

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

LARISSA LEMOS NOGUEIRA
MARCO VIDAL ASSAD MACHADO VÁMSZER

AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DTM EM CRIANÇAS DE 5 A 10
ANOS NA CLÍNICA INTEGRADA INFANTIL DO UNIFOA

VOLTA REDONDA

2018

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PREVALÊNCIA DE DTM E SEUS SINTOMAS EM CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS NA CLÍNICA INTEGRADA INFANTIL DO UNIFOA

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do UniFOA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunos: Larissa Lemos Nogueira

Marco Vidal A.M. Vámszer

Orientador: Pedro Augusto P. Bittencourt

Coorientadora: Roberta Mansur Caetano

VOLTA REDONDA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

N778a Nogueira, Larissa Lemos.

Avaliação dos sintomas de DTM em crianças de 5 a 10 anos na clínica integrada infantil do UniFOA. / Larissa Lemos Nogueira; Marco Vidal Assad Machado Vámoszer. – Volta Redonda: UniFOA, 2018.

41 p. Il.

Orientador(a): Pedro Augusto Peixoto Bittencourt

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2018.

1. Odontologia - TCC. 2. Disfunção temporomandibular. 3. DTM – crianças - sintomas. I. Bittencourt, Pedro Augusto Peixoto. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Prevalência de DTM e seus sintomas em crianças de 5 a 10 anos da Clínica Integrada Infantil do UNIFOA”

Elaborado por: Larissa Lemos Nogueira

Marco Vidal Assad Machado Vámszer

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 26 de Abril de 2018.

Banca Avaliadora:

.....
Profº Mestre Pedro Augusto Peixoto Bittencourt

.....
Profª Doutora Roberta Mansur Caetano

.....
Profª Doutora Alice Rodrigues Feres de Melo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão dessa etapa tão especial e esperada da minha vida. A todos que sonharam comigo, lutaram e torceram pelo meu sucesso como se fosse seu. Dedico aos meus primos, madrinha e avó que hoje não estão mais aqui, mas tenho certeza que estão dividindo essa conquista comigo mesmo que longe. Dedico ao meu parceiro fiel de todos os momentos, Marco, minha vitória também é a sua e vice versa. Dedico aos meus mestres, Pedro Biitencourt e Roberta Mansur, a orientação de vocês foi a nossa base. Dedico aos que ainda tem dúvida da possibilidade de se realizar um sonho quando se acredita nele. Aos meus pais, irmão, tios, família e amigos essa conquista também é de vocês e para vocês.

Larissa Lemos Nogueira

Dedico este trabalho, pra todas as pessoas que passaram em minha vida e de que alguma forma contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Aos meus pais e minha irmã que me fizeram enxergar os verdadeiros valores da vida, e que me formaram o homem que sou hoje, podendo completar mais uma etapa, muito marcante. Aos meus avôs que não estão mais presentes, mas são pessoas marcantes em minha vida, pela garra e pelas vitórias que tiveram ao longo de suas jornadas, tornando um exemplo pra mim. Minha parceira de todas as horas, Larissa, que se tornou um exemplo de profissional e de vida ao longo de todos essas anos, merecemos demais essa vitória. Dedico aos meus mestres, Pedro Biitencourt e Roberta Mansur, a dedicação e conhecimento compartilhado durante esses anos, foi importantíssimo pro meu crescimento como profissional e pessoal. Essa vitória é de todos vocês.

Marco V. A. M. Vámszer

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades, pela força e por cada conquista que tornou essa trajetória possível. Agradeço aos meus pais e irmão por toda dedicação, carinho e luta para que eu me tornasse quem sou hoje e por fazerem o impossível para que eu chegasse até aqui. À minha família, agradeço por não economizarem palavras de incentivo e acreditarem em mim até o fim. Às minhas amigas, pelo acolhimento, cumplicidade e torcida. À minha dupla, parceiro de vida e de jornada, Marco, pelo companheirismo, carinho e aprendizado. Ao meu orientador, Pedro Bittencourt, agradeço toda a dedicação, conhecimento compartilhado e suporte para que essa etapa fosse concluída. À professora e minha coorientadora, Roberta Mansur, por todo carinho, cuidado e disponibilidade para nos ajudar no que fosse preciso. À professora Alice Feres, agradeço a atenção, conhecimento e acolhimento durante toda a pesquisa e experiência na clínica Integrada infantil.

Larissa Lemos Nogueira

Primeiramente, quero agradecer a Deus por ter me abençoado e me protegido ao longo dessa jornada, me dando forças pra poder hoje completar mais uma grande etapa da minha vida. À minha família, por estar sempre me apoiando e incentivando em todos os momentos ao longo de toda minha vida, principalmente durante esses anos de faculdade. À minha dupla, parceira e companheira em todas ocasiões, Larissa, por todo companheirismo e dedicação. Sem vocês tudo seria muito mais difícil. Ao meu orientador, Pedro Bittencourt, fica o agradecimento por toda paciência, dedicação e os conhecimentos compartilhados. À professora e minha coorientadora, Roberta Mansur por toda disponibilidade, dedicação em todos os anos de faculdade. À professora Alice Feres, pela atenção, conhecimento e acolhimento na pesquisa, e a sua dedicação durante todos os anos na clínica Integrada infantil.

Marco Vidal A. M. Vámszer

EPÍGRAFE

“Uma única vela pode acender milhares de velas e não vai durar menos por isso. A felicidade nunca diminui por ser compartilhada”.

Bukkyo Dendo Kyokay,

A doutrina de Buda

RESUMO

A Articulação Temporomandibular (ATM) é uma estrutura que envolve a participação de diversos elementos do corpo humano onde o funcionamento e posicionamento dessas estruturas devem estar em perfeita sincronia para que seja possível a realização correta de seus movimentos e funções. Um distúrbio nesse sistema pode levar a alterações funcionais dolorosas denominadas Disfunção Temporomandibular (DTM). Geralmente, a DTM é descoberta na fase adulta, mas há vários sinais e sintomas que podem iniciar durante a infância. Existe um grande desenvolvimento muscular e esquelético que a criança e o adolescente vão apresentando durante o seu crescimento, e apesar da capacidade adaptativa considerável dos jovens e crianças, a persistência das desarmonias morfofuncionais podem levar a uma condição patológica na vida adulta. Portanto, é importantíssima a necessidade de diagnosticar precocemente as alterações associadas ao crescimento craniofacial e as disfunções temporomandibulares. A partir disso, este trabalho foi realizado com o objetivo de identificar e avaliar os sintomas compatíveis com a DTM em crianças de 5 a 10 anos, da clínica integrada infantil do UNIFOA. Foram avaliadas 74 crianças submetidas ao exame clínico para avaliação oclusal, cujos responsáveis responderam a questionários sobre a sintomatologia de DTM e presença de hábitos orais. Com os dados coletados verificou-se que o sintoma mais prevalente encontrado nas crianças foi dor de cabeça. Notou-se uma correlação positiva entre o desenvolvimento da sintomatologia de DTM com a presença de hábitos de morder objeto, onicofagia, bruxismo e má oclusão.

Palavras-chave: Disfunção temporomandibular; Criança; Sintomas.

ABSTRACT

The Temporomandibular Joint (TMJ) is a structure that involves the participation of many elements of the human body where the work and positions about these structures must be in perfect synchrony so that the correct performance of their movements and functions is possible. A disorder in this system can take to painful functional changes called Temporomandibular Dysfunction. Usually, the TMD is discovered in adulthood, but there are several signs and symptoms that can begin in childhood. There is a large skeletal muscular development that the child and the adolescent are presenting during their growth, and despite the considerable adaptive capacity of the young and children, the morphofunctional disharmonies when they persist can take to a pathological condition in adult life. Therefore, it is very important to diagnose early changes associated with craniofacial growth and temporomandibular disorders. From this, this work was carried out with the objective of identifying and evaluating TMD-compatible symptoms in children aged 5 to 10 years, from the integrated child clinic of UNIFOA. A total of 74 children underwent a clinical examination for occlusal evaluation, whose respondents answered questions about the TMD symptomatology and presence of oral habits. With the collected data it was verified that the most prevalent symptom found in the children was headache. There was a positive correlation between the development of TMD symptoms with the presence of object biting habits, gnawing habit, bruxism and occlusal alteration.

