenses. Cirurgião-dentista.



últimos períodos da graduação. .

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular, estresse emocional, estudantes, bruxismo.

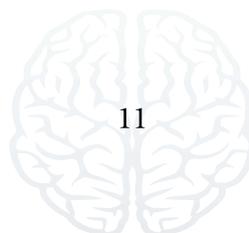
Abstract: The aim of this article is to verify the prevalence, signs and symptoms of temporomandibular dysfunctions in law students at a higher education institution in the interior of the state of Pernambuco. A cross-sectional descriptive study was carried out with 251 students who answered Fonseca's amnestic questionnaire. Analyses were completed regarding the degree of severity, where the results of the Fonseca scale indicated that 59 (23.5%) of the patients had no TMD, 124 (49.4%) had mild TMD, 55 (21.9%) had moderate TMD and 13 (5.2%) had severe TMD. It was observed that females were more affected, as well as a higher prevalence of the pathology in the last periods of graduation.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome, emotional stress, students, bruxism.

Introdução:

A disfunção temporomandibular (DTM) e os hábitos parafuncionais são atividades neuromusculares que ocasionam condições dolorosas que podem ter relação com o sistema estomatognático, a articulação temporomandibular (ATM), e estruturas associadas, esse conjunto de fatores podem comprometer a qualidade de vida dos acometidos. (Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLP, Bonan PRF, Batista AUD, 2018)

O estresse, assim como, a ansiedade pode causar hiperatividade muscular e o desenvolvimento de hábitos parafuncionais, levando a micro traumas da ATM e lesões musculares. Sua etiologia é multifatorial, tendo como principal sintoma a dor orofacial não dentária, ocasionada pelo apertamento



mento, sendo ele voluntário ou involuntário. Tendo como sinais e sintomas o cansaço e fadiga dos músculos da mastigação, dor na região da ATM e ruídos durante os movimentos da mandíbula, dores de ouvido e outros sinais otológicos, limitação da abertura bucal, cefaleia e bruxismo. (Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLP, Bonan PRF, Batista AUD, 2018)

Há evidências de que o estresse leva ao aumento dessa atividade muscular, o excesso do mesmo pode interferir na imunidade do indivíduo, independentemente da intensidade ou duração, o que leva relacionar a doença. Considerando que é um fator precipitante, a manifestação clínica das lesões coincide com períodos de provas acentuando uma tensão emocional nos acadêmicos. (Cruz JHA, Sousa LX, Oliveira BF, Junior FPA, Alves MASG, Filho AAO, 2018)

Entre os fatores de risco para DTM, estão os hábitos deletérios que prejudicam na qualidade de vida do portador. Dentre eles estão: goma de mascar, onicofagia, ranger ou cerrar os dentes, morder tampa de caneta, entre outros. Esses hábitos podem ser utilizados como meio de liberar a tensão emocional. (Figueiredo VMG, Cavalcanti AL, Farias ABL, Nascimento SR, 2009)

Os acadêmicos demonstram maior prevalência ao desenvolvimento de complicações no aparelho estomatognático pelo fato de viverem em constante ansiedade, que se inicia desde o período de graduação e contendo picos de estresse em semanas de provas. Nessa perspectiva, a tensão emocional, tensão social, o estresse, a ansiedade têm sido associados à presença de sinais e sintomas desta disfunção em diferentes acadêmicos. A possibilidade de intervenção e o diagnóstico precoce são necessários e permitem a identificação dos grupos de risco, determinando um perfil epidemiológico do problema. (Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLP, Bonan PRF, Batista AUD, 2018)

Foi apurado no estudo a prevalência da disfunção temporomandibular, porém a literatura ainda não é clara em relação a análise dos acadêmicos, levando em consideração a constante tensão psicológica ao qual esses estudantes são submetidos, onde muitos dos acometidos não possuem o conhecimento do problema e não sabe que existe tratamento. (Cavalcanti MOA, Lucena LBS, Batista AUD, 2009)



Tendo em vista a importância do diagnóstico precoce da DTM, o projeto objetiva verificar a prevalência junto com os sinais e sintomas da disfunção, além da prevalência de hábitos parafuncionais presente nos estudantes, que podem estar envolvidos em sua etiologia.

