

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PRÓTESE DENTÁRIA
NÍVEL DOUTORADO

SUZANA UGGERI CORADINI

**INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NOS DISTÚRBIOS
TEMPOROMANDIBULARES EM ADOLESCENTES DO ENSINO PÚBLICO DE CAXIAS DO
SUL – RS**

Porto Alegre

2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PRÓTESE DENTÁRIA
NÍVEL DOUTORADO

SUZANA UGGERI CORADINI

INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NOS DISTÚRBIOS
TEMPOROMANDIBULARES EM ADOLESCENTES DO ENSINO PÚBLICO DE
CAXIAS DO SUL – RS

Porto Alegre

2019

SUZANA UGGERI CORADINI

INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NOS DISTÚRBIOS
TEMPOROMANDIBULARES EM ADOLESCENTES DO ENSINO PÚBLICO DE
CAXIAS DO SUL – RS.

Tese apresentada ao programa de pós-graduação em odontologia da faculdade de odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutor em Odontologia, na área de Prótese Dentária.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Lima Grossi

PORTO ALEGRE

2019

Ficha Catalográfica

C787i Coradini, Suzana Uggeri

Influencia dos Aspectos Psicossociais nos Distúrbios Temporomandibulares e Adolescentes do Ensino Público de Caxias do Sul – RS / Suzana Uggeri Coradini . – 2019.

66p.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Lima Grossi.

1. Distúrbios Temporomandibulares. 2. Depressão. 3. Distúrbios do Sono. I. Grossi, Marcio Lima. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Saete Maria Sartori CRB-10/1363

SUZANA UGGERI CORADINI

INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NOS DISTÚRBIOS
TEMPOROMANDIBULARES EM ADOLESCENTES DO ENSINO PÚBLICO DE
CAXIAS DO SUL – RS.

Tese apresentada ao programa de pós-graduação em odontologia da faculdade de odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutor em Odontologia, na área de Prótese Dentária.

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Ana Maria Spohr - PUCRS

Prof. Paulo Roberto Castro Mattia - UCS

Prof. João Lopes Bondan - UCS

Prof. Márcio Lima Grossi - PUCRS

Prof. João Batista Blessmann Weber - PUCRS

PORTO ALEGRE

2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a minha família, ao meu marido Cesar Gabriel Angeletti por dar todo suporte que sempre precisei na minha caminhada, por ser meu porto seguro durante todo o processo de formação em odontologia, desde os anos 2000...E junto dele agradecer a compreensão da minha filha Joana Coradini Angeletti, que aceitou minhas ausências e falta de tempo, compreendeu meu amor e dedicação pela minha profissão e tudo que ela representa para mim e para nossa família. Que este esforço seja motivo de inspiração para um futuro ainda mais brilhante para ti!

Para meus pais que mesmo distantes deram sempre todo apoio que precisei em toda minha formação, transmitindo em especial o gosto pelo estudo e pelos valores literários.

Para minhas secretárias, meus dois braços, meu HD AUXILIAR....., Luana Gomes e Luciana Gomes. Sem vocês este trabalho não teria sido concluído. Vocês acompanharam e estiveram do meu lado o tempo todo, muito obrigada.

Um agradecimento em especial para meu Orientador, descendente de Italianos como eu, que sempre esteve disposto para me ajudar. Propiciou um trabalho árduo mas muito prazeroso.

Aos professores Doutores Marcos Patussi e Sergio Kato pelo auxílio na estatística.

Para 4 CRE que forneceu os dados e permitiu a realização desta pesquisa nas escolas de Caxias do Sul.

As Escolas de Ensino Médio Estaduais de Caxias do Sul, por aceitarem participar desta pesquisa.

Aos diversos alunos do curso de odontologia da UCS que através de seus conhecidos entraram em contato com os professores e diretores de escolas.

A todos os colegas do pós-graduação em Odontologia, obrigada pela parceria e pelos conhecimentos compartilhados. A PUC RS e CAPES pela oportunidade da realização deste doutorado.

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a influência dos aspectos psicossociais nos distúrbios temporomandibulares em adolescentes do ensino médio estadual de Caxias do Sul, através de um estudo transversal de base populacional. **Métodos:** Foram utilizados os questionários: RDC/DTM, o Questionário de Avaliação do Sono (SAQ), um questionário para Bruxismo e um questionário baseado ABEP para avaliação de dor, depressão e somatização, sono, presença de bruxismo e obtenção de dados epidemiológicos. A amostra populacional foi de 587 pessoas regularmente matriculadas nas escolas de ensino médio estadual de Caxias do Sul. A análise dos dados foi realizada com o programa SPSS versão 23 com o teste Mann-Whitney utilizado para comparação entre grupos ($P < 0,05$). **Resultados:** A amostra constituiu-se predominantemente de mulheres (55,7%), com 17 anos de idade (37,8%) e maior número de solteiros (93,5%). A maioria de etnia caucasiana (63,4%) e o chefe da família com sua maior formação no colegial completo / superior incompleto (31,7%). A Classificação do Grau da Dor Crônica (GDC) demonstrou que a maioria se apresentava sem dor (74,3%) ou com baixa intensidade de dor (17,9%) sem limitação de atividades diárias pela dor (Grau 0 e I); entretanto 6,1% dos participantes apresentavam alta intensidade de dor mas sem limitação das atividades diárias (Grau II) e 1,7% apresentavam limitação severa e moderada de atividades diárias em virtude da dor (Graus III e IV). Um baixo escore global de Bruxismo 19,1%, um escore médio de problemas do Sono 29,5% e DTM 25,7%, e um alto escore de depressão e somatização foi encontrado 49,7%. Uma correlação positiva entre estas variáveis psicossociais (depressão e somatização), Sono e a Intensidade Característica da Dor (ICD) foi encontrada. **Conclusão:** A população de estudantes do ensino médio estadual de Caxias do Sul apresenta alta prevalência de depressão e problemas do Sono, uma prevalência de DTM e bruxismo menor quando comparada à população adulta, devendo estes fatores serem analisados nas futuras políticas de saúde pública.

Palavras Chave: Desordem Temporomandibular. Dor Orofacial. Depressão. Distúrbios do Sono. RDC/TMD.

ABSTRACT

The aim of the present study was to evaluate the influence of psychosocial aspects in temporomandibular disorders in adolescents from public education in Caxias do Sul, through a cross - sectional population - based study. **Methods:** The RDC / DTM questionnaire, the Sleep Evaluation Questionnaire, the questionnaire for bruxism and questionnaire based on ABEP were used to evaluate pain, depression and somatization, sleep, the presence of bruxism, and obtaining epidemiological data. The population sample consisted of 587 people who were regularly enrolled in secondary schools in Caxias do Sul. Data analysis was performed using SPSS version 23 with the Mann-Whitney test used for comparison between groups ($P < 0.05$). **Results:** The sample consisted of predominantly women (55.7%), 17 years old (37.8%) and higher number of singles (93.5%). The majority of ethnic Caucasian (63.4%) and the head of the family with their higher education in the complete high school / incomplete higher degree (31.7%). Chronic Pain Classification (GDC) showed that the majority presented no pain (74.3%) or low pain intensity (17.9%) without limitation of daily activities due to pain (Grade 0 and I); however, 6.1% of the participants had high pain intensity but no limitation of daily activities (Grade II) and 1.7% had severe and moderate limitation of daily activities due to pain (Grades III and IV). A low overall score of Bruxism 19.1%, a mean score of 29.5% of sleep problems and DTM 25,7%, and a high score of depression and somatization was found 49.7%. A positive correlation with these psychosocial variables (depression and somatization), Sleep and Pain Characteristic Intensity (DCI) was found. **Conclusion:** The public high school population of Caxias do Sul has a high prevalence of depression and sleep problems, a smaller prevalence of TMD and bruxism when compared to the adult population, and these factors should be analyzed in future public health policies.

Key words: temporomandibular disorders. Orafacial pain. Depression. Sleep disorders. RDC/TMD.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Tipos e frequência de DTM na população	27
Gráfico 2 - Prevalência de bruxismo	29
Gráfico 3 - Porcentagem de problemas SAQ	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das escolas e matrículas de ensino médio	233
Tabela 2 - Gênero, Etnicidade, Idade da amostra.....	26
Tabela 3 - Estado Civil da amostra, e Nível educacional do chefe da família	27
Tabela 4 - Prevalência de Dor Crônica	28
Tabela 5 - Depressão, somatização (sintomas físicos) incluindo e excluindo a dor..	28
Tabela 6 - Comparação entre grupos de dor e depressão.....	29
Tabela 7 - Relação do bruxismo e classificação de dor crônica.....	30
Tabela 8 - Teste comparativo entre grupos de dor e SAQ	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL.....	10
1.1	DTM, Dor Orofacial e Saúde Bucal	10
1.2	Alterações do Sono e Bruxismo.....	16
1.3	Fatores Psicossociais e Depressão	17
2	PROPOSIÇÃO	21
2.1	Objetivos Específicos.....	21
3	METODOLOGIA	22
3.1	Questões Éticas	22
3.2	Localização Geográfica e População do Estudo	232
3.3	Plano Amostral.....	23
3.3.1Seleção da Amostra	
	244
3.4	Coleta de Dados e Instrumentos de Pesquisa	
	254
3.5	Processamento e Análise dos Dados.....	
	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
4	RESULTADOS.....	26
5	DISCUSSÃO	32
6	CONCLUSAO	37
	REFERÊNCIAS.....	38
	ANEXO A – Escolas Caxias do Sul	44
	ANEXO B – Carta de anuência	46
	ANEXO C – Dados gerais e demográficos	47
	ANEXO D – RDC/TMD – Classificação diagnóstica adaptada	51
	ANEXO E – RDC eixo II: Pontuando a escala.....	53
	ANEXO F – Questionário de avaliação do sono (SAQ)	56
	ANEXO G – Sintomas de bruxismo do sono (noturno) e em vigília (noturno)...	57
	ANEXO H – Termo consubstanciado.....	58
	ANEXO I – Termo de consentimento livre e esclarecido	62
	ANEXO J – Termo de compromisso de emprego de dados	64
	ANEXO K – Termo de Assentimento	65

1 INTRODUÇÃO GERAL

Em função dos poucos levantamentos epidemiológicos realizados em adolescentes torna-se importante um estudo que vise avaliar a associação entre aspectos psicossociais e sua relação com distúrbios de dor orofacial e distúrbios temporomandibulares e suas correlações com saúde bucal. Os resultados ajudarão a incorporação de estratégias de autocuidados de saúde bucal e para a DTM dolorosa crônica na população de estudantes, visando melhorar a conscientização e incorporação de estratégias ativas, mais eficazes para esta doença tão pouco discutida pelos órgãos de saúde. Além disso, propicia utilizar os dados desta pesquisa para futuras associações com fatores preditores da doença tais como bruxismo, distúrbios do sono, depressão e fatores psicossociais. Acredita-se ainda que o sono possa estar associado à disfunção têmporomandibular e dor orofacial, e também ter um impacto na performance dos alunos (GROSSI, 1998).

1.1 DTM, Dor Orofacial e Saúde Bucal

A dor orofacial é definida pela Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) como sendo uma condição dolorosa associada a tecidos duros e moles da cabeça, face, pescoço e todas as estruturas intraorais (AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN, 2015). Por definição, dor orofacial (DOF) é toda a dor associada a tecidos moles e mineralizados (pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos) da cavidade oral e da face. Usualmente, essa dor pode ser referida na região da cabeça e/ou pescoço ou mesmo estar associada a cervicalgias, cefaleias primárias e doenças reumáticas como fibromialgia e artrite reumatoide (LEEUEW, 2010).

As alterações funcionais do aparelho oral originadas no músculo, articulação temporomandibular (ATM) ou em estruturas correlatas, são chamadas de disfunções temporomandibulares (DTMs). As DTMs se caracterizam por uma série de sinais e sintomas complexos, que envolvem a ATM e/ou músculos da mastigação (OKESON, 1996). Ela é considerada uma doença multifatorial e as desordens psicossociais, em especial a depressão, desempenham um papel fundamental no surgimento e perpetuação dos sintomas desta doença (SELAIMEN et al., 2006).

O modelo biopsicossocial define a doença como resultado de uma complexa interação entre variáveis biológicas, psicológicas e sociais. As DTMs são causa de grande sofrimento para os pacientes e podem resultar de patologias que colocam em risco a vida do indivíduo (DWORKIN; MASSOTH, 1994). Os sintomas mais comuns desta disfunção são: dor na ATM, nos músculos da mastigação, ruídos na ATM, limitações nos movimentos mandibulares (BONJARDIM; GAVIÃO; PEREIRA; CASTELO; GARCIA, 2005; GREENE; KLASSER; EPSTEIN; 2010), cefaleia, dor na região cervical e sintomas otológicos que podem variar quanto à gravidade/severidade (FELÍCIO; MELCHIOR; FERREIRA; SILVA, 2008; PASCOAL; RAPOPORT; CHAGAS; COSTA; MAAGNA, 2001; TUZ; ONDER; KISNISKI, 2003).

A Academia Americana de Dor Orofacial estabeleceu, na 4^o edição de seu manual, novas diretrizes para o diagnóstico e classificação das diferentes formas de Distúrbios Temporomandibulares (DTM), que são divididas em dois grandes grupos (DTM muscular e DTM articular) com suas respectivas subdivisões.

No Brasil estudos epidemiológicos estimam que 40% a 75% da população apresentem ao menos um sinal de DTM, como ruídos na ATM e 33%, pelo menos um sintoma, como dor na face ou na ATM (CARRARA, CONTI, BARBOSA, 2010). Fatores frequentemente associados a dor de origem dental são fatores sociodemográficos, condição socioeconômica, fatores psicológicos, fatores étnicos e culturais (PERES; ANTUNES, 2013). Soma-se a isto, o fato de que fatores psicossociais, como problemas de depressão e sono, podem exercer um papel primordial no desenvolvimento da DTM e Dor Orofacial, bem como no resultado do tratamento, ou pelo menos serem fatores importantes no prognóstico do tratamento na população com DTM (GROSSI, 1998; SELAIMEN et al., 2006). Uma abordagem clínica correta pode identificar e tratar manifestações das disfunções, melhorando a qualidade de vida dos pacientes acometidos (SPEZZIA et al., 2014).

Rokaya et al. (2018) fez um estudo epidemiológico com o objetivo de avaliar a prevalência de DTM em indivíduos nepaleses pela primeira vez. Um total de 500 estudantes de medicina e odontologia (127 homens e 373 mulheres) participaram do estudo de maio de 2016 a setembro de 2016. O questionário Fonseca foi utilizado como ferramenta para avaliar a prevalência de DTM e o Índice Anamnético de Fonseca (FAI) para classificar a gravidade da DTM. A maioria dos participantes com DTM tinha história de traumatismo craniano, estresse

psicológico e tratamento odontológico ou problemas dentários. A prevalência de DTM em indivíduos nepaleses foi leve a moderada.

As dores orofaciais em adolescentes não têm sido muito discutida na literatura, quando comparada com outros grupos etários. No Brasil, poucos são os estudos que verificaram a prevalência de sinais e sintomas de DTM em amostras populacionais. Alguns estudos evidenciam a maior prevalência de dor orofacial no sexo feminino e várias hipóteses tem sido sugerida para explicar isso, tais como fatores biológicos, psicológicos, sociais e hormonais (MACFARLANE, 2002).

A prevalência e a associação entre ansiedade, dor orofacial, hábitos parafuncionais e DTM de crianças e adolescentes foram avaliados em um estudo Japonês. Foi verificado que os sintomas de DTM foram associados com outras condições de dor orofacial, em especial dores no pescoço, apesar de fracamente associado com ansiedade. O bruxismo diurno foi fortemente associado sintomas de DTM (KARIBE et al., 2015).

Em um estudo realizado no Brasil (LAURITI et al. 2013a), houve a avaliação entre as características oclusais, presença de dores de cabeça, hábitos parafuncionais, presença de sons da articulação, e sinais e sintomas de DTM em adolescentes de 14 a 18 anos. Para isso foi utilizado exame clínico e o questionário de Helkimo. Neste estudo, a prevalência de DTM foi no sexo feminino 74,1%, e não houve associação entre os sinais e sintomas DTM com classificação de Angle, ou características da oclusão. Porém, dores de cabeça são mais associadas a sintomas de DTM, e sons na articulação foram encontrados na maioria dos casos. Estes resultados são similares a do estudo de Branco et al. (2013) que também verificou associação positiva entre dores de cabeça e DTM, porém neste estudo além de adolescentes também foram avaliadas crianças de 6 a 14 anos.

Motta et al. (2013) avaliou a associação entre hábitos parafuncionais e sinais e sintomas de DTM em 244 adolescentes. Neste estudo as dores de cabeça também foram mais associadas com DTM, porém não houve relação com o sexo. Quanto aos hábitos parafuncionais 25% dos adolescentes não possuíam, 16,4% apresentavam apenas 1 hábito, 20,1% relataram dois hábitos presentes e 38,5% apresentavam 3 ou mais hábitos parafuncionais, dentre eles os mais prevalentes foram roer unhas, apertamento ou ranger dentes (bruxismo), morder lábios ou objetos. Com isso foi possível verificar que existe relação estatisticamente significativa entre sinais e sintomas de DTM e hábitos parafuncionais em adolescentes.

Oliveira, Almeida, Lelis, Tavares e Fernandes Neto em 2015 avaliaram a associação entre disfunção temporomandibular (DTM) e ansiedade, qualidade do sono e qualidade de vida em profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia - HCU-UFU. Quatro questionários foram aplicados aos profissionais de enfermagem. Os questionários foram preenchidos por 160 desses profissionais. Utilizou-se o questionário de Fonseca para avaliar a presença e a severidade da DTM, o IDATE (inventário de ansiedade traço-estado) para avaliar a ansiedade, o SAQ para avaliar a qualidade do sono e o SF-36 (short form health survey 36) para avaliar a qualidade de vida. Quarenta e um enfermeiros (25,6%) referiram ausência de DTM (escore do questionário de Fonseca ≤ 15), 66 (41,3%) tinham DTM leve (pontuação do questionário de Fonseca 20-40), 39 (24,4%) tinham DTM moderada (Fonseca s escore do questionário 45-65), e 14 (8,8%) tinham DTM grave (escore do questionário de Fonseca ≥ 70). Segundo o questionário de Fonseca, a presença de DTM estava associada à ansiedade-traço, mas a gravidade da DTM estava associada à classificação de ansiedade de estado (leve, moderada, grave). O escore do SAQ diferiu significativamente da classificação de Fonseca. Assim DTM é comum entre os profissionais de enfermagem; sua presença foi associada à ansiedade-traço e sua gravidade esteve associada à ansiedade do estado bem como a presença de DTM pode reduzir a qualidade do sono e a qualidade de vida.

Conti, Ferreira, Pegoraro, Conti e Salvador (1996) avaliaram 310 estudantes brasileiros (52% feminino e 48% masculino com idade média de 19 anos) para determinar prevalência de sinais e sintomas de DTM. A amostra foi dividida em dois grupos. O papel dos fatores oclusais e emocionais também foi abordado. A presença e a gravidade da DTM foram determinadas por meio de um questionário anamnóstico auto-relatado composto por 10 questões referentes aos sintomas comuns da DTM. Os sintomas foram transpostos para uma classificação de gravidade de acordo com o número e a frequência de respostas positivas. A avaliação oclusal incluiu uma análise da posição de contato retruída, posição intercuspídar, orientação ântero-lateral e contatos laterais não operantes durante os movimentos mandibulares. A palpação dos músculos e das articulações temporomandibulares foi realizada para detectar sinais clínicos de DTM. Um total de 0,65% dos indivíduos apresentou sintomas graves de DTM, 81% apresentaram sintomas moderados e 34,84% apresentaram sintomas leves. Aqueles com níveis severos e moderados de sintomas foram interpretados

como necessitados de tratamento. Os sintomas foram encontrados significativamente mais frequentemente em mulheres do que em homens ($P < 0,01$). A tensão emocional autorreferida e os hábitos parafuncionais demonstraram fortes associações com a DTM ($p < 0,01$). A oclusão não parece influenciar a presença ou gravidade da DTM.

O estudo realizado por Walber em 2008 com objetivo de determinar, a validade dos Critérios de Diagnóstico de Pesquisa das Desordens Temporomandibulares RDC/TMD como fator de diagnóstico em pacientes com desordens temporomandibulares, avaliou sessenta e nove pacientes com DTM e 70 pessoas do grupo-controle, todas do gênero feminino que foram submetidas aos Critérios de Diagnóstico de Pesquisa das Desordens Temporomandibulares (RDC/TMD) e comparados em um estudo caso-controle. Os resultados comparativos entre pacientes com DTM e controle mostraram que 57,1% das pacientes do grupo-teste foram diagnosticadas com disfunção miofascial. O deslocamento de disco com redução ocorreu em 24,3% das articulações do lado esquerdo e em 18,6% das articulações no lado direito. O diagnóstico de artralgia foi estabelecido em 61,4% nas articulações do lado esquerdo e em 62,9% nas articulações do direito. O grau de dor crônica foi de média intensidade para 60,9%, a incapacidade por dor crônica foi em média de 66,9 para o grupo teste e de 0,01 para o grupo-controle. A incapacidade foi moderada para 20% do grupo-teste. Os resultados apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos teste e controle. Ao comparar as pacientes respondentes e não respondentes ao tratamento da DTM não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes para qualquer um dos itens estudados. Portanto, eles concluíram que a validade de diagnóstico foi positiva, mas a validade prognóstica foi negativa.

Rehm em 2016 avaliou a prevalência de diferentes tipos de distúrbios do sono em uma população brasileira e analisou a correlação de depressão, somatização e distúrbios do sono com disfunção temporomandibular (DTM). Em 1643 indivíduos usuários do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá, com idade entre 20 e 65 anos. As prevalências de distúrbios do sono (insônia, sono não-reparador, desordem de rotina do sono, sonolência diurna, apneia e inquietação) foram avaliadas a partir do Questionário de Avaliação do Sono (SAQ®). Para o estudo caso-controle, foram analisados os dados obtidos através do RDC/DTM, Eixos I e II, e SAQ®. Os critérios de inclusão para o grupo caso foram graus de dor crônica (GDC) 3 e 4, e GDC zero para o grupo controle. De acordo com o escore global do SAQ®, 56,8% da

população tinham algum tipo de distúrbio do sono. A prevalência variou de 19,9 a 34,1%, dependendo do tipo de distúrbio do sono. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo caso e o grupo controle, com relação à depressão, somatização e distúrbios do sono ($p < 0.001$). A prevalência de distúrbios do sono, independente do tipo, demonstrada no estudo destaca a necessidade de se avaliar a qualidade do sono como rotina de consultório, especialmente devido aos possíveis danos ao indivíduo. Além disso, quanto mais elevado for o nível de depressão, somatização e distúrbio do sono, maior o risco de desenvolver DTM com um alto GDC.

Yap et al. (2002) empregaram o RDC/TMD eixos I e II para determinar a prevalência dos diferentes tipos de DTM, angústia psicológica e disfunções psicossociais em pacientes chineses com DTM; comparar os dados entre pacientes asiáticos, suecos e americanos; avaliar as diferenças nos diagnósticos físicos, na depressão, na somatização e na disfunção psicossocial; e explorar a utilidade do RDC/TMD na relevância da pesquisa e dos dados clínicos, no cruzamento entre estudos culturais internacionais. Eles selecionaram uma amostra de 191 pessoas de Cingapura (83% de chineses e os restantes malaios e indianos) com DTM, constituída por 53 homens e 138 mulheres. O grupo de comparação foi constituído por 82 pessoas suecas e 261 americanas todas com DTM. Inicialmente os pacientes utilizaram o NUS (software) TMD para responder o questionário histórico do RDC/TMD. O exame clínico foi realizado por três examinadores clínicos calibrados. Os diagnósticos gerados foram arquivados no formato SPSS versão 1.0 para Windows e a análise estatística foi realizada ($P < 0,05$) para avaliar as diferenças. A média de idade das mulheres asiáticas foi de 34,8 anos (18 a 65 anos), enquanto que dos homens foi de 30,6 anos (18 a 50 anos). A relação mulher/homem foi de 3,1:1 comparada com a sueca que foi de 3,6:1 e com a americana que foi de 5:1. Os diagnósticos observados no grupo de asiáticos, em relação ao eixo I, mostraram que em 31,4% dos pacientes apresentavam desordens musculares (grupo I), sendo que 13% exibiram dor miofascial e 18% exibiram dor miofascial com limitação de abertura bucal. A percentagem de desordens do grupo I nos suecos e americanos foi de aproximadamente 76% em ambos os grupos. Dentre os tipos de DTM as desordens musculares foram as mais frequentes entre as três populações. As desordens do grupo II (deslocamento de disco) foram identificadas em 15,1% nas articulações do lado esquerdo e em 15,7% nas articulações do lado direito, na população asiática. A forma mais comum de disfunção

do grupo II foi a de deslocamento do disco com redução. As desordens do grupo III (artralgia, artrite e artrose) foram encontradas em 12,6% dos pacientes nas articulações do lado esquerdo e em 13% nas articulações do lado direito, na população asiática, altos índices de artralgia também foram observados nas populações suecas e americanas, já a prevalência de artrite e artrose foi baixa nas três populações. O exame do eixo II (condição psicológica) mostrou que 39,8% dos pacientes apresentaram depressão moderada a severa e que 47,6% mostraram escores de sintomas físicos não específicos. Os dados das populações suecas e americanas foram semelhantes. A disfunção psicossocial foi observada em apenas 4,2% dos pacientes, já na sueca e na americana foi muito maior. Os autores consideraram os achados do eixo I e II similares aos dos suecos e dos americanos. Observaram que as desordens musculares foram o tipo de DTM mais prevalente, que as mulheres mais novas representam a maioria das pacientes e que uma porção substancial dos pacientes com DTM apresentaram depressão e experimentaram somatização severa.

Existe uma diferença entre a prevalência de sinais e sintomas de DTM na população e a necessidade de tratamento desses indivíduos. Em uma revisão sistemática com metanálise publicada recentemente, a prevalência de necessidade de tratamento para DTM na população adulta foi estimada em 15,6%, sendo que as estimativas para a população jovem, de 19 a 45 anos, foi maior do que para a de adultos mais velhos (acima de 46 anos) (AL-JUNDI et al.; 2008). Segundo Progiante (2012), uma importante parcela da população brasileira apresenta necessidade de tratamento de DTM e DOF (17,8%) e o tratamento requer uma visão multifatorial e isto deverá ser incluído em futuras políticas de saúde pública.

1.2 Alterações do Sono e Bruxismo

Segundo a Classificação internacional dos distúrbios do sono (ICSD), em 2005 o bruxismo do sono foi categorizado como uma disfunção de movimento sono-relacionado e definido como uma atividade parafuncional oral caracterizada por ranger ou apertamento dentário ou mandibular, usualmente associado com despertares no sono (SLEPP in American Academy of Sleep Medicine, 2005). Atualmente ele tem sido dividido em duas categorias, bruxismo noturno e diurno, segundo o momento em que ele ocorre (SLEPP in American Academy of Sleep Medicine, 2014).

Recentemente uma atualização da definição foi publicada, na terceira edição do ICSD (2015). Neste sentido o bruxismo continua com seu conceito porém adicionado o fato da atividade mandibular de apertamento ser repetitiva e caracterizada por ranger ou apertar os dentes e/ou por fortes deslocamentos mandibulares (KLASSER; REI; LAVIGNE, 2015).

Segundo, Lavigne et al. (2003), ranger ou apertar os dentes é uma parafunção que tem uma prevalência de 20% da população adulta mundial, na forma de bruxismo em vigília e de 8% na forma de bruxismo noturno. Este fato desafia os odontólogos, pois pode significar a fratura de restaurações, levando ao fracasso de reabilitações protéticas, pode contribuir para exacerbações de desordens temporomandibulares e interferir no sono do cônjuge devido aos sons causados pelo rangido dos dentes.

No estudo populacional de Rehm (2016) foi demonstrada a correlação entre diferentes níveis de exposição aos problemas do sono e DTM, pela primeira vez na literatura. Constatou-se que fatores biopsicossociais (depressão, somatização e distúrbios do sono) são fatores de risco para o desenvolvimento de DTM. E mais importante, mostrou-se que, quanto maiores os níveis de depressão, somatização e distúrbio do sono, maior o risco de desenvolver DTM com um alto GDC (grau de dor crônica).

No estudo de Motta et al. (2013) com 244 adolescentes foi possível correlacionar os sinais e sintomas de DTM e hábitos parafuncionais, incluindo bruxismo, para esta faixa etária. Os pacientes apresentaram a tríade clássica de sinais/sintomas de DTM, apresentando primeiro dor na articulação e ou músculo, seguida de sons na articulação e depois dificuldades de abertura de boca. Também 40,6% dos participantes relataram dores de cabeça, seguidas de barulhos na articulação (24,6%) e 13,5% dos participantes relataram dificuldades de falar, mastigar ou usar a mandíbula.

1.3 Fatores Psicossociais e Depressão

Para Romano e Turner (1985), em sua revisão da bibliografia, aproximadamente 50% dos pacientes com dor crônica e depressão desenvolveram as duas desordens simultaneamente e em torno de 40% tornaram-se deprimidos algum tempo depois do começo da dor, sugerindo que existam pelo menos dois diferentes grupos desta população. É desconhecida a exata maneira como dor e

depressão se relacionam entre si e ainda não foi estabelecida uma relação de causalidade quando da sua coexistência. Em um grupo de pacientes a dor talvez ocorra como sintoma da depressão, possivelmente mediada por vários mecanismos psicológicos e/ou biológicos incluindo ansiedade, tensão, preocupações somáticas e mudanças bioquímicas.

Karibe et al. em 2015 avaliou a relação entre sintomas de DTM e outras condições de dor orofacial, atividades diárias e ansiedade-traço em um estudo transversal de base populacional de crianças e adolescentes japoneses. Um total de 1.415 indivíduos (11-15 anos) autorreferiram seus sintomas de DTM, dor de cabeça, dor no pescoço e dor de dente, e completaram escalas de questionário que avaliaram 15 atividades diárias. A ansiedade-traço foi avaliada utilizando-se a escala Inventário de Ansiedade Traço de Estado para Crianças-Traço (STAIC-T). Os indivíduos foram dicotomizados em um grupo de DTM ou grupo controle, com base em se relataram pelo menos um sintoma de DTM: o grupo DTM (≥ 1 sintoma de DTM, $n = 182$) e o grupo de controle (sem sintomas de DTM, $n = 1.233$). Os dados foram analisados pelo teste do qui-quadrado e análise de regressão logística multivariada. As taxas de prevalência de cefaleia e dor cervical foram significativamente maiores no grupo DTM do que no grupo controle (44,0% vs. 24,7% e 54,4% vs. 30,0%, respectivamente; ambos $p < 0,001$). As odds ratio para sintomas de DTM em indivíduos com dor cervical e aperto diurno frequente foram 2,08 ($p < 0,001$) e 3,69 ($p = 0,011$), respectivamente. Além disso, altos escores de STAIC-T foram fracamente associados aos sintomas de DTM. Nesta população japonesa jovem, os sintomas de DTM foram associados a outras condições de dor orofacial, particularmente dor no pescoço, embora estivessem apenas fracamente associadas à ansiedade-traço. Aperto diurno foi fortemente associado com sintomas de DTM. Os profissionais de saúde devem considerar cuidadosamente esses fatores ao desenvolver estratégias de manejo adequadas para DTM em crianças e adolescentes.

Num recente estudo transversal com 1775 pessoas adultas avaliadas, 63,8% da amostra apresentou-se sem dor ou com baixa intensidade de dor, 18,4% sem limitação de atividades diárias pela dor. Contudo 12,7% dos participantes apresentavam alta intensidade de dor sem limitação das atividades diárias. A necessidade de afastamento das atividades foi por períodos muito pequenos em 13,8% da amostra. Um baixo escore global de sono depressão e somatização, e uma

baixa correlação positiva entre estas variáveis psicossociais e a intensidade característica da dor foi encontrada (PROGIANTE, 2012).

LeResche et al. (2007) acompanharam, por pelo menos 3 meses, 1.310 meninas e meninos com 11 anos de idade em um estudo longitudinal. De três em três meses, durante 3 anos, os questionários sobre dor na face, autoestima e depressão/somatização foram respondidos. O estado nutricional, nível de atividade física e satisfação com a vida também foram investigados. Os indivíduos que relatavam dor na face eram avaliados por pesquisadores treinados que aplicavam o Critério de Diagnóstico para Pesquisa das Disfunções Temporomandibulares (RDC/TMD) para diagnóstico da DTM. Após os 3 anos haviam 3 grupos: sem relato de dor na face, com relato de dor na face e confirmado pelo RDC/TMD e com relato de dor na face mas sem confirmação do RDC/TMD. No modelo de regressão final, o gênero feminino contribuiu como preditor de DTM e dor facial sem o diagnóstico de DTM assim como o menor nível educacional dos pais também foi estatisticamente significativo com o menor risco de desenvolver essas duas condições. Uma suposição para este achado é que a dor facial pode ser menos relevante em famílias com menor escolaridade. O diagnóstico positivo de DTM esteve associado ainda com altos graus de somatização, baixa satisfação com a vida e maior número de áreas dolorosas no corpo.

Um estudo recente de Lucena, Rodrigues, Rocha, Teixeira, Pozza e Guimarães (2012) com 153 estudantes de um curso pré-universitário (82 mulheres e 71 homens entre 16 e 31 anos) realizou uma avaliação sobre os sintomas da DTM e uma pesquisa sobre a escala de ansiedade e depressão no início e o final do curso preparatório (agosto de 2009-T1 e novembro de 2009-T2). Os resultados foram analisados por meio do teste qui-quadrado e Odds Ratio (OR), nível de significância de $\alpha = 0,05$. Significância estatística foi encontrada para as taxas de depressão em estudantes com DTM (16% em T1 e 26% em T2, $p = 0,001$) bem como na amostra geral (12% no T1 e 22% no T2, $p = 0,009$), os sintomas de ansiedade e DTM taxas em ambos os períodos. Maior risco de ter DTM foi encontrado em participantes com ansiedade (OR 2,6 em T2 e 5,6 em T1) e depressão (2,0 em T2 e 3,3 em T1), mas apenas a ansiedade atinge significância estatística em ambos os períodos. Os sintomas da DTM foram uma variável flutuante de troca entre alguns indivíduos deste estudo. Independentemente da DTM, as taxas de depressão aumentaram significativamente

no período avaliado. Finalmente, a ansiedade foi o sintoma psicológico relacionado ao aumento do risco de ter DTM.

De acordo com Ryan e Warner (2012), a ansiedade é um dos distúrbios psicológicos mais comuns que crianças e adolescentes enfrentam. Ele sugeriu que até 25% dos jovens experimentam ansiedade em algum momento durante seus anos de formação. Ao mesmo tempo, estudos recentes têm demonstrado que estes fatores emocionais podem estar intimamente relacionados ao surgimento e à progressão da DTM.

Um estudo com 304 estudantes do ensino fundamental (quarta à oitava série) no Brasil, mostrou que existe uma correlação positiva entre disfunção temporomandibular e ansiedade. O estudo concluiu que grande parte das crianças possui sinais de DTM e apresenta-se bastante ansiosa (MARCHIORI et al., 2007). Existe uma ausência de estudos mais aprofundados relacionados a DTM nesta amostra específica, comprovadamente submetida a elevada carga emocional, incluindo ansiedade, angústia, inquietação e estresse. (PERUZZO; CATTANI; GUIMARÃES; BOECHAT; ARGIMON; SCARPARO, 2008)

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo geral do estudo foi investigar as Disfunções Temporomandibulares e Dor Orofacial e seus fatores associados em estudantes do ensino médio estadual na Cidade de Caxias do Sul – RS.

2.1 Objetivos Específicos

- a) estimar a prevalência de DTM e de Dor Orofacial em adolescentes;
- b) conhecer os fatores associados a DTM e Dor Orofacial;
- c) comparar presença ou ausência de DTM e Dor Orofacial com aspectos psicossociais (depressão, sono);
- d) descrever aspectos demográficos, comportamentais, de saúde bucal e psicossociais dos adolescentes.

3 METODOLOGIA

Para observar o padrão de ocorrência das doenças em relação a variáveis ligadas aos estudantes de ensino médio de escolas estaduais de Caxias do Sul, foi realizado um estudo transversal de base escolar (PERES; ANTUNES, 2013).

3.1 Questões Éticas

O trabalho foi realizado após a aprovação do projeto pela banca de qualificação do doutorado, e posteriormente foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano PUC/RS e a Comissão de Ética da Secretaria de Saúde de Caxias do Sul e pela 4ª Coordenadoria de Educação do Estado (carta de anuência Anexo B). O mesmo foi encaminhado para registro na Plataforma Brasil com o parecer consubstanciado (Anexo H).

Os questionários somente foram aplicados após a assinatura do termo de assentimento dos responsáveis (Anexo K) e o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I), e receberem o termo de Sigilo e compromisso de emprego dos dados (Anexo J), no qual prevê o sigilo, confidencialidade dos dados e proteção do anonimato evitando o uso abusivo do poder destes dados. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Casos diagnosticados ou necessidades odontológicas foram encaminhadas para setores de referência como a UCS (projeto de DTM, ou clínica odontológica) e para faculdade da serra gaúcha, em Caxias do Sul (FSG_RS) no setor de odontologia e disciplina de Oclusão II.

3.2 Localização Geográfica e População do Estudo

Caxias do Sul é uma cidade localizada no nordeste do Rio Grande do Sul (RS) e composta de 1644,296 km² com densidade demográfica de 264,89 habitantes por quilometro quadrado. Segundo dados do IBGE a população em 2010 é de aproximadamente 435.564 habitantes, e população estimada em 474 873 para 2015. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

A população de estudo são os escolares de escolas públicas do ensino médio de Caxias do Sul. Segundo o Ministério da Educação e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - IDEB - Censo Educacional 2012 haviam 16.360 pessoas matriculadas no ensino médio distribuídas conforme o quadro abaixo:

Tabela 1 - Distribuição das escolas e matrículas de ensino médio

Escolas Ensino Médio	Número de Matrículas	Número de Escolas
Estadual	12733	28
Federal	173	1
Municipal	0	0
Privada	2527	14

Fonte: Brasil (2012)

3.3 Plano Amostral

A lista de participantes para realização da pesquisa está em acordo com os números do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). O anexo A mostra a distribuição dos alunos nas escolas estaduais de Caxias do Sul, e a amostra selecionada para o estudo segundo a 4º CRE, 2015).

O tamanho da amostra necessária para estimar a prevalência de 5% de DTM e dor Orofacial em adolescentes com idade aproximada de 15 a 19 anos de escolares em Caxias do Sul, utilizou um erro aceitável de 2 pontos percentuais e um intervalo de confiança de 95% no programa EPI INFO 3.51. Para testes de associações com depressão considerando o intervalo de confiança de 95% e poder de 80% na razão de expostos e não expostos de 9:1 e odds ratio 2,71 chegamos a 1190 alunos. Para controlar as perdas foi aumentado 20% a amostra totalizando 1430 alunos.

3.3.1 Seleção da Amostra

Foram selecionados adolescentes escolares com idade aproximada de 15 a 19 anos que estivessem matriculados e frequentando escolas estaduais de ensino médio de Caxias do Sul, com os 4 primeiros molares erupcionados (LAURITI et al., 2013b).

Para fins logísticos, escolas com menos de 20 alunos necessários para amostra foram excluídas do estudo. A escolha de turmas participantes em cada escola ocorreu através de seleção aleatória simples (sorteio das turmas entre 1º, 2º, e 3º anos, e entrega do assentimento livre e esclarecido para que os responsáveis dos alunos desta turma assinassem de um dia para o outro). A amostra total foi proporcional ao tamanho da escola, sendo que escolas maiores participaram com um número maior de alunos.

Os critérios de exclusão foram:

- a) presença de doença sistêmica ou desordem psicológica que possa interferir na aplicação dos instrumentos;
- b) anomalias dento-faciais;
- c) alunos que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e/ou não trouxeram os termos de Assentimento (TALE) assinado pelos responsáveis, ou não aceitaram participar.

3.4 Coleta de Dados e Instrumentos de Pesquisa

Pedidos de autorização foram entregues em duas vias em todas as instituições que aceitaram participar da pesquisa juntamente com a cópia do projeto de pesquisa e a autorização da 4 CRE (Carta de Anuência) (Anexo B). A aplicação dos questionários ocorreu no horário normal de aulas, que variava entre 30 a 40 minutos, em todos os turnos (manhã, tarde e noite), dependendo da disponibilidade de cada escola. A pesquisadora e sua auxiliar conversavam com a vice-diretora do turno escolar que organizava com um professor o horário para aplicação do questionário, os alunos recebiam o termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Anexo K) e o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I) para então num segundo momento apenas os alunos que possuísem os dois termos assinados realizassem o preenchimento do questionário.

A maioria das instituições foi visitada em média 5 vezes, tanto pela limitação de tempo para aplicação dos questionários, quanto pela inclusão de menores de idade no estudo, cuja participação foi condicionada à assinatura do TALE pelos responsáveis legais.

Foi utilizado um questionário estruturado, padronizado e pré-testado com questões objetivas e dissertativas de forma on-line aplicado por 2 profissionais (1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar) (FRANCO-MICHELONI, 2014). O questionário foi aplicado de duas maneiras: ou o aluno utilizou o celular próprio com a disponibilização de sinal da internet pela pesquisadora, ou quando a escola possuía um laboratório de informática em funcionamento, os alunos eram levados para a sala com o objetivo de responder o questionário em computadores apropriados.

Para verificar os dados gerais com critérios de inclusão e exclusão, dados demográficos, hábitos dos adolescentes, e perfil sócio econômico foi utilizado o questionário baseado ABEP. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EMPRESAS DE PESQUISA, 2015) (Anexo C).

Para as variáveis DTM e Dor Orofacial utilizou-se o questionário RDC/TMD - Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares Eixo I (simplificado) (DWORKIN; LERESCHE, 1992) (Anexo D).

A fim de verificar os fatores psicossociais Depressão, Somatização e para avaliação de dor crônica (Graduação de Dor Crônica, Pontos de Incapacidade, Intensidade de Dor Característica) foi utilizado algumas questões do questionário RDC/TMD - Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares Eixo II, adaptado pela Clínica de Oclusão da PUCRS (DWORKIN; LERESCHE, 1992) (Anexo E). As alterações do Sono foram avaliadas pelo Questionário de Avaliação do Sono (SAQ) (SELAIMEN et al., 2006) (Anexo F).

O Bruxismo foi verificado utilizando o Questionário da Clínica de Oclusão da PUCRS para o diagnóstico do bruxismo baseado na literatura (PINTADO et al., 1997; WINOCUR et al., 2011; ROMPRÈ et al., 2007) (Anexo G).

3.5 Processamento e Análise dos Dados

Após a aplicação do questionário as planilhas foram obtidas através do pacote Microsoft Excel 2010. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística envolvendo a descrição de médias e comparações utilizando o programa SPSS versão 23 a um nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

Com a metodologia empregada neste trabalho, foram obtidos os seguintes resultados: a amostra foi formada pelo sexo feminino em 55,7% e 93,5% solteira. A maior frequência etária encontrada foi 37,8% com 17 anos e tendo o chefe da família em 31,7% dos entrevistados com sua maior formação no Colegial completo ou Superior incompleto. Conforme mostra a tabela 02 e 03 abaixo:

Tabela 2 - Gênero, Etnicidade, Idade da amostra

GÊNERO	Frequencia	Porcentagem	Percentual acumulado
Maculino	260	44,3	44,3
Feminino	327	55,7	100,0
Total	587	100,0	
ETNICIDADE	Frequencia	Porcentagem	Percentual acumulado
Branca	372	63,4	63,4
Preta	40	6,8	70,2
Parda	156	26,6	96,8
Amarela	12	2,0	98,8
Indígena	7	1,2	100,0
Total	587	100,0	
IDADE	Frequencia	Porcentagem	Percentual acumulado
13	1	,2	,2
14	3	,5	,7
15	59	10,1	10,7
16	186	31,7	42,4
17	222	37,8	80,2
18	80	13,6	93,9
19	28	4,8	98,6
20	3	,5	99,1
22	1	,2	99,3
24	2	,3	99,7
26	2	,3	100,0
Total	587	100,0	

Fonte: A autora (2019)

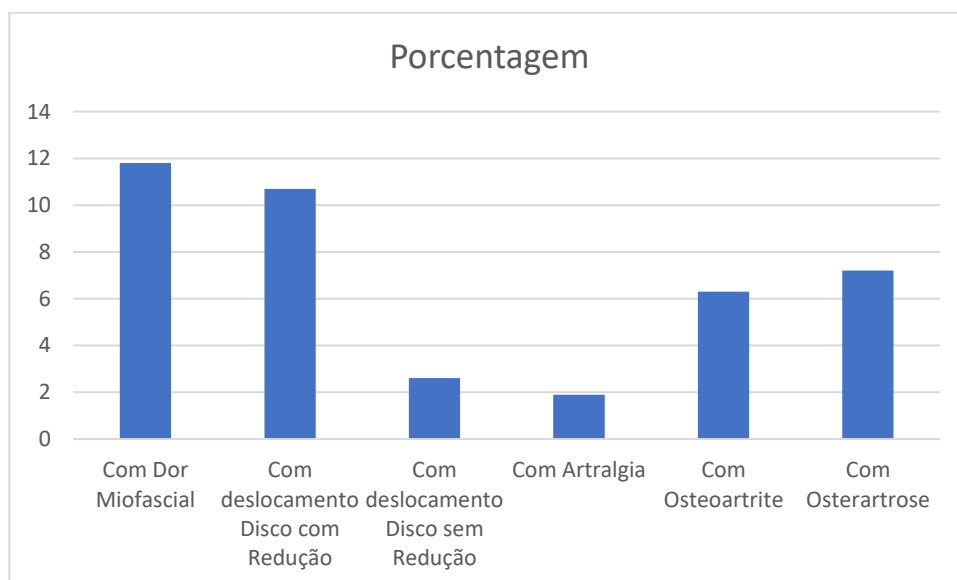
Tabela 3 - Estado Civil da amostra, e Nível educacional do chefe da família

ESTADO CIVIL	Frequencia	Porcentagem	Percentual acumulado
Solteiro	549	93,5	93,5
Casado	4	,7	94,2
Em união	15	2,6	96,8
Divorciado ou separado	1	,2	96,9
Outra situação	18	3,1	100,0
Total	587	100,0	

NÍVEL EDUCACIONAL	Frequencia	Porcentagem	Percentual acumulado
Analfabeto/Primario incompleto	37	6,3	6,3
Primário Completo/Ginasial incompleto	144	24,5	30,8
Ginasial completo/Colegial incompleto	123	21,0	51,8
Colegial completo/Superior incompleto	186	31,7	83,5
Superior Completo	97	16,5	100,0
Total	587	100,0	

Fonte: A autora (2019)

Os resultados apontam 25,7% de DTM nos estudantes avaliados. Destes 11,8% apresentaram Dor miofascial e as demais classificações conforme mostra o gráfico 01:

Gráfico 1 - Tipos e frequência de DTM na população

Fonte: A autora (2019)

A tabela 04 mostra a prevalência de dor crônica que a população com DTM apresenta, a Classificação do Grau da Dor Crônica (GDC) demonstrou que a maioria apresentava-se sem dor (74,3%) ou com baixa intensidade de dor (17,9%) sem

limitação de atividades diárias pela dor (Grau 0 e I); entretanto 6,1% dos participantes apresentavam alta intensidade de dor mas sem limitação das atividades diárias (Grau II), 1,7% apresentavam limitação severa e moderada de atividades diárias em virtude da dor (Graus III e IV).

Tabela 4 - Prevalência de Dor Crônica

Gradação_dor_crônica	Frequencia	Porcentagem	Percentual acumulado
Grau 0	436	74,3	74,3
Grau I baixa intensidade	105	17,9	92,2
Grau II alta intensidade	36	6,1	98,3
Grau III limitação moderada	8	1,4	99,7
Grau IV limitação severa	2	,3	100,0
Total	587	100,0	

Fonte: A autora (2019)

A tabela 05 mostra os resultados da classificação de depressão e somatização incluindo dor nos sintomas físicos e excluindo dor nos sintomas físicos.

Tabela 5 - Depressão, somatização (sintomas físicos) incluindo e excluindo a dor

Classificação de Depressão	Frequencia	Porcentagem	Percentual acumulado
Normal	148	25,2	25,2
Moderate	147	25,0	50,3
Severe	292	49,7	100,0
Total	587	100,0	
sintomas_fisicos_incluindo_dor classificação	Frequencia	Porcentagem	Percentual acumulado
Normal	205	34,9	34,9
Moderate	133	22,7	57,6
Severe	249	42,4	100,0
Total	587	100,0	
sintomas_fisicos_excluindo_dor classificação	Frequencia	Porcentagem	Percentual acumulado
Normal	196	33,4	33,4
Moderate	124	21,1	54,5
Severe	267	45,5	100,0
Total	587	100,0	

Fonte: A autora (2019)

Quando feita a comparação da presença de depressão entre grupo com dor crônica grau III e IV, foi utilizado o teste estatístico não paramétrico Mann Whitney

Test a um nível de significância de 5% verificou-se que o grupo III e IV apresentou escores maior de depressão, sintomas físicos incluindo e excluindo dor maiores quando comparado com o grupo controle sem dor (grupo 0), segundo a tabela 06 abaixo.

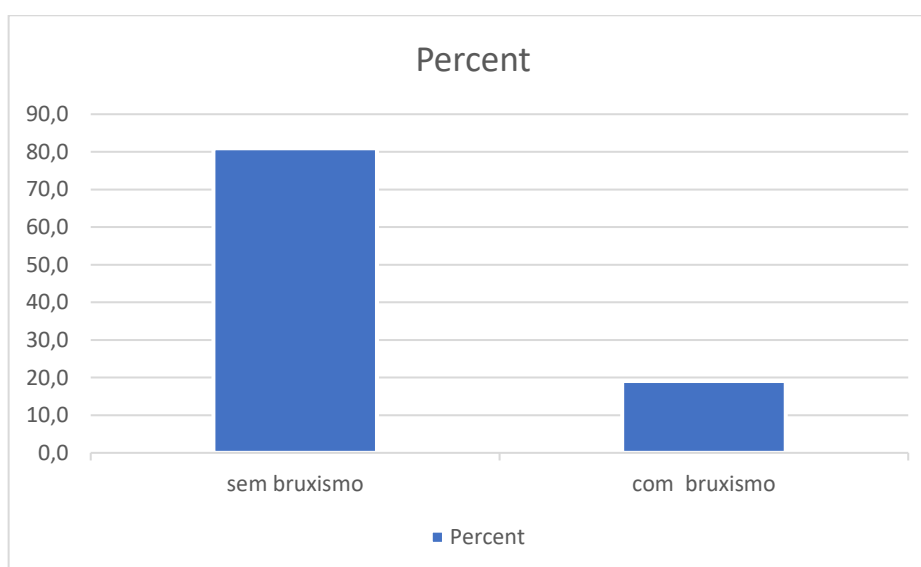
Tabela 6 - Comparação entre grupos de dor e depressão

Grupo		N	Mean Rank	Mann-Whitney U Wilcoxon test (2-tailed significance)
depressao_classificação	CDC = 0	436	221,71	,037
	CDC = III e IV	10	301,70	
	Total	446		
sintomas_fisicos_incluindo_dor_classif	CDC = 0	436	221,13	,006
	CDC = III e IV	10	327,05	
	Total	446		
sintomas_fisicos_excluindo_dor_classif	CDC = 0	436	221,36	,013
	CDG = III e IV	10	316,65	
	Total	446		

CDC: Classificação de Dor Crônica (0 = sem dor, III e IV = com dor e disfunção severa) do Eixo II do RDC/DTM (Critério de Diagnóstico em Pesquisa das Disfunções Têmporo-Mandibulares)
 Fonte: A autora (2019)

Um baixo escore global de Bruxismo 19,1%, um escore médio de problemas do Sono 29,5% foi encontrado, conforme o gráfico 02 e 03 mostram a prevalência.

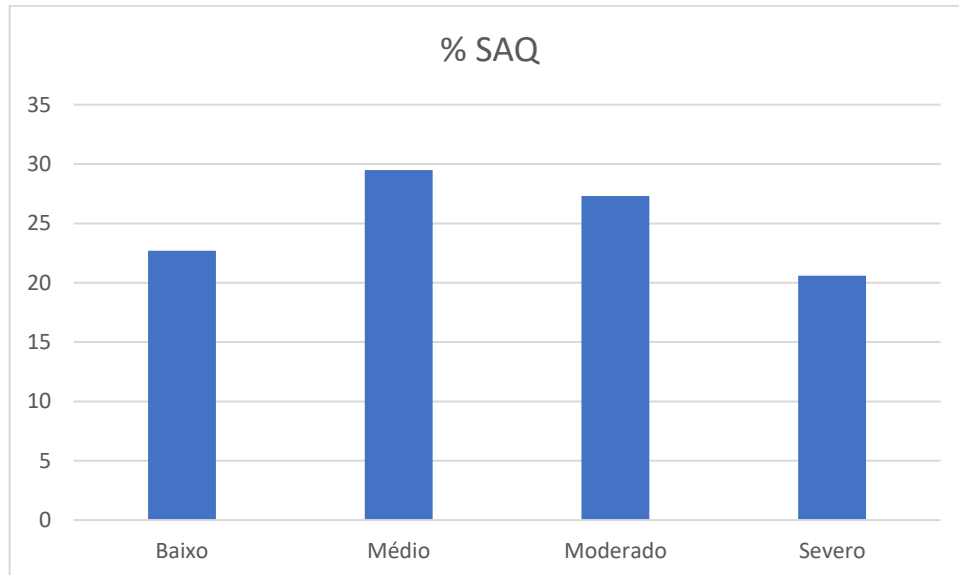
Gráfico 2 - Prevalência de bruxismo



Fonte: A autora (2019)

O gráfico 3 mostra a porcentagem de problemas no sono e as classificações de acordo as categorias do SAQ.

Gráfico 3 - Porcentagem de problemas SAQ



Fonte: A autora (2019)

Quando feita a comparação entre a presença de bruxismo com relação aos grupos com dor crônica III e IV e sem dor, os resultados mostraram não haver associação, conforme mostra a tabela 07.

Tabela 7 - Relação do bruxismo e classificação de dor crônica

			classificação de dor crônica (CDC)		Fisher's Exact Test
			0	III e IV	Exact Sig. (2-sided)
bruxismo	ausência	Número	372	7	,178
		% percentual	85,3%	70,0%	
	presença	Número	64	3	
		% percentual	14,7%	30,0%	
Total	Número	436	10		
	% percentual	100,0%	100,0%		

CDC: Classificação de Dor Crônica (0 = sem dor, III e IV = com dor e disfunção severa) do Eixo II do RDC/DTM (Critério de Diagnóstico em Pesquisa das Disfunções Têmporo-Mandibulares)

Fonte: A autora (2019)

Para comparar os problemas do sono (SAQ) nos grupos com dor crônica graus III e IV e sem dor foi utilizado o Teste Não-paramétrico Mann-Whitney com $p=0,012$, onde verificou-se que o grupo caso (3 e 4) apresentou grau maior de SAQ quando comparado com o grupo controle (grau 0), conforme a tabela 08 abaixo.

Tabela 8 - Teste comparativo entre grupos de dor e SAQ

Grupo		N	Mean Rank	Mann-Whitney U test
SAQ_classificacao	CDC = 0	436	221,26	,012
	CDC = III e IV	10	320,95	
	Total	446		

CDC: Classificação de Dor Crônica (0 = sem dor, III e IV = com dor e disfunção severa) do Eixo II do RDC/DTM (Critério de Diagnóstico em Pesquisa das Disfunções Têmporo-Mandibulares)
 Fonte: A autora (2019)

5 DISCUSSÃO

O presente estudo contribui para o estudo da DTM e suas influências, por se tratar de um estudo com delineamento transversal de base populacional, obtendo uma amostra de 587 estudantes do ensino médio de Caxias do Sul no RS – Brasil. O cálculo amostral previa 1430 alunos, considerando uma margem de erro e perdas. Porém em 2017 o Estado do Rio Grande do Sul passou por uma de suas piores crises, as escolas entraram em greve dificultando a obtenção da amostra desejada. Além disso, 5 escolas impossibilitaram a aplicação do questionário e 16 respostas foram retiradas do questionário devido às dúvidas quanto a veracidade das respostas. A escassez deste tipo de estudo, somado a diversidade de características encontradas nas amostras de outros trabalhos, e a metodologia utilizada para a determinação dos sinais e sintomas de DTM impedem a extrapolação dos resultados de outras pesquisas para toda população do Brasil.

Esta pesquisa utilizou questionários validados e pré-testados, outros trabalhos epidemiológicos com enfoque em DTMs utilizaram o questionário RDC/TMD e o questionário SAQ para avaliação do sono assim como este estudo, Conti, Ferreira, Pegoraro, Conti e Salvador (1996), Selaimen et al. (2006), Walber (2008), Progiante (2012), Lucena et al. (2010), Oliveira, Almeida, Lelis, Tavares, e Fernandes Neto (2015), Yap et al. (2003) e Karibe et al. (2015). Segundo Dworkin et al. (2002) o eixo II é mais facilmente aplicado e aceito para avaliar o estado psicológico do paciente, e verificar o grau em que uma pessoa com DTM pode cognitivamente ou emocionalmente contribuir para o desenvolvimento ou manutenção da dor. Para Franco-Micheloni et al. (2014) que utilizou a versão de perguntas AAOP (Academia Americana de Dor Orofacial) em português, o questionário mostrou boa confiabilidade e validade para a triagem de DTM entre adolescentes, especialmente DTM dolorosa, segundo o RDC / TMD.

A amostra foi formada predominantemente pelo sexo feminino 55,7% e 93,5% solteira. Outros estudos epidemiológicos realizados no Brasil mostraram a predominância do sexo feminino: Conti, Ferreira, Pegoraro, Conti e Salvador (1996), Marchiori et al. (2007), e Progiante (2012). Mesmo estudos internacionais também revelam esta prevalência: Macfarlane et al. (2002), Lauriti et al. (2013a), Branco et al. (2013), Motta et al. (2013) e Peres et al. (2010).

Quanto a predominância étnica desta pesquisa foi de caucasianos em 63,4%, alguns estudos mostram que a situação econômica é um determinante mais importante do que a variável raça/cor (ANDRADE; DECH, 2007), embora essa última variável apresente influência em todas as faixas de renda. A faixa etária variou de 13 a 26 anos sendo 37,8% com 17 anos. Para obtenção da amostra as escolas foram visitadas nos turnos manhã, tarde e noite. Não foi excluído nenhum aluno que estivesse matriculado no ensino médio cursando a escola pela sua idade, o que explica a variabilidade etária. Outros estudos encontraram também variabilidade na sua amostra, independente da faixa etária proposta, como Marchiori et al. (2007), Campos et al. (2014), Lauriti et al. (2013a), e Progiante (2012).

O chefe da família em 31,7% dos entrevistados apresentou sua maior formação no Colegial completo ou Superior incompleto. Para esta classificação foi utilizado o critério de classificação econômica do Brasil da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- versão 2015). O estudo de LeResche et al. (2007) verificou que menores níveis educacionais dos pais foi estatisticamente significativo com o menor risco de desenvolver DTM e DOF.

Quanto à presença de DTM o presente estudo obteve 25,7% dos alunos com sinais e sintomas de DTM na amostra. Vale ressaltar que não houve nenhum exame clínico para confirmação destas alterações. Apenas o auto relato do paciente com relação a presença de dor. A prevalência de DTM foi similar a outro estudo realizado no Brasil em 2015 por Progiante, onde 36,2% da população adulta apresentava DTM. Porém estes índices estão abaixo à outros estudos epidemiológicos realizados no Brasil com faixa etária variada que estimaram que 40% a 75% da população apresentavam ao menos um sinal de DTM segundo Carrara, Conti, Barbosa, 2010; 41,3% segundo Conti, Ferreira, Pegoraro, Conti e Salvador (1996); 74,1% no estudo de Lauriti et al. (2013a); 64,5% em adolescentes brasileiros por Marchiori et al. (2007); 65% Lucena (2012) e 74,5% no estudo de Oliveira em 2015. O índice de DTM abaixo do esperado justifica-se pela diferença metodológica destes estudos. Muitos utilizam outro questionário para o diagnóstico de DTM. Somado a isso existe a dificuldade de interpretar a questão de presença de dor na face como um real problema na vida destes indivíduos. O mesmo ocorreu com Walber (2008) onde a dor na face ou entorno da articulação foi de ocorrência altamente significativa entre as pacientes do grupo com DTM, mas a frequência de dor não.

Quando perguntados sobre os sinais e sintomas de estalos na articulação, dificuldades de abrir ou fechar a boca ou crepitação que foram utilizados para o diagnóstico do tipo de DTM 40,5% foi a frequência em que estas alterações foram relatadas, sendo 11,8% de dor Miofascial, 10,7% de deslocamento de disco com redução, 2,6% de deslocamento de disco sem redução, osteoartrite e osteoartrose foram 6,3% e 7,2% respectivamente. No estudo de Yap et al. (2002) 13% apresentaram dor miofascial, 15% deslocamento de disco e 13% de desordens do tipo III (artralgia, artrose e artrite), valores próximos aos encontrados no presente estudo.

Diversos estudos associam DTM, a condições psicológicas: Romano e Turner (1985), Grossi (1998), Selaimen et al. (2006), Le Resche et al. (2007), Progiante (2012), Lauriti et al. (2013a), Motta et al. (2013), Karibe et al. (2015), Rehm et al. (2016). O presente estudo obteve 49,7% de depressão severa em estudantes de ensino médio, número superior ao estudo de Lucena (2010). Apesar de apresentarem metodologias diferentes, realizado também com adolescentes que obteve uma média de 22% da sua amostra com depressão, porém encontrou 52% de ansiedade nesta população e 65% de sintomas de DTM. O estudo de Yap (2002) utilizando também o RDC eixo II para avaliar a depressão e somatização obteve 39% da amostra com depressão severa, 54,7% tinha somatização de intensidade moderada a severa, quando excluído os itens relacionados à dor (dor de cabeça, dor no peito, dores musculares ou abdominais) a porcentagem de pacientes com somatização moderada a severa permaneceu alta (47,9%), estes resultados foram muito similares aos encontrados na presente pesquisa, com somatização severa incluindo sintomas físicos 42,4% e somatização severa excluindo sintomas físicos com 45,5% da amostra.

Grossi et al. (2001 e 1998) verificaram que mulheres com DTM crônica apresentaram mais ansiedade, depressão e dor. O estudo de Karibe et al. (2015) também verificou que os sintomas de DTM foram associados com outras condições de dor orofacial, em especial dores no pescoço, apesar de fracamente associado com ansiedade. No presente estudo 74,3% não relatavam nenhum tipo de dor crônica e apenas 2% apresentava dor crônica com algum tipo de limitação severa (que necessita de tratamento), isso significou apenas 10 pacientes. Porém mesmo com um número baixo de integrantes no grupo de dor crônica severa o mesmo foi estatisticamente significativo quando comparado aos demais grupos mostrando um

forte sinal associativo da DTM severa com necessidade de tratamento com problemas no sono e depressão. No levantamento epidemiológico brasileiro realizado em 2012 por Progiante com 1775 pessoas adultas parte da amostra apresentou-se sem dor 63,8% ou com baixa intensidade de dor. Contudo 12,7% dos participantes apresentavam alta intensidade de dor sem limitação das atividades diárias. A necessidade de afastamento das atividades foi por períodos pequenos em 15,8% da amostra. Diferente do que encontramos na presente amostra de adolescentes, onde 98,3% apresentaram menos de 3 pontos de incapacidade e baixos níveis de dor crônica e com média de 2 dias de afastamento de atividades do trabalho. Quando feita a prevalência de depressão por grupo de dor crônica verificou-se que o grupo III e IV (níveis de dor maior) apresentou escores maior de depressão, sintomas físicos incluindo e excluindo dor maiores quando comparado com o grupo controle sem dor (grupo 0), estes números também vão ao encontro do trabalho de Rehm (2016).

Neste trabalho a porcentagem de adolescentes com auto relato de bruxismo foi de 19,1%, sendo que, no passado, ele já foi considerado um fator etiológico para DTMs ou dores orofaciais. Em contrapartida estudos mais recentes mostram uma diminuição no bruxismo em pacientes com dor Mainieri et al. (2012) e Camparis Siqueira (2006); similar ao que ocorreu em nosso estudo quando feita a comparação entre presença de dor e presença de bruxismo, os testes estatísticos mostraram não haver relação entre a presença de bruxismo e de dor. A prevalência de bruxismo do presente estudo foi similar ao estudo de Rehm (2016) onde as taxas variaram de 19,9 a 34,1%, dependendo do tipo de distúrbio do sono.

Neste estudo foi verificado que a presença de dor nos grupos 3 e 4 aumentaram o SAQ quando comparado com o grupo com ausência de dor. Os estudos de Mainieri Saueressig, Pattussi, Fagondes e Grossi (2012) e Saueressig, Mainieri, Grossi, Fagondes, Shinkai e Lima (2010) que avaliaram o sono através do questionário de Toronto SAQ e também verificaram que a medida que a DTM se acentua há uma diminuição na qualidade do sono.

Segundo os dados obtidos no Atlas do Desenvolvimento Humano da cidade de Caxias do Sul (RS) em 2010 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013), as taxas médias de reprovação na dependência estadual é 12,2%, sendo aproximadamente mais 1% de taxa de abandono dos alunos. Uma revisão sistemática da literatura apontou que programas escolares podem ser efetivos contra a ansiedade, sendo estes fatores relacionados com desempenho escolar (RYAN, 2013). Segundo

Carra (2010) seria indispensável a inclusão da DTM e de outras patologias não dentárias que têm como sintoma a dor orofacial no Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira realizado pelo Ministério da Saúde. Este trabalho trata-se de um primeiro estudo de prevalência para esta faixa etária no sul do Brasil, que mostrou a real influência da DTM e dos outros fatores associados nesta população de escolares. É importante que um estudo com metodologia adequada fosse realizado para que se conhecesse a real situação deste distúrbio, em especial na população de adolescentes.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos com a metodologia utilizada nesta pesquisa foi possível concluir:

- a) a prevalência de DTM em estudantes do ensino médio estadual é similar a encontrada em pacientes adultos;
- b) o sono e a depressão estão associados a DTM;
- c) a população de escolares do ensino médio estadual de Caxias do Sul apresenta índices altos de depressão;
- d) estudantes do ensino médio estadual com depressão tem maior dor crônica;
- e) problemas do sono estão presentes na população de escolares do ensino médio estadual;
- f) estudantes do ensino médio estadual com problema do sono tem maior dor crônica;
- g) depressão, somatização e problemas do sono devem ser efetivamente incluídas nas políticas de saúde pública para estudantes do ensino médio.

REFERÊNCIAS

- AL-JUNDI, M. A. *et al.* Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult nonpatients. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 22, n. 2, p. 97-107, 2008.
- AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN. **Welcome to AAOP**. Oceanville: AAOP, 2015. Disponível em: http://www.aaop.org/content.aspx?page_id=0&club_id=508439. Acesso em: 24 maio 2015.
- ANDRADE, C. Y.; J. DACHS, N. W. Acesso à Educação por Faixas Etárias Segundo Renda e Raça/Cor. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 131, maio/ago. 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EMPRESA DE PESQUISA. **Critério de Classe Econômica Brasileira**. 2015. Disponível em: <http://www.abep.org.br>. Acesso em: 15 jul. 2015.
- BONJARDIM, L. R.; GAVIÃO, M. B. D.; PEREIRA, L. J.; CASTELO, P. M.; GARCIA, R. C. M. R. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 93-98, abr./jun. 2005.
- BRANCO, L. *et al.* Association between headache and temporomandibular joint disorders in children and adolescents. **Journal of Oral Science**, Tokyo, v. 55, n. 1, p. 39-43, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPARIS, C. M.; SIQUEIRA, J. T. Sleep bruxism: clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, New York, v. 101, n. 2, p. 188-193, feb. 2006.
- CAMPOS, Juliana *et al.* Epidemiology of Severity of Temporomandibular Disorders in Brazilian Women. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, Berlim, v. 28, n. 2, p.147-152, mar. 2014.
- CARRARA, S. V.; CONTI, P. C. R.; BARBOSA, J. S. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 114-120, 2010.
- CONTI, P. C.; FERREIRA, P. M.; PEGORARO, L. F.; CONTI, J. V.; SALVADOR, M. C. Estudo Transversal de Prevalência e Etiologia de Sinais e Sintomas de Disfunção Temporomandibular em Estudantes do Ensino Médio e Universitários. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 10, n. 3, p. 254-262, 1996.

DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. **Journal of Craniomandibular Disorders: facial & oral pain**, Lombard, v. 6, n. 4, p. 301-355, 1992.

DWORKIN, S.F.; MASSOTH, D.L. Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness? **The Journal of Prosthetic Dentistry**, Saint Louis, v. 72, n. 1, p. 29-38, 1994.

DWORKIN, S.F. *et al.* Reliability, Validity, and Clinical Utility of the Research diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Scales: Depression, Non-Specific Physical Symptoms, and Graded Chronic Pain. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 16, n. 3, p. 207-220, 2002.

FELÍCIO, C. M.; MELCHIOR, M. O.; FERREIRA, C. L. P.; SILVA, M. A. R. Otologic symptoms of temporomandibular disorder and effect of orofacial myofunctional therapy. **Cranio**, Chatanooga, v. 26, n. 2, p. 118-25, abr. 2008.

FRANCO-MICHELONI, A. L. *et al.* Temporomandibular disorders among Brazilian adolescents: reliability and validity of a screening questionnaire. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v. 22, n. 4, p. 314-322, 2014.

GREENE, C. S.; KLASSER, G. D.; EPSTEIN, J. B. Revision of the American Association of Dental Research's science information statement about temporomandibular disorders. **Journal of the Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 76, n. 115, 2010.

GROSSI, M. L. **Neuropsychological déficits as predictors of treatment outcome in patients with temporomandibular disorders**. 1998. Tese (Doutorado) - University of Toronto, Toronto, 1998.

GROSSI, M. L.; GOLDBERG, M. B.; LOCKER, D.; TENENBAUM, H. C. Reduced neuropsychologic measures as predictors of treatment outcome in patients with temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 15, n. 4, p. 329-339, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 18 maio 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. 2013. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/caxias%20do%20sul_rs. Acesso em: 15 maio 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS (Brasil). **Distribuição das escolas e matrículas de ensino médio 2012**. 2015. Disponível em: <http://sistemasideb.inep.gov.br/>. Acesso em: 28 maio 2015.

KARIBE, H. *et al.* Prevalence and association of self-reported anxiety, pain, and oral parafunctional habits with temporomandibular disorders in Japanese children and adolescents: a cross-sectional survey. **BMC Oral Health**, London, v. 15, p. 8, 2015.

KLASSER, G. D.; REI, N.; LAVIGNE, G. J. Sleep bruxism etiology: the evolution of a changing paradigm. **Journal Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 81, f. 2, 2015.

LAURITI, L. *et al.* Are occlusal characteristics, headache, parafunctional habits and clicking sounds associated with the signs and symptoms of temporomandibular disorder in adolescents? **Journal of Physical Therapy Science**, Moroyama, v. 25, n. 10, p. 1331-1334, 2013a.

LAURITI, L. *et al.* Pattern of eletromyographic activity in mastication muscles of adolescents with temporomandibular disorder. **Journal of Physical Therapy Science**, Moroyama, v. 25, n. 10, p. 1303-1307, 2013b.

LAVIGNE, G. J. *et al.* Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. **Critical Reviews in Oral Biology and Medicine**, Boca Raton, v. 14, n. 1, p. 30-46, 2003.

LEEuw, R. **Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento**. 4. ed. São Paulo: Quintessence, 2010.

LERESCHE, L.; MANCL, L. A.; DRANGSHOLT, M. T.; HUANG, G.; VON KORFF, M. Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. **Pain**, Seattle, v. 129, n. 3 p. 269-278, 2007.

LUCENA, I. M. **Avaliação longitudinal e correlação entre sintomas de disfunção temporomandibular e o índice de ansiedade e depressão em alunos de curso pré-vestibular**. 2010. 88 f. Tese (Mestrado em Odontologia) – Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Campinas, 2010.

LUCENA, I. M.; RODRIGUES, L. L.; ROCHA, F.; TEIXEIRA, M. L.; POZZA, D. H.; GUIMARÃES, A. S. Prospective study of a group of pre-university students evaluating anxiety and depression relationships with temporomandibular disorders. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, Espanha, v. 4, n. 2, p. 102-106, 2012.

MACFARLANE, T. V. *et al.* Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 30, n. 1, p. 52-60, 2002.

MAINIERI, V. C.; SAUERESSIG, A. C.; PATTUSSI, M. P.; FAGONDES, S. C.; GROSSI, M. L. Validation of the Bitestrip versus polysomnography in the diagnosis of patients with a clinical history of sleep bruxism. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, New York, v. 113, n. 5, p. 612-617, may 2012.

MARCHIORI, A. *et al.* Relação entre a disfunção temporomandibular e a ansiedade em estudantes do ensino fundamental. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 37-42, 2007.

MOTTA, L. J. *et al.* Association between parafunctional habits and signs and symptoms of temporomandibular dysfunction among adolescents. **Oral Health & Preventive Dentistry**, New Malden, v. 11, n. 1, p. 3-7, 2013.

OKESON, J. P. **Orofacial pain**: guidelines for assessment, classification and management. Chicago: Quintessence, 1996.

OLIVEIRA, L. K.; ALMEIDA, G. D. E.; LELIS, E. R.; TAVARES, H.; FERNANDES NETO, A. J. Disfunção Temporomandibular e Ansiedade, Qualidade do Sono e Qualidade de Vida em Profissionais de Enfermagem. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 29, n. 1, p.1-7, 2015.

PASCOAL, M. I. N.; RAPOPORT, A.; CHAGAS, J. F. S.; COSTA, C. C.; MAAGNA, L. A. Prevalência dos sintomas otológicos na desordem temporomandibular: estudo de 126 casos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 67, n. 5, p. 627-33, set. 2001.

PERES, M. A. *et al.* Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescent: a multilevel approach. **BMC Oral Health**, London, v. 10, p. 20, 2010.

PERES, M. A; ANTUNES, J. L. F. O Método epidemiológico de investigação e sua contribuição para a saúde bucal. In: PERES, M. A; ANTUNES, J. L. F. (Org.). **Epidemiologia da saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 3-31.

PINTADO, M. R. *et al.* Variation in tooth wear in young adults over a two-year period. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, St. Louis, v. 77, n. 3, p. 313–320, 1997.

PROGIANTE, P. **Levantamento epidemiológico na cidade de Maringá**: disfunção temporomandibular e dor orofacial e suas variáveis. 2012. 100 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PROGIANTE, P. *et al.* Prevalence of Temporomandibular Disorders in an Adult Brazilian Community Population Using the Research Diagnostic Criteria (Axes I and II) for Temporomandibular Disorders (The Maringá Study). **The International Journal Of Prosthodontics**, Lombard, v. 28, n. 6, p. 600-609, nov. 2015.

PERUZZO, A. S.; CATTANI, B. C.; GUIMARÃES, E. R.; BOECHAT, L. C.; ARGIMON, I. I. L.; SCARPARO, H. B. K. Estresse e vestibular como desencadeadores de somatizações em adolescentes e adultos jovens. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 26, n. 55, p. 319-327, 2008.

REHM, D. D. S. **Prevalência de diferentes tipos de distúrbios do sono e correlação entre depressão, somatização e distúrbios do sono com disfunção temporomandibular em uma população adulta brasileira através dos**

questionários RDC/DTM e SAQ®. 2016. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Educação. **Distribuição de matrículas por escolas de ensino médio em Caxias do Sul 2015.** 2015. Disponível em: <http://www.educacao.rs.gov.br/>. Acesso em: 3 ago. 2015.

ROMANO, J. M.; TURNER, J. A. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? **Psychological Bulletin**, Washington, v. 97, n. 1, p. 18-34, 1985.

ROMPRÉ, P. H. *et al.* Identification of a sleep bruxism subgroup with a higher risk of pain. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 86, n. 9, p. 837-842, 2007.

RYAN, C. School-based intervention for adolescent anxiety. **Journal of Teachers' Work**, New Zealand, v. 10, n. 1, p. 104-124, 2013.

RYAN, J. L.; WARNER, C. M. Treating adolescents with social anxiety disorder in schools. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 105-118, 2012.

ROKAYA, D.; SUTTAGUL, K.; JOSHI, S.; BHATTARAI, B.P.; DIXIT, S. Um Estudo Epidemiológico Sobre a Prevalência de Desordem Temporomandibular e História e Problemas Associados em Indivíduos Nepaleses. **Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine**, Korea, v. 18, n. 1, p. 27-33, fev. 2018.

SAUERESSIG, A. C.; MAINIERI, V. C.; GROSSI, P. K.; FAGONDES, S. C.; SHINKAI, R. S.; LIMA, E. M. Analysis of the influence of a mandibular advancement device on sleep and sleep bruxism scores by means of the BiteStrip and the Sleep Assessment Questionnaire. **The International journal of prosthodontics**, Lombard, v. 23, n. 3, p. 204-213, 2010.

SELAIMEN, C. M. P *et al.* Sleep and depression as risk indicators for temporomandibular disorders in a cross-cultural perspective: a case-control study. **The International Journal of Prosthodontics**, Lombard, v. 19, n. 2, p. 154-161, 2006.

SLEEP related bruxism. *In:* INTERNATIONAL classification of sleep disorders: diagnosis and coding manual. 2. ed. Westchester: American Academy of Sleep Medicine, 2005. p. 189-192.

SLEPP related bruxism. *In:* INTERNATIONAL classification of sleep disorders. 3. ed. Darien: American Academy of Sleep Medicine, 2014. p. 29-31.

SPEZZIA, S. *et al.* Disfunção temporomandibular na adolescência. **Odonto**, São Paulo, v. 22, n. 43-44, p. 53-61, São Paulo, 2014.

TUZ, H. H.; ONDER, E. M.; KISNISCI, R. S. Prevalence of otological complaints in patients with temporomandibular disorder. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, St. Louis, v. 123, n. 6, p. 620-623, jun. 2003.

YAP, A.U.J. *et al.* Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, Saint Louis, v. 88, p. 479-84, 2002.

WALBER, L. F. **Estudo sobre a validade diagnóstica e prognóstica dos critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares (RDC/TMD)**. 2008. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

WINOCUR, E. *et al.* Self-reported Bruxism - associations with perceived stress, motivation for control, dental anxiety and gagging. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 38, n. 1, p. 3-11, 2011.

ANEXO A – Escolas Caxias do Sul

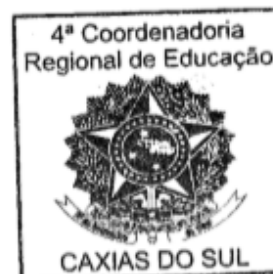
ESCOLAS ESTADUAIS	TURMAS	MATRICULA REAL	AMOSTRA IDEAL	AMOSTRA OBTIDA
ESC EST ENS MED ALEXANDRE ZATTERA	14	422	43,380	6
ESC EST ENS MED ANTONIO AVELINO BOFF	15	395	40,605	5
ESC EST ENS MED CAVALHEIRO ARISTIDES GERMANI	15	414	42,558	4
ESC EST TEC CAXIAS DO SUL	18	583	59,930	5
INST EST EDUC CRISTOVÃO DE MENDONZA	42	1129	116,057	101
ESC EST ENS MED DR ASSIS ANTONIO MARIANI	24	610	62,706	NÃO ACEITOU
ESC EST ENS MED ERICO VERISSIMO	12	358	36,801	36
ESC EST ENS MED EVARISTO DE ANTONI- CIEP	25	703	72,266	35
ESC EST ENS MED GALÓPOLIS	12	346	35,568	36
COL EST HENRIQUE EMILIO MEYER	23	684	70,313	16
COL EST IMIGRANTE	31	912	93,750	13
ESC EST ENS MED IRMAO GUERINI	15	441	45,333	40
ESC EST ENS MED IRMAO JOSE OTAO	14	400	41,119	31
ESC EST ENS MED JOAO PILATI	3	52	5,345	NÃO ACEITOU
ESC EST ENS MED JOAO TRICHES	11	271	27,858	4
ESC EST ENS MED JOSE GENEROSI	9	181	18,606	6
ESC EST ENS MED MARIA ARACI TRINDADE ROJAS	16	443	45,539	5
ESC EST ENS MED MELVIN JONES	15	452	46,464	40
ESC EST ENS MED OLGA MARIA KAYSER	22	570	58,594	19
ESC EST ENS MED PAULO FREIRE	6	28	2,878	NÃO ACEITOU
ESC EST ENS MED PROF APOLINARIO ALVES DOS SANTOS	19	612	62,911	47
ESC EST ENS MED PROFESSOR CLAURI ALVES FLORES	12	371	38,137	34

ESC EST ENS MED PROFESSORA IVONNE LUCIA TRICHE	15	463	47,595	7
ESC EST ENS MED PROVINCIA DE MENDOZA	14	390	40,091	NÃO ACEITOU
ESC EST ENS MED RACHEL CALLIARI GRAZZIOTIN	12	292	30,017	22
ESC EST ENS MED SANTA CATARINA	25	806	82,854	65
ESC EST ENS MED SÃO CAETANO	8	234	24,054	24
ESC EST ENS MED VICTORIO WEBBER	6	171	17,578	NÃO ACEITOU
TOTAL	489	13911	1430	603

ANEXO B – Carta de anuência



CARTA DE ANUÊNCIA



Aceito que a pesquisadora Suzana Uggeri Coradini, portadora do CPF 92858376034, pertencente a Pontifícia Universidade Católica – RS desenvolva sua pesquisa intitulada: ***INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NOS DISTÚRBIOS TEMPOROMANDIBULARES EM ADOLESCENTES DO ENSINO PÚBLICO DE CAXIAS DO SUL – RS.***

Tal pesquisa será submetida à Plataforma Brasil, sob a orientação do Prof (o) Dr. Márcio Lima Grossi, vinculado ao programa de pós-graduação – nível Doutorado, do Curso de Odontologia da PUC-RS.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1. Cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS,
2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
3. Que não haverá nenhuma despesa para instituição que seja decorrente desta participação nessa pesquisa,
4. No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado nas Escolas de Ensino Médio de Caxias do Sul, e somente poderá ocorrer a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-RS.

Caxias do Sul 05 abril de 2016.


 Janice Teleszima Zambarda Moraes
 Coordenadora Regional de Educação
 4ª CRE Id.Func. 1306875/01

ANEXO C – Dados gerais e demográficos

DADOS GERAIS E DEMOGRÁFICOS	
Número de identidade: ____ Data da entrevista: __/__/____ Nome do entrevistado: _____ Endereço: _____ Entrevistador: _____ Telefone: (__) _____ Celular: (__) _____ 1. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino 2. Sua cor ou raça é: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena 3. Quantos anos completos você tem? ____ 3.1 Qual o dia, mês e ano do seu nascimento? __/__/____ 4. Qual é o seu estado civil? (1) Solteiro (2) Casado (3) Em união (4) Divorciado ou separado (5) Viúvo (6) Outra situação 5. Usa alguma medicação ou doença sistêmica? (1) Não (2) Sim (3) IGN	Idc ____ Setor ____ Mudouend_ Qualend <hr style="border: 1px solid black;"/> Datae __/__/____ Entrev __ Óbito Dataob __/__/____ Sexo _ Etniac_ Idade_ Datane __/__/____ Ecivilc_ Sleoac_ Bairroac_ Enderac_ Med__
Qual o seu peso? ____ Kg (999) IGN Qual a sua altura? ____ cm (999) IGN	Qpesc ____ Qalturc ____
ATIVIDADE FÍSICA	
1) Você realizou algum tipo de atividade por pelo menos 10 minutos contínuos na última semana? (0) Sim (1) Não 2) Pensando na última semana, quantos dias você caminhou como modo de transporte para ir de um lugar para outro, seja no trabalho ou no lazer, por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez? (considerar o tempo total de minutos diários) Dias: __/semana Minutos/dia: __ (8888)NSA	Atfisc_ Camdc_
Ler para entrevistado: atividades físicas moderadas/médias: são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar <u>um pouco mais</u> forte que o normal. Ler para o entrevistado: atividades físicas vigorosas/fortes: são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar <u>muito mais</u> forte que o normal	
3) Pensando na última semana, quantos dias você realizou atividades moderadas/médias? Dias: __/semana Minutos/dia: __ (8888)NSA 4) Pensando na última semana, quantos dias você realizou atividades vigorosas/fortes? Dias: __/semana Minutos/dia: __ (8888)NSA	Moderdc_ Mome__ Vigdc_ Vigmc__
HÁBITO DE FUMAR	
1) Você já fumou ou ainda fuma? (1) Nunca fumei (2) Sim, ex-fumante (3) Sim, fumo	Fumoc_
CONSUMO DE ÁLCOOL	
1) Você ingere bebidas alcoólicas? (0) Não (1) SIM 2) As pessoas te aborrecem, criticando o seu modo de beber? (0) Não (1) Sim 3) Você sente que deve parar de beber? (0) Não (1) Sim 4) Alguma vez você precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (0) Não (1) Sim 5) Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida? (0) Não (1) Sim	Cage1c_ Cage2c_ Cage3c_ Cage4c_ Cage5c_
SAÚDE BUCAL	

<p>1) No geral, você diria que a sua saúde bucal é: (1) Péssima (2) Regular (3) Boa (4) Muito boa (5) Excelente</p> <p>2) Em relação aos últimos 5 anos, você diria que a sua saúde bucal é: (1) Péssima (2) Regular (3) Boa (4) Muito boa (5) Excelente</p> <p>3) Você está com dor de dente agora ou algum inchaço nas gengivas? (1) Não (2) Sim (3) IGN</p> <p>4) Você já teve dor de dente alguma vez na vida? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>5) Há quanto tempo atrás ocorreu esta dor ocorreu? (1) Estou com dor agora (2) Nas últimas 4 semanas (3) Nos últimos 3 meses (4) Nos últimos 6 meses (5) Nos últimos 12 meses (6) Há mais de 12 meses (8) NSA (9) IGN</p> <p>6) Você possui algum dente que necessita de tratamento devido à cárie? (2) Não (2) Sim (9) IGN</p> <p>7) Você possui algum problema nas gengivas (dente amolecido ou pus/piorreia nas gengivas)? (1) Não (2) Sim (3) IGN</p> <p>8) Você perdeu algum dente nos últimos 5 anos? Quantos dentes possui? (1) Não (2) Sim Quantos? __ (9) IGN</p> <p>9) Você possui algum tipo de aparelho dentário? (1) Não (2) Sim (3) IGN</p>							Saudebc_ Saudbca_ Dordd_ Dorddq_ Qtdorc_ Tcariec_ Dpc_ Perdadc_ Qperdadc_ Aparelho_
<p>10) Pensando nos últimos seis meses, com que frequência ocorreu os seguintes acontecimentos devido à problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:</p>							
Use o cartão respostas nº2	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre		
Nos últimos 6 meses, você teve problemas para falar alguma palavra?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucalac_	
Nos últimos 6 mês, você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucalbc_	
Nos últimos 6 meses, você sentiu dores em sua boca ou em seus dentes?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucalcc_	
Nos últimos 6 meses, você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucaldc_	
Nos últimos 6 meses, você ficou preocupado?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucalec-	
Nos últimos 6 meses, você se sentiu estressado?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucalfc_	
Nos últimos 6 meses, sua alimentação ficou prejudicada?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucalgc_	
Nos últimos 6 meses, você teve que parar suas refeições?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucalhc-	

Nos últimos 6 meses, você encontrou dificuldade para relaxar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucalic-
Nos últimos 6 meses, você se sentiu envergonhado?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucaljc_
Nos últimos 6 meses, você ficou irritado com outras pessoas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucallc
Nos últimos 6 meses, você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucammc_
Nos últimos 6 meses, você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucalnc_
Nos últimos 6 meses, você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sbucaloc_
SÓCIO ECONÔMICO						
<p>1) Você é o chefe da família? (Entende-se pessoa com maior renda familiar) (0) Não (2) Sim</p> <p>2) Até que série o chefe de família estudou? (0) Analfabeto/Primário incompleto (Analfabeto/Até 3ª série Fundamental/Até 3ª série 1º Grau) (1) Primário completo/ Ginásial incompleto (Até 4ª série Fundamental/ Até 4ª série 1º Grau) (2) Ginásial completo/ Colegial incompleto (Fundamental completo/ 1º Grau completo) (3) Colegial completo/ Superior incompleto (Médio completo/ 2º Grau completo) (4) Superior completo</p> <p>3) Quantas pessoas moram na sua casa? __ pessoas</p> <p>4) Por favor, responda quais e quantos destes itens abaixo existem na sua casa. TV em cores (0) Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Banheiro (0) Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Automóvel PARA USO PARTICULAR (0) Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Maquina de lavar roupa EXCETO TANQUINHO (0) Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais DVD (0) Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Geladeira (0) Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Freezer INDEPENDENTES, geladeira DUPLEX (0) Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Empregados mensalistas na residência (5 dias por semana) (0) Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Microcomputadores EXCETO tablets, palms ou Smartphones (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Lavadora de louças (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Forno ou micro-ondas (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Motocicletas, EXCETO para uso profissional (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Secadora de roupas ou lava e seca (1) (2) (3) (4) quatro ou mais</p> <p>5) Você ou alguém do seu domicílio recebem bolsa família do governo? (0) Não (1) Sim</p>						<p>Chefec_</p> <p>Escolchc_</p> <p>Pessoac_</p> <p>Tvc_</p> <p>Banhoc_</p> <p>Carroc_</p> <p>Mlavarc_</p> <p>dvd_</p> <p>Geladc_</p> <p>Freezerc_ Empc_</p> <p>Comput_</p> <p>MlavarL_</p> <p>Microon_</p> <p>Moto_</p> <p>Seca_</p> <p>Bfc_</p>

6) Você ou alguém do seu domicílio recebe algum outro auxílio financeiro do governo? (1) Não (2) Sim Qual (is)? _____	Qauxc_
--	--------

ANEXO D – RDC/TMD – Classificação diagnóstica adaptada

1. Você teve dor na face, nos maxilares, têmpora, na frente da orelha, ou na orelha no mês passado?

Sim () Não ()

Dor é pior pela manhã ou ao entardecer? () manhã () tarde

2. Tempo que sofre do problema: () dias () meses () anos
Número: _____

3. Você alguma vez teve um travamento mandibular de forma a não poder abrir a boca totalmente?
Sim () Não ()

4. A sua mandíbula estala quando você abre ou fecha a boca ou quando mastiga? Sim () Não ()

5. A sua mandíbula faz um som de crepitação ou raspagem quando você abre ou fecha a boca ou quando mastiga? Sim () Não ()

6. Já procurou atendimento médico ou odontológico (ou outros profissionais) para o problema?
Sim () Não () Qual o
profissional: _____

7. Tratamentos prévios para o problema: Sim () Não () _____

8. Traumas cranio-oro-cervicais (contra a cabeça, face ou pescoço): Sim () Não () Qual
parte: _____

9. Sente dor em outras partes do corpo: Sim () Não ()

a) Lado Direito

() cabeça
() face
() ouvido
() fundo do olho
() costas
() glúteo
() pernas
() outras articulações, qual(is): _____

b) Lado Esquerdo

() cabeça
() face
() ouvido
() fundo do olho
() costas
() glúteo
() pernas
() outras articulações, qual(is): _____

Classificação Diagnóstica do Eixo I do RDC/DTM

I. Disfunções Musculares

I.a Dor miofascial [Q1(+), Q3(-), Q4(-), Q5(-)]

II. Deslocamento de Disco

II.a Deslocamento de disco com redução [Q1(+), Q4(+)]

II.b Desl. de disco sem redução, com limitação de abertura bucal [Q1(+), Q3(+), Q4(-)]

III. Outras Condições Articulares

III.a Artralgia [Q1(+), ou Q3(+), ou Q4(+), ou Q5(+)]

III.b Osteoartrite [Q1(+), Q5(+)]

III.c Osteoartrose [Q1(-), Q5(+)]

Adaptado de DWORKIN SF, LERESCHE L, eds. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. J Craniomandibular Disord Facial Oral Pain 1992; 6(4):301-355.

RDC/TMD eixo II Anamnese de dor crônica

39. Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora (cabeça), na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado?

Não	0
Sim	1

40. Como você classificaria a sua dor facial em uma escala de 0 a 10, no presente momento, isto é exatamente agora, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ?

Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

41. Nos últimos seis meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ?

Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

42. Nos últimos seis meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ? [Isto é, sua dor usual nas horas que você estava sentindo dor].

Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

43. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades usuais (trabalho, escola, serviço doméstico) devido a dor facial?

_____ dias

44. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial interferiu com suas atividades diárias de acordo com uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade” ?

Nenhuma interferência 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz de realizar qualquer atividade

45. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial alterou a sua capacidade de participar de atividades recreativas, sociais e familiares onde 0 é “nenhuma alteração” e 10 é “alteração extrema” ?

Nenhuma alteração 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alteração extrema

46. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviço domésticos) onde 0 é “nenhuma alteração” e 10 é “alteração extrema” ?

Nenhuma alteração 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alteração extrema

ANEXO E - RDC eixo II: Pontuando a escala

PUCRS - CLÍNICA DE OCLUSÃO - RDC/DTM Eixo II (Avaliação de Depressão e Somatização)

Leia, por favor, cada uma das perguntas abaixo e responda de acordo. Para cada uma das perguntas circule apenas uma resposta.

38 No último mês, o quanto você esteve angustiado devido a:

	Nada	Um pouco	Moderado	Muito	Extremo						
a. Dores de cabeça	0	1	2	3	4	v. Sentir-se desanimado sobre o futuro.	0	1	2	3	4
b. Perda do interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4	w. Sentir-se fraco em partes do seu corpo	0	1	2	3	4
c. Fraqueza ou vertigem	0	1	2	3	4	x. Sensação de peso nos braços ou nas pernas	0	1	2	3	4
d. Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4	y. Pensamentos de acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
e. Sentindo falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4	z. Comer demais	0	1	2	3	4
f. Sensação de morte ou agônica	0	1	2	3	4	aa Acordar de madrugada	0	1	2	3	4
g. Falta de apetite	0	1	2	3	4	bb Sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
h. Chorar facilmente	0	1	2	3	4	cc Sentir que tudo é sacrifício	0	1	2	3	4
i. Culpar a si mesmo pelas coisas	0	1	2	3	4	dd Sensação de inutilidade	0	1	2	3	4
j. Dor na parte inferior das costas	0	1	2	3	4	ee Sensação de ter sido iludido ou perseguido	0	1	2	3	4
k. Sentir-se solitário	0	1	2	3	4	ff Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
l. Sentir-se triste m. Preocupar-se demais com as coisas	0	1	2	3	4						
n. Não sentir interesse nas coisas	0	1	2	3	4						
o. Náuseas ou distúrbios no estômago	0	1	2	3	4						
p. Músculos doloridos	0	1	2	3	4						
q. Dificuldade para adormecer	0	1	2	3	4						
r. Dificuldade para respirar	0	1	2	3	4						
s. Acessos de calor ou frio	0	1	2	3	4						
t. Dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4						
u. Um inchaço ou protuberância na sua garganta.	0	1	2	3	4						

- 1) Somar os ítems respondidos. Anote o “Total de ítems” abaixo na terceira coluna. Se o número total de ítems for menor que o número mínimo indicado na primeira coluna a escala não poderá ser pontuada e deverá ser registrada como anulada.
- 2) Some os ítems respondidos para todos os ítems respondidos: Nem um pouco =0; um pouco = 1; Moderadamente = 2; muito = 3; Extremamente = 4. Anote a “Pontuação total” abaixo.
- 3) Divida a pontuação obtida pelo número de ítems respondidos.
Anote a “Pontuação da Escala” abaixo.
- 4) Utilize o guia abaixo para classificar o paciente em cada escala.

	Pontuação <u>total</u>	[dividido por]	Total <u>Ítems</u>	[igual]	Pontuação da escala
<u>Depressão:</u>					
Questão 38, Ítems: b, e, h, i, k, l, m, n, v, y, cc, dd, ee, f, g, q, z, aa, bb, ff	<input type="text"/>	÷	20	=	<input type="text"/>
<u>Sintomas físicos</u>					
<u>não específicos (incluindo</u> <u>ítems de dor):</u>	<input type="text"/>	÷	12	=	<input type="text"/>
Questão 38, Ítems: a, c, d, j, o, p, r, s, t, u, w, x					
<u>Sintomas físicos</u>					
<u>não específicos (excluindo</u> <u>ítems de dor):</u>	<input type="text"/>	÷	7	=	<input type="text"/>
Questão 38, Ítems: c, r, s, t, u, w, x					

AXIS II: PROTOCOLO DE PONTUAÇÃO PARA GRADUAÇÃO DE DOR CRÔNICA

ALGUMA DOR RELATADA NO MÊS PASSADO? (*Questionário de história, Questão 39*)

Se NÃO, Graduação da dor Crônica (GDC)=0

Se SIM, Continuar

CARACTERÍSTICAS DE INTENSIDADE DA DOR (CID): (*GDC Escala, Questões 40, 41, e 42*).

Calcular abaixo:

$$CID = \frac{\text{Questão \#40}}{\text{Questão \#40}} + \frac{\text{Questão \#41}}{\text{Questão \#41}} + \frac{\text{Questão \#42}}{\text{Questão \#42}} = \text{_____} \text{ dividir por } 3 = \text{_____} \times 10 = \boxed{\text{_____}}$$

PONTOS DE INCAPACIDADE:

Dias de incapacidade: (*GDC Escala, Questão 43*)

Número de dias incapacitados = $\frac{\text{Questão \#43}}{\text{Questão \#43}}$



Pontuação de incapacidade:
(*GDCP Escala, Questões 44,45 and 46*)

$$\frac{\text{Questão \#44}}{\text{Questão \#44}} + \frac{\text{Questão \#45}}{\text{Questão \#45}} + \frac{\text{Questão \#46}}{\text{Questão \#46}} = \text{_____}$$

dividir por 3 = _____

x 10 = _____



0- 6	dias = 0 Pontos de incapacidade	Pontuação de 0 - 29 = 0 Pontos de incapacidade
7-14	dias = 1 Pontos de incapacidade	Pontuação de 30- 49 = 1 Pontos de incapacidade
15 - 30	dias = 2 Pontos de incapacidade	Pontuação de 50- 69 = 2 Pontos de incapacidade
31+	dias = 3 Pontos de incapacidade	Pontuação de 70+ = 3 Pontos de incapacidade

$$\text{_____} + \text{_____} = \text{_____} \quad \textbf{(PONTOS DE INCAPACIDADE)}$$

(Pontos por dia de incapacidade) (Pontos por dia de incapacidade)

CLASSIFICAÇÃO DE GRADUAÇÃO DA DOR CRÔNICA:

Grau 0 Sem dor nos últimos 6 meses

Baixa Incapacidade

Grau I *Baixa Intensidade* Característica da intensidade da dor < 50, e menos do que 3 pontos de incapacidade

Grau II *Alta Intesidade* Característica da intensidade da dor ≥ 50, e menos do que 3 pontos de incapacidade

Alta Incapacidade

Grau III *Limitação Moderada* 3 a 4 Pontos de incapacidade, independente da característica de intensidade de dor

Grau IV *Limitação Severa* 5 a 6 Pontos de incapacidade, independente da característica de intensidade de dor

ANEXO F – Questionário de avaliação do sono (SAQ)

Responda com um (X) a alternativa (apenas uma) que melhor descrever o seu caso.

	Nunca (0)	Raramente (1)	As vezes (2)	Frequente mente (3)	Sempre (4)	Não Sei (0)
No último mês, você sentiu:						
21. Dificuldade para dormir?						
22. Dormiu por menos de cinco horas?						
23. Dormiu por mais de nove horas?						
24. Acordou repetidas vezes durante o sono?						
25. Roncou, a ponto de incomodar o seu parceiro?						
26. Dificuldade de respiração durante o sono ?						
27. Que se mexe muito na cama durante o sono (chuta ou mexe a perna)?						
28. Pesadelos ou acorda gritando?						
29. Levanta antes do horário desejado (dorme menos do que gostaria)?						
30. Levanta cansado ou sentindo que não dormiu bem?						
31. Levanta com dores e/ou rigidez na musculatura?						
32. Adormece sentado (ao ler ou ver televisão, ônibus, etc.)						
33. Adormece enquanto dirige ou fala com as pessoas?						
34. Trabalha além do horário de trabalho?						
35. Trabalha no turno da noite?						
36. Não tem hora para ir para cama e/ou para levantar?						
37. Toma remédio para dormir ou para os nervos?						

ANEXO G — Sintomas de bruxismo do sono (noturno) e em vigília (noturno)

10. Já lhe disseram que você range os dentes à noite enquanto dorme? Sim () Não () Não aplica ()

10a. Quem notou? () dentista/médico () familiar () companheiro/a de quarto

11. Você já notou que você range os dentes durante à noite durante o sono? Sim () Não () Não aplica ()

11a. Quantas vezes? () 1 vez por semana, () 2 vezes por semana, () 3 vezes por semana ou mais

12. Nas últimas duas semanas, já lhe disseram que você range os dentes à noite durante o sono?

Sim () Não () Não aplica ()

12a. Quem notou? () dentista/médico () familiar () companheiro de quarto

12b. Quantas vezes? () 1 vez por semana, () 2 vezes por semana, () 3 vezes por semana ou mais

13. Nas últimas duas semanas, você já notou que você range os seus dentes à noite durante o sono?

Sim () Não () Não aplica ()

14. Você já notou se você morde o lábio?

Sim () Não () Não aplica ()

15. Você já notou se roe as unhas?

Sim () Não () Não aplica ()

16. Você já notou se você mastiga chiclete?

Sim () Não () Não aplica ()

17. Você já notou se você aperta ou range (esfrega) os dentes enquanto acordado, ou durante o dia?

Sim () Não () Não aplica ()

18. Você já notou que seus dentes estão mais desgastados ou quebrados do que deveriam estar?

Sim () Não () Não aplica ()

19. Nas duas últimas semanas, você já notou se você aperta os dentes enquanto acordado, ou durante o dia?

Sim () Não () Não aplica ()

20. Você percebe os seguintes sintomas ao despertar:

Sim () Não () Não aplica ()

20a. Sensação de cansaço, sensação de aperto ou dor na mandíbula ao acordar?

Sim () Não () Não aplica ()

20b. Sentindo que seus dentes estão cerrados ou seus dentes ou gengiva estão sempre doloridos ao acordar pela manhã?

Sim () Não () Não aplica ()

20c. Dor em suas têmporas (dor de cabeça) ao acordar?

Sim () Não () Não aplica ()

20d. Dificuldade de abrir a boca ao acordar?

Sim () Não () Não aplica ()

20e. Sensação de tensão em sua articulação têmporo-mandibular ao despertar e sensação como se você tivesse que mover a mandíbula para relaxá-la?

Sim () Não () Não aplica ()

20f. Ouvir ou sentir um estalo ou “click” na articulação têmporo-mandibular ao acordar que desaparece depois?

Sim () Não () Não aplica ()

ANEXO H – Termo consubstanciado

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NOS DISTÚRBIOS TEMPOROMANDIBULARES EM ADOLESCENTES DO ENSINO PÚBLICO DE CAXIAS DO SUL - RS (O ESTUDO DE CAXIAS DO SUL).

Pesquisador: Marcio Lima Grossi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59623416.1.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.809.304

Apresentação do Projeto:

Trata-se de tese de doutorado, já qualificada, conforme ata apresentada. Este estudo é um levantamento epidemiológico a ser realizado em 1.430 adolescentes em Caxias do Sul da rede pública escolar estadual, e torna-se importante um estudo que vise avaliar a associação entre aspectos psicossociais e sua relação com distúrbios de dor orofacial e distúrbios temporomandibulares e suas correlações com saúde bucal. A avaliação das condições de saúde bucal em adolescentes é um indicador importante, particularmente quando analisado a partir das tendências estabelecidas desde a infância. Considerando a possibilidade de comparação com os dados obtidos nos levantamentos epidemiológicos no Brasil de 1986 e de 2003 em nosso estudo, optou-se manter a faixa de 15 a 19 anos. Os resultados ajudarão a incorporação de estratégias de autocuidados de saúde bucal e para a DTM dolorosa crônica na população de estudantes, visando melhorar a conscientização e incorporação de estratégias ativas, mais eficazes para esta doença tão pouco discutida pelos órgãos de saúde. Além disso, propicia utilizar os dados desta pesquisa para

futuras associações com fatores preditores da doença tais como bruxismo, distúrbios do sono, depressão e fatores psicossociais com questionários validados. Acredita-se ainda que o sono possa estar associado à disfunção temporomandibular e dor orofacial, e também ter um impacto na

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.809.304

performance dos alunos (GROSSI, 1998). Procurar-se-á avaliar a relação entre sono e performance escolar, baseado no número de reprovações de cada aluno. Para observar o padrão de ocorrência das doenças em relação a variáveis ligadas às pessoas com a faixa etária de 15 a 19 anos, no momento da coleta dos dados nas escolas de Caxias do Sul, será realizado um estudo transversal de base escolar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral do estudo será investigar as Disfunções Temporomandibulares e Dor Orofacial e seus fatores associados com a saúde bucal de adolescentes na Cidade de Caxias do Sul – RS.

Objetivo Secundário:

Objetivos Específicos: a) Estimar a prevalência de DTM e de Dor Orofacial em adolescentes; b) Conhecer os fatores associados a DTM e Dor Orofacial; c) Testar a associação entre DTM e Dor Orofacial com aspectos psicossociais (depressão, sono, qualidade de vida); d) Descrever aspectos demográficos, comportamentais, de saúde bucal e psicossociais dos adolescentes e) Estabelecer a relação entre sono e performance escolar baseado no número de reprovações dos alunos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos.

Benefícios:

Em função dos poucos levantamentos epidemiológicos realizados em adolescentes torna-se importante um estudo que vise avaliar a associação entre aspectos psicossociais e sua relação com distúrbios de dor orofacial e distúrbios temporomandibulares e suas correlações com saúde bucal. A avaliação das condições de saúde bucal em adolescentes é um indicador importante, particularmente quando analisado a partir das tendências estabelecidas desde a infância. Considerando a possibilidade de comparação com os dados obtidos nos levantamentos epidemiológicos no Brasil de 1986 e de 2003 em nosso estudo, optou-se manter a faixa de 15 a 19 anos. Os resultados ajudarão a incorporação de estratégias de autocuidados de saúde bucal e para a DTM dolorosa crônica na população de estudantes, visando melhorar a conscientização e incorporação de estratégias ativas, mais eficazes para esta doença tão pouco discutida pelos órgãos de saúde. Além disso, propicia utilizar os dados desta pesquisa para futuras associações com fatores preditores da doença tais como bruxismo, distúrbios do sono, depressão e fatores psicossociais. Acredita-se ainda que o sono possa estar associado à disfunção temporomandibular e dor orofacial, e também ter um impacto na performance dos alunos (GROSSI, 1998).

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@puhrs.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 1.809.304

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações/comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_745854.pdf	23/10/2016 13:12:12		Aceito
Outros	CartaRespostaPendencias.pdf	23/10/2016 13:02:46	Marcio Lima Grossi	Aceito
Outros	anuencia_estadual.pdf	16/10/2016 22:26:40	Marcio Lima Grossi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpacientes.docx	16/10/2016 22:19:39	Marcio Lima Grossi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEresponsaveis.docx	16/10/2016 22:19:18	Marcio Lima Grossi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	01/09/2016 09:55:03	Marcio Lima Grossi	Aceito
Outros	Lattespesquisadores.pdf	28/06/2016 11:26:51	Marcio Lima Grossi	Aceito
Outros	Questionariosparticipantes.pdf	28/06/2016 11:26:12	Marcio Lima Grossi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Folha_de_rosto_do_projeto_assinada.pdf	28/06/2016 11:24:30	Marcio Lima Grossi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartaaprovaocaomissaocientifica.pdf	28/06/2016 11:23:42	Marcio Lima Grossi	Aceito
Outros	Termoassentimento.pdf	28/06/2016	Marcio Lima Grossi	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.809.304

Outros	Termoassentimento.pdf	11:22:28	Marcio Lima Grossi	Aceito
Outros	Atadefesa.pdf	28/06/2016 11:21:51	Marcio Lima Grossi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaocoordregeducacao.pdf	27/06/2016 15:42:10	Marcio Lima Grossi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termocompromissousodados.pdf	27/06/2016 15:41:37	Marcio Lima Grossi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoconsentimentolivreesclarecido.pdf	27/06/2016 15:40:08	Marcio Lima Grossi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	27/06/2016 15:37:39	Marcio Lima Grossi	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/06/2016 15:36:47	Marcio Lima Grossi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	27/06/2016 15:36:21	Marcio Lima Grossi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Novembro de 2016

Assinado por:
Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puhrs.br

ANEXO I – Termo de consentimento livre e esclarecido**COMISSÃO CIENTÍFICA E DE ÉTICA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA PUCRS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*****A INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NOS DISTÚRBIOS
TEMPOROMANDIBULARES E DOR OROFACIAL EM ADOLESCENTES DA
REDE PÚBLICA DE ENSINO DE CAXIAS DO SUL – RS.***

Este trabalho objetiva avaliar se o paciente apresenta algum tipo de dor na mandíbula ou próximo do ouvido (região chamada de articulação temporomandibular ATM). Também quer verificar se há fatores que podem aumentar estas dores, tais como problemas de sono, depressão. Além disso, quer observar se isso influencia no rendimento escolar do aluno.

Para isso o aluno terá que preencher um questionário. Não se espera nenhum tipo de risco ou desconforto com esta pesquisa, os casos diagnosticados serão encaminhados ao setor de tratamento especializado da faculdade da serra gaúcha, no curso de odontologia. Os pais e o(a) aluno(a), permitirá que a escola informe o número de recuperações finais que o(a) aluno(a) teve ao final do ano escolar

Qualquer dúvida durante o trabalho poderá ser realizada ao pesquisador responsável e o paciente tem o direito de abandonar a pesquisa em qualquer momento sem prejuízo para si, e sem custo para participação da mesma.

Eu,(paciente ou responsável) fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do tratamento recebido e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. O Dr. Marcio Lima Grossi(pesquisador responsável) certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, bem como terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar o Prof. Dr. Marcio Lima Grossi (pesquisador responsável) no telefone (51) 33203538. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar Luana Gomes (54) 30251398, assim como entrar em contato com o CEP-PUCRS (Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS) pelo telefone (51) 33203345. para qualquer esclarecimento.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

_____/_____/_____
Assinatura do Paciente Nome do Paciente / / /
Data

_____/_____/_____
Assinatura do Pesquisador Suzana Uggeri Coradini
Nome do Pesquisador / / /
Data

Este formulário foi lido para _____ (nome do paciente)
em ___/___/___ (data) por Suzana Uggeri Coradini enquanto eu estava presente.

_____/_____/_____
Assinatura de testemunha Nome de Testemunha / / /
Data

ANEXO J - Termo de compromisso de emprego de dados

Como autores do projeto intitulado ***A INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NOS DISTÚRBIOS TEMPOROMANDIBULARES E DOR OROFACIAL EM ADOLESCENTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DE CAXIAS DO SUL – RS***, declaramos que cumprimos os requisitos da resolução 466/12 e suas complementares. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa submetido, garantindo sigilo quanto à identificação dos mesmos.

Assinatura do Pesquisador

Suzana Uggeri Coradini
Nome do Pesquisador

____/____/____
Data

ANEXO K – Termo de Assentimento

COMISSÃO CIENTÍFICA E DE ÉTICA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA PUCRS

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada, ***A INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NOS DISTÚRBIOS TEMPOROMANDIBULARES E DOR OROFACIAL EM ADOLESCENTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DE CAXIAS DO SUL – RS*** sob minha responsabilidade e do orientador Professor Dr. Márcio Lima Grossi, cujo (s) objetivo (s) é investigar se o paciente apresenta algum tipo de dor na mandíbula ou próximo do ouvido (região chamada de articulação temporomandibular). Também quer verificar se há fatores que podem aumentar estas dores, tais como problemas de sono, depressão. Além disso, quer observar se isso influencia no rendimento escolar do aluno. Para realização deste trabalho usaremos o(s) seguinte(s) método(s):

Será aplicado um questionário, seu nome assim como todos os dados que lhe identifiquem serão mantidos sob sigilo absoluto, antes, durante e após o término do estudo. Não há riscos e/ou desconforto em participar desta pesquisa. Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa permitirão a incorporação de estratégias de autocuidados de saúde bucal e para a DTM dolorosa crônica na população de adolescentes. No curso da pesquisa você tem os seguintes direitos: a) garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; b) liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, mesmo que seu pai ou responsável tenha consentido sua participação, sem prejuízo para si ou para seu tratamento (se for o caso); c) garantia de nenhum dano a sua pessoa. Os pais e o(a) aluno(a), permitirão que a escola informe o número de recuperações finais que o(a) aluno(a) teve ao final do ano escolar. Caso hajam gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador. Nos casos de dúvidas você deverá falar com seu responsável, para que ele procure os pesquisadores, a fim de resolver seu problema (informar nome, endereço profissional e telefone do pesquisador responsável e de toda equipe). Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar Prof. Dr. Márcio Lima Grossi (pesquisador responsável) no telefone (51) 33203538. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha

participação, posso chamar Luana Gomes (54) 30251398, assim como entrar em contato com o CEP-PUCRS (Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS) pelo telefone (51) 33203345 para qualquer esclarecimento.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Assentimento.

_____/_____/_____
Assinatura do Responsável Nome do Responsável Data

_____/_____/_____
Assinatura do Pesquisador Suzana Uggeri Coradini Nome do Pesquisador Data

Este formulário foi lido para _____ (nome do paciente)
em ___/___/___ (data) por Suzana Uggeri Coradini enquanto eu estava presente.

_____/_____/_____
Assinatura de testemunha Nome de Testemunha Data



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br