Keywords: Temporomandibular dysfunction; Child; Symptoms.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Prevalência de hábitos orais, comportamento e sintomas de DTM (entrevista geral)	26
Gráfico 2 Prevalência de hábitos orais, comportamento e sintomas de DTM entre os gêneros	27
Gráfico 3 Relação entre oclusão normal, má oclusão e sintomatologia de DTM.....	29
Gráfico 4 Relação entre bruxismo e sintomatologia de DTM	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Tipos de oclusão	28
Tabela 2 Relação entre hábito de morder objeto e sintomatologia de DTM.....	30
Tabela 3 Relação entre hábito de onicofagia e sintomatologia de DTM.....	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATM	Articulação Temporomandibular
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPS	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
DTM	Disfunção Temporomandibular
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
et al.	E colaboradores
JIG	Guia de Interferência Oclusal
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
%	Porcentagem

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A Entrevista 38

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Parecer Consubstanciado do CoEPs.....	39
---------	---------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Disfunção Temporomandibular	15
2.1.1 Definição	15
2.1.2 Etiologia	15
2.1.3 Sinais e sintomas	18
2.1.4 Diagnóstico	21
2.1.5 Tratamento	23
3 MATERIAIS E MÉTODOS	25
4 RESULTADOS	26
5 DISCUSSÃO	31
6 CONCLUSÃO	34
7 REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	38
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é umas das articulações mais complexas do corpo humano. É a área onde a mandíbula se articula com o osso temporal. Ao mesmo tempo em que proporciona movimentos de deslizamento, também proporciona movimentos de dobradiça, o que a classifica como articulação gínglimoartrodial. Sendo considerada uma articulação composta, a ATM é formada pelo côndilo mandibular (cabeça da mandíbula), fossa mandibular e o disco articular separando esses dois ossos (OKESON, 2013).

A desordem temporomandibular (DTM) é um termo coletivo que abrange várias situações clínicas que envolvem a musculatura da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas (OKESON, 2013).

A DTM tem etiologia multifatorial, na qual fatores psicológicos, parafunções orais, má oclusão morfológica e funcional, em conjunto são possíveis causas para o desenvolvimento da disfunção. As disfunções da articulação temporomandibular (ATM) podem ter origem no início do desenvolvimento craniofacial e sinais e sintomas precoces de alterações temporomandibulares apresentam-se frequentemente associados às más oclusões morfológicas (MOYERS, 1991).

Devido às grandes alterações musculares, esqueléticas e articulares envolvidas durante o crescimento craniofacial, há um número elevado de crianças e adolescentes que apresentam sinais e sintomas associados à DTM (MOYERS, 1991). Mesmo que esses sintomas inicialmente sejam brandos, podem progredir para severos, provocando Disfunção Temporomandibular com a idade (BROMBERG; SAGRETTI; GUEDES, 1992).

A partir disso, este trabalho foi realizado com o objetivo de identificar e avaliar os sintomas compatíveis com a DTM em crianças de 5 a 10 anos, da clínica integrada infantil do UNIFOA.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Disfunção Temporomandibular

2.1.1 Definição

A articulação temporomandibular é a região onde a mandíbula se articula com o osso temporal do crânio. Essa estrutura é responsável pelos movimentos de dobradiça e deslizamento da mandíbula, sendo assim classificada como uma articulação composta gínglimoartrodial. Anatomicamente, a ATM é composta pelo côndilo mandibular (cabeça da mandíbula), pela fossa mandibular do osso temporal e pelo disco articular, responsável por separar esses dois componentes ósseos (OKESON, 2013).

As disfunções temporomandibulares são denominadas como um grupo de patologias que envolvem os músculos da mastigação, a ATM e as estruturas associadas. Quando existentes, geralmente na infância se apresentam de forma leve podendo se agravar gradativamente com a idade (GONÇALVES, 2016). A desordem temporomandibular (DTM) é um termo genérico no qual os sinais e sintomas envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e estruturas associadas (LODDI et al., 2010; RIBEIRO PAULA, 2011).

A dor de origem da DTM costuma piorar com o uso constante do sistema mastigatório (mastigar alimentos mais sólidos, falar demais, abrir a boca, usar instrumentos de sopro, etc.) (MARTINS, 2012).

2.1.2 Etiologia

Quando as diferenças quanto ao gênero foram estudadas, pôde-se observar que no gênero feminino, os índices de DTM são mais relevantes. Hábitos como o de dormir frequentemente com a mão sob o rosto e o apertamento dentário revelam uma relação positiva com o surgimento de DTM no gênero feminino (COSTA; GUIMARÃES; CHAOBAH, 2004).

O bruxismo evidenciado como atividade parafuncional prevalente do sistema mastigatório é uma condição que mostra uma relação causal entre o apertamento dos dentes e sinais e sintomas de DTM, podendo estes se apresentar por meio de sintomas como cefaleia, dor na musculatura mastigatória e dor cervical (TOSATO; CARIA, 2006).

Dentro dos fatores emocionais capazes de acentuar o desenvolvimento da DTM, os mais estudados são ansiedade, estresse, e como já se sabe, o ritmo de vida acelerado favorece esses fatores. Em um estudo realizado em crianças em faixa etária entre 9 e 15 anos foi possível verificar que 96,7% das crianças entrevistadas apresentaram nível médio de ansiedade e 3,3% nível alto no momento da entrevista. Quando questionados a respeito da frequência deste estado, 63,5% das crianças com nível médio de ansiedade afirmaram se sentir assim esporadicamente, enquanto 36,5% apresentaram nível alto de ansiedade com frequência. Estes resultados, quando comparados aos alunos que apresentavam DTM, apontaram que o nível de ansiedade alta (50%) dentro do grupo de crianças com DTM era maior que no grupo sem DTM (12%) (MARCHIORI et al., 2007).

A DTM sempre foi relacionada a fatores dentários (interferências oclusais, ausências dentárias, más posições), no entanto, é sabido que suas causas são multifatoriais, envolvendo desde problemas dentários, como fatores psicológicos, emocionais e distúrbios do sono (RANIERI et al., 2007).

Com relação aos hábitos deletérios orais e sua associação à DTM, estudos mostraram que os hábitos mastigatórios são os de maior prevalência nas crianças (39,91%) e podem estar relacionados aos hábitos de sucção (8,86%). Em 27,85% das crianças são encontrados os dois tipos de hábitos. Dessa forma é possível verificar a correlação de DTM e hábitos orais em 20,25% das crianças. No entanto, grande parte da população que possui os hábitos, não apresenta quadro de DTM (MERIGHI et al., 2007).

A partir da realização do trabalho feito por Ikeda (2010), pode-se concluir que a DTM em crianças e adolescentes tem sido um tema que vem tendo uma importância cada vez maior, os fatores etiológicos encontrados com maior prevalência foram as más oclusões, estado emocional e hábitos parafuncionais,

levando em consideração que os sinais e sintomas em crianças e adolescentes são muitas vezes mais suaves e tendem a evoluir.

Sua etiologia é considerada multifatorial. Fatores psicológicos, parafunções orais, má oclusão morfológica e funcional, são possíveis causas para o desenvolvimento da disfunção, e mesmo estando ciente dos fatores que estão relacionados à sua causa, não é possível determinar até que ponto cada um desses, isoladamente ou em conjunto, indicará que o paciente irá desenvolver uma desordem temporomandibular (LODDI et al., 2010).

A compreensão e o diagnóstico de DTM nem sempre é fácil devido à complexidade desta desordem. Além de uma vasta variabilidade de sintomas, essa disfunção possui etiologia multifatorial e não se limita apenas às ATM, podendo comprometer outras estruturas do sistema estomatognático (PEREIRA, 2011).

Alguns fatores podem estar envolvidos, tais como alterações posturais, hábitos parafuncionais, fatores psicológicos e desequilíbrios oclusais (RIBEIRO; PAULA, 2011).

Há diversos fatores de riscos vinculados à presença de sinais e sintomas de DTM, entretanto, até o momento, ainda não foi possível definir uma única causa que esteja associada à manifestação dessa disfunção, o que caracteriza a etiologia dessa condição como multifatorial. Em um estudo onde foi analisado o índice de Disfunção Temporomandibular em crianças e seus principais fatores de risco, foi constatado que hábitos parafuncionais como bruxismo, ansiedade, traumas e má oclusão tem possível associação com a DTM. Além disso, foi observado que o gênero feminino apresenta uma predisposição maior a desenvolver esse quadro. Dentre os principais agravantes, quanto às características gerais, para o surgimento de DTM em crianças, pode ser citado o gênero feminino e a puberdade, hábitos parafuncionais, psicológicos e traumáticos (CHAGAS, 2016).

A etiologia da DTM, tanto em crianças quanto em adultos, é de origem multifatorial sendo baseada em fatores biológicos, sociais e psicológicos, incluindo hábitos parafuncionais, trauma, fatores oclusais e sistêmicos (PEREIRA, 2011; GONÇALVES, 2016).

2.1.3 Sinais e sintomas

Ao avaliar a prevalência de sinais e sintomas de DTM em crianças e universitários, foi possível observar a diferença de sintomas entre um grupo e outro, onde a prevalência de dor na musculatura mastigatória, cefaleia e bruxismo são mais frequentes nos universitários. Apesar das crianças não apresentarem dor na musculatura mastigatória, como em pacientes mais velhos, após estudos, foi possível verificar a presença de cefaleias (26,53%), dor no ouvido ou região da ATM (28,57%), dor na cervical (40,81%), cansaço ao mastigar (26,53%) e bruxismo (24,48%) como principais sintomas (TOSATO; CARIA, 2006).

De acordo com a frequência de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular pode-se observar que os mais frequentes são os hábitos de apertar ou ranger os dentes (35%), dores de cabeça (22,5%), ruídos nas ATM (18,7%) e dores de ouvido ou na região das ATM (13,7%). Ao analisar a amostra de crianças entre 5 e 12 anos, notou-se que as características oclusais mais encontradas foram mordida aberta anterior (56,2%) e mordida cruzada posterior (38,7%), seguidas de mordida cruzada anterior dentária (7,5%), mordida profunda (6,2%) e mordida topo a topo (2,5%). Dentre os hábitos parafuncionais, 47,5% da amostra apresentou onicofagia e 35% bruxismo, sendo estes os mais prevalentes. Também puderam ser encontrados: sucção de chupeta (28,7%), sucção digital (21,2%), deglutição atípica (18,7%) e interposição labial (5%) (SANTOS et al., 2006).

Quanto ao grau de severidade dos sinais e sintomas de DTM foi verificado que nenhuma das crianças examinadas apresentou o grau severo ou grave, entretanto o grau leve foi o mais frequente (MARCHIORI et al., 2007).

Os sintomas mais comuns em crianças são: dor na região da ATM, sensibilidade à palpação, fadiga ou irritação nos músculos associadas à articulação, sons ou limitações durante o movimento mandibular. Esses sintomas variam de leve a moderado, e com a idade eles aumentam (BERTOLI; LOSSO; MORESCA, 2009).

A pesquisa realizada por Pizolato (2008) priorizou avaliar a deglutição e a fala em crianças na faixa etária de 8 a 12 anos com desordem temporomandibular e seus sinais e sintomas. O autor concluiu que não houve diferença em porcentagem de crianças com deglutição alterada entre os grupos, percebendo-se que a DTM ou

presença de sinais e/ou sintomas de DTM não estão associados com deglutição alterada.

O estudo realizado por Costa (2009) mostrou que mesmo o gênero feminino sendo mais vulnerável aos altos graus de DTM, o gênero masculino apresenta maior incidência na relação entre os graus de sem DTM, DTM leve e moderada com o bruxismo e que esta parafunção em ambos os gêneros aumentam as chances de elevados graus de DTM.

Uma pesquisa realizada por Loddi et al. (2010) com uma amostra de 65 pacientes infantis entre 6 e 11 anos, onde 38 eram do gênero feminino e 27 do gênero masculino, constatou-se que o sintoma relacionado à DTM mais constantemente encontrado foi a dor de cabeça (55,38%) seguido pela dor de ouvido (23,07%), onde o gênero feminino teve predominância de 38,46% sobre o gênero masculino (16,94%) em relação aos sintomas relatados. Outros sintomas característicos de DTM como ruído articular também pôde ser encontrado em 16,9% dos pacientes, onde 9,23% eram do gênero feminino e 7,6% o gênero masculino. O bruxismo também foi relatado por 38,46% das crianças, sendo 21,53% no gênero feminino e 16,9% no gênero masculino.

No estudo de Valle-Corotti et al., (2010), 36% dos pacientes pediátricos apresentaram dor de cabeça, e 32% apresentaram dor ou algum desconforto enquanto mastigava quando foram questionados sobre os sintomas relacionados à DTM. Sobre os hábitos parafuncionais, 36% dos pacientes apresentavam até três hábitos. Observou-se também que 18% dos pacientes apresentavam mordida aberta anterior e 20% mordida cruzada posterior, sendo 40% bilateral e 60% unilateral.

A cefaleia foi o sintoma de DTM mais relatado pelos pacientes infantis de 5 a 12 anos no estudo de Ribeiro e Paula (2011). Em relação aos hábitos parafuncionais, o mais prevalente entre as crianças foi a onicofagia, presente em 43,3% das crianças, seguido pelo bruxismo presente em 36,7%, uso de chupeta 15% e sucção digital presente em 8,3% da amostra. O estudo mostrou existir uma correlação positiva entre a presença de hábitos parafuncionais como onicofagia, bruxismo e sucção digital e o desenvolvimento de sintomatologia de DTM. Os sinais e sintomas associados às DTM são muito variados, mas podem incluir ruídos

articulares, limitação dos movimentos mandibulares, desgaste dentário, mialgia e otalgia, entretanto, o sintoma mais relatado por todos os pacientes foi a dor.

O diagnóstico precoce da DTM é mais importante pela prevenção que pelo tratamento em si, visto que a necessidade de tratamento em crianças é baixa pelo fato da maioria dos sinais e sintomas em crianças se apresentar de forma leve (PEREIRA, 2011).

Estudos apontaram que os sinais de DTM em pacientes pediátricos mais observados e relatados pelos cirurgiões dentistas são os desgastes dos dentes, o ranger dos dentes relatado pelos pais, além de unhas ruídas e click na ATM. Com relação aos sintomas, os mais prevalentes são cefaleia, dor na região da ATM e ouvido, cansaço muscular e zumbido no ouvido, Esses sinais raramente se apresentam de forma severa nestas idades (MARTINS, 2012; FERREIRA, 2013).

Devido à frequência de pacientes pediátricos portador de hábitos de sucção é necessário a compreensão do profissional quanto ao malefício desta condição à estrutura orofacial. Entretanto, estudos apontaram que há uma relação fraca ou ausente deste hábito com a DTM (FRAGELLI et al., 2013).

Em um estudo realizado com uma amostra de crianças entre 5 e 13 anos, foi possível verificar que os sintomas de DTM foram mais presentes entre as meninas que nos meninos e os sintomas mais relatados foram dor de cabeça, dor na nuca e cansaço após a mastigação. Já os sinais mais encontrados foram dificuldade de abertura de boca, deslocamento de disco e ruídos (ROCHA; CARVALHO; CHETELAR, 2015).

A presença de hábitos não leva necessariamente à presença de sinais e sintomas de DTM. Porém, em se tratando de estresse a presença da disfunção foi evidente em um estudo com amostra de crianças entre 5 e 13 anos (ROCHA; CARVALHO; CHETELAR, 2015).

No estudo de Ramos e Lima (2017) foi possível verificar que 41% das crianças entre 4 e 7 anos da respectiva amostra, possuíam traços remetentes à ansiedade, associado ao ranger dos dentes.

De acordo com estudos realizados em crianças entre 7 a 12 anos de idade, foi possível observar que os sintomas mais relatados por pacientes pediátricos relacionados à DTM foram as dores de cabeça e dores de ouvido. Em relação aos sintomas de DTM foi possível identificar que 1,8% da amostra sente dor à palpação e 5,6% apresentam estalos, sendo mais encontrado em meninas. Os sintomas mais prevalentes nos meninos foram dor à palpação na região do músculo masseter, sendo encontrada em 2,5% da amostra. Já a dor à palpação na região do músculo temporal foi mais relatada pelas meninas sendo identificada em 4,2% da amostra. O sintoma mais relatado foi dor de cabeça, sendo este também mais relatado pelas meninas. Neste estudo foi possível analisar que todos os sinais e sintomas encontrados aumentavam com a idade e foram mais relatados na faixa entre 9 e 10 anos (BILGIÇ; GELGÖR, 2017).

De 113 questionários respondidos pelos pais ou responsáveis dos alunos entre 4 e 7 anos, 41% das crianças possuíam traços que remete à ansiedade, e este pode estar associado ao ranger dos dentes, indicando o fator ansiedade como determinante no conjunto de elementos que geram o bruxismo (RAMOS; LIMA, 2017).

2.1.4 Diagnóstico

As síndromes das desordens temporomandibulares são frequentes nos pacientes. Elas são diagnosticadas e se manifestam em idades cada vez menores, devido às suas diversas causas (RANIERI et al., 2007).

Analisar as funções orais, como a fala e a deglutição, em indivíduos jovens portadores de disfunção temporomandibular é de suma importância para abrir a possibilidade do diagnóstico prematuro das possíveis causas associadas aos distúrbios presentes, impedindo que as alterações se agravem em idade mais adulta (PIZOLATO, 2008).

É importante o conhecimento dos distúrbios na população infantil, por ser um período transitório da dentição decídua para a permanente, assim como por caracterizar a fase de crescimento e desenvolvimento do complexo craniofacial (BERTOLI; LOSSO; MORESCA, 2009).

Com isso, a necessidade de se realizar tratamentos cada vez mais cedo, de forma não invasiva, e a realização de uma anamnese criteriosa, considerando os dados físicos e emocionais relatados pelo paciente, não excluindo um exame clínico detalhado, é de suma importância para o diagnóstico precoce, sendo necessária a inclusão desse tipo de exame em consultas do dia a dia (IKEDA, 2010).

Há uma grande dificuldade entre os pesquisadores de encontrar um protocolo fiel a se seguir para diagnosticar DTM em pacientes infantis (RIBEIRO; PAULA, 2011).

O diagnóstico é basicamente clínico, nenhum exame de imagem, ou qualquer aparelho, poderá diferenciar uma cefaleia comum de uma cefaleia do tipo tensional. Nenhum deles substitui um profissional experiente e preparado clinicamente na avaliação das diversas doenças que despertam dor na região crânio-orofacial. No exame físico o paciente é orientado a realizar movimentos mandibulares (fechamento, abertura, lateralidade e protrusão) analisando a presença de dor, discordâncias e desvios. A palpação dos músculos da mastigação e ATM são fundamentais e, no caso de DTM é comum provocar dor, que é verificada pelo paciente como "a dor" da sua queixa (MARTINS, 2012).

O índice de prevalência de casos de DTM em crianças e adolescentes relatados na literatura varia significativamente devido à deficiência de metodologias adequadas e padronizadas para a identificação desse quadro com maior validade nessa população. A padronização de métodos a fim de chegar a um diagnóstico permite melhor compreensão dos aspectos patológicos e das medidas preventivas e terapêuticas mais eficazes. É importante ressaltar que durante a avaliação clínica do paciente pediátrico os exames de ATM não devem ser menosprezados. A identificação precoce da Disfunção Temporomandibular permite o acompanhamento do paciente e a intervenção do quadro no momento adequado evitando problemas secundários do sistema estomatognático (SENA et al., 2013).

As crianças que apresentaram DTM demonstraram maiores variações de dimensão vertical de oclusão em comparação às que não apresentaram DTM. Por isso é importante para um diagnóstico correto relacionado à DTM, que se possam analisar todas as variáveis capazes de influenciar a harmonia do sistema

estomatognático, inclusive a variabilidade da DVO, com o objetivo de prevenir e estabelecer o crescimento e desenvolvimento crânio-facial dentro dos padrões de normalidade (LOPES et al., 2014).

Os dentistas devem tentar diagnosticar esses sinais intra-articulares de DTM em crianças e adolescentes para que seja possível um bom acompanhamento clínico (SILVA, 2015).

O diagnóstico precoce de DTM tem um papel importante no que diz respeito a evitar a progressão do quadro. Além disso, possibilita enfatizar o tratamento em terapêuticas conservadoras e menos invasivas para o paciente infantil (PEREIRA, 2011; GONÇALVES, 2016).

2.1.5 Tratamento

Sendo diagnosticada precocemente, a Disfunção temporomandibular pode ser tratada evitando o agravamento do quadro na fase adulta (TOSATO; CARIA, 2006).

É possível confirmar a presença de sintomas de DTM em crianças, no entanto, pelo fato desse quadro não se apresentar ainda de forma severa, poucos casos necessitam realmente de um tratamento, o que resulta em um acompanhamento e esclarecimento da condição para que não haja um agravamento futuro. No estudo com pacientes infantis foi possível identificar que 2% da população apresentou DTM moderada, 42% DTM leve e 56% DTM ausente. Nenhuma criança apresentou quadro de DTM severa (VALLE-COROTTI et al., 2010).

Após entrevistas foi possível observar que poucos profissionais tratam essa condição e a maioria acaba encaminhando seus pacientes pediátricos para um especialista quando diagnosticado algum distúrbio na ATM. Nesta pesquisa, ao entrevistar cirurgiões-dentistas, 54% dos entrevistados utilizavam placas interoclusais como tratamento de eleição, 8% acreditaram no desgaste dental, 4% apontaram o uso do JIG e 25% relataram não saber o que fazer. O tratamento de eleição, normalmente é o uso de placas interoclusais. Em se tratando das placas interoclusais, 35% dos dentistas indicaram a semi-rígida para pacientes pediátricos,

29% indicaram a mole e 6% disseram que a rígida é a mais indicada (FERREIRA, 2013).

Fatores de riscos relacionados à DTM podem ser originados de padrões comportamentais e ambientais, independente da genética do indivíduo. Isso torna essas causas passíveis de intervenção. Medidas de controle de DTM em crianças podem ser representadas por estratégias educativas e informações e esclarecimento aos pais, aumentando a percepção do cuidador para o problema (ORTEGA, 2013).

Os fatores que podem predispor o indivíduo ao surgimento de DTM podem aparecer já na infância. A identificação e controle desses fatores são considerados atitudes que visam promoção de saúde em longo prazo podendo evitar o agravamento ou instalação dessa condição (ORTEGA, 2013; PEREIRA, 2011).

Pelo fato da Disfunção Temporomandibular ter caráter multifatorial, há também a necessidade da abordagem multifatorial para o tratamento. Este está completamente ligado ao fator etiológico, podendo ser um tratamento conservador ou até mesmo, uma intervenção cirúrgica. Porém, o sucesso do tratamento, está relacionado a um correto diagnóstico, nas técnicas cirúrgicas empregadas e na experiência do profissional. Os procedimentos cirúrgicos são tratamentos de exceção e não de eleição, pois são complexos e envolvem mais riscos. Deve-se utilizar primeiramente a terapia clínica, quando ela puder ser indicada (GOMES, 2014).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPS) – UniFOA, com número CAAE68390117.4.0000.5237 e aprovado em 15/08/2017(Anexo A).

Para o presente estudo foram realizadas entrevistas com os responsáveis de 74 pacientes infantis que buscaram atendimento na Clínica Integrada Infantil do Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA), na cidade de Volta Redonda, estado do Rio de Janeiro, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Os pacientes pediátricos cujos responsáveis foram entrevistados, também foram submetidos ao exame clínico para a avaliação da oclusão.

Foram incluídas crianças entre 5 e 10 anos, de ambos os gêneros. Foram excluídas crianças em tratamento ortodôntico, com dentição permanente ou portadora de alguma disfunção neurológica.

A entrevista com os pais apresentava 6 perguntas relacionadas aos hábitos das crianças, comportamento e a presença de sinais relacionados a Disfunção Temporomandibular.

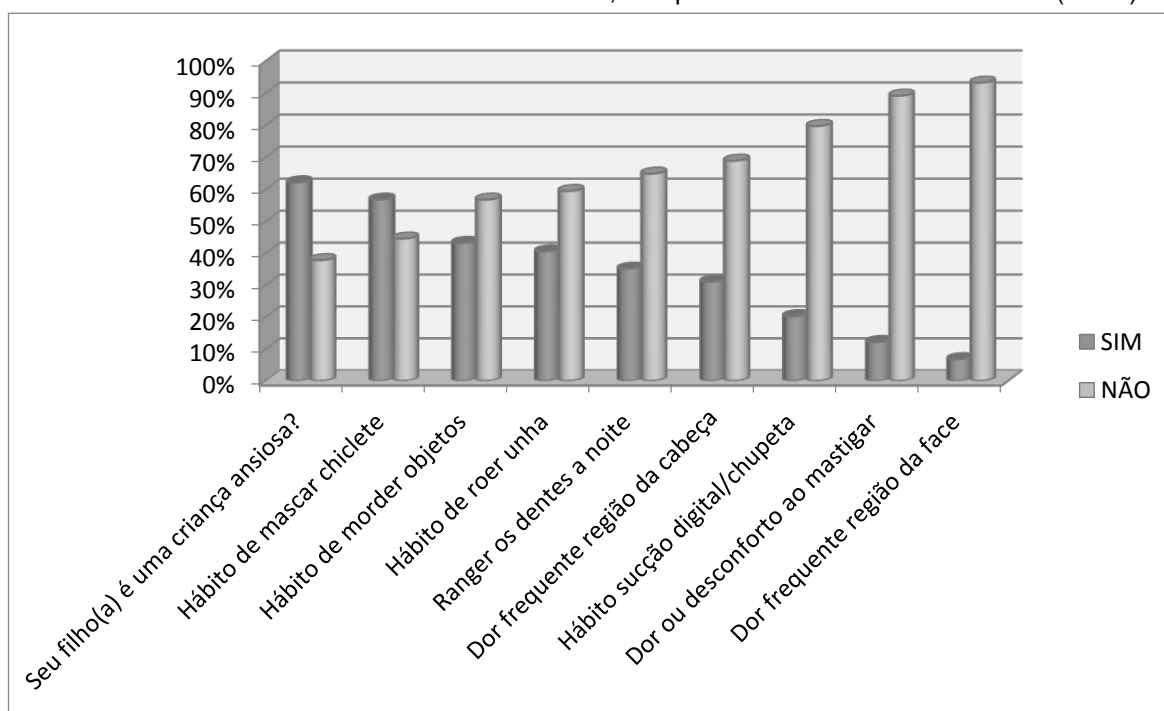
No exame clínico foram avaliados tipo de dentição, decídua ou mista e tipos de oclusão, presença de mordida cruzada e aberta tanto anterior quanto posterior, lateral ou bilateral.

4 RESULTADOS

A presente pesquisa avaliou 74 crianças entre 5 e 10 anos e 44 eram do gênero feminino e 30 do gênero masculino. Nas entrevistas realizadas com os responsáveis, quando questionados sobre hábito parafuncional, 26 (35%) entrevistados afirmaram que seu filho rangia os dentes a noite. Ao serem interrogados sobre a presença de dor orofacial, a mais relatada pelos pais foi dor de cabeça, presente em 23 (31%) crianças. A dor ou desconforto ao mastigar foi a segunda mais relatada estando presente em 9 (12%) crianças, e a menos relatada pelos responsáveis foi a dor na região da face, presente em 5 (7%) crianças (Gráfico 1).

Em se tratando de hábitos bucais deletérios, 57% das crianças avaliadas possuíam o hábito de mascar chiclete, seguido pelo hábito de morder objeto (43%), onicofagia (41%) e de sucção digital ou chupeta (20%). E ao serem questionados na entrevista sobre o comportamento de seus filhos, 46 (62%) crianças foram consideradas ansiosas pelos seus responsáveis (Gráfico 1).

Gráfico 1: Prevalência de hábitos bucais deletérios, comportamento e sintomas de DTM (Geral)



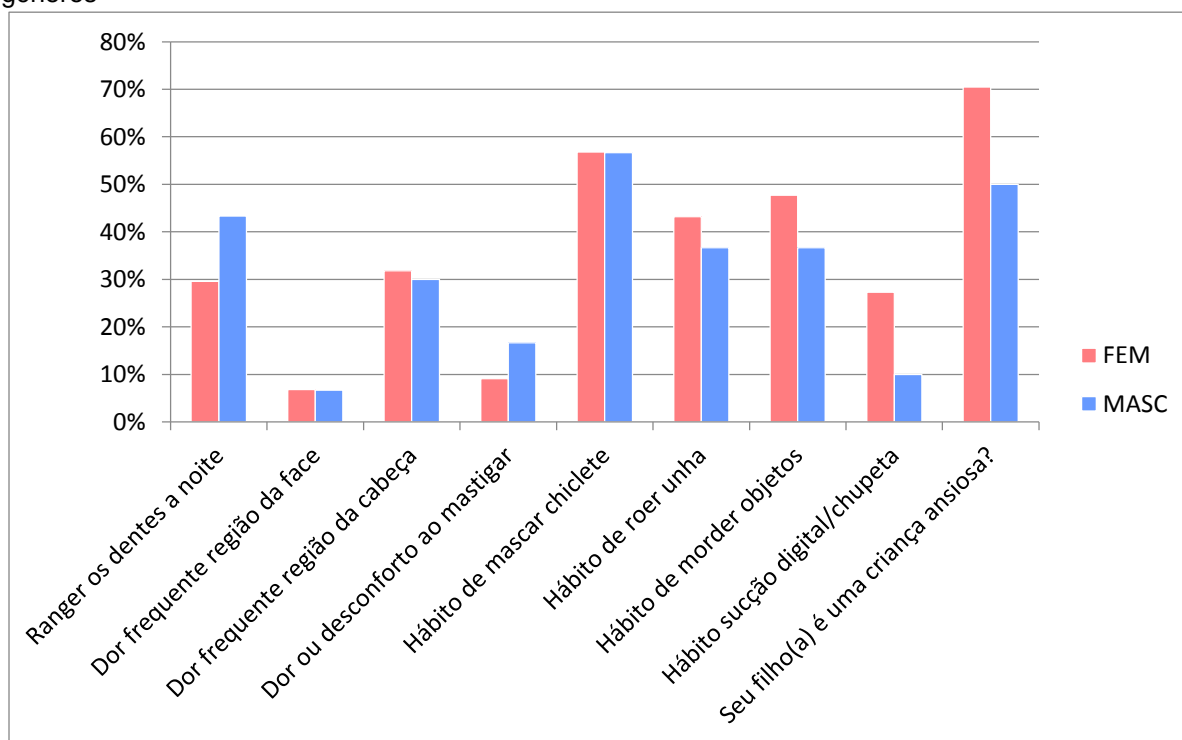
% percentual

Ao comparar os resultados entre os gêneros, foi possível verificar que o hábito de ranger os dentes era mais prevalente no gênero masculino, onde 13 (43%) entre 30 meninos rangiam os dentes a noite e nas meninas 13 (30%) entre 44 apresentavam a mesma parafunção (Gráfico 2).

Em se tratando da presença de dor orofacial, a dor de cabeça esteve mais prevalente nas meninas (32%), onde 14 de 44 meninas apresentaram esse quadro, que nos meninos (30%), aparecendo em 9 meninos de 30. Já a dor ou desconforto ao mastigar, esteve mais presente nos meninos (17%) que nas meninas (9%). A dor na região da face, sendo a menos relatada, esteve presente em 2 meninos e 3 menina, tendo um prevalência equivalente entre os gêneros (Gráfico 2).

Em relação à ansiedade, foi possível observar que o gênero feminino apresentou índice mais alto de ansiedade que o gênero masculino, onde 70% das meninas foram consideradas ansiosas, enquanto que apenas 50% dos meninos foram considerados ansiosos (Gráfico 2).

Gráfico 2: Prevalência de hábitos bucais deletérios, comportamento e sintomas de DTM entre os gêneros



% percentual

No exame clínico, foi possível identificar que 70% da amostra apresentava dentição mista. Ao classificar os pacientes pediátricos pelo tipo de mordida, verificou-se que 69% apresentava oclusão dentro dos padrões normais, 14% apresentava mordida aberta, sendo essa a má oclusão de maior presença no estudo, 8% mordida cruzada anterior, seguida de mordida cruzada posterior direita e mordida profunda, ambas com 5%, e por último, mordida cruzada posterior esquerda (1%). Neste estudo não foram encontrados dados de mordida aberta posterior na amostra (Tabela 1).

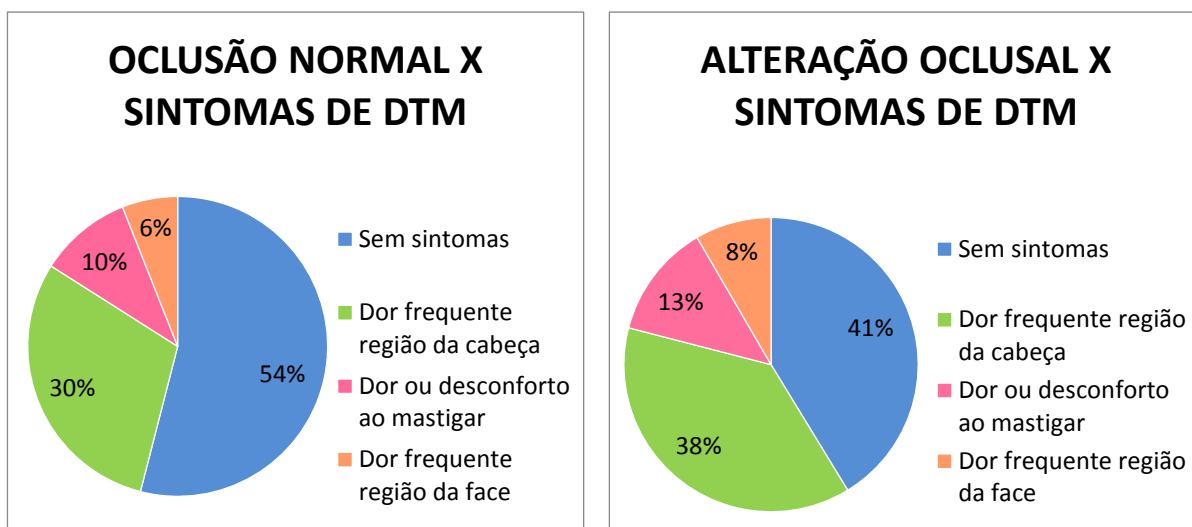
Tabela 1: Tipos de oclusão

TIPOS DE OCLUSÃO (%)			
	FEM	MASC	TOTAL
Normal	64%	77%	69%
Mordida Cruzada anterior	9%	7%	8%
Mordida Cruzada posterior direita	9%	0%	5%
Mordida Cruzada posterior esquerda	2%	0%	1%
Mordida aberta anterior	14%	13%	14%
Mordida aberta posterior unilateral	0%	0%	0%
Mordida aberta posterior bilateral	0%	0%	0%
Mordida Profunda	7%	3%	5%

% percentual

Ao analisar e comparar os pacientes que não apresentavam alteração oclusal com os pacientes que apresentavam pelo menos um tipo de alteração oclusal foi possível identificar que os pacientes que apresentavam algum tipo de má oclusão possuíam maior prevalência de sintomas de DTM. Na amostra, 8% das crianças com má oclusão apresentaram dor na região da face, comparado com 6% das que não possuíam alteração. Entre os pacientes com má oclusão, 38% apresentava dor de cabeça frequente enquanto 30% dos pacientes sem alteração oclusal apresentavam o mesmo sintoma. Dor ou desconforto ao mastigar foram encontrados em 13% dos pacientes com má oclusão e em 10% dos pacientes sem alteração oclusal (Gráfico 3).

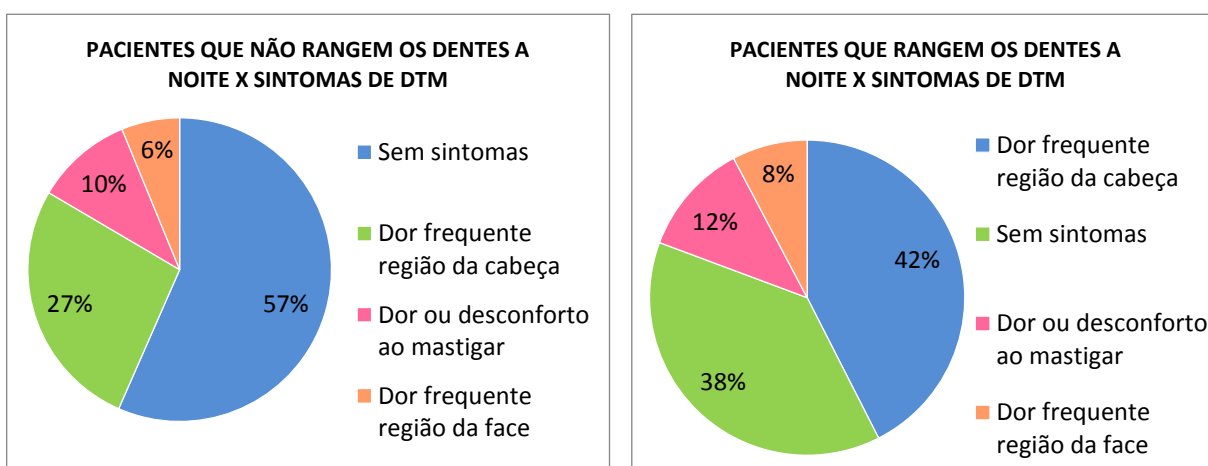
Gráfico 3: Relação entre oclusão normal, má oclusão e sintomatologia de DTM



% percentual

Em relação à ansiedade, o estudo não demonstrou nenhum dado que levasse a correlação positiva dessa condição com a presença de sintomas característicos da Disfunção Temporomandibular. No entanto, quando correlacionados os resultados dos pacientes que rangiam os dentes a noite com presença dos sintomas citados no questionário, foi possível identificar a relação dessa parafunção com a presença desses sintomas. Dos pacientes que rangiam os dentes a noite 42% apresentava dores de cabeça com frequência, 12% dor ou desconforto ao mastigar e 8% dor na região da face. Dos pacientes que não apresentavam essa parafunção noturna, apenas 27% apresentava dor de cabeça frequente, 10% dor ou desconforto ao mastigar e 6% dor facial frequente (Gráfico 4).

Gráfico 4: Relação entre bruxismo e sintomatologia de DTM



% percentual

Sobre os hábitos deletérios, 90% das crianças da amostra apresentaram algum tipo de hábito. Os hábitos de onicofagia e o de morder objetos foram os que apresentaram correlação positiva com os sintomas de DTM. Em relação aos pacientes que apresentaram hábito de morder objeto, 9% relatou dor frequente na face, 43% dor na região da cabeça e 14% dor ou desconforto ao mastigar. Os pacientes que não apresentaram esse hábito relataram 5% dor na face, 23% dor de cabeça e 8% dor ou desconforto ao mastigar (Tabela 2).

Dos pacientes que possuíam hábito de onicofagia, 10% apresentaram dor com frequência na face, 41% dor de cabeça frequente e 14% dor ou desconforto ao mastigar, se comparado com os que não possuíam esse hábito, onde 4% relataram dor na face frequentemente, 27% dor de cabeça e 9% dor ou desconforto ao mastigar (Tabela 3).

Tabela 2: Relação entre hábito de morder objeto e sintomatologia de DTM

DTM X HÁBITOS DELETÉRIOS				
	PACIENTES QUE POSSUEM HABITO DE MORDER OBJETOS X SINTOMAS DE DTM		PACIENTES QUE NÃO POSSUEM HÁBITO DE MORDER OBJETOS X SINTOMAS DE DTM	
	SIM (%)	TOTAL (pacientes)	SIM(%)	TOTAL (pacientes)
Dor frequente região da face	9%	35	5%	39
Dor frequente região da cabeça	43%	_____	23%	_____
Dor ou desconforto ao mastigar	14%		8%	

% percentual

Tabela 3: Relação entre hábito de roer unha e sintomatologia de DTM

DTM X HÁBITOS DELETÉRIOS				
	PACIENTES QUE POSSUEM HABITO DE ROER UNHA X SINTOMAS DE DTM		PACIENTES QUE NÃO POSSUEM HÁBITO DE ROER UNHA X SINTOMAS DE DTM	
	SIM (%)	TOTAL (pacientes)	SIM(%)	TOTAL (pacientes)
Dor frequente região da face	10%	29	4%	45
Dor frequente região da cabeça	41%	_____	27%	_____
Dor ou desconforto ao mastigar	14%		9%	

% percentual

5 DISCUSSÃO

A compreensão e o diagnóstico de DTM nem sempre é fácil devido à complexidade desta desordem. Além de uma vasta variabilidade de sintomas, essa disfunção possui etiologia multifatorial e não se limita apenas à ATM (PEREIRA, 2011). A DTM em crianças e adolescentes é um tema que vem tendo uma importância cada vez maior, onde os fatores etiológicos encontrados em maior prevalência são as más oclusões, estado emocional e hábitos parafuncionais (IKEDA, 2010).

O presente estudo apontou que a presença de alguns fatores etiológicos não necessariamente leva ao surgimento de sintomas de DTM, no entanto, foi possível observar a correlação positiva de algumas dessas prováveis causas com o desenvolvimento da mesma, assim como relatou a pesquisa realizada por Loddi et al. (2010).

Ao avaliar a prevalência de sintomas de DTM em crianças, é possível verificar presença de cefaleias, dor no ouvido ou na região da ATM, dor na cervical, cansaço ao mastigar e bruxismo como principais sintomas (TOSATO; CARIA, 2006).

Com relação à presença de dor orofacial, ficou constatado nesse estudo apresentado que a sintomatologia mais relatada pela amostra foi dor de cabeça e que esta condição teve uma prevalência maior no gênero feminino, assim como nos estudos realizados por Ribeiro; Paula (2011), Rocha; Carvalho; Chetelar (2015) e Bilciç; Gelgör (2017).

O sinal de DTM mais apontado e citado pelos cirurgiões dentistas em pacientes pediátricos é o desgaste dentário e o sintoma mais observado pelos pais é o ranger dos dentes (MARTINS, 2012; FERREIRA, 2013). Em se tratando de hábitos parafuncionais, o ranger dos dentes foi relatado por 35% dos pacientes no trabalho apresentado, confirmando o que foi encontrado nos estudos de Santos et al. (2006), Loddi et al. (2010), Ribeiro; Paula (2011).

Na pesquisa apresentada, quando correlacionados os resultados dos pacientes que rangiam os dentes a noite com a presença dos sintomas citados no

questionário, foi possível identificar a relação dessa parafunção com a presença dos sintomas de DTM, assim como na pesquisa de Tosato; Caria (2006), Costa (2009) e Ribeiro; Paula (2011). Contrapondo com o estudo de Loddi et al. (2010), na pesquisa apresentada, o hábito de ranger os dentes foi mais predominante nos meninos.

No presente estudo, ao se verificar a frequência de hábitos deletérios, o hábito de onicofagia foi um dos mais prevalentes, como mostrou também o estudo de Santos et al. (2006) e Ribeiro; Paula (2011), além dos hábitos de mascar chiclete, morder objeto e sucção digital.

Com relação aos hábitos bucais deletérios e sua associação à DTM, os hábitos mastigatórios são os de maior prevalência nas crianças e podem estar relacionados aos de sucção. Dessa forma é possível verificar a correlação de DTM e hábitos orais em crianças (MERIGHI et al., 2007).

No estudo atual, os pacientes que possuíam hábitos de onicofagia e de morder objetos foram os que apresentaram correlação positiva com os sintomas de DTM, sendo possível verificar a relação do desenvolvimento de sintomatologia de DTM e hábitos orais, como afirmaram Merighi et al. (2007) e Ribeiro; Paula (2011).

Dentro dos fatores emocionais capazes de acentuar o desenvolvimento da DTM, os mais estudados são ansiedade, estresse, e como já se sabe, o ritmo de vida acelerado (MARCHIORI et al., 2007).

No trabalho apresentado, ao serem questionados sobre o comportamento de seus filhos, 62% das crianças foram consideradas ansiosas pelos seus responsáveis. Tal resultado confirmou a prevalência elevada de ansiedade no público infantil do trabalho de Marchiori et al. (2007), mas ao se tratar de sintomas de DTM, os dados do atual trabalho se opõe aos do autor citado e do estudo de Rocha; Carvalho e Cheteler (2015), pois tanto as crianças consideradas ansiosas quanto as que não possuíam essa característica, apresentaram sintomatologia indicativa de DTM independente desse quadro.

A característica oclusal mais encontrada na atual pesquisa foi a mordida aberta anterior assim como no estudo de Santos et al. (2006). Ao analisar e

comparar os pacientes que não apresentavam alteração oclusal com os pacientes que apresentavam pelo menos um tipo de alteração de mordida foi possível identificar, no presente estudo, que os pacientes que apresentaram algum tipo de má oclusão possuíam maior prevalência de sintomas de DTM. Tais dados confirmam a etiologia de DTM relacionada à oclusão citada por Ikeda (2010), Loddi et al. (2010), Ribeiro; Paula (2011), Pereira (2011), Chagas (2016) e Gonçalves (2016).

O diagnóstico precoce de DTM é mais importante pela prevenção que pelo tratamento em si, já que nos pacientes pediátricos esse quadro costuma se apresentar de forma mais branda. A análise das funções orais nos indivíduos portadores dessa disfunção permite a identificação e controle das possíveis causas associadas, impedindo o agravamento e instalação dessa alteração com a idade. Dessa forma, é possível enfatizar o tratamento da DTM em terapêuticas conservadoras e menos invasivas para o paciente infantil (PIZOLATO, 2008; IKEDA, 2010; PEREIRA, 2011, ORTEGA, 2013; GONÇALVES, 2016).

6 CONCLUSÃO

Neste trabalho foi possível concluir que a dor de cabeça foi o sintoma relacionado à DTM mais frequente nos pacientes pediátricos. Dentre os hábitos relatados, o de mascar chiclete foi o mais citado pela amostra, porém, os hábitos de ranger os dentes a noite, onicofagia e morder objeto foram os únicos que obtiveram correlação com os sintomas de DTM.

Foi observado ainda neste estudo que a mordida aberta anterior foi a má oclusão mais frequente e as crianças que apresentaram algum tipo de má oclusão mostraram ter maior predisposição a sintomatologia de DTM.

Sendo o diagnóstico precoce um fator determinante para que o quadro de DTM não evolua com o tempo para uma forma mais severa, seria importante a implementação dos exames relacionados a essa disfunção nas fichas dos pacientes pediátricos.

7 REFERÊNCIAS

BERTOLI, F.M.P.; LOSSO, E.M.; MORESCA, R.C. Disfunção da articulação temporomandibular em crianças. **RSBO**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 77-84, 2009.

BILGIÇ, F.; GELGÖR, I.E. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children: An epidemiologic study. **The journal of clinical pediatric dentistry**. Turkey, v. 41, n. 2, p. 161-65, 2017.

BROMBERG, T.K.; SAGRETTI, O.M.A.; GUEDES PINTO, A. C. Sinais e sintomas de disfunção crânio-mandibular em crianças e adolescentes em tratamento ortodôntico. **RevOdontopediatr**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 173-81, 1992.

CHAGAS, J.N.E. **Fatores de riscos associados a disfunção temporomandibulares em crianças: revisão de literatura**. 2016. 28p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro de Ciências Tecnologia e Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna, 2016.

COSTA, L.F.M.; GUIMARÃES, J.P.; CHAOBAH, A. A prevalência de distúrbios da articulação temporomandibular em crianças e adolescentes brasileiros e sua relação com má oclusão e hábitos parafuncionais: um estudo epidemiológico transversal – parte II: distúrbios articulares e hábitos parafuncionais. **J BrasOrtodonOrtop Facial**, v. 50, n. 9, p. 162-69, 2004.

COSTA, J.M. **Prevalência das disfunções temporomandibulares e sua correlação com bruxismo em crianças**. 2009. 25p. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós- graduação em Ciência da Reabilitação) - Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2009.

FERREIRA, A.C.T.F. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas da Grande Florianópolis sobre a Disfunção Temporomandibular em crianças**. 2013. 44p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro de ciências da saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FRAGELLI, C.M.B.; OLIVEIRA, A.L.B.M.; BOTTA, A.C.; ANDRADE, M.F.; PINTO, L.S. Influência dos hábitos de sucção na manifestação de dor temporomandibular: revisão sistemática. **OdontolClinCient**, Recife, v. 12, n. 1, p. 13-7, 2013.

GOMES, A.A.L.G. **Disfunção temporomandibular : Fatores etiológicos e tratamento**. 2014. 24p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

GONÇALVES, S.C.S. **Disfunções temporomandibulares em crianças e adolescentes – Revisão bibliográfica**. 2016. 71p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016.

IKEDA, T.F. **Desordens temporomandibulares em crianças e adolescentes**. 2010. 18p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2010.

LODDI, P.P.; MIRANDA, A.L.R.; VIEIRA, M.M.; CHIARI, B.M.; GOLDENBERG, F.C.; MANDETTA, S. Fatores predisponentes de desordem temporomandibular em crianças com 6 a 11 anos de idade ao início do tratamento ortodôntico. **Rev Dental Press J Orthod**, São Paulo, v.15, n.3, p. 87-93, 2010.

LOPES, R.G.; GODOY, C.H.L.; MOTTA, L.J.; GONZALES, D.A.B.; FERNANDES, K.P.S.; GIANNASI, L; et al,. Avaliação da relação entre disfunção temporomandibular e dimensão vertical de oclusão em criança de 7 a 12 anos. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 892-98, 2014.

MARCHIORI, A.V.; GARCIA, A.R.; ZUIM, P.R.J.; FERNANDES, A.U.R.; CUNHA, L.D.A.P. Prevalência de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e ansiedade: estudantes brasileiros do ensino fundamental. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 257-62, 2007.

MARTINS, R.L.J. **Disfunções temporomandibulares, esclarecendo a confusão**. São Paulo: Santos, 2012.

MERIGHI, L.B.M.; SILVA, M.M.A.; FERREIRA, A.T.; GENARO, K.F.; FELIX, G.B. Ocorrência de disfunção temporomandibular (DTM) e sua relação com hábitos orais deletérios em crianças do município de Monte Negro – RO. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 497-503, 2007.

MOYERS, R. E. **Ortodontia**.4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

OKESON, J.P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ORTEGA, A.O.L. Fatores de risco para disfunção temporomandibular e dor orofacial na infância e na adolescência. **RevAssoc Paul CirDent**, v. 67, n. 1, p. 14-7, 2013.

PEREIRA, N. **Desenvolvimento da ATM e prevalência de desordens temporomandibulares em crianças (revisão bibliográfica)**. 2011. 61p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2011.

PIZOLATO, R.A. **Sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em criança na faixa etária de 8 a 12 anos e análise dos aspectos da deglutição e da fala**. 2008. 74p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2008.

RAMOS,H.N.; LIMA, L.B.R.T. **Relação do bruxismo com hábitos infantis em crianças de 4 a 7 anos**. 2017. 21p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) - Universidade São Lucas, Porto Velho, 2017.

RANIERI, R.F.P.; GARCIA, A.R.; JUNQUEIRA, J.M.P.C.; VEDOVELLO, M. Avaliação da presença de disfunção temporomandibular em crianças. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 229-37, 2007.

RIBERO, M.L. ; PAULA, M.V.Q. Estudo dos sinais e sintomas prevalentes das distúrbios temporomandibulares em pacientes pediátricos e sua interrelação com hábitos parafuncionais. **Rev Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v.32,n.2, p. 09-13, 2011.

ROCHA, J.C.R.; CARVALHO, L.S.; CHETELAT, E.S.M. Distúrbios temporomandibulares em crianças com dentição decídua e mista. **Braz DentSci**, São José dos Campos, v. 18, n. 4, p. 89-96, 2015.

SANTOS, E.C.A.; BERTOZ, F.A.; PIGNATTA, L.M.B.; ARANTES, F.M. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. **Rev Dental Press OrtodonOrtop Facial**, Maringá, v.11, n.2, p. 29-34, 2006.

SENA, M.F.; MESQUITA, K.S.F.; SANTOS, F.R.R.; SILVA, F.W.G.P.; SERRANO, K.V.D. Prevalência de disfunção temporomandibular em crianças e adolescentes. **Rev Paul de Pediatr**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 538-45, 2013.

SILVA, C.G. **Prevalência de sinais intra-articulares de disfunção temporomandibular em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática e meta-análise**. 2015. 48p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

TOSATO, J.P.; CARIA, P.H.F. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. **RGO**, Porto Alegre, v.54, n. 3, p. 211-24, 2006.

VALLE-COROTTI, K.M.V.; CARVALHO, P.E.G.; SIQUEIRA, D.F.; FONSECA JUNIOR, J.R.; BRITO, L.S.; CARINHENAS, C.F. Estudo do índice de disfunção temporomandibular (DTM) em pacientes da clínica infantil da universidade cidade de São Paulo. **Revodontofac Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 12-8, 2010.

APÊNDICE A: ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/____ Idade: __ anos Gênero () F () M

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Entrevista com os responsáveis

- 1) Tem o hábito de ranger os dentes a noite (parece mastigar os dentes enquanto dorme): () Sim () Não
- 2) Relata dor frequente na região de face: () Sim () Não
- 3) Relata dor frequente na região da cabeça: () Sim () Não
- 4) Relata dor ou desconforto ao mastigar: () Sim () Não
- 5) Possui hábitos?
() chicletes () roer unhas () morder objetos () sucção digital/chupeta
- 6) Você considera seu filho(a) uma criança ansiosa? () Sim () Não

Exame clínico das crianças

- 1) Dentição: () Decídua () Mista
- 2) () Mordida Cruzada Anterior
- 3) () Mordida Cruzada Posterior () Direita () Esquerda
- 4) () Mordida Aberta () Anterior () Posterior { () Unilateral
() Bilateral
- 5) () Mordida Profunda

Anexo A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE DTM E SEUS SINTOMAS EM CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS NA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRIA DO UNIFOA

Pesquisador: PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68390117.4.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.220.332

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa avaliará sinais e sintomas de Disfunção da articulação Temporomandibular em crianças de 5 a 10 anos na clínica de Odontopediatria do UniFOA que geralmente são descobertos na fase adulta. Sendo importante o diagnóstico precoce para evitar a progressão da doença.

Objetivo da Pesquisa:

Ampliar os conhecimentos sobre a Disfunção Temporomandibular em crianças e propor tratamento precoce para evitar o agravamento da DTM quando presente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não há.

Benefícios: aumentar o conhecimento dos pesquisadores e leitores sobre o assunto e conscientizar os pais sobre a necessidade do tratamento precoce a fim de evitar a progressão da DTM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Importante a detecção precoce de alterações na articulação com o intuito de evitar a progressão da DTM.

Endereço: Avenida Paulo Eitel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 2.220.332

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão corretos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_905589.pdf	09/08/2017 16:06:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdtmemcriancas.docx	09/08/2017 16:06:05	PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT	Aceito
Outros	cartadeanuencia.docx	17/06/2017 12:15:30	PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_PEDRO_AUGUS TO_PEIXOTO_BITTENCOURT_ASSIN ADA.pdf	01/06/2017 17:10:10	Ana Carolina Gioseffi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.docx	04/05/2017 13:33:13	PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT	Aceito
Outros	questionario.docx	04/05/2017 13:31:09	PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	04/05/2017 13:18:48	PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Eitel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 2.220.332

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 15 de Agosto de 2017

Assinado por:

**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador)**

Endereço: Avenida Paulo Eitel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br