Materiais e métodos:

Realizou-se um estudo transversal de classificação descritiva, pesquisa do tipo exploratória e quantitativa, através do preenchimento de um questionário por acadêmicos do curso de bacharelado em Direito do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), de Caruaru, Pernambuco, resultando em dados estatísticos.

O tamanho amostral foi 289. Considerando 10,0% de perda de questionários devido a preenchimento incompleto ou inadequado o tamanho foi de 251 alunos.

A fórmula utilizada se encontra nas páginas 529 do livro “Biostatistical Analysis” / Jerrold H. Zar — 4th ed. – Prentice Hall – New Jersey – 663 pg..

O estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cujo número do parecer foi 4.630.669. Foram incluídos indivíduos matriculados, durante a coleta de dados, no curso de graduação em Direito do Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES-UNITA, sendo uma rede privada de Caruaru-PE. Foram excluídos os sujeitos cujos questionários não apresentaram resposta para todas as questões.

O instrumento de pesquisa utilizado está presente no artigo: Fonseca DM, Bonfate G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. Rev Gaucha Odontol. 1994;42:23-8. Apresentou-se 10 questões que abrangeram diferentes aspectos referentes ao tema de estudo, os participantes tiveram as seguintes opções de resposta: Sim, Às vezes e Não. Esteve disponível na plataforma online Google Forms durante 4 meses. O link do formulário foi compartilhado para os e-mails institucionais dos alunos matriculados no curso de graduação em Direito do 1º ao 10º período do Centro Universitário Tabosa de Almeida.



A escolha do teste F (ANOVA) ocorreu para a categoria que apresentassem distribuição normal e o teste de Kruskal-Wallis caso fossem rejeitados a normalidade. A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de ShapiroWilk. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS na versão 23.

Esperou-se poder mensurar a prevalência de hábitos parafuncionais e DTM dos acadêmicos em direito do Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCESUNITA com relação ao estresse, verificou-se os sinais e sintomas que eles apresentaram, e como interferem no seu cotidiano.

Resultados

Na Tabela 1 se apresenta os resultados relativos às características da amostra onde se evidencia que: a maioria (65,3%) era do sexo feminino; a faixa etária 21 a 23 foi a mais prevalente com 45,0% da amostra.

Tabela 1 – Características da amostra

Variável	n (%)
Total	251 (100,0)
Sexo	
Masculino	87 (34,7)
Feminino	164 (65,3)
Faixa etária (anos)	
17 à 20	92 (36,7)
21 à 23	113 (45,0)
24 ou mais	46 (18,3)
Estado civil	
Solteiro(a)	235 (93,6)



Casado(a)	14 (5,6)
Divorciado(a)	2 (0,8)
Escolaridade	
Nível superior incompleto	215 (85,7)
Nível superior	28 (11,2)
Pós-graduação	8 (3,2)
Período	
1º ou 2º	37 (14,7)
3º ou 4º	28 (11,2)
5º ou 6º	55 (21,9)
7º ou 8º	54 (21,5)
9º ou 10º	77 (30,7)
Trabalhando	
Sim	135 (53,8)
Não	116 (46,2)

A Tabela 2 ressalta que as cidades que tiveram maior número de entrevistados foram: Caruaru (35,9%), Santa Cruz do Capibaribe (9,2%), Recife (6,8%) e os percentuais das outras 36 cidades variaram de 0,4% a 4,4%.

Tabela 2 – Cidade que os pacientes residem

Cidade	n (%)
Agrestina	1 (0,4)
Alagoinha	2 (0,8)
Arcoverde	7 (2,8)
Belém de Maria	1 (0,4)
Belo Jardim	11 (4,4)



Bezerros	10 (4,0)
Bonito	1 (0,4)
Brejo da Madre de Deus	1 (0,4)
Buíque	1 (0,4)
Cachoeirinha	1 (0,4)
Camocim de São Félix	2 (0,8)
Caruaru	90 (35,9)
Catende	1 (0,4)
Cupira	6 (2,4)
Gravatá	5 (2,0)
Jurema	1 (0,4)
Lagoa dos Gatos	2 (0,8)
Lajedo	10 (4,0)
Limoeiro	1 (0,4)
Olinda	1 (0,4)
Outro estado	11 (4,4)
Palmares	5 (2,0)
Panelas	2 (0,8)
Pesqueira	9 (3,6)
Poção	1 (0,4)
Pombos	1 (0,4)
Recife	17 (6,8)
Sanharó	2 (0,8)
Santa Cruz do Capibaribe	23 (9,2)
Santa Maria do Cambucá	1 (0,4)
São Bento do Uma	1 (0,4)
São Caetano	2 (0,8)
São Joaquim do Monte	2 (0,8)
São José da Laje	1 (0,4)
Serra Talhada	2 (0,8)
Sertânia	1 (0,4)
Surubim	7 (2,8)
Taquaritinga do Norte	2 (0,8)
Toritama	6 (2,4)
Total	251 (100,)

Na Tabela 3 se apresenta os resultados das 10 questões da escala de Fonseca onde se enfatiza que: a maioria respondeu não nas questões, mas, nas questões 4 e 5 houve um percentual maior aos que responderam “às vezes” e 48,2% se consideraram serem uma pessoa tensa.

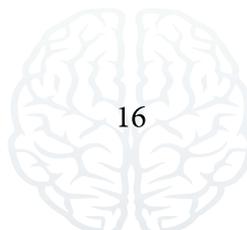
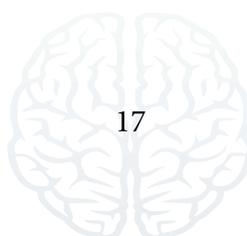


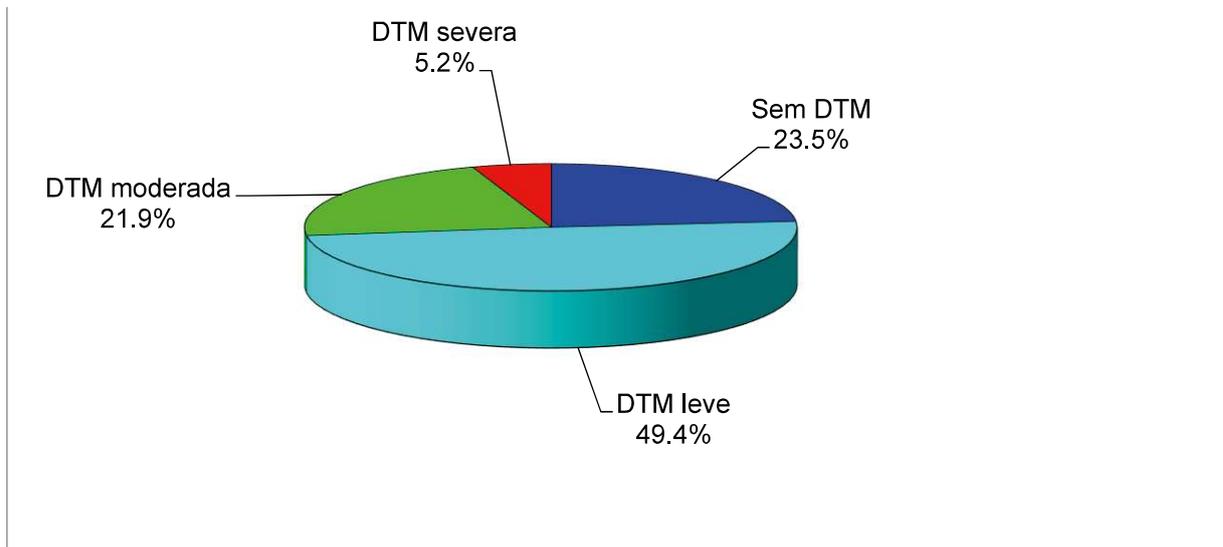
Tabela 3 – Resultados das questões da escala de Fonseca no grupo total

