

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

LUIZ EDUARDO MARINHO VIEIRA

**PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR EM ALUNOS DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA**

PATOS – PB

2016

LUIZ EDUARDO MARINHO VIEIRA

**PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR EM ALUNOS DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Dr.^a Maria Carolina Bandeira Macena Guedes

PATOS – PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

V657p

Vieira, Luiz Eduardo Marinho

Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em alunos do ensino médio da rede privada / Luiz Eduardo Marinho Vieira. – Patos, 2016.
58f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

“Orientação: Profa. Dra. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes”.

Referências.

1. Dor facial.
 2. Transtornos da articulação temporomandibular.
 3. Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular.
 4. Articulação Temporomandibular.
 5. Epidemiologia.
 6. Saúde Pública.
- I. Título.

CDU 616.314-089.23

LUIZ EDUARDO MARINHO VIEIRA

PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR EM ALUNOS DO ENSINO MÉDIO DA REDE
PRIVADA

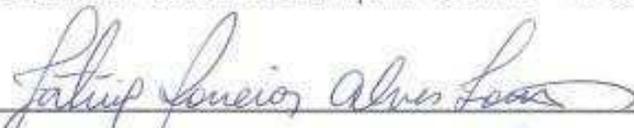
Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado à
Coordenação do curso de
Odontologia da Universidade
Federal de Campina Grande -
UFCG como parte dos requisitos
para a obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Data de aprovação: 10/07/16

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes – Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof^ª. Dr^ª. Fátima Roneiva Alves Fonseca – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr. Rodrigo Araujo Rodrigues – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que muito me apoiou e incentivou a realizá-lo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à energia que rege o universo, pelo dom da vida, pela saúde e pela força a mim dados para continuar esta trajetória e vencer todas as dificuldades.

Aos meus pais, Aparecido Vieira e Valdilene Marinho, por todo o amor, incentivo e apoio incondicional para a realização dos meus sonhos.

Aos meus amados irmãos, Carlos André, Ana Maria e Ana Beatriz, que são grande parte da minha fonte de força nesta longa trajetória da vida.

À minha maravilhosa família, que foi minha base durante todo este tempo. Em especial ao meu tio Vanderley Marinho, pelo companheirismo e por sempre acreditar em minha capacidade de vencer os desafios da vida, e à minha tia Isabel Vieira, por todo o cuidado e incentivo prestado.

Aos meus queridos amigos, por todo o aprendizado, motivação, amizade e compreensão. Em especial àqueles que me acompanharam durante estes cinco longos anos de graduação, e com certeza me acompanharão para o resto da vida.

Aos docentes, por sua significativa contribuição para a minha formação pessoal e profissional. Em especial a minha orientadora Maria Carolina Macena, pela sua disponibilidade, paciência e colaboração.

Aos demais funcionários, por todo o apoio oferecido.

Aos pacientes, pela confiança depositada e por serem os instrumentos de estudo de cada dia.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista.

“Se a tua dor te aflige, faz dela um poema”.

