

JONATAS GRACIOLA

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DO ESTRESSE NA PREVALÊNCIA DE
DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES EM MILITARES ESTADUAIS
DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo acadêmico de Odontologia Jonatas Graciola, da Faculdade Meridional - IMED, como requisito indispensável para a obtenção de grau em Odontologia.

PASSO FUNDO

2013

JONATAS GRACIOLA

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DO ESTRESSE NA PREVALÊNCIA DE
DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES EM MILITARES ESTADUAIS
DO RIO GRANDE DO SUL**

Professora orientadora:

Prof^a MS. Alexandra Magalhães Silveira

PASSO FUNDO

2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Alexandra Magalhães Silveira
Escola de Odontologia – IMED

Prof. Ms. Alexandre Basualdo
Escola de Odontologia – IMED

Prof. Kelma Castro Zanatta
Escola de Odontologia - IMED

RESUMO

As disfunções temporomandibulares (DTM) são desordens que a cada dia mais prejudicam as pessoas ocasionando dores nos músculos mastigatórios, nas articulações temporomandibulares e estruturas adjacentes, como ouvidos, pescoço e ombros. Quanto à etiologia, ainda hoje é bastante controversa, porém a maioria dos autores relaciona o estresse como um dos fatores desencadeantes desta desordem, quer através do desenvolvimento de hábitos parafuncionais, como o bruxismo, quer por meio de liberação de substâncias endógenas como a adrenalina, noradrenalina e o cortisol. Assim sendo, este trabalho de conclusão de curso pretendeu verificar a influência de uma atividade profissional vista como bastante estressante, como é o caso de policiais militares, e a correlação desta com a prevalência da disfunção temporomandibular. Neste trabalho, pacientes com níveis de estresse alto apresentaram os maiores índices de ocorrência de DTM leve e moderada, além de ser o único grupo a apresentar DTM severa. No estudo da correlação, obteve-se uma correlação média.

Palavras-chave: Transtornos da Articulação Temporomandibular; Estresse; Epidemiologia.

ABSTRACT

Temporomandibular disorders (TMD) are disorders that affect more and more people causing pain in the masticatory muscles, the temporomandibular joints and adjacent structures such as ears, neck and shoulders. About its etiology, is still quite controversial, but most authors related stress as a triggering factor of this disorder, either through the development of parafunctional habits, such as bruxism, either through release of endogenous substances such as adrenaline, noradrenaline and cortisol. Thus, this work intended to verify the influence of an occupation seen as very stressful, such as military police, and the correlation with the prevalence of temporomandibular disorders. In this study, patients with high stress levels have higher rates of occurrence of mild and moderate TMD, as well as being the only group to have severe TMD. In correlation analysis, we obtained a mean correlation.

Key Words: Temporomandibular Joint Disorders; Stress; Epidemiology.

APRESENTAÇÃO

Acadêmico (a): Jonatas Graciola

Nome: Jonatas Graciola

E-mail: jonatasgraciola@hotmail.com

Telefones: Residencial: (54) 3311 8426

Celular: (54) 8404 4504

Comercial: Não possui

Área de Concentração

Clínica Odontológica

Linha de Pesquisa

Epidemiologia em Saúde bucal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: EPIDEMIOLOGIA.....	10
2.2	DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: FATORES ETIOLÓGICOS	12
2.3	DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: ESTRESSE.....	14
2.4	ESTRESSE OCUPACIONAL.....	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	METODOLOGIA	19
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	19
4.2	AMOSTRA.....	19
4.3	COLETA DE DADOS.....	19
4.3.1	Critérios de inclusão.....	19
4.3.2	Critérios de exclusão.....	19
4.4	PROCEDIMENTOS.....	20
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	22
4.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	22
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO	24
7	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	APÊNDICES	33
	ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO

No presente século vive-se em um âmbito social regido pela competitividade, com busca por eficiência e superação de concorrentes tanto na vida pessoal quanto profissional. Desencadeado por essa realidade surgem sinais do estresse na coletividade. Por ser tão comum na população atual, o estresse é considerado a consequência do dia-a-dia agitado e cansativo que vivemos, cada qual em sua respectiva atividade.

O estresse pode ser mensurado a partir do aparecimento e gravidade de algumas disfunções. O estresse atua aumentando a atividade autonômica e níveis hormonais, interferindo na qualidade de avaliações cognitivas, sociais e alterando o comportamento da pessoa (PORTNOI, 1993).

No que diz respeito à Odontologia, percebe-se uma prevalência preocupante das disfunções temporomandibulares (DTM) e de parafunções, como, por exemplo, o bruxismo e as disfunção temporomandibulares (DTMs), que podem estar relacionadas com o estresse, uma vez que os pacientes encontram-se expostos a cargas de tensão, conflitos ou pressões durante o dia. Os hábitos disfuncionais ocorrem devido à descarga de tensões na musculatura do sistema mastigatório (STEENKS; WIJER, 1996 *apud* PASINATO; CORRÊA; ALVES, 2009).

A DTM é uma patologia que afeta cada vez mais pessoas, causando dores na região de cabeça e pescoço. Sua etiologia é de caráter multifatorial, tendo em vista que pode ser causada por apertamentos, lesões, fraturas, perdas dentais e doenças sistêmicas (FONSECA; PAIVA; BONFANTE, 1991).

Muitos dos pacientes que apresentam dores orofaciais inicialmente buscam tratamento acreditando que estas dores são de caráter neurológico e apenas alguns pacientes após tentativas de tratamento fracassadas e indicações médicas, realmente vão procurar atendimento especializado para esta patologia. (CONTI et al., 1996)

No âmbito laboral, dentre os profissionais que mais realizam atividades de risco que podem elevar o nível de estresse estão os policiais militares, isso se deve ao fato de que lidam com violência, morte e brutalidade, todos os dias. E constantemente

passam por situações de perigo, tendo que zelar tanto pela sua vida quanto pela vida dos civis que estão a proteger, (COSTA et al., 2007).

Diante disso, torna-se necessário desenvolver estudos que possibilitem uma correlação mais específica entre o estresse laboral e a prevalência de disfunção temporomandibular em profissionais da área militar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Pereira et al., em 2005 apresenta um conceito de DTM como sendo: conjunto de condições articulares e musculares da região crânio-orofacial que pode ocasionar sintomas como dores na região da ATM, cefaléia, dor nos músculos da mastigação, otalgia, dor facial, limitação funcional, dor cervical, cansaço, limitação de abertura de boca, dor durante a mastigação, zumbido e dor na mandíbula, dentre outros.

Visando uma melhor distribuição na estrutura desta revisão de literatura o texto será dividido em Disfunções Temporomandibulares: Epidemiologia (2.1); Disfunções Temporomandibulares: Fatores Etiológicos (2.2); Disfunções Temporomandibulares: Estresse (2.3); Estresse Ocupacional (2.4).

2.1 DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: EPIDEMIOLOGIA

Salonen, Hellden e Carlsson (1990) estudaram a prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular no sistema mastigatório utilizando métodos clínicos e por meio de questionários. A prevalência de desgaste dentário também foi registrado. Havia 920 adultos, selecionados aleatoriamente. Observaram que os sintomas relatados diminuíam com a idade, enquanto que os sinais clínicos aumentavam, parecendo que as pessoas aceitam mais estas limitações como “coisas da idade”. A prevalência de disfunção grave foi extremamente baixa. O grau de desgaste dental aumentou com a idade, mas extenso desgaste era extremamente raro, principalmente em mulheres.

Foram avaliadas 269 mulheres estudantes de enfermagem por Schiffman et al., em 1990, para verificar a prevalência e a necessidade de tratamento em DTM. A prevalência foi determinada através do índice de Helkimo, do índice de severidade dos sintomas (SSI) e do índice crânio mandibular (CMI). Segundo o índice de Helkimo, 34% eram portadoras de sintomas severos de DTM. A necessidade de tratamento foi determinada por comparação do índice de severidade de sintomas (SSI) de pacientes que procuraram tratamento, com o mesmo índice dos pacientes que eram considerados candidatos ao tratamento pelos pesquisadores. O resultado foi que aproximadamente

6% dos pacientes tinha necessidade de tratamento. Para avaliar esta estimativa, os pesquisadores haviam perguntado previamente a todas as pacientes se haviam tido algum tipo de tratamento para DTM ao que 6,7% responderam positivamente. Aquelas que não haviam recebido tratamento (de um total de 34%) foram questionadas sobre o porque disso, sendo que sua resposta foi que seus sintomas não as incomodavam. Esses dados demonstram que possivelmente, a real necessidade de tratamento de DTM em pacientes de uma população geral seja de aproximadamente 6%.

Em 1996, Conti et al., pesquisaram 310 estudantes vivendo em Bauru, SP. Brasil, para verificar a prevalência de DTM nesta população. Foi utilizado o questionário auto aplicado de Fonseca para se verificar a presença e a severidade dos sintomas. Com base no questionário, obtiveram-se os seguintes resultados: 58,71% DTM ausente; 34,84% DTM grau leve; 5,81% DTM grau moderado e somente 0,65% DTM de grau severo. Conforme indica o questionário, somente aqueles com sintomas moderados e severos foram interpretados como tendo necessidade de tratamento.

Um grupo composto por 135 indivíduos foi selecionado aleatoriamente com pessoas de 15 anos de idade as quais foram examinadas por meio de um questionário de sinais e sintomas de DTM. O exame foi repetido após 5, 10 e 20 anos pelos mesmos métodos. Quando o grupo original tinha atingido a idade de 35 anos, eles foram convidados para um exame clínico. Houve uma variação substancial de ambos os sintomas relatados e sinais clinicamente registrados durante o período de 20 anos, mas a progressão para dor e disfunção do sistema mastigatório foi raro. Em ambos os grupos, de 15 anos de idade e 35 anos de idade, 13 % relataram um ou mais sintomas de DTM frequentes. Aos 35 anos, apenas três indivíduos (3%) foram classificados como tendo sinais clínicos graves ou moderados de disfunção de acordo com o Índice de Helkimo. As mulheres relataram sintomas de DTM, dor de cabeça e tiveram sensibilidade muscular e ruídos articulares mais frequentemente do que os homens. As correlações entre as variáveis estudadas foram fracas. Entre as maiores correlações foram aqueles que informaram apertamento, bruxismo, sons da ATM e fadiga da mandíbula. Uma flutuação significativa dos sinais e sintomas da DTM foi encontrado pelo autor ao longo do tempo. A progressão para dor e disfunção foi considerado extremamente raro (MAGNUSSON; EGERMARK; CARLSSON, 2000).

Tomacheski et al. (2004) pesquisou a disfunção temporomandibular e a dor orofacial. Os autores citam que a presença de DTM se deve a várias interligações de fatores desencadeantes e não somente um fator. Para seu trabalho, foi aplicado o questionário de Maciel, aos acadêmicos do curso de Odontologia da UEPG. O questionário proposto permitiu avaliar o grau de disfunção temporomandibular nessa população avaliando-se a sua aplicabilidade. A partir dos resultados obtidos o autor pode constatar que é grande a prevalência de DTM na população estudada, 125 (46,12%) eram portadores de DTM leve, 12 (4,42%) moderada, nenhum apresentou DTM severa e 132 (48,70%) estavam livres de DTM. As mulheres, em relação aos homens, apresentaram maior incidência de DTM leve e moderada (53,76% e 6,87; 35,14% e 2,7%, respectivamente).

Silveira (2006), cita em sua dissertação de mestrado que:

sinais e sintomas de DTM são bastante comuns na população. Pesquisas epidemiológicas demonstraram que mais de 50% da população apresentam pelo menos um ou mais sinais de DTM (SALONEN; HELLDÉN; CARLSSON, 1990; AGERBERG; INKAPÖÖL 1990), porém esses números não se traduzem em necessidade de tratamento, estima-se que somente 3,6% a 7% desses indivíduos necessitem de algum tipo de intervenção. (PAIVA; NASR; PAIVA, 1997; MAGNUSSON; EGERMARK; CARLSSON, 2000).

Em 2007, Silveira et al., publicou que de acordo com a pesquisa realizada, a prevalência de pacientes portadores de DTM que buscaram atendimento no Serviço de Otorrinolaringologia, do Hospital da Cidade de Passo Fundo, foi de: DTM ausente: 37,56%; DTM leve: 40,72%; DTM moderada: 19%; DTM severa: 2,72%. Este trabalho utilizou o método de coleta de dados questionário de Fonseca, e sua população alvo foi de pacientes que procuraram o Serviço de Otorrinolaringologia, portanto uma população específica.

2.2 DISFUNÇÕES TEMPORO MANDIBULARES: FATORES ETIOLÓGICOS

O fator de grande interesse deste trabalho, que são as questões psicossociais, sendo que o estresse é a alteração de maior evidência.

O estresse é o estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações não especificamente produzidas num sistema biológico.

O impacto do ambiente sobre o indivíduo é moderado pelas avaliações cognitivas, através do efeito que exercem sobre mediadores emocionais e biológicos que ativam tendências biológicas predisponentes, as quais eventualmente podem levar ao desenvolvimento de doenças (DEPUE; MONROE; SHACKMANN, 1979).

Correia (1983) em sua revisão de literatura cita alguma teorias para a etiologia da disfunção temporomandibular. Na teoria mecânica, esse papel é creditado aos desajustes oclusais, que podem se originar de perdas e/ ou extrações dentárias, do uso de aparelhos protéticos mal confeccionados, de tratamentos dentários iatrogenizantes, restaurações não anatômicas, etc. Estes desajustes oclusais interfeririam diretamente no funcionamento da ATM ocasionando um deslocamento da mandíbula e alterando o posicionamento habitual da cabeça condiliana dentro da fossa articular ou indiretamente alterando a atividade da musculatura envolvida na mastigação. Outra teoria, a neuromuscular, atribui os sintomas da disfunção à hiperatividade dos músculos mastigatórios, o que provocaria dor e em longo prazo afetaria a articulação temporomandibular. Essa alteração da atividade muscular seria provocada por hábitos parafuncionais, como o de apertar ou ranger os dentes.

Segundo Okeson (2008) diversos são os fatores etiológicos da DTM, sendo eles: fatores de trauma, considerações anatômicas, fatores fisiopatológicos e questões psicossociais. Quanto ao fator trauma, ele está subdividido em direto, indireto e microtrauma, sendo que dentro deste último pode-se englobar os hábitos parafuncionais e em consequência o bruxismo. Dentro das considerações anatômicas entram as relações esqueléticas como discrepâncias inter-ósseas e inter-arcos, bem como as tão discutidas relações oclusais. Ao se considerar os fatores fisiopatológicos, apresentam-se os fatores sistêmicos como lúpus eritematoso, fibromialgia, entre outras desordens, assim como os fatores locais como alterações musculares.

Em um estudo, Molina (2011), avaliou 258 pacientes, todos com distúrbios crânio mandibulares. Concluiu-se que as dores musculares ocorrem em maior frequência em indivíduos com distúrbio crânio mandibulares. A frequência de dores dentais de origem muscular foi maior em bruxismos graves e extremos.

Um estudo objetivou identificar, entre os adolescentes mexicanos de escolas públicas e privadas, a frequência, severidade da má oclusão e necessidade de tratamento ortodôntico, e sua possível associação com distúrbios da articulação temporomandibular. Estudantes de quinze anos de idade foram recrutados em escolas públicas e privadas. Os achados clínicos foram registrados da seguinte maneira: estado de higiene bucal, má oclusão utilizando o Índice de Estética Dental (DAI) e distúrbios da ATM seguindo critérios da OMS. 249 estudantes (118 meninas e 131 meninos) de quinze anos foram incluídas no estudo. 68% tiveram uma pontuação de um DAI de 25 (pequena ou sem anomalias oclusais), 18% pontuaram entre 26-30 (anomalias leves), 7% pontuaram entre 31-35 (anomalias evidentes), e 6% marcou um valor maior que 36 (má oclusão). As anomalias mais frequentes foram apinhamento dentário em 50%, a irregularidade dental maxilar em 44,6%, a irregularidade da mandíbula em 41,2% e *overjet* maxilar em 37,8%. Entre os alunos, 26,1% tinham estalido ou dor na ATM, destes 12,3% apresentaram dor à palpação. Além disso, o modelo de regressão logística mostrou uma associação entre má oclusão e distúrbios da ATM. Má oclusão foi associada também com a falta de higiene oral, e com a presença de escolas públicas. O autor concluiu que são necessários programas de diagnóstico ortodôntico e distúrbios da ATM, identificar e oferecer tratamento a adolescentes com má oclusão e DTM. (SÁNCHEZ-PÉREZ et al., 2013)

2.3 DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: ESTRESSE

McKinney et al. (1990) utilizaram o método "*Chronic Pain Battery*" (CPB) para comparar indivíduos com DTM crônicas a sujeitos com outras doenças relacionadas à dores crônicas. Os resultados mostraram que os portadores de DTM apresentavam baixa intensidade média de dor, baixos níveis de sofrimento, poucos sintomas vegetativos associados à depressão, alto nível de tolerância à dor, menor limitação de atividade e mais esperança quanto aos resultados do tratamento; entretanto, apresentaram maiores níveis de estresse do que os portadores de outras doenças relacionadas a dores crônicas. Os autores concluíram que os portadores de DTM crônicas são semelhantes, em termos psicológicos e comportamentais a outros

portadores de dores crônicas. Entretanto, diferem quanto à percepção dos seus problemas, o que os torna menos capacitados para enfrentá-los, pois são mais conformados e não acreditam que essa dor possa ser sanada, então acabam estando menos estimulados e conseqüentemente tem um menor empenho no tratamento.

Portnoi (1993), coletando dados de pacientes aleatórios, utilizando o questionário de Helkimo para DTM e LEU para estresse, constatou que os portadores de DTM experimentavam a ansiedade e manifestavam sintomas de estresse com mais intensidade e frequência que os não portadores de DTM, sendo que eles se alteravam de acordo com a manifestação e não com a intensidade dos sintomas da disfunção.

Segundo Garcia (1997), o estresse e a oclusão têm participação diferente na ocorrência da DTM, dependendo da capacidade adaptativa do paciente e dos diferentes graus de tolerância fisiológica ao estresse. Um estado emocional de estresse gera hiperatividade muscular, afetando a articulação temporomandibular (ATM). A associação de um fator físico (alteração oclusal) com liberação de tensões do sistema mastigatório produz sintomas de dor e disfunção.

Martins et al. (2007) desenvolveu o estudo para verificar a associação da classe econômica e do estresse com a ocorrência de DTM. Aplicou-se questionários (n = 354). A nível de significância de 5% não foi observada associação significativa entre classe econômica e DTM. Já para estresse existe associação direta entre estresse e DTM, onde 78,9% dos indivíduos com DTM severa consideravam-se nervosos/ tensos.

Cruz et al. em 2008 realizando uma revisão de literatura cita que Esguep et al. (1997) afirma que aspectos psicossociais, em especial o estresse, agem na etiologia de várias doenças bucais. Nesse artigo também é levantando por Sainz et al. (2001) que o estresse é uma resposta do organismo à agressões de ordem física, psíquica ou infecciosa e este prejudicaria seu equilíbrio, afirma também que grandes cargas de estresse produzem alterações do sistema neuro-endócrino-imunológico, estabelecendo uma relação do estresse/doença e explicando a participação de fatores psíquicos no desenvolvimento de determinadas condições na cavidade bucal.

Soares et al. (2012) buscaram desenvolver a correlação entre severidade da desordem temporomandibular e fatores psicossociais em pacientes com dor crônica. Foram avaliados 73 pacientes portadores de DTM crônica. Encontrou-se maior

prevalência em mulheres, média de idade de 42 anos, nível de escolaridade de ensino médio. Obteve-se correlações positivas entre os índices temporomandibulares (diagnóstico e gravidade da DTM), os aspectos psicológicos avaliados (depressão, sintomas físicos inespecíficos acompanhados ou não de dores e a intensidade da dor crônica) e ao índice de dor muscular. Concluiu-se que sinais e sintomas de DTM em tempo prolongado, mesmo em baixa intensidade, acarretam desordens psicológicas.

2.4 ESTRESSE OCUPACIONAL

Maslach, em 2005, realizou uma pesquisa avaliando a qualidade de vida no trabalho e o *burnout* em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. Este público possui em seu cotidiano estresse e a insatisfação profissional estão presentes no seu cotidiano, isso se dá por inúmeros fatores relacionados ao tipo de ambiente, duração da jornada de trabalho, complexidade das relações humanas e de trabalho, autonomia profissional, grau elevado de exigência quanto às competências e habilidades, e alta responsabilidade. Humanos e materiais, entre outros o *burnout* é um dos desdobramentos mais importantes do estresse ocupacional e pode ser causada pelo estresse prolongado e crônico. A Síndrome de Burnout é caracterizada por três diferentes componentes: exaustão emocional (sensações de estar além dos limites e exaurido de recursos físicos e emocionais), despersonalização (se desenvolve em resposta à sobrecarga de exaustão emocional, tendem a se retrair, cortar ou reduzir o que estão fazendo. Mas o risco é de que o desligamento possa resultar na perda do idealismo e na desumanização dos outros) e ausência de realização profissional (sensações de incompetência e uma falta de realização e produtividade no trabalho. Essa menor sensação de auto eficácia é acentuada por uma falta de recursos no trabalho, bem como uma falta de apoio social).

Segundo Costa et al. (2007), a profissão de policial militar é uma atividade de alto risco, uma vez que estes profissionais lidam com a violência, a brutalidade e a morte diariamente. Os policiais estão entre os profissionais que mais sofrem de estresse, sendo fortes candidatos ao *burnout*. Segundo os autores este quadro propiciaria o surgimento de patologias e disfunções.

3 OBJETIVOS

Avaliação da prevalência de DTM em pacientes odontológicos e classificação quando presente do índice deste. Verificação do nível de estresse destes paciente e observância de correlação entre mais gravidade de DTM e maior grau de estresse.

3.1 OBJETIVO GERAIS

Avaliar a prevalência e o índice de DTM em policiais militares e se existe influência do estresse desta população na prevalência de DTM.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a prevalência de DTM nesta população.
- Avaliar o índice de DTM nesta população.
- Avaliar o grau de estresse nesta população.
- Avaliar se existe uma correlação entre a presença e o índice de DTM e o grau de estresse, através da aplicação de métodos estatísticos.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo descritivo do tipo transversal ou de prevalência.

4.2 AMOSTRA

Noventa membros da Brigada Militar do Estado do Rio Grande do Sul, associados ao Instituto Beneficente Coronel Massot (IBCM) do Município de Passo Fundo, com idade entre 18 e 80 anos, de ambos os gêneros, com pelo menos ensino fundamental completo.

4.3 COLETA DE DADOS

Foi realizada a partir de dois questionários aplicados aos pacientes, um questionário de estresse *The Social Readjustment Rating Scale* criado por Thomas Holmes; Richard Rahe e utilizado por Portnoi (1993), e outro de DTM, já validado por Fonseca; Paiva; Bonfante (1991) e utilizado por Conti et al. (1996) e Silveira et al. (2007).

4.3.1 Critérios de inclusão

Todos os indivíduos militares, associados ao IBCM que procuraram o serviço de atendimento odontológico no período de Junho de 2013 a agosto de 2013 e que aceitaram participar desta pesquisa.

4.3.2 Critérios de exclusão:

Pacientes com menos de 18 anos de idade ou mais de 80, pelo aspecto legal da autorização à inclusão.

Pacientes que sofreram acidentes e/ou intervenção cirúrgica e/ou radioterapia na face durante os últimos seis meses, por estarem em período de tratamento.

Portadores de deficiência física ou mental, já que os questionários são auto aplicados e estas limitações podem afetar o resultado do questionário.

Pacientes que não concluíram o ensino fundamental, pois é imprescindível compreender completamente os questionários.

4.4 PROCEDIMENTOS

Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade IMED, sob número 046584/2013 (apêndice Nº 5), e a autorização do local pesquisado (apêndice Nº 1), Instituto Beneficente Coronel Massot, deu-se início à aplicação dos questionários.

O termo de confidencialidade dos dados encontra-se no Apêndice Nº 3.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram realizadas visitas de frequência diária no período de Junho de 2013 a agosto de 2013, ao IBCM, o qual fornece atendimento odontológico a membros e seus dependentes da Brigada Militar.

O plano de recrutamento dos pacientes foi o seguinte: os pacientes foram abordados na sala de espera e lhes era explicado que, ele concordando, poderia fazer uma avaliação de verificação da presença ou ausência de DTM e se positiva, o índice desta, bem como uma avaliação do seu grau de estresse. Para tanto, foram utilizados dois questionários, um questionário visando a detecção de DTM (anexo Nº 1) e outro para verificação de níveis de estresse (anexo Nº 2).

O termo de consentimento (apêndice Nº 2) informava que a avaliação era gratuita e se constituiria em somente responder algumas perguntas de dois questionários, também deixava bem claro, tanto verbalmente quanto através do termo de consentimento livre e esclarecido, que a pesquisa lhe daria a resposta da ausência ou presença de DTM bem como o seu índice, porém não trataria a patologia, sendo que o pesquisador em caso de necessidade de uma avaliação mais detalhada, ou tratamento, poderia fornecer um encaminhamento, porém que esta segunda fase, ocorreria tanto financeiramente quanto eticamente por responsabilidade do paciente. Este fato ocorreu igualmente quanto ao estresse.

O questionário utilizado para verificação de DTM foi idealizado por Fonseca; Paiva; Bonfante (1991), sendo que outros autores como Conti et al. (1996), Silveira et al. (2007) também o utilizaram em suas pesquisas. O questionário continha 10 questões, perguntando se o paciente sentia dificuldade de abertura bucal; dificuldade de movimentar a boca para um ou os dois lados; desconforto ou dor durante a mastigação; dores de cabeça frequentes; dores no pescoço ou ombros; dores no ouvido ou próximos a ele; algum ruído na articulação temporomandibular; se ele acreditava que sua mordida era anormal; se ele mastigava com apenas um lado da boca; se ele sentia dores na face ao acordar.

A interpretação se dava da seguinte maneira: A cada questão que o paciente marcasse “não”, somava zero pontos, a marcação “às vezes” somava 1 ponto, “sim” 2 pontos, e o sim fosse de ambos os lados mais 1 ponto.

Após contagem dos pontos, se o resultado fosse igual ou inferior à 3 pontos, o índice de DTM seria ausente; se ficasse entre 4 e 8 pontos, o índice seria leve; os pacientes que obtivessem um escore entre 9 e 14 pontos, eram classificados como índice de DTM moderada e se a pontuação fosse superior a 15 pontos, eram classificados como índice de DTM severa. Estes dois últimos índices de DTM, moderada e severa, conforme a orientação de Fonseca; Paiva; Bonfante (1991) seriam os que necessitam de uma melhor avaliação; desta maneira nesta pesquisa, os pacientes que apresentaram estes índices foram encaminhados para a clínica de Odontologia da Faculdade IMED.

Já o questionário para estresse, continha 43 sugestões de ocorridos, mais 2 situações em branco que deveriam ser escritas se houvesse algo a mais que o paciente quisesse informar e que não estava dentro as sugestões. O paciente marcava as opções que haviam significado mudança para ele, positiva ou negativamente, e dava um escore de 0 (zero) à 100 (cem), onde zero significava nenhuma importância, e o 100 significava muita importância ou impacto que isto teve a sua vida.

Os resultados foram somados, e se o valor atingido fosse inferior a 149, o paciente não apresentava estresse, entre 150 e 299 era enquadrado como levemente estressado, e maior ou igual a 300 classificado como altamente estressado.

Após a avaliação, os pacientes, receberam os resultados contendo a informação de serem portadores de DTM e o índice desta, sendo que na mesma carta já estava a informação de que caso sua classificação fosse de DTM moderada ou severa, solicitávamos que procurasse atendimento específico na Clínica Odontológica da Faculdade Meridional (apêndice N° 4).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisados os dados dos questionários, e os transformando em índice para DTM e grau para estresse, conforme proposto pelos idealizadores dos mesmos. Com os resultados destes índices foram feitas análises estatísticas levando em consideração as hipóteses do trabalho em questão.

Quanto a correlação entre estresse e DTM, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman através do software Origin 8.0 Pro®, onde coeficiente menor que 0,3 indica baixa correlação, entre 0,3 e 0,7 indica correlação média, e acima de 0,7 indica correlação elevada.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do curso de Odontologia da Faculdade Meridional sob o número 046584/2013 (apêndice N° 5).

5 RESULTADOS

Ao se analisar a distribuição dos indivíduos em relação aos índices de DTM e estresse propostos nesta pesquisa obtiveram-se os dados apresentados na Tabela 1.

	DTM Ausente	DTM Leve	DTM Moderado	DTM Severo
Estresse ausente	8,42%	1,05%	-	-
Estresse leve	11,58%	5,26%	1,05%	-
Estresse alto	24,21%	30,53%	14,74%	3,16%

Tabela 1: Dados obtidos através dos questionários de estresse e DTM.

O índice de correlação de Spearman obtido foi de 0,457 (apêndice Nº 6) para $n=90$, o que indica uma correlação média entre DTM e estresse.

6 DISCUSSÃO

Conceitua-se DTM como sendo “conjunto de condições articulares e musculares da região crânio-orofacial que pode ocasionar sintomas como dores na região da ATM, cefaléia, dor nos músculos da mastigação, otalgia, dor facial, limitação funcional, dor cervical, cansaço, limitação de abertura de boca, dor durante a mastigação, zumbido e dor na mandíbula, dentre outros” (PEREIRA et al., 2005)

Sinais de DTM se manifestam em grande parte da população, onde 50% das pessoas apresentam pelo menos um ou mais sinais de DTM (SALONEN; HELLDEN; CARLSSON, 1990 apud SILVEIRA, 2006), mas apenas 3,6 a 7% destas pessoas apresentam uma condição necessária de tratamento. (MAGNUSSON; EGERMARK; CARLSSON, 2000; SCHIFFMAN, 1989). Sendo que segundo Salonen, Hellden, Carlsson (1990), eles diminuiriam com a idade.

Os dados desta pesquisa corroboram os dados da literatura a respeito da presença de sintomas, já que 53 pacientes (55,79%) testados os apresentaram.

Conti et al., em 1996, avaliando uma população de estudantes de odontologia, utilizou o questionário de Fonseca e obteve como resultado DTM ausente: 58,71%; DTM leve 34,84%; DTM moderada 5,81%; DTM severa 0,65%, sendo que segundo o idealizador do questionário, 6,46% necessitariam de melhor avaliação e possível tratamento (DTM severa mais moderada) dados similares foram encontrados por Tomacheski (2004), desta vez, utilizando o questionário de Maciel, foram eles: DTM ausente 48,70%; DTM leve 46,12% ;DTM moderada 4,42 %; severa 0%. Utilizando uma população similar, Magnusson, Egermark, Carlsson, em 2000, após 20 anos de avaliação com os mesmos pacientes, relata que apenas 3% desta população apresentavam DTM do tipo severa (utilizando o questionário de Helkimo).

Silveira et al., (2007), utilizando o questionário de Helkimo, estudou uma população específica, que foi de pacientes que procuravam serviços de otorrinolaringologia, e obteve DTM ausente 37,56%; DTM leve 40,72%; DTM moderada 19%; DTM severa 2,72%, sendo que foi considerado pacientes com melhor necessidade de avaliação de tratamento 21,72%.

Os resultados obtidos com nossa pesquisa foram: DTM leve = 36,83%; DTM moderada = 15,78%; DTM Severa = 3,16%. Sendo que segundo os resultados, os necessitados de melhor avaliação e possível tratamento seria de 18,95%, estes dados não estariam em concordância com os encontrados por Conti et al., (1996), que foram de 6,46, Tomacheski (2004), com 4,42% e Magnusson, Egermark, Carlsson (2000), que encontraram 3%.

Okeson (2008), considera que o aparecimento das DTM tem caráter multifatorial, eles seriam: fatores de traumas, considerações anatômicas fatores fisiopatológicos e também questões psicossociais, das quais o estresse se apresenta como alteração de maior evidência. Porém a etiologia das DTMs não está completamente explicada, tanto que existem diferentes suposições, algumas sugerem que as DTMs tem caráter unicamente anatômico e fisiológico (CORREIA, 1983), outros autores ainda sugerem que o aparecimento de uma DTM é causado como um resultado de uma oclusão não satisfatória somada ao estresse (GARCIA, 1997 apud MARTINS et al., 2007), este fato seria corroborado por haver um maior número de pacientes que apresentem DTM e má oclusão relatarem maior frequência de dores musculares, sendo que agravado pela presença do bruxismo (MOLINA et al., 2011). Sánchez-Pérez et al., 2013, ainda afirmam que um dos principais fatores causais da DTMs são má oclusão. No entanto, a tendência atual é de se acreditar que existam várias interligações de fatores desencadeantes e assim considerar que a DTM não é consequência de um único fator, mas sim da associação deles. (TOMACHESKI et al., 2004).

Muitos problemas estão relacionados à região da articulação têmporo-mandibular, como dores de cabeça e de ouvido, estalidos e dor facial. Todos estes são de obrigação do cirurgião dentista diagnosticá-los e tratá-los (TOMACHESKI, et al., 2004). Existem estudos que afirmam que um dos principais fatores que causem as DTMs são má oclusão, mas deve-se lembrar sempre de elas tem um caráter multifatorial, e que isto pode apenas agravar a situação (SÁNCHEZ-PÉREZ et al., 2013).

O estresse exerce efeitos nos mediadores emocionais e biológicos, podendo ativar tendências predisponentes e desencadear o aparecimento de doenças (DEPUE; MONROE; SHACKMANN, 1979), o estresse é também, uma resposta do organismo à

agressões (CRUZ et al., 2008) e grandes doses de estresse podem trazer desequilíbrios e resultar em alterações neuro-endócrino-imunes. (SAINZ et al., 2001 apud CRUZ et al., 2008).

O estresse, somado a outros fatores, como uma má oclusão pode ser o estopim para o surgimento de uma DTM (GARCIA, 1997). Certas patologias da mucosa bucal, segundo Esguep et al. (1997) apud Cruz et al. (2008), podem ser desencadeadas por um certo nível de estresse, levando o paciente à patologias ou agravando doenças que já existentes. A própria DTM é um fator causal de estresse, pois seus sinais e sintomas quando presentes por um tempo prolongado, podem acarretar desordens psicológicas como estresse e até mesmo depressão em um nível mais intenso (SOARES et al., 2012). Desta forma, grande parte dos portadores de DTM se consideram muito estressados, o que é comprovado por estudo (MARTINS et al., 2007).

Todos os pacientes de dores crônicas, psicologicamente, se assemelham, mas os pacientes de DTM são únicos quanto a percepção de seus problemas, pois são mais conformados e não acreditam que essa dor possa ser sanada, então acabam estando menos estimulados e conseqüentemente tem um menor empenho no tratamento (McKINNEY et al., 1990). Existem casos de pacientes que foram encorajados a realizar um tratamento, mas com falsas promessas de cura, o que ocasionou frustrações, ressentimentos e preconceitos voltados aos profissionais da saúde, tornando cada vez menores os limiares de tolerância à dor e aumentando os casos de fracassos de tratamento (PORTNOI, 1993).

Segundo Maslash (2005), o estresse é bastante presente em pessoas com um trabalho intenso em seu cotidiano, fato este que propicia a presença de *burnout*. Isso se daria por inúmeros fatores como: duração da jornada de trabalho, complexidade das relações humanas e de trabalho, grau elevado de exigência quanto às competências e habilidades, e alta responsabilidade, entre outros. Em se tratando da profissão de Policial Militar, Costa et al. (2007), afirma esta ser uma atividade de alto risco estando entre os profissionais que mais sofrem de estresse alto. Isso se deve ao fato de que lidam com violência, morte e brutalidade, todos os dias. Desta maneira, candidatos ao *burnout*, inclusive, segundo os autores, este fato propiciaria o surgimento de patologias e disfunções. Portnoi (1993), em uma pesquisa avaliando DTM versus ansiedade

constatou que os portadores de DTM experimentavam a ansiedade e manifestavam sintomas de estresse com mais intensidade e frequência que os não portadores de DTM, sendo que eles se alteravam de acordo com a manifestação e não com a intensidade dos sintomas da disfunção.

Os resultados para estresse encontrados no presente estudo foi de 72,61% para estresse do tipo severo. Verificou-se também que pacientes com níveis de estresse altos apresentaram os maiores índices de ocorrência de DTM leve e moderada, além de ser o único grupo a apresentar DTM severa. Em relação ao fato da presença ou ausência de DTM versus estresse, esta pesquisa esteve em concordância com os apresentados por Portnoi (1993), porém em relação a gravidade de DTM e gravidade do estresse não houve concordância.

O coeficiente de correlação obtido por análise estatística para DTM e estresse sugeriu uma correlação média entre estresse e DTM. O fato de o coeficiente de correlação ter sido discreto, quando esperava-se uma correlação elevada, pode ser atribuído à variação da percepção dos pacientes relativa aos seus sintomas, uma vez que nem todos os pacientes apresentam a mesma atenção para determinados sintomas que podem ser relevantes para diagnóstico.

Assim sendo, esta pesquisa sugere que a profissão de policial militar, pode estar relacionada a uma maior prevalência de DTM e um maior grau de estresse, assim como a existência de uma correlação positiva entre eles.

Porém, para melhor avaliar estes dados, é necessário pesquisas mais específicas, como com uma maior população de indivíduos e avaliações mais específicas tanto para disfunção temporomandibular quanto para o estresse.

7 CONCLUSÃO

Diante dos dados obtidos e analisados estatisticamente conclui-se que:

- A prevalência de DTM severa e moderada foi de 18,95%;
- A prevalência encontrada em relação ao índice de DTM foi de: DTM ausente = 44,2%; DTM leve = 36,83%; DTM moderada = 15,78%; DTM Severa = 3,15%;
- O grau de estresse desta população foi de 90,53%
- A correlação entre DTM e estresse foi de 0,457, equivalente a um coeficiente de correlação médio.

REFERÊNCIAS

CONTI, P. C. et al. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. *J Orofac Pain*, v; 10, n. 3, p. 254-262. 1996.

CORREIA, F. A. S. *Prevalência da sintomatologia nas disfunções da articulação temporomandibular e suas relações com idade, sexo e perdas dentais*. 1983. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 1983. 99 p.

COSTA, M. et al. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v. 21, n. 4, p. 217-222. 2007.

CRUZ, M. C. F. N. et al. Condições bucais relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais. *Rev. Fac. Odontol.* Porto Alegre, v. 49, n. 1, p. 8-11. 2008.

DEPUE, R. A.; MONROE, S. M.; SHACKMANN, S. L. *The psychobiology of human disease: implications for conceptualizing the depressive disorders*. In:____. *The Psychobiology of the Depressive Disorders*. New York, Academic Press, 1979. p. 3-20.

ESGUEP, A. et al. Alteraciones Psicologicas en la Etiopatogenesis de Patologia de la Mucosa Bucal. *Rev. Fac. Odont. Univ. Chile*, Santiago, v. 15, n. 2, p. 15-23. 1997.

FONSÊCA, D. M.; PAIVA, H. J.; BONFANTE, G. Temporomandibular joint clicking – clinical study. *J Dent Res*, v. 70, n. 4, p. 643. 1991.

GARCIA, A. R. *Contribuição para o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento de pacientes com disfunção e/ou desordens temporomandibulares: avaliação clínica, radiográfica e laboratorial* (Tese de livre-docência). Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista, 1997.

MAGNUSSON, T.; EGGERMARK, I.; CARLSSON, G. E. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain*, v. 14, n. 4, p. 310-319. 2000.

MARTINS, R. J. et al. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Rev Bras Epidemiol*, v. 10, n. 2, p. 215-222. 2007.

MASLACH, C. *Entendendo o burnout*. Em: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, orgs. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas; 2005. Pp. 41–55

McKINNEY, M. W. et al. Chronic TM disorder and non-TM disorder pain: a comparison of behavioral and psychological characteristics. *The Journal of Craniomandibular Practice*. v. 8, n. 1, p. 40-6, 1990.

MOLINA, O. F. et al. Dores dentárias de origem muscular em indivíduos com distúrbios crâniomandibulares e controles: estudo comparativo. *Rev. DOR [online]*, v. 12, n. 2, p. 85-92. 2011.

OKESON, J. P. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusal*. 6 ed. São Paulo: Elsevier, 2008. 228-234

PASINATO, F.; CORRÊA, E. C. R.; ALVES, J. Avaliação do estado e traço de ansiedade em indivíduos com Disfunção Temporomandibular e assintomáticos. *Saúde*, v. 35, n 1, p 10-15. 2009.

PEREIRA, K. N. F. et al. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev Cefac*, v. 7, n. 2, p. 221-228. 2005.

PORTNOI, A. G. *Stress e disfunção dolorosa da articulação temporomandibular*. 1993. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1993. 171 p.

SAINZ, B. et al. Stress-associated Immunomodulation and Herpes Simplex Vírus Infections. *Med. Hypotheses*, Edinburgh, v. 56, n.3, p. 348-356. 2001.

SALONEN, L.; HELLDEN, L.; CARLSSON, G. E. Prevalence of signs and symptoms of dysfunction in the masticatory system: an epidemiologic study in an adult Swedish population. *J Craniomandib Disord*, v. 4, n. 4, p. 241-250. 1990.

SÁNCHEZ-PÉREZ, L. et al. Malocclusion and TMJ disorders in teenagers from private and public schools in Mexico City. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*, v. 18, n. 2, p. 312-318, 2013.

SCHIFFMAN E, et al. The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular patients. *J Am Dent Assoc* 1989; 295-304.

SILVEIRA, A. M. *Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia*. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Campinas, 2006.

SILVEIRA, A. M. et al. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v. 73, n. 4, p. 528-532, 2007.

SOARES, T. V. et al. Correlação entre severidade da desordem temporomandibular e fatores psicossociais em pacientes com dor crônica. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, v. 11, n. 3, p. 197-202. 2012.

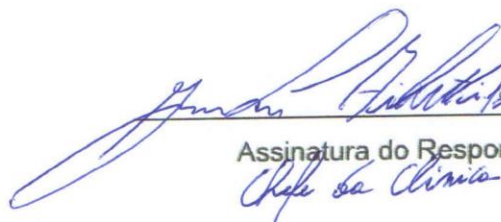
STEENKS, M. H.; WIJER, A. *Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia*. São Paulo: Ed Santos, 1996.


TOMACHESKI, D. F. et al. Disfunção têmporo-mandibular: estudo introdutório visando estruturação de prontuário odontológico. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*, v. 10, n. 2, p. 17-25. 2004.

APÊNDICE 1**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE LOCAL**

Eu, José Luiz Zibetti, responsável pela Instituição Beneficente Coronel Massot autorizo o pesquisador Alexandra Magalhães Silveira (cpf 64237397068) e o acadêmico Jonatas Graciola coletar dados para a pesquisa intitulada Avaliação da influência do estresse na incidência de disfunções temporomandibulares em militares estaduais do Rio Grande do Sul, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Meridional – CEP / IMED.

Passo Fundo, 11 de Junho de 2013.


Assinatura do Responsável
Chefe de Clínica



APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr. (Sra.) _____,

Estamos desenvolvendo um estudo que visa avaliar a relação entre a DTM e o estresse provocado pelo trabalho militar, cujo título é Avaliação da influência do estresse na prevalência de disfunções temporomandibulares em militares estaduais do Rio Grande do Sul. Você está sendo convidado a participar deste estudo.

Esclareço que durante o trabalho não haverá riscos ou desconfortos, nem tampouco custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

Eu, Jonatas Graciola e a minha equipe, estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através do telefone (54) 84044504 e do endereço Rua Coronel Pelegrini 1098.

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Gostaria de deixar bem claro que esta pesquisa somente lhe dará a resposta da ausência ou presença de DTM, mas não classificará o tipo de DTM nem dará o tratamento para a patologia.

Se no seu caso for necessário tomar alguma atitude, uma correspondência contendo uma lista dos profissionais e entidades que poderão avaliá-lo nesta segunda etapa lhe será entregue, mas esta próxima etapa ocorrerá por sua conta, tanto financeira quanto legalmente.

Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização deste trabalho, em concordância com a Resolução CNS nº 196/96 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já agradecemos a sua atenção.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____, após a leitura deste consentimento, declaro que compreendi o objetivo deste estudo e confirmo o meu interesse em participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante

Passo Fundo, ____ de _____ de ____.

APÊNDICE 3

TERMO CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Eu, Alexandra Magalhães Silveira (CPF 642.373.970-68), declaro que todos os pesquisadores envolvidos no projeto intitulado é Avaliação da influência do estresse na prevalência de disfunções temporomandibulares em militares estaduais do Rio Grande do Sul realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da Resolução CNS nº 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a: somente iniciar o estudo após a aprovação pelo CEP-IMED e, se for o caso, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento do estudo; utilizar os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste estudo apenas para atingir o objetivo proposto no mesmo e não utilizá-los para outros estudos, sem o devido consentimento dos participantes. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Passo Fundo, ____ de _____ de ____.

APÊNDICE 4

Prezado senhor (a)

Conforme combinado, estou lhe entregando o resultado da sua avaliação quanto à presença ou ausência de disfunção temporomandibular.

Segundo o questionário de Fonseca, o senhor (a) está classificado como:

- não portador de DTM.**
- portador de DTM leve.**
- portador de DTM moderada.**
- portador de DTM severa.**

Caso sua classificação for de DTM moderada ou severa, favor procurar atendimento na Clínica Odontológica da Faculdade Meridional (IMED), no endereço Rua Senador Pinheiro 304, Passo Fundo- Rio Grande do sul. para que seu caso seja avaliado nesta segunda etapa, mas esta próxima etapa, gostaríamos de lembrá-lo, ocorrerá por sua conta, tanto financeiramente quanto legalmente.

Agradeço mais uma vez sua colaboração,

Alexandra Magalhães Silveira

Passo Fundo, _____2013

APÊNDICE 5

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DO ESTRESSE NA INCIDÊNCIA DE
DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES EM MILITARES ESTADUAIS DO
Pesquisador: RIO GRANDE DO SUL
Versão: Alexandra Magalhães Silveira
CAAE: 1
18151313.0.0000.5319
Instituição Proponente: Faculdade Meridional - IMED

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 046584/2013
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

APÊNDICE 6

Correlations Coefficients (26/10/2013 15:20:51)

Notes

X-Function	Correlations Coefficients
User Name	Jonatas Graciola
Time	26/10/2013 15:20:51

Input Data

	Data	Range
DTM	[Book1]Sheet1!DTM	[1*:90*]
ESTRESSE	[Book1]Sheet1!ESTRESSE	[1*:90*]

Descriptive Statistics

	N	Mean	SD	Sum	Min	Max
DTM	90	5,37778	3,8848	484	0	20
ESTRESSE	90	575,55556	353,0258	51800	0	1600

Spearman Correlations

Spearman Corr.	1	0,45742
Sig.	--	5,83028E-6
Spearman Corr.	0,45742	1
Sig.	5,83028E-6	--

2-tailed test of significance is used

DTM	[Book1]Sheet1!DTM	[1*:90*]
ESTRESSE	[Book1]Sheet1!ESTRESSE	[1*:90*]

Descriptive Statistics

	N	Mean	SD	Sum	Min	Max
DTM	90	5,3777777777778	3,884795420055	484	0	20
ESTRESSE	90	575,55555555556	353,02580072854	51800	0	1600

Spearman Correlations

Spearman Corr.	1	0,45741699386887136
Sig.	--	5,8302818395362E-6
Spearman Corr.	0,45741699386887136	1
Sig.	5,8302818395362E-6	--

ANEXO 1
QUESTIONÁRIO DE FONSECA

N: _____

FICHA CLÍNICA

DATA: _____

Nome: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Idade: _____ Gênero: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Telefone para contato: _____ RG: _____

ANAMNÉSE

	SIM	NÃO	ÁS VEZES
1. Você sente dificuldade de abrir a boca?	() S	() N	() AV
2. Você sente dificuldade de movimentar sua mandíbula para os lados?	() S	() N	() AV
3. Você sente desconforto ou dor muscular quando mastiga?	() S	() N	() AV
4. Você sente dores de cabeça com frequência?	() S	() N	() AV
5. Você sente dores no pescoço e/ou ombros?	() S	() N	() AV
6. Você sente dores de ouvido ou próximo a ele?	() S	() N	() AV
7. Você percebe algum ruído na ATM?	() S	() N	() AV

8. Você considera sua mordida “anormal”? () S () N () AV
9. Você usa apenas um lado da boca para mastigar? () S () N () AV
10. Você sente dores na face ao acordar? () S () N () AV

CLASSIFICAÇÃO: _____

ANEXO 2

Life Events Unit

A lista abaixo contém 43 eventos que podem ter, ou não, ocorridos na sua vida nesses últimos tempos.

Coloque dentro do primeiro parênteses correspondente, a data em que ele aconteceu. No segundo, um valor de 0 a 100 de acordo com a sobrecarga que ele trouxe para sua vida.

(Exemplo: Retenção da poupança pelo "Plano Collor" (mar/1990)

EVENTO DE VIDA DATA 0-100

1. Morte do cônjuge..... S() N()
2. Divórcio..... S() N()
3. Separação do casal..... S() N()
4. Prisão..... S() N()
5. Morte de alguém da família..... S() N()
6. Acidente ou doença..... S() N()
7. Casamento..... S() N()
8. Perda do emprego..... S() N()
9. Reconciliação com o cônjuge..... S() N()
10. Aposentadoria..... S() N()
11. Doença de alguém da família..... S() N()
12. Gravidez..... S() N()
13. Dificuldades sexuais..... S() N()
14. Aumento do número de pessoas na família

- (crianças, idosos, etc.)..... S() N()
15. Grandes mudanças no trabalho (reorganização, falência, etc.)..... S() N()
16. Grandes mudanças financeiras (melhor ou pior do que o normal)..... S() N()
17. Morte de um amigo íntimo..... S() N()
18. Mudança no tipo de trabalho..... S() N()
19. Mudança na freqüência de brigas com o cônjuge.. S() N()
20. Compra de imóvel de alto valor..... S() N()
21. Término de pagamento de empréstimo..... S() N()
22. Mudança de responsabilidade no trabalho..... S() N()
23. Saída de filho (a) de casa..... S() N()
24. Dificuldades com parentes..... S() N()
25. Reconhecimento de mérito pessoal..... S() N()
26. Cônjuge começou ou parou de trabalhar..... S() N()
27. Começo ou abandono dos estudos..... S() N()
28. Mudança nas condições de moradia..... S() N()
29. Mudança nos hábitos pessoais..... S() N()
30. Problemas com o chefe..... S() N()
31. Mudança no horário ou condições de trabalho..... S() N()
32. Mudança de residência..... S() N()
33. Mudança de escola..... S() N()
34. Mudança de atividade recreativa..... S() N()
35. Mudança de atividade religiosa..... S() N()
36. Mudanças nas atividades sociais..... S() N()

37. Compras a crédito de valor médio..... S() N()
38. Mudanças nos hábitos de dormir..... S() N()
39. Mudança na freqüência das reuniões familiares..... S() N()
40. Mudanças nos hábitos de alimentação..... S() N()
41. Férias..... S() N()
42. Natal..... S() N()
43. Pequenas violações da lei (multas, etc.)..... S() N()

Outros incidentes aqui não mencionados:

44.

S() N()

45.

S() N()