Questão	Sim n (%)	Às vezes n (%)	Não n (%)	Total n (%)
Q1. É difícil abrir a boca?	4 (1,6)	34 (13,5)	213 (84,9)	251 (100,0)
Q2. É difícil mover a mandíbula de um lado para o outro?	14 (5,6)	35 (13,9)	202 (80,5)	251 (100,0)
Q3. Você fica cansado ou com dor enquanto mastiga?	18 (7,2)	91 (36,3)	142 (56,6)	251 (100,0)
Q4. Você tem dores de cabeça constante?	55 (21,9)	92 (36,7)	104 (41,4)	251 (100,0)
Q5. Você tem dores na nuca ou torcicolo?	65 (25,9)	103 (41,0)	83 (33,1)	251 (100,0)
Q6. Você tem dores no ouvido ou na Articulação Temporomandibular (ATM)?	23 (9,2)	68 (27,1)	160 (63,7)	251 (100,0)
Q7. Você tem sentido algum clique na ATM enquanto mastiga ou abre a boca?	46 (18,3)	66 (26,3)	139 (55,4)	251 (100,0)
Q8. Você comprime ou range seus dentes?	45 (17,9)	76 (30,3)	130 (51,8)	251 (100,0)
Q9. Você sente seus dentes não se encaixarem bem?	81 (32,3)	35 (13,9)	135 (53,8)	251 (100,0)
Q10. Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa?	121 (48,2)	97 (38,6)	33 (13,1)	251 (100,0)

No gráfico abaixo relata que houve um percentual expressivo de 49,4% que foram diagnosticados com DTM leve, segundo a escala de Fonseca.

Gráfico 1 – Distribuição do grau da DTM no grupo total de pacientes pesquisados

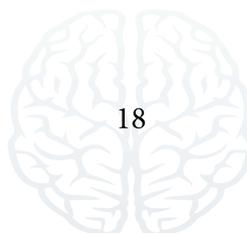




Para a margem de erro fixada (5%) se verifica que sexo foi única variável com associação significativa com grau de DTM e para a referida variável se salienta as diferenças percentuais: o percentual com grau de DTM moderada foi mais elevado entre os pacientes do sexo feminino do que masculino (25,6% x 14,9%).

Tabela 4 – Grau da DTM segundo as características da amostra

Variável	Grau da DTM					Valor p
	Ausência n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)	Total n (%)	
Sexo						$p^{(1)}$ = 0,023*
Masculino	25 (28,7)	48 (55,2)	13 (14,9)	1 (1,1)	87 (100,0)	
Feminino	34 (20,7)	76 (46,3)	42 (25,6)	12 (7,3)	164 (100,0)	
Faixa etária (anos)						$p^{(1)}$ = 0,129
17 a 20	25 (27,2)	40 (43,5)	25 (27,2)	2 (2,2)	92 (100,0)	
21 a 23	22 (19,5)	61 (54,0)	24 (21,2)	6 (5,3)	113 (100,0)	
24 ou mais	12 (26,1)	23 (50,0)	6 (13,0)	5 (10,9)	46 (100,0)	
Estado civil						$p^{(2)}$ = 0,993
Solteiro(a)/Divorciado(a)	55 (23,2)	117 (49,4)	52 (21,9)	13 (5,5)	237 (100,0)	
Casado(a)	4 (28,6)	7 (50,0)	3 (21,4)	0 (0,0)	14 (100,0)	



						$p^{(2)}$ = 0,900
Escolaridade						
Nível superior incompleto	48 (22,3)	106 (49,3)	49 (22,8)	12 (5,6)	215 (100,0)	
Nível superior completo	9 (32,1)	14 (50,0)	4 (14,3)	1 (3,6)	28 (100,0)	
Pós-Graduação completa	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	8 (100,0)	
Período						
1° ou 2°	11 (29,7)	21 (56,8)	4 (10,8)	1 (2,7)	37 (100,0)	$p^{(3)}$ = 0,427
3° ou 4°	6 (21,4)	16 (57,1)	5 (17,9)	1 (3,6)	28 (100,0)	
5° ou 6°	13 (23,6)	24 (43,6)	17 (30,9)	1 (1,8)	55 (100,0)	
7° ou 8°	12 (22,2)	23 (42,6)	13 (24,1)	6 (11,1)	54 (100,0)	
9° ou 10°	17 (22,1)	40 (51,9)	16 (20,8)	4 (5,2)	77 (100,0)	
Trabalhando						
Sim	31 (23,0)	64 (47,4)	34 (25,2)	6 (4,4)	135 (100,0)	$p^{(1)}$ = 0,571
Não	28 (24,1)	60 (51,7)	21 (18,1)	7 (6,0)	116 (100,0)	

(*) Associação significativa a 5%

(1) Pelo teste Qui-quadrado de Pearson

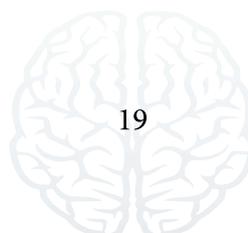
(2) Pelo teste Exato de Fisher

(3) Pelo teste da Razão de Verossimilhança.

Não foram registradas associações significativas ($p > 0,05$) entre a ocorrência de DTM e as características da amostra, conforme resultados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Prevalência de DTM segundo as características da amostra

Variável	DTM			Valor p	OR IIC 95%)
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)		
Sexo					
Masculino	62 (71,3)	25 (28,7)	87 (100,0)	$p^{(1)} = 0,155$	1,0
Feminino	130 (79,3)	34 (20,7)	164 (100,0)		1,5 (0,8 a 2,8)

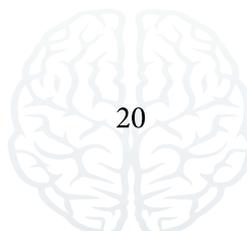


Faixa etária (anos)				$p^{(1)} = 0,390$	
17 a 20	67 (72,8)	25 (27,2)	92 (100,0)		1,0
21 a 23	91 (80,5)	22 (19,5)	113 (100,0)		1,5 (0,8 a 3,0)
24 ou mais	34 (73,9)	12 (26,1)	46 (100,0)		1,1 (0,5 a 2,4)
Estado civil				$p^{(2)} = 0,745$	
Solteiro(a)/Divorciado(a)	182 (76,8)	55 (23,2)	237 (100,0)		1,3 (0,4 a 4,4)
Casado(a)	10 (71,4)	4 (28,6)	14 (100,0)		1,0
Escolaridade				$p^{(1)} = 0,512$	
Nível superior incompleto	167 (77,7)	48 (22,3)	215 (100,0)		1,2 (0,3 a 5,9)
Nível superior completo	19 (67,9)	9 (32,1)	28 (100,0)		0,7 (0,2 a 4,2)
Pós Graduação completa	6 (75,0)	2 (25,0)	8 (100,0)		1,0
Período				$p^{(1)} = 0,910$	
1º ou 2º	26 (70,3)	11 (29,7)	37 (100,0)		1,0
3º ou 4º	22 (78,6)	6 (21,4)	28 (100,0)		1,5 (0,5 a 4,9)
5º ou 6º	42 (76,4)	13 (23,6)	55 (100,0)		1,4 (0,5 a 3,5)
7º ou 8º	42 (77,8)	12 (22,2)	54 (100,0)		1,5 (0,6 a 3,8)
9º ou 10º	60 (77,9)	17 (22,1)	77 (100,0)		1,5 (0,6 a 3,6)
Trabalhando				$p^{(1)} = 0,827$	
Sim	104 (77,0)	31 (23,0)	135 (100,0)		1,1 (0,6 a 1,9)
Não	88 (75,9)	28 (24,1)	116 (100,0)		1,0

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

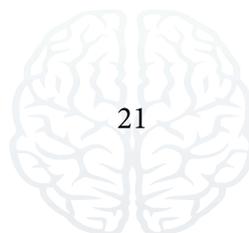
Conforme o período do curso avança (tabela 5) observou-se que a frequência de DTM aumenta, podendo estar relacionado com fatores psicológicos devido à tensão de final da graduação,



trabalho de conclusão de curso (TCC), aprovação da OAB (Ordem Brasileira dos Advogados) e estresse na vida pessoal, onde foi observado que 77,0% (tabela 4) trabalham atualmente e foram diagnosticados com a disfunção. Conseqüentemente, o estresse e a dinâmica social podem reduzir a funcionalidade do sistema mastigatório causando a disfunção temporomandibular, na qual a mesma afeta negativamente na qualidade de vida e na má qualidade de sono dos acadêmicos. (Cavalcanti MOA, Lucena LBS, Batista AUD, 2009)

Foram pesquisados 251 estudantes de 39 cidades (Caruaru e região), a faixa etária entre 21 e 23 anos foram os mais prevalentes (45,0%). O presente estudo tem como limitações a amostra limitada de tamanho, sendo utilizado no diagnóstico a inclusão dos pacientes de acordo com o questionário para diagnóstico de DTM. (Pastore GP, Goulart DR, Pastore PR, Prati AJ, Moraes M, 2018). Sendo considerados como resposta positiva à existência de um sinal ou sintoma as respostas “sim” e “às vezes”. (Mendes LMR, Barreto MCA, Castro SS. MENDES, 2020) Sendo identificado que 32,2% sentem que os dentes não se encaixam bem, 17,9% comprimem ou rangem os dentes e 18,3% sentem clique na ATM, constatando os resultados da tabela seguinte onde sem DTM: 23,5%, 49,5% foram diagnosticados com leve, moderada: 21,9% e severa 5,2%.

A distribuição da idade e do gênero nos casos de DTM foi maior em mulheres do que em homens corroborando com nosso estudo que trouxe o percentual com grau de DTM moderada foi mais elevado entre os pacientes do sexo feminino do que masculino (25,6% x 14,9%). Podendo haver relação entre a patogenia e o hormônio sexual feminino estrogênio ou entre a DTM e os mecanismos de modulação da dor, uma vez que mulheres apresentam maior sensibilidade à dor. Além da sobrecarga de trabalho e responsabilidades maternas que as deixam mais suscetíveis ao estresse. (Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT, 1994)



Alguns estudos indicaram que a prevalência desta disfunção está relacionada com causas anatômicas e correlacionados com a oclusão dentária, sendo identificada a presença de cefaleia, e quando comparados aos assintomáticos, os demais sintomas ficam mais perceptíveis (Ferreira CLP, Silva MAMR, Felício, CM, 2016). O nível de ansiedade induz o apertamento e o hábito de ranger os dentes (Silva, CVD, 2019). Portanto, foi observado um número expressivo de indivíduos com estalido na ATM, dores na nuca e dores de cabeça constantes, apresentados na tabela 3.

Os fatores oclusais estão relacionados às respostas musculares e DTM, que irão envolver as condições gerais emocionais do paciente 4. De acordo com a tabela 3, 81 pessoas não possuem encaixe oclusal, que podem ser decorrentes de hábitos parafuncionais e estresse, que são fatores contribuintes para desenvolvimento dessa disfunção. Sua etiologia é complexa, multifatorial e sem agente etiológico específico tendo como fator causal os hábitos parafuncionais. (Sanchez MO, Souza FCA, Nascimento EF, Souza MFA, Nery ES, Alvarenga AVM, 2017)

Os entrevistados relataram cefaleia, dor na nuca ou torcicolo, dificuldade em abrir a boca, mover a mandíbula e cansaço na região muscular. Na presença de pressão linear de dor nas mulheres durante um ataque de enxaqueca há uma grande influência no desenvolvimento da disfunção temporomandibular. (Silva MAG, Pantoja LLQ, Horstmann KLD, Neto JV, Wolff FL, Porporatti AL, 2020) Por meio deste estudo, pode-se sugerir que a DTM teve maior prevalência no sexo feminino, sendo leve a moderada mais prevalente nos acadêmicos do nono e décimo período.

CONCLUSÃO

Considerando que o estresse, ansiedade, a mal oclusão dentária e a presença de hábitos parafuncionais são fatores que poderão levar o paciente a desenvolver disfunção temporomandibular. Os



estudantes que foram avaliados apresentaram sintomas nos últimos períodos da graduação, havendo maior número em mulheres acometidas quando relacionadas aos homens e não houve uma presença significativa de dor, porém, sucedeu-se uma prevalência de DTM leve à moderada.

REFERÊNCIAS

Oliveira SCFS, Queiroz RGQ, Vieira BR, Costa MJF, Penha ES, Filho ALO, Figueiredo CHMC, et al. Prevalência de Hábitos Parafuncionais em Graduandos de Odontologia em uma Universidade Pública Federal. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR: Patos- PB*, v. 27, n. 3, p. 18-21, 2019.

Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLP, Bonan PRF, Batista AUD. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. *Ciência & Saúde coletiva*, v. 23, p. 173- 186, 2018.

Augusto VG, Perina KCB, Penha DSG, Santos DCA, Oliveira VAS. Temporomandibular dysfunction, stress and common mental disorder in university students. *Acta ortopedica brasileira*, v. 24, n. 6, p. 330-333, 2016.

Cruz JHA, Sousa LX, Oliveira BF, Junior FPA, Alves MASG, Filho AAO. Disfunção temporomandibular: revisão sistematizada. *Arch Health Invest, Patos, Paraíba, Brasil*, v. 6, n. 9, p. 570-575, 23, 2018.

Figueiredo VMG, Cavalcanti AL, Farias ABL, Nascimento SR. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. *Acta Scientiarum. Ciências da*



Saúde, v. 31, n. 2, p.15963, 2009.

Cavalcanti MOA, Lucena LBS, Batista AUD. Avaliação da Disfunção Temporomandibular (DTM) e dor orofacial associadas a hábitos parafuncionais e fatores psicológicos em acadêmicos da Polícia Militar, 2009.

Natu VP, Yap AU, Su MH, Ali NMI, Ansari A. Temporomandibular disorder symptoms and their association with quality of life, emotional states and sleep quality in South East Asian youths. Journal of oral rehabilitation, v. 45, n. 10, p. 756-763, 2018.

Queiroz MBD, Magalhães KM, Machado J, Viana MO. Prevalência de disfunção temporomandibular e associação com hábitos parafuncionais em alunos do curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza. Revista rede de cuidados em saúde, v. 9, n. 1, 2015.

Pastore GP, Goulart DR, Pastore PR, Prati AJ, Moraes M. Comparison of instruments used to select and classify patients with temporomandibular disorder. Comparison Of Instruments Used In Tmd, Brasília, Distrito Federal, v. 31, n. 1, p. 16-22, 2018

Mendes LMR, Barreto MCA, Castro SS. MENDESInstrumentos que avaliam a funcionalidade em indivíduos com disfunção temporomandibular e a Classificação Internacional de Funcionalidade: revisão sistemática. Web Of Science, Fortaleza, Brasil. v. 1, n. 4, p. 63-67, 2020.

Campos JADB, Gonçalves DAG, Camparis CM, Speciali JG. Confiabilidade de um formulário para diagnóstico da severidade da disfunção temporomandibular. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v.13, n.1, p. 38-43. 2008.



Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. Rev Gaucha Odontologia, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 23-8, 1994

Urbani G, Jesus LF, Silva ENC. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular e o estresse presente no trabalho policial: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1753-1765, 2017.

Guerra C, Pinho IBS, Oliveira LTGC, Nicésio PHA, Rocha PBVF, Gomes JSAR, et al. Prevalência de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com fatores psicológicos em acadêmicos de medicina de Barbacena. Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais, v. 10, p. 0160, 2018.

Ferreira CLP, Silva MAMR, Felício, CM. Sinais e sintomas de desordem temporomandibular em mulheres e homens. Laboratório de Investigação do Sistema Estomatognático, Ribeirão Preto, v. 1, n. 28, p. 17-21, 2016.

Silva, CVD. Impacto da cefaleia, severidade da DTM e limitação da função mandibular em mulheres com DTM crônica, 2019.

Sanchez MO, Souza FCA, Nascimento EF, Souza MFA, Nery ES, Alvarenga AVM. Hábito parafuncional e disfunção temporomandibular, uma questão de gênero? Revista Salusvita, Bauru, v. 36, n. 3, p. 667-675, 2017.

Silva MAG, Pantoja LLQ, Horstmann KLD, Neto JV, Wolff FL, Porporatti AL, et al. Prevalence of degenerative disease in temporomandibular disorder patients with disc displacement: A systematic



review and meta-analysis Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery, Goiânia, v. 48, n. 1, p. 942-955, 2020.

Costa ARO, Oliveira ES, Oliveira DWD, Tavano KTA, Murta AMG, Gonçalves PF, et al. Prevalência e fatores associados ao bruxismo em universitários: um estudo transversal piloto. Revista Brasileira de Odontologia, v. 74, n. 2, p. 120, 2017.