Eça de Queirós

RESUMO

Introdução: A dor orofacial (DOF) é apresentada como todo tipo de dor associada aos tecidos mineralizados e não mineralizados da cavidade oral e da face. Já a disfunção temporomandibular (DTM) é definida pela American Academy of Orofacial Pain (AAOP) como um conjunto de distúrbios que envolvem a articulação temporomandibular (ATM) e/ou músculos da mastigação. A DTM apresenta etiologia multifatorial, porém expõe os fatores anatômicos, neuromusculares e psicogênicos como principais. Alunos do ensino médio apresentam elevado risco de desenvolvimento de DTM devido à maior exposição aos fatores psicogênicos associados a esta. O Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) é um instrumento já validado utilizado no diagnóstico desta entidade, que mostrou resultados reprodutíveis para a população brasileira, permitindo a inclusão do Brasil em estudos epidemiológicos transculturais em DTM. **Objetivo:** O presente estudo objetivou avaliar através do RDC/TMD a prevalência de sinais e sintomas de DTM em alunos do ensino médio da rede privada no ano de 2014. **Método:** O formulário RDC/TMD foi aplicado em uma população de 175 alunos, e os dados foram submetidos à análise estatística pelo programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 17, sendo apresentados de forma qualiquantitativa. **Resultados:** dor na face (23,43%), travamento com limitação de abertura (18,3%), estalido (32%), crepitação (18,9%), bruxismo ou apertamento noturno (10,3%), bruxismo ou apertamento diurno (19,4%), cansaço ou dor na mandíbula ao acordar (17,7%), zumbido (38,3%), alteração oclusal momentânea (18,3%), dor de cabeça/enxaqueca (54,9%). A dor na face foi majoritariamente classificada como recorrente (68,29%) e de intensidade leve. **Conclusão:** A população estudada apresentou uma alta prevalência de sinais e sintomas de DTM. Destes, o sinal mais referido foi o estalido e o sintoma mais frequente foi a dor de cabeça ou enxaqueca. A maior prevalência de sinais e sintomas de DTM ocorreu no sexo feminino e este apresentou dores que variaram de leves à intensas com episódios recorrentes.

Descritores: Dor Facial; Transtornos da Articulação Temporomandibular; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Articulação Temporomandibular; Epidemiologia; Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction The orofacial pain (OFP) is presented as every sort of pain associated with mineralized and non-mineralized tissues of the oral cavity and the face. As to the temporomandibular dysfunction (TMD), it is defined by the American Academy of Orofacial Pain (AAOP) as a set of disorders that involve the temporomandibular articulation and/or mastication muscles. The TMD has a multifactorial etiology, however, it exposes the anatomical, neuromuscular and psychogenic factors as the main ones. High school students show a high risk of developing TMD due to greater exposure to psychogenic factors associated with it. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) is an already validated instrument used in the diagnosis of this entity, which has shown reproducible results for the Brazilian population, hence permitting the inclusion of Brazil in the hall of the transcultural epidemiologic transcultural studies on DTM. **Purpose:** The purpose of the present study was to evaluate, through RDC/TMD the prevalence of signs and symptoms of TMD in high school students of the private system in 2014. **Methodology:** The RDC/TMD form was handed to a number of 242 students, and the data was statistically analyzed by the Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) software, version 17, and presented in a quali-quantitative manner. **Results:** facial pain (22.43%), clamping with opening limitation (18.3%), clicks (32%), crepitation (18.9%), bruxism or nightly clenching (10.3%), bruxism or daily clenching (19.4%), fatigue or jaw pain upon waking (17.7%), tinnitus (38.3%), momentary occlusal alteration (18.3%), headache/migraine (54.9%). Facial pain was mostly classified as recurrent (68.29%) and of mild intensity. **Conclusion:** The individuals in the sample had a high prevalence of signs and symptoms of TMD. The most related sign was the click and the most frequent symptom was headache or migraine. The higher prevalence of signs and symptoms of TMD occurred in females and it consisted in pain ranging from mild to severe with recurrent episodes.

Keywords: Facial Pain; Temporomandibular Joint Disorders; Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Temporomandibular Joint; Epidemiology; Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Distribuição de dor na face	24
Quadro 2 – Frequência com a qual os indivíduos sentem dor na face	25
Quadro 3 – Classificação da intensidade da dor na face	26
Quadro 4 – Número de sinais e sintomas referidos por indivíduo	26
Quadro 5 – Distribuição de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação temporomandibular
DTM	Disfunção temporomandibular
RDC/TMD	Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
DOF	Dor orofacial
AAOP	American Academy of Orofacial Pain

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1	A DOR OROFACIAL E A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.....	13
2.2	EPIDEMIOLOGIA.....	13
2.3	ETIOLOGIA.....	14
2.4	A SOMATIZAÇÃO DOS FATORES PSICOSSOCIAIS NA ADOLESCÊNCIA.....	15
2.5	SINAIS E SINTOMAS.....	16
2.6	RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS (RDC/TMD).....	16
	REFERÊNCIAS.....	18
3	ARTIGO.....	22
	APÊNDICE A (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)..	37
	APÊNDICE B (TERMO DE ASSENTIMENTO).....	39
	APÊNDICE C (PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP).....	41
	ANEXO A (VERSÃO EM PORTUGUÊS DO QUESTIONÁRIO RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS (RDC/TMD): AXIS II (DWORKIN; LERESCHE, 1992).....	44
	ANEXO B (NORMAS DE PUBLICAÇÃO E INSTRUÇÕES AOS COLABORADORES DA REVISTA BRASILEIRA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE – RBPS).....	50

1 INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é uma articulação do tipo sinovial, bilateral, composta pelo côndilo da mandíbula na sua porção inferior e pelo tubérculo articular e fossa mandibular em sua porção superior (FREITAS et al., 2011). Entre essas estruturas ósseas encontra-se o disco articular, que tem a função de regularizar as discrepâncias anatômicas existentes entre suas superfícies, absorver choques mecânicos e permitir a adequada movimentação da articulação (GUTIERREZ; GROSSMANN; GROSSMANN, 2011).

Esta articulação atua nos movimentos mandibulares auxiliando na função mastigatória, fonação e deglutição (BIASOTTO-GONZALEZ et al., 2012), realizando para isto cerca de 2.000 ações por dia, e conseqüentemente é caracterizada como a articulação mais atuante do corpo humano, apresentando maior probabilidade de ser acometida por disfunções (FREITAS et al., 2011).

A ATM pode ser acometida de forma semelhante às outras articulações do corpo humano por afecções inflamatórias, traumáticas, infecciosas, congênitas, neoplásicas e do desenvolvimento (SENNA, 2010).

O principal sintoma associado às alterações provocadas na ATM e que pode ou não encontrar-se em associação ao processo inflamatório, é a dor (LOPES; CAMPOS; NASCIMENTO, 2011).

A literatura afirma que a ATM pode ser injuriada por dores crônicas não apenas associadas a fatores biológicos, mas também associada a fatores psicossociais (CABRAL, 2015).

A disfunção temporomandibular (DTM) apresenta etiologia multifatorial, não sendo possível, portanto, reconhecer um único fator etiológico desencadeante, apresentando três grupos principais de fatores etiológicos: os fatores anatômicos, os neuromusculares e os psicogênicos (MORAIS, 2014).

Esta condição falhou em demonstrar associação entre uma etiologia comum ou base biológica clara e sinais e sintomas sendo, portanto, considerada um grupo heterogêneo de problemas de saúde relacionados a dor crônica (MAYDANA et al., 2010).

A observação do aumento de depressão, estresse, somatização e ansiedade na população apontam para a influência dos fatores psicogênicos na etiologia e desenvolvimento da DTM (MORAIS, 2014).

Alunos em fase de preparação para os exames de seleção de instituições de ensino superior encontram-se em um grupo potencial de risco de desenvolvimento de DTM devido a uma maior exposição aos fatores psicogênicos associados, dentre eles a ansiedade (GOYATÁ et al., 2010).

Em virtude da complexidade da DTM o estabelecimento precoce e correto de seu diagnóstico torna-se fundamental, evitando assim danos às funções estomatognáticas (BASSO; CORRÊA; SILVA, 2010).

O objetivo desta pesquisa foi determinar, através do eixo II do Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), a prevalência de sinais e sintomas de DTM em uma população de adolescentes matriculados no 1º e 3º ano do ensino médio da rede privada de ensino da cidade de Patos - Paraíba, no ano de 2014.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A DOR OROFACIAL E A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

A dor orofacial (DOF) é definida como todo tipo de dor associada aos tecidos mineralizados e não mineralizados, sejam eles pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos, da cavidade oral e da face (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010). Já a DTM é definida pela American Academy of Orofacial Pain (AAOP) como um conjunto de distúrbios que envolvem a ATM e/ou músculos da mastigação (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010; LEEUW, 2010).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Lacerda et al. (2011b) aferiram a prevalência da DOF e seu impacto no desempenho diário de trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna – SC através do questionário proposto por Locker e Gruska, que apresenta seis questões sobre o tipo, o local e a intensidade da dor nos últimos seis meses. Verificaram que 32,2% dos indivíduos relatava a presença de DOF, sendo a dor de dente o tipo mais frequente (25,5%). A DOF foi classificada majoritariamente como leve e 11,6% dos trabalhadores que relataram dor no último semestre precisou faltar ao trabalho.

Nascimento (2011) realizou um estudo com alunos do ensino médio das redes pública e privada da cidade de Campina Grande-PB utilizando o Índice Anamnésico de Fonseca (IAF) e Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), sendo notado que dos 461 entrevistados 75,1% apresentava sinais ou sintomas de DTM. Em meio a estes, observou-se que 69,2% apresentava tensão ou ansiedade como padrão de comportamento, 61,8% má articulação entre os dentes, 53,6% cansaço ou desconforto ao mastigar, 49,2% estalidos ou ruídos ao movimentar a mandíbula, 48,6% dor de cabeça frequente, 39% bruxismo, ranger ou apertar dos dentes, 37,7% dor na nuca ou pescoço, 24,1% dor no ouvido ou região próxima, 19,1% dificuldade ou limitação na abertura bucal, 12,1% dificuldades nos movimentos da mandíbula ou na sua lateralização.

Milet (2011) avaliou, através do RDC/TMD, doentes triados para uma consulta hospitalar de DTM, observando que dos 80 indivíduos analisados 78,75% apresentavam dor facial, 26,25% limitação do movimento de abertura, 22,5% estalidos na ATM, 17,5% cefaleias, 11,25% otalgias, 3,75% parestesia, 3,75% zumbidos, 2,5% rangido, 2,5% dor no pescoço, 1,25% dor na gengiva, 1,25% desvio de abertura bucal, 1,25% luxação da ATM, 1,25% mordida desconfortável, e 1,25% ardência bucal. Em relação a quantidade de sinais e sintomas apresentados por cada participante foi observado que, 43,75% apresentavam apenas um sinal ou sintoma de DTM, enquanto 42,5% apresentavam dois e 13,75% apresentavam três ou mais.

Lacerda et al. (2011a) realizaram um estudo acerca de hábitos auditivos e comportamento de adolescentes diante das atividades de lazer ruidosas através da versão brasileira do questionário Youth Attitude to Noise Scale (YANS). E neste estudo, pôde-se constatar que 38,4% dos adolescentes eram acometidos por zumbido.

2.3 ETIOLOGIA

A DOF está associada à redução do fluxo sanguíneo e aumento da quantidade de metabólitos nos tecidos musculares, ocasionando o surgimento da fadiga e dor (SPEZZIA et al., 2014).

Várias teorias foram apresentadas para explicar a etiologia da DTM, e duas delas dividiram os estudiosos: a teoria dento-muscular e a teoria psicogênica. A teoria dento-muscular apontava as alterações oclusais, tendo a exemplo os contatos prematuros e interferências oclusais, como o principal fator etiológico, e afirmava ainda que a sua presença ocasionaria o surgimento de hábitos bucais deletérios. Já a teoria psicogênica, ou psicológica, sugeria que os distúrbios emocionais eram os principais fatores desencadeantes de hábitos parafuncionais, o que resultaria na hiperatividade muscular (MORAIS, 2014).

A etiologia da DTM é considerada multifatorial, não sendo possível, portanto, reconhecer um único fator etiológico desencadeante. Esta entidade apresenta três grupos principais de fatores etiológicos: os fatores anatômicos, os neuromusculares e os psicogênicos (MORAIS, 2014).

Estes fatores incluem a tensão emocional, interferências oclusivas, perda de dentes, disfunção muscular mastigatória, mudanças internas e externas na estrutura

da ATM, desvio postural, variações hormonais, alterações psicossociais e de comportamento, e uma associação de vários destes fatores (GERES et al., 2013).

2.4 A SOMATIZAÇÃO DOS FATORES PSICOSSOCIAIS NA ADOLESCÊNCIA

No Brasil a escolha profissional é feita, em sua maior parte, no fim do ensino médio, período que coincide com a adolescência, que é considerada uma das etapas mais vulneráveis ao estresse, devido à grande variedade de mudanças físicas e psicossociais (ARAÚJO et al., 2012).

A escolha profissional geralmente está entre as decisões mais importantes realizadas pelos adolescentes ao final do ensino médio, e o medo em tomar decisões erradas é algo comum entre os adolescentes (RODRIGUES; SOARES, 2014).

O receio frente à reprovação nas seleções de instituições de ensino superior e à decepção por parte dos familiares, a pressão social, a concorrência, o conteúdo programático das avaliações e o nível de dificuldade dos exames, são elementos ansiogênicos que aumentam os coeficientes de estresse dos indivíduos ao longo desse período (ARAÚJO et al., 2012).

A observação do aumento de depressão, estresse, somatização e ansiedade nestes pacientes apontam para a influência dos fatores psicogênicos na etiologia e desenvolvimento da DTM (MORAIS, 2014).

Dentre os sintomas físicos e cognitivos associados ao estresse podemos citar: aperto da mandíbula ou ranger dos dentes, dores na região maxilar, taquicardia, mãos e pés frios, boca seca, músculos tensos, câibras, fibralgias musculares, dores nas regiões cervicais, lombares ou nos membros, diarreia, hipertensão arterial, mudança de apetite, náusea, má digestão, tontura, problemas dermatológicos, enxaqueca, hipersensibilidade emotiva, aumento súbito de motivação, impulsividade, aumento de sudorese, pesadelos, vontade de fugir de tudo, tédio, apatia, depressão ou raiva prolongada, pensar continuamente num só assunto, insônia, angústia ou ansiedade, dúvida quanto a si mesmo, entusiasmo súbito, perda do senso de humor, problemas com a memória, e outros (MACHADO; VEIGA; ALVES, 2011).

O aumento da frequência, intensidade e duração dos hábitos parafuncionais, como o ranger e apertar de dentes, estimula a hiperatividade dos músculos da mastigação e sobrecarrega a ATM, propiciando a manifestação da DTM no indivíduo (NUNES, 2014).

2.5 SINAIS E SINTOMAS

A DTM abrange um largo espectro de sinais e sintomas musculares e articulares, e dentre os mais frequentes estão a dor e/ou desconforto na região periauricular, na ATM, nos músculos mastigatórios e na cervical de um ou ambos os lados, limitação da amplitude mandibular, desvios ou dificuldade durante a ação mastigatória e ruídos articulares (BIASOTTO-GONZALEZ et al., 2012; MOURA et al. 2013; PASINATO et al., 2011). Outros sintomas frequentemente relacionados a esta são dor de ouvido, sensação de ouvido tapado, zumbido, tontura, dor no pescoço e dor de cabeça. Em alguns pacientes estes eventos são de caráter agudo e o início dos sintomas é brando e autolimitado, enquanto em outros ocorre o desenvolvimento de uma DTM crônica com dor persistente, sintomas físicos, comportamentais, psicológicos e psicossociais (SENNA, 2010).

Essa numerosa quantidade de sinais e sintomas pode ser dividida em 6 grandes grupos: 1: Sons articulares (Estalos e crepitações); 2 – Travamento – aberto (inabilidade para fechar completamente), fechado (inabilidade para abrir completamente); 3 – Dor (na cabeça, pescoço e ombros); 4 – Sensibilidade muscular (na face, pescoço e ombros); 5 – Sintomas auditivos (otalgias, zumbidos); 6 – Efeitos psicossociais (SENNA, 2010).

2.6 RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS (RDC/TMD)

Diversos protocolos vêm sendo empregados no diagnóstico e classificação, assim como tratamento clínico e estratégias de investigação da DTM (GERES et al., 2013). Dentre os protocolos mencionados na literatura estão: Índice de disfunção clínica craniomandibular (IDCCM), Índice Craniomandibular (ICM) ou Índice Temporomandibular (ITM), RDC/TMD, Questionário da AAOP, Questionário e Índice de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ) e Questionário e Índice Anamnésico de Fonseca (IAF) (PEREIRA et al., 2012).

A versão em português do RDC/TMD foi validada e mostrou resultados reprodutíveis para a população brasileira, permitindo, de tal modo, a inclusão do Brasil

em estudos epidemiológicos transculturais em disfunção temporomandibular (NUNES, 2014).

Este questionário é dividido em dois eixos, onde o eixo I analisa os sinais clínicos da DTM e o eixo II os fatores sintomatológicos e psicossociais relacionados à doença (MAYDANA et al., 2010).

O eixo I consta de exame físico com 10 itens, além de especificações para a realização do exame físico e critérios diagnósticos que possibilitam a classificação dos indivíduos em três grupos; onde o grupo I enquadra a DTM do tipo muscular (dor miofascial, dor miofascial com abertura limitada), o grupo II, a DTM com deslocamento do disco articular (deslocamento de disco com redução, deslocamento de disco sem redução com abertura limitada, deslocamento de disco sem redução sem abertura limitada) e o grupo III, outras condições da ATM (artralgia, osteoartrite, osteoartrose) (GERES et al., 2013).

Já o eixo II é constituído por 31 itens, distribuídos em 4 sessões, sendo que na sessão “depressão”, no item 20, existem 20 subitens (SANTOS, 2013). As variáveis da intensidade da dor e do grau de incapacidade classificam os indivíduos em cinco graus de severidade, que variam de 0 a 4, sendo o grau 0: ausência de dor nos 6 meses anteriores, grau I: baixa incapacidade – baixa intensidade da dor, grau II: baixa incapacidade – alta intensidade de dor, grau III: grande incapacidade – limitação moderada e grau IV: grande incapacidade – limitação severa. (GERES et al., 2013). De acordo com Maydana et al. (2010) e Milanesi et al. (2013), o RCD/TMD é uma das ferramentas mais bem estruturadas para o diagnóstico de DTM, e oferece a melhor classificação baseada em evidências para os seus mais comuns subgrupos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.C. et al. Efeitos do exercício físico sobre os níveis de estresse em vestibulandos de Teresina-PI. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, [S.l.] v. 20, n. 3, p. 14-26, 2012.

BASSO, D.; CORRÊA, E.; SILVA, A.M. Efeito da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.63-68, jan./mar. 2010.

BIASOTTO-GONZALEZ, D.A et al. Análise comparativa entre dois ângulos cervicais com a oclusão em crianças com e sem DTM. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 6, p.1146-1152, 21 ago. 2012.

CABRAL, D.G. **Estresse, classe econômica e sua influência na disfunção temporomandibular: uma revisão de literatura**. 2015. 31 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

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, jun. 2010.

FREITAS, D.G.; PINHEIRO, I.C.O.; VANTIN, K.; MEINRATH, N.C.M.; CARVALHO, N.A.A. Os efeitos da desativação dos pontos-gatilho miofasciais, da mobilização articular e do exercício de estabilização cervical em uma paciente com disfunção temporomandibular: um estudo de caso. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 28, n. 1, p.33-38, jan./mar. 2011.

GERES, G.S. et al. Análise de condições clínicas em estudantes com disfunção temporomandibular. **Terapia Manual**, Londrina, v. 11, n. 53, p. 361-366, jul./set. 2013.

GOYATÁ, F.R.; TAIRA, N.V.; ALMEIDA, S.; SILVA, D.M.; TAIRA, C.V. Avaliação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras-RJ. **Internacional Journal of Dentistry**, Recife, v. 9, n. 4, p. 181-186, out./dez. 2010.

GUTIERREZ, L.M.O.; GROSSMANN, T.K.; GROSSMANN, E. Deslocamento anterior da cabeça da mandíbula: diagnóstico e tratamento. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 1, p.64-70, jan./mar. 2011.

LACERDA; A.B.M.; GONÇALVES C.G.O.; ZOCOLI A.M.F.; DIAZ C.; PAULA K. Hábitos auditivos e comportamento de adolescentes diante das atividades de lazer ruidosas. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 2, p.322-329, abr. 2011.

LACERDA, J.T.; RIBEIRO, J.D.; RIBEIRO, D.M.; TRAEBERT, J. Prevalência da dor orofacial e seu impacto no desempenho diário em trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna, SC. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p.4275-4282, out. 2011.

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

LOPES, P.R.R.; CAMPOS, P.S.F.; NASCIMENTO, R.J.M. Dor e inflamação nas disfunções temporomandibulares: revisão de literatura dos últimos quatro anos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 10, n. 3, p.317-325, set./dez. 2011

MACHADO, S.F.; VEIGA, H.M.S.; ALVES, S.H.S. Níveis de estresse em alunos de 3ª série do ensino médio. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 35-52, jul./dez. 2011.

MAYDANA, A.V.; TESCH, R.S.; DENARDIN, O.V.P.; URSI, W.J.S.; DWORKIN, S.F. Possíveis fatores etiológicos para distúrbios temporomandibulares de origem articular com implicações para diagnóstico e tratamento. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 15, n. 3, p.78-86, maio 2010.

MILANESI, J.M.; WEBER, P.; PASINATO, F.; CORRÊA, E.C.R. Severidade da distúrbio temporomandibular e sua relação com medidas cefalométricas craniocervicais. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 26, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2013.

MILET, V.O. **Disfunção temporomandibular: Estudo de sinais, sintomas e diagnóstico clínico em pacientes de DTM na consulta de Estomatologia do Hospital de S. João**. 2011. 23 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Porto - Portugal, 2011.

MORAIS, M.P.L.A. **Prevalência e associação da disfunção temporomandibular com fatores psicológicos em usuários do Programa de Saúde da Família da cidade do Recife-PE.** 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

MOURA, R.S.N.; MOURA, J.N.C.; HONFI-JÚNIOR, E.S.; RIBEIRO, E.D.; LUCENA, L.B.S. Sinais e sintomas da disfunção temporomandibular: Revisão de literatura. **Revista de Odontologia de Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 135-140, maio/ago. 2013.

NASCIMENTO, S. R. **Fatores associados à disfunção temporomandibular e à dor orofacial em escolares adolescentes de Campina Grande - PB.** 2011. 28 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

NUNES, R. **Avaliação dos resultados de tratamento em pacientes com disfunção temporomandibular (DTM) atendidos no ambulatório de oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS utilizando o questionário RDC/TMD – Um estudo longitudinal.** 2014. 78 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia - PUCRS, Porto Alegre, 2014.

PASINATO, F.; SOUZA, J.A.; CORRÊA, E.C.R.; SILVA, A.M.T. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: application of diagnostic criteria. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 77, n. 4, p. 418-425, jul./ago. 2011.

PEREIRA, C.; MARTINI, F.A.N.; JASSI, F.J.; RODRIGUES, K.S.; PIRES, P.F. Análise postural em mulheres com disfunção temporomandibular e assintomáticas. **Terapia Manual**, Londrina, v. 10, n. 50, p. 433-439, out./dez. 2012.

RODRIGUