THE OPEN BRAZILIAN DENTISTRY JOURNAL
ODONTOLOGIA UNIFIP

Centro Universitário de Patos – UNIFIP
Patos, Paraíba
The Open Brazilian Dentistry Journal
2021; 1(1): 01-12.
ISSN 2675-2557
http://dentistryjournal.unifip.edu.br/

FREQUÊNCIA DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ASSOCIADA A FATORES PARAFUNCIONAIS EM MÃES E FILHOS.

FREQUENCY OF DYSFUNCTION ASSOCIATED FACTORS TEMPOROMANDIBULAR PARAFUNCTIONAL IN MOTHERS AND SONS.

Poliana de Santana Costa
Centro Universitário de Patos- UNIFIP-PB- Patos- Paraíba –Brasil
odontopoli@hotmail.com

Adriana de Oliveira Lira Ortega
Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL- São Paulo – SP- Brasil
aliraort@uol.com.br

Téssia Richelly Nóbrega Borja de Melo
Centro Universitário de Patos- UNIFIP-PB- Patos- Paraíba –Brasil
tessiamelo@hotmail.com

Augusto Garcia de Oliveira Júnior
Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André – SP
augustogarciajr@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência de sinais, sintomas e prováveis fatores predisponentes de DTM/DOF em mães e seus filhos.
Métodos: Foram selecionados 132 pacientes, sendo 66 crianças/adolescentes com idade entre 10 e 16 anos (média 13 anos) e suas respectivas mães, para aplicação de questionário. O exame para investigação de DTM/DOF foi realizado segundo RDC (*Research Diagnostic Criteria*). A análise dos dados foi feita utilizando testes de Qui-quadrado (χ^2), teste exato de Fisher e Teste G, com nível de significância de 5% ($p<0,05$).
Resultados: Houve destaque para o sintoma de dor de cabeça nas mães (53%, n=35), e percepção de som articular nos filhos (36,4%, n=24). O fator predisponente mais relatado foi o de mascar chicletes, em ambos os grupos, com valores de frequência diferentes, sendo estatisticamente diferente (p=0,004). Com relação à classificação dos sinais da DTM, o sinal mais prevalente nos filhos foi o da ausência de DTM (53,03%, n=35); nas mães foi a presença de pelo menos um sinal de DTM, 33,33% (n=22), sendo estatisticamente diferentes entre os grupos.
Conclusões: A maioria dos sintomas, fatores predisponentes e sinais da DTM observados em ambos os grupos, não apresentou diferenças estatisticamente significante.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunção Temporomandibular, Fatores de Riscos, Dor Orofacial.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the frequency of signs, symptoms and predisposing factors for temporomandibular disorders in mothers and their children.
Methods: We selected 132 patients, 66 children / adolescents aged between 10 and 16 years and their mothers to a questionnaire and a clinical examination was performed in order to obtain information about symptoms, risk factors and signs of dysfunction

temporomandibular.
Results: There was emphasis on the symptom of headache in the mothers (53%, n = 35), and articulate sound perception in children (36.4%, n = 24). The most frequently reported predisposing factor was chewing gum, in both groups, with different frequency values and was statistically different (p = 0.004). Regarding the classification of signs of TMD, the signal was more prevalent in children of the absence of TMD (53.03%, n = 35), in mothers was the presence of at least one sign of TMD, 33.33% (n = 22) and was statistically different between groups.
Conclusions: Most of the symptoms, risk factors and signs of TMD observed in both groups showed no statistically significant differences.

KEYWORDS: Temporomandibular Disorders, risk factors, orofacial pain.

INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é um conjunto de alterações clínicas caracterizadas por sinais e sintomas dos músculos da mastigação, na articulação temporomandibular (ATM) ou em ambos [1 2 3]. Seus sintomas característicos são: dor à palpação muscular e/ou articular, função mandibular limitada e sons articulares, com a prevalência total destes sintomas atingindo mais de 75% da população adulta, como também pode aparecer em crianças numa porcentagem menor [4 5 6 7].

Essa disfunção apresenta uma etiologia multifatorial [8 9 10], o que dificulta a elaboração de uma estratégia de terapia preventiva, pois não é possível determinar até que ponto cada um dos fatores, isoladamente ou em conjunto, indicará o desenvolvimento da DTM.

É recomendável que uma anamnese detalhada seja realizada em todos os pacientes, não importando se há ou não necessidade aparente para tratamento com o objetivo de identificar os sintomas subclínicos de DTM [11 8] . Um grande número de crianças sofre de dor recorrente, indicando uma necessidade urgente de programas preventivos e curativos, já nos primeiros anos escolares.

O aumento da procura para tratamento de diferentes sintomas relacionados à DTM leva a comunidade científica à buscar de mais conhecimento a respeito de seus fatores etiológicos, a fim de proporcionar ao clínico um diagnóstico mais preciso e um tratamento individualizado nos diferentes casos [1].

Na literatura científica há uma controvérsia a respeito da relação causa/efeito entre DTM e oclusopatias, mas é concenso entre alguns autores que hábitos parafuncionais, como bruxismo e apertamento e os traumas oclusais podem causar DTM [1 12 13].

Um grupo de 248 escolares, do sexo feminino, de 15 e 16 anos foram examinadas por Gavish et al. (2000) [14], para verificar sintomas e sinais de DTM e associar com hábitos para funcionais. O hábito parafuncional mais comum foi o de mascar chicletes, com alta

prevalência. Este hábito foi potencialmente prejudicial sobre os músculos da mastigação, bem como sobre as ATM, tendo associação estatisticamente positiva com a sensibilidade muscular à palpação e ruídos articulares.

Tosato e Biasotto-Gonzalez (2005) [15] estudaram a prevalência de DTM em crianças, correlacionando-a com hábitos parafuncionais. Dentre os entrevistados, 53% das meninas apresentaram algum sinal de DTM, enquanto entre os meninos, essa prevalência foi de 39%. A queixa mais comum foi dor de cabeça. Ao considerar os hábitos, eles foram mais frequentes entre as crianças que apresentavam dor ou desconforto ao mastigar. Assim, as parafunções podem ser um importante fator que contribui para a etiologia das disfunções. Crianças com DTM e dor de cabeça em geral, especialmente a enxaqueca, possuem, no geral, uma susceptibilidade aumentada à dor, em especial, um aumento da sensibilidade à palpação muscular [2].

Rauch, (2019)[16] verificou a prevalência de sinais e sintomas de DTM entre adolescentes. O sinal mais frequente da DTM foram sons durante a abertura da boca (17,6%). Dentre os sintomas encontrados da DTM, a dor de cabeça foi o mais prevalente (55,7%) e a maioria dos sintomas eram mais frequentes nas mulheres.

Liljeström et al. (2007) [17] observaram em adultos que a dor de cabeça e a DTM estão associadas, porém não houve estudo em crianças. Não houve associação entre os sinais de DTM entre mães e filhos. Houve associação significativa entre sinais de DTM e cefaléia do tipo tensional nas crianças. Nas mães, a associação foi significativa apenas entre enxaqueca e sinais de DTM.

No estudo de Silveira et al (2007) [18], para verificar a prevalência de pacientes portadores de DTM em um serviço de otorrinolaringologia, apenas 15 indivíduos do total (7.24%) estavam totalmente livres de sintomas de DTM. Quanto aos demais, apresentaram: dor de cabeça (33,5%), dor no pescoço e ombro (28,5%), dor na região do ouvido (29%) e ruídos articulares (25%).

Cortese e Biondi (2009) [13] objetivou descrever a frequência hábitos parafuncionais e disfunções miofuncionais orais, e avaliar a sua associação com sinais e sintomas de DTM em pacientes, de 12 anos ± 3 anos. Dentre os avaliados, 96% possuíam alguma parafunção, sendo que 48% possuíam deglutição atípica e 45% eram respiradores bucais; 74% apresentavam bruxismo, e 29% mastigavam de forma unilateral. Houve uma associação entre os sinais da DTM e as parafunções ($p<0,05$). Pela análise multivariada descobriu que a disfunção mastigatória está significativamente associada com ruídos articulares ($P = 0,023$) e com o bruxismo ($p = 0,018$).

Emodi-Perlman et al. (2012) [19] relataram que a prevalência de DTM durante ainfância e adolescência varia entre 7% e 68%. A maioria dos participantes (78%) relataram pelo menos um hábito oral. Estes resultados indicam que as parafunções são comuns durante a infância, e que o aumento da prevalência dos hábitos parafuncionais está diretamente proporcional ao aumento da idade.

Vierola et al, 2012, [20] verificaram a prevalência dos sinais de DTM e dor em diversas partes do corpo, assim como a frequência, intensidade, e outras características da dor em crianças de 6 a 8 anos, através de um questionário. De sua amostra, 35% tiveram pelo menos um sinal clínico de DTM e 53% tiveram dor durante os últimos três meses. A dor foi o sinal mais prevalente nos membros inferiores (35%) e na cabeça (32%). Das 226 crianças com dor, 119 (53%) haviam experimentado a dor frequente (mais de uma vez por semana). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação à frequência de dor quanto ao sexo. Desta forma, dor nas costas, pescoço, ombros e dor de cabeça associam-se com sinais da DTM.

No estudo de Alouda et al. (2019)[23] avaliou a influencia da quantidade de trabalho da mãe na incidência de bruxismo nos filhos. Nos resultados, apesar do fato da mãe trabalhar ou não não mostrou diferença estatisticamente significante na incidencia de bruxismo, a pesquisa fez um alerta ao modo de vida das famílias, que pode induzir, perpertuar ou até agravar o bruxismo nas crianças.

Sabendo que a DTM possui etiologia multifatorial, dentre eles que o fatores ambientais como o padrão familiar pode influenciar na presenção ou não da disfunção, o intuíto da presente pesquisa possuiu o objetivo avaliar a frequência de sinais, sintomas e fatores predisponentes da DTM em mães e filhos.

MÉTODOS

Foram selecionadas crianças e adolescentes brasileiras, na faixa etária de 10 a 16 anos de idade (média: 13 anos), de ambos os sexos; e suas respectivas mães; que foram atendidas na Clínica Interdisciplinar da Escola de Odontologia do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), no período de Agosto à Novembro de 2012. Com o intuito de atender os objetivos propostos, esse foi um estudo transversal, observacional, com enfoque quantitativo e qualitativo; com abordagem indutiva, análise descritiva e analítica dos dados; aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFIP (CEP Nº 042/2012).

A coleta de dados foi realizada por um único examinador, orientado e devidamente capacitado pelo pesquisador responsável, bem como foi realizada a calibração intra-examinador através do Kappa (95% de concordância intra-examinador).

As mães e os filhos responderam um questionário de investigação de sintomas de DTM com perguntas sobre dificuldade de abrir a boca, dores de cabeça com frequência, percepção de sons articulares e investigados a respeito da presença de hábitos orais deletérios, considerando a onicofagia, morder objetos, morder a mucosa oral, bruxismo e apertamento dentário, relacionados ao momento atual, no passado e sua ausência e fatores predisponentes.

Foi realizado também um exame clínico de sinais da DTM, que incluiu alguns dados utilizados no Critério Diagnóstico para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD) (DWORKIN, LERESCHE, 1992)[21] através da palpação dos músculos da mastigação, palpação da ATM, investigação de sons articulares, medição do grau de abertura bucal e verificação de desvios nessa trajetória, onde foram investigados se estes dados estão presentes ou ausentes.

A ficha clínica foi composta por 3 tópicos, que são os mais frequentes na determinação da DTM:

1. Dor a palpação muscular e/ou articular

2. Pesquisa de Sons Articulares

3. Função Mandibular

Processamento e análise de dados.

Foi realizada a análise estatística descritiva e analítica das tabelas e gráficos. Para a comparação das frequências foram utilizados os testes de Qui-quadrado (χ^2), teste exato de Fisher e Teste G, com nível de significância de 5% ($p<0,05$). As análises foram feitas utilizando o programa BioEstat versão 5.03.

RESULTADOS

Nas Tabelas 1 e 2, abaixo, verificam-se as comparações das frequências de sintomas e fatores predisponentes, respectivamente, relatados pelos filhos e suas mães durante a aplicação do questionário de DTM; e seus escores.

Na análise comparativa entre os grupos (Tabela 1), os dados que apresentaram diferenças estatisticamente significantes quanto à sua presença foram dores de cabeça com frequência ($p=0,028$), dores no pescoço e nos ombros ($p=0,0002$). Na Tabela 2, o hábito de mascar chicletes foi o mais presente tanto nas mães quanto nos filhos, porém com valores das frequências diferentes, sendo estatisticamente diferente ($p=0,004$). Os demais dados não apresentaram diferenças significantes, com destaque para o hábito de bruxismo ($p=0,293$).

Tabela 1: Associação entre os dados dos filhos e das mães quanto a frequência de sintomas associados a DTM, investigados no questionário.

Questões		Grupos						Valor de p
	RESPOSTAS	FILHOS		MÃES		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
1) Dificuldade de abrir a boca?	AUSENT	63	95,5	57	86,4	120	90,9	0,198
	PASS	0	0	1	1,5	1	0,8	
	PRES	3	4,5	8	12,1	11	8,3	
2) Dificuldade de movimentar a boca para os lados?	AUSENT	59	89,4	58	87,9	117	88,6	0,348
	PASS	1	1,5	2	3	3	2,3	
	PRES	6	9,1	6	9,1	12	9,1	
3) Desconforto ou dor muscular quando mastiga?	AUSENT	51	77,3	49	74,2	100	75,7	0,911
	PASS	0	0	2	3	2	1,5	
	PRES	15	22,7	15	22,7	30	22,8	
4) Dores de cabeça com frequência?	AUSENT	45	68,2	30	45,4	75	56,9	**0,028***
	PASS	1	1,5	1	1,5	2	1,5	
	PRES	20	30,3	35	53,0	55	41,7	
5) Dores no pescoço e/ou ombros?	AUSENT	50	75,8	27	40,9	77	58,3	**0,0002***
	PASS	1	1,5	2	3	3	2,3	
	PRES	15	22,7	37	56,1	52	39,4	
6) Você sente dores de ouvido ou próximo a ele?	AUSENT	39	59,1	41	62,1	80	60,6	0,788
	PASS	13	19,7	10	15,2	23	17,4	
	PRES	14	21,2	15	22,7	29	21,0	
7) Percebes algum som na ATM?	AUSENT	42	63,6	35	53	77	58,3	0,337
	PASS	0	0	1	1,5	1	0,8	
	PRES	24	36,4	30	45,5	54	40,9	
8) Já sentiu sua mandíbula "travar" ou "deslocar-se" alguma vez?	AUSENT	63	95,5	58	87,9	121	91,6	0,320
	PASS	0	0	2	3	2	1,5	
	PRES	3	4,5	6	9,1	9	9,8	

*p < 0,05= estatisticamente significante, através do Teste Exato de Fisher.
Fonte: Autoria Própria – (PATOS-PB, 2013).

Tabela 2: Associação entre os dados dos filhos e das mães quanto aos fatores de risco da DTM, investigados no questionário.

Questões	RESPOSTAS	Grupos FILHOS N	FILHOS %	MÃES N	MÃES %	TOTAL N	TOTAL %	Valor de p
1)Bruxismo	AUSENT	53	80,3	56	84,8	109	82,6	0,293
	PASS	4	6,1	6	9,1	10	7,6	
	PRES	9	13,6	4	6,1	13	9,8	
2)Apertamento	AUSENT	44	66,7	44	66,7	88	66,7	0,893
	PASS	3	4,5	2	3	5	3,8	
	PRES	19	28,8	20	30,3	39	29,5	
3)Chupar Chupeta	AUSENT	27	40,9	28	42,4	55	41,7	0,959
	PASS	35	53	38	57,6	73	55,3	
	PRES	4	6,1	0	0	4	3,0	
4) Chupar o dedo	AUSENT	52	78,8	58	87,9	110	83,4	0,369
	PASS	9	13,6	5	7,6	14	10,6	
	PRES	5	7,6	3	4,5	8	6,0	
5) Morder objetos	AUSENT	33	50	42	63,6	75	56,8	0,07
	PASS	2	3	5	7,6	7	5,3	
	PRES	31	47	19	28,8	50	37,9	
6) Onicofagia	AUSENT	26	39,4	51	77,3	77	58,4	**0,0001***
	PASS	12	18,2	4	6,1	16	12,1	
	PRES	28	42,4	11	16,7	39	37,9	
Mascar chicletes	AUSENT	10	15,2	25	37,9	35	26,5	**0,004***
	PASS	5	7,6	9	13,6	14	10,6	
	PRES	51	77,3	32	48,5	83	62,9	

*p < 0,05= estatisticamente significante, através do Teste Exato de Fisher.
Fonte: Autoria Própria – (PATOS-PB, 2013).

Na sequência, apresentam-se os dados referentes aos sinais presentes do exame clínico da DTM, nos grupos. A Tabela 3 mostra que 25 mães (37,88%) apresentaram apenas um sinal de som articular, sendo sua maior prevalência, em relação ao tipo de sinal. Os filhos apresentaram maior porcentagem na ausência de sinais de DTM 53,04% (n=35).

Tabela 3: Distribuição dos filhos e das mães quanto a qualificação dos sinais presentes da DTM.

Qualificação dos sinais da DTM	FILHOS		MÃES	
	N	%	N	%
1 SINAL PALP.	2	3,03	3	4,54
1 SINAL SOM	13	12,62	25	37,88
1 SINAL FUNÇÃO MAND.	5	7,58	2	3,03
2 SINAIS PALP. E SOM	5	7,58	2	3,03
2 SINAIS PALP. E F. MAND.	1	1,51	0	0
2 SINAIS SOM E E F. MAND.	2	3,03	11	16,67
3 SINAIS (PALP., SOM, F. MAND.)	3	4,54	1	1,51
4 AUSENTE	35	53,04	22	33,34

Fonte: Autoria Própria – (PATOS-PB, 2013).

A Tabela 4 exibe a DTM classificada de acordo com a quantidade de sinais e é associação aos grupos estudados. Percebe-se que houve diferenças estatisticamente significantes entre mães e filhos (p=0,035).

Tabela 4: Associação da classificação da DTM aos grupos estudados.

	Classificação da DTM										Valor de p
Grupos	1 SINAL		2 SINAIS		3 SINAIS		AUSENCIA		TOTAL		0,035*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
MÃES	30	45,5	13	19,7	1	1,5	22	33,33	66	100	
FILHOS	20	30,30	8	12,13	3	4,54	35	53,03	66	100	

*p < 0,05= estatisticamente significante, através do Teste Exato de Fisher.
Fonte: Autoria Própria – (PATOS-PB, 2013).

Quando associamos os sexos dos filhos em relação à classificação da DTM, observamos que ambos os grupos apresentaram uma alta prevalência de ausência de sinais, sendo 45,72% (n=16) nos meninos; e 61,23% (n=19) nas meninas (Tabela 5). Não houve diferença estatisticamente significante entre essas variáveis estudadas nos filhos.

Tabela 5: Associação dos níveis de DTM com o sexo das crianças/adolescestes.

	Classificação da DTM										
SEXO DOS FILHOS	1 SINAL		2 SINAIS		3 SINAIS		AUSENCIA		TOTAL		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	0,449
MASC.	9	29,03	2	6,45	1	3,22	19	61,23	31	100	
FEMIN.	11	31,42	6	17,14	2	5,72	16	45,72	35	100	

Teste Exato de Fisher. **Fonte:** Autoria Própria – (PATOS-PB, 2013).

DISCUSSÃO

A DTM é um conjunto de alterações clínicas caracterizada por sinais e sintomas dos músculos da mastigação, na ATM ou em ambos [2 3 10].

Na aplicação do questionário a respeito dos sintomas e fatores predisponentes da DTM verificou-se a frequência relatada nos dois grupos estudados. Os filhos afirmaram que a dificuldade para abrir a boca foi 4,5% e a dificuldade de movimentar a mandíbula foi 9,1%, de forma semelhante foi encontrado no trabalho de Loddi, et al. (2010) [11], registraram 1,54% e 3,07%, respectivamente.

Um dos sintomas mais frequentes relatados pelos filhos foi a percepção de som na ATM (36,4%) e sentir dores de cabeça com frequência (30,3 %). É um percentual semelhante aos encontrados por Rauch (2019)[16] e Vierola et al. (2012) [20], onde 55,7% e 32% das crianças, respectivamente, possuíam dores de cabeça. Comparando ao estudo de Loddi et al. (2010)[11] , Bertoli et al. (2018)[8], Fale (2018)[7] mostraram-se semelhantes, pois a dor de cabeça também foi o sintoma mais prevalente. Para de Melo Júnior, et al. (2019) [22], a frequência de dores de cabeça que atinge os adolescentes é alta, sendo fortemente associada a presença de DTM, fato que merece atenção especial.

Continuando com análise da frequência dos hábitos parafuncionais nas crianças/adolescentes, o bruxismo e o apertamento apresentaram baixa prevalência, concordando com o trabalho de Farsi, (2003)[4] e Emodi - Perlman et al., (2012) [19]. O hábito de sucção de chupeta foi de 6,1 % e mostrou-se mais prevalente no passado com 53,0 %, este fato se deve a faixa etária pesquisada, de 10 a 16 anos, pois nessa idade o hábito, geralmente, já foi abandonado.

Mascar chicletes, morder objetos e onicofagia foram os hábitos mais presentes nos filhos, corroborando os dados de Valle-Corotti (2010) [9], que afirmam que estes dois hábitos são normalmente realizados em um lado da boca, levando a uma lateralidade da mandíbula e a uma mastigação unilateral, que pode levar a algum tipo de desequilíbrio, sendo que as parafunções podem ser um fator causal importante da DTM.

Na comparação das respostas do questionário em ambos os grupos foi possível determinar que a maioria das respostas, referentes a sintomas e fatores parafuncionais da DTM, foi ausente. Na análise geral dos dois grupos, as dores de cabeça com freqüência (p=0,028), dores no pescoço e nos ombros (p=0,0002) apresentaram diferenças estatisticamente significantes quanto à sua presença. O hábito de mascar chicletes foi o mais presente tanto nas mães quanto nos filhos, porém com valores diferentes, sendo estatisticamente diferentes (p=0,004), corroborando com os dados da pesquisa de Gavish,et al., (2000) [14] e discordando dos cachados de Fale et al. (2018)[7] .

Quanto aos sinais, tanto nas mães quanto nos filhos, ressaltam-se a presença de sons articulares durante a movimentação da abertura da boca, com 36,36% 45,5%, respectivamente, concordando com os achados de Rauch et al. (2019)[16].

Para facilitar a interpretação dos dados, a DTM foi estratificada em quatro níveis: ausência de DTM, presença de um sinal, presença de dois sinais e, por último, presença dos três sinais da DTM. O sinal mais marcante nos filhos foi o da ausência de DTM, semelhante aos achados de Tosato e Bisolato (2005) [15] e Modi, Shaikh e Munde, (2012) [10], já nas mães foi a presença de pelo menos um sinal de DTM, sendo estatisticamente diferentes entre os grupos.

Não houve diferença estatisticamente significativa na associação da classificação da DTM e o sexo nos filhos, sendo o mais prevalente em ambos os sexos, a ausência de sinais, 45,72% (n=16) nos meninos e 61,23% (n=19) nas meninas, corroborando com os achados de Fale et al. (2018) [7], que em sua investigação não encontrou associação entre os sexos e a presença de sinais da DTM.

Compartilha-se a opnião de Magnusson , Egermark-Eriksson e Carlsson (2005)[12] e de Cortese e Biondi (2009)[13] os quais relataram que os sinais e sintomas de DTM na infância ocorrem de forma branda e apresentam-se mais evidentes na fase adulta. Acrescenta-se que a presença de disfunção severa é rara e que não há diferença de sexo em relação aos sinais de DTM na infância, porém com o passar da idade, na fase adulta, começam a ocorrer diferenças, sendo mais prevalente nas mulheres.

Até o momento observou-se que há fatores que possuem uma estreita relação para instalação da DTM, porém são apenas indícios. Tal fato se deve às diferentes metodologias empregadas nos estudos, devendo-se verificar não só a presença do hábito, mas sim a sua frequência diária, duração e intensidade, pois estes dados farão diferença na instalação ou não da DTM. Na presente pesquisa houve relatos de alguns hábitos parafuncionais, como mascar chicletes, nos filhos, com 77,3%, porém não se verificaram frequência, duração e intensidade suficientes para desencadear a doença. Isso se justifica através do trabalho de Tosato e Biasotto-Gonzalez, 2005,[15] que analisou o tempo de uso das chupetas, hábito parafunciolnal, e seus reflexos na instalação da DTM.

A maioria dos fatores predisponentes, e sinais e sintomas da DTM observados em ambos os grupos, não apresentou diferenças estatisticamente significantes, indicando que há uma homogeneidade no perfil das mães e seus filhos. Sendo possível que fatores ambientais podem possuir algum impacto na instalação da DTM, exemplificado no estudo de Goettems et al. (2017)[24] que mostrou que o estado emocional e o ambiente de uma criança possuem associação significativa ao bruxismo, como mais da metade das mães (59,4%) deste estudo.

No entanto a avaliação dos pais dessas crianças seria essencial para reforçar a hipótese acima, até porque a literatura é escassa neste tipo de estudo. Estudos longitudinais com essa amostra seriam importantes para a averiguação do curso natural da DTM, visto que essa condição clínica se manifesta mais frequentemente e de forma mais evidente no final da adolescência e na vida adulta.

CONCLUSÕES

Com base na metodologia empregada e nos resultados obtidos, pôde-se concluir que:

- As crianças/adolescentes apresentaram uma alta frequência de ausência de sintomas de DTM. Dentre os hábitos relatados pelos filhos o mais prevalente foi o de mascar chicletes. Houve uma baixa prevalência dos hábitos de bruxismo, apertamento, sucção de chupeta e dedo.
- A dor de cabeça com frequência foi o sintoma mais relatado pelas mães; e com relação aos fatores parafuncionais associados à DTM, de acordo com a frequência, estão dispostos em ordem decrescente: os hábitos de mascar chicletes, apertamento e onicofagia.
- As mães demostraram uma prevalência maior de sintomas em relação aos filhos e houve diferença estatisticamente significante nos quesitos de dores de cabeça, dores de pescoço/ ombros e o hábito de mascar chicletes.
- Com relação à frequência de sinais de DTM, tanto nos filhos quanto nas mães, verificou-se uma alta prevalência da ausência de sinais da DTM, sendo, dentre eles, o mais prevalente, a presença de sons na ATM durante a abertura bucal.
- Não houve diferenças estatisticamente significantes entre mães e filhos e entre os sexos dos filhos em relação à classificação dos sinais da DTM.
- A maioria dos sintomas, fatores predisponentes e sinais da DTM, observados em ambos os grupos, não apresentou diferenças estatisticamente significantes, indicando que há uma homogeneidade no perfil das mães e seus filhos, sendo possível se pensar que o ambiente familiar possui impacto na manifestação da DTM, devendo mais estudos serem realizados para melhor investigação dessa questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldstein B H. Temporomandibular disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 1999 Oct; 88(4): 379-85.

2. Liljeström MR, Le Bell Y, Anttila P, Aromaa M, Jämsä T, Metsähonkala L, et al. Headache children with temporomandibular disorders have severaltypes of pain and other symptoms. Blackwell Cephalalgia Publishing, v. 25, p. 1054-1060, 2005.

3. Franco A L , Fernandes G, Gonçalves DAG, Bonafe FSS, Camparis, C M. Headache Associated With Temporomandibular Disorders Among Young Brazilian Adolescents. Clin J Pain. 2013:1-6.

4. Farsi N M A. Symptoms and signs of temporomandibular disorders and oral parafunctions among Saudi children. J of Oral Rehabilition. 2003;30(1);1200-08.

5. Santos T S, Piva M R, Ribeiro M H, Antunes A A, Melo A R, Silva E D O . Eficácia da laserterapia nas disfunções têmporo-mandibulares: estudo controle. Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.) [serial on the Internet]. 2010 June [cited 2013 Sep 29]; 76(3):294-9.Availablefrom: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808

6. Carrara S V, Conti P S R, Barbosa J S. Statement of the 1st Consensus on Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. Dental Press J Orthod. 2010 May-June; 15(3): 114-20.

7. Fale H, Hnamte L, Deolia S, Pasad S, Kohale S, Sen S. Association between parafunctional habit and sign and symptoms of temporomandibular dysfunction. J Dent Res Rev. 2018; (5):17-21.

8. Bertoli FMP, Bruzamolin CD, Pizzatto E, Losso EM, Brancher JA, de Souza JF. Prevalence of diagnosed temporomandibular disorders: A cross-sectional study in Brazilian adolescents. *PLoS One*. 2018; 13(2):0192254.

9. Valle-Corotti, K. M, 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. R Odontol da USP.2010; 229 (1):12-8.

10. Modi P, Shaikh S S, Munde A. A Cross Sectional Study of Prevalence of Temporomandibular Disorders in University Students. I J S R P. 2012 Sept ; 2(9): 2250-3153.

11. Loddi P P, Miranda ALR, Vieira M N, Chiari B M, Goldenberg FC, Mandetta S. Factors predisposing 6 to 11-year old children in the first stage of orthodontic treatment to temporomandibular disorders. Dental Press J Orthod. 2010 May-June; 15(3):87-93.

12. Magnusson T, Egermar I, Carlsson GEA. prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary. Acta Odontol Scandinavica. 2005; 63(1);109-99.

13. Cortese S G, Biondi A M. Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales com trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. Arch Argent Pediatr. 2009; 107(2): 134-138.

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

15. Tosato J P, Biasotto-Gonzalez D A. Symptomatology of the temporomandibular dysfunction related to parafunctional habits in children. Braz J Oral Sci. 2005; 4(14).

16. Rauch, Angelika & Schierz, Oliver & Körner, Antje & Kiess, Wieland & Hirsch, Christian. Prevalence of anamnestic symptoms and clinical signs of temporomandibular disorders in adolescents – Results of the epidemiologic LIFE Child Study. Journal of Oral Rehabilitation. 2019. 47. 10.1111/joor.12926.

17. Liljeström M R, Aromaa M, Bell YL, Jämsä T, Helenius H, Virtanen R, et al. Familial occurrence of signs of temporomandibular disorders in headache children and their mothers. Acta Odontol Scand. 2007 Jun;65(3):134-40.

18. Silveira Alexandra Magalhães, Feltrin Pedro Paulo, Zanetti Rachel Virgínia, Mautoni Mário Cláudio. Prevalence of patients harboring temporomandibular disorders in an otorhinolaryngology departament. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [serial on the Internet]. 2007 Aug [cited 2013 Sep 30] ; 73(4): 528-532. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992007000400012&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000400012

19. Emodi-Perlman A, Eli I, Friedman-Rubin P, Goldsmith C, Reiter S, Winocur E. Bruxism, oral parafunctions, anamnestic and clinical findings of temporomandibular disorders in children. J Oral Rehabil. 2012 Feb;39(2):126-35. doi: 10.1111/j.1365-2842.2011.02254.x. Epub 2011 Sep 15

20. Vierola A, Suominen AL, Ikavalko T, Lintu N, Lindi V, Lakka HM, et al. Clinical Signs of Temporomandibular Disorders and Various Pain Conditions Among Children 6 to 8 Years of Age: The Panic Study. J Orofac Pain. 2012 Winter;26(1):17-25.

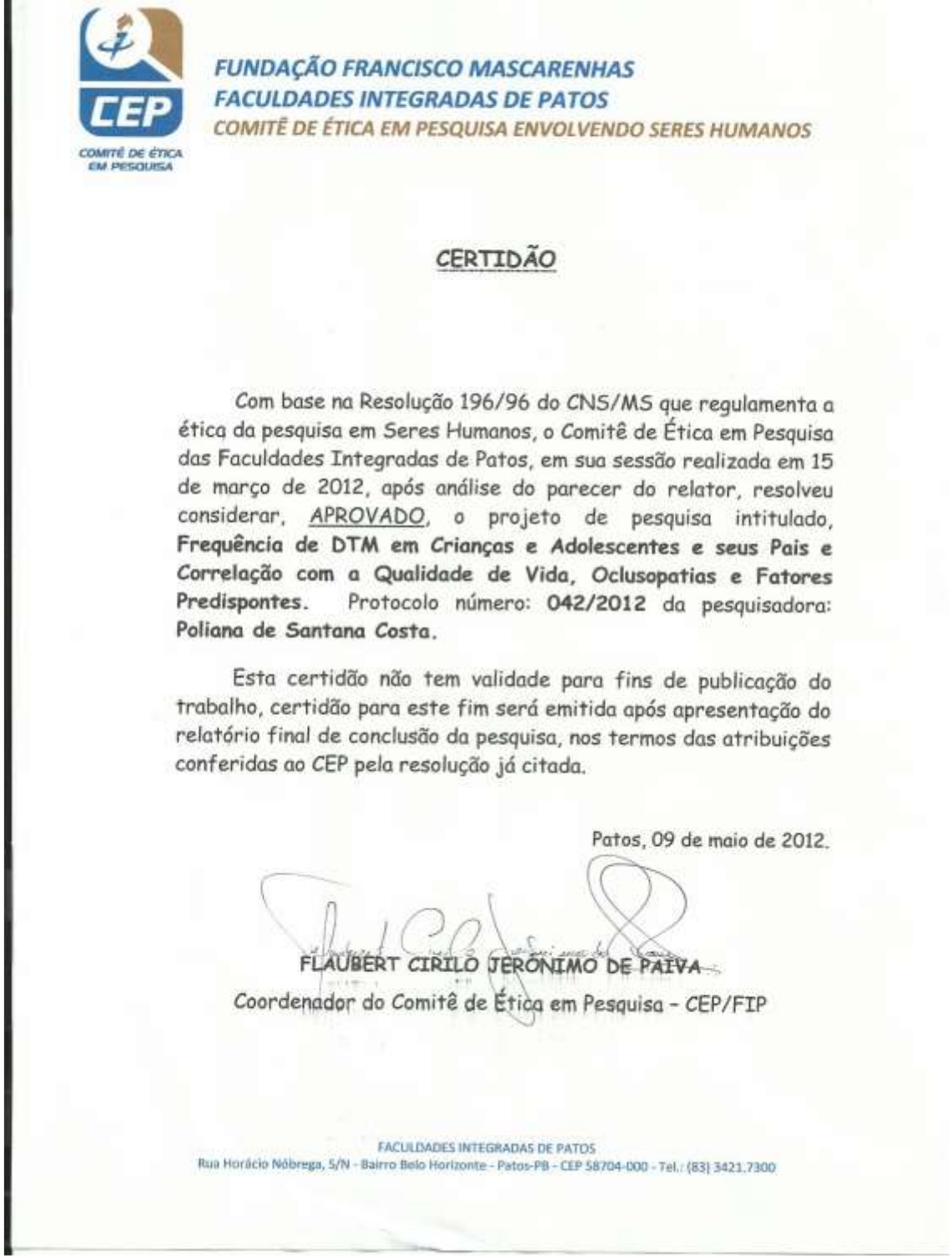
21. Dworkin S. F, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord: Facial & Oral Pain. 1992; 6(4):301–55.

22. de Melo Júnior PC, Aroucha JMCNL, Arnaud M, et al. Prevalence of TMD and level of chronic pain in a group of Brazilian adolescents. *PLoS One*. 2019;14(2):e0205874. Published 2019 Feb 8. doi:10.1371/journal.pone.0205874

23. Alouda R, Alshehri M, Alnaghmoosh S, Shafique M, Al-Khudhairy MW. Mother's Work Status on Children's Bruxism in a Subset of Saudi Population. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017;7(Suppl 3):S170–S178. doi:10.4103/jispcd.JISPCD_384_17

24. Goettems ML, Poletto-Neto V, Shqair AQ, Pinheiro RT, Demarco FF. Influence of maternal psychological traits on sleep bruxism in children. Int J Paediatr Dent. 2017; (27)469–75.

ANEXO



FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

CEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 15 de março de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Frequência de DTM em Crianças e Adolescentes e seus Pais e Correlação com a Qualidade de Vida, Oclusopatias e Fatores Predispontes.** Protocolo número: **042/2012** da pesquisadora: **Poliana de Santana Costa.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 09 de maio de 2012.

FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
Rua Horácio Nóbrega, S/N - Bairro Belo Horizonte - Patos-PB - CEP 58704-000 - Tel.: (83) 3421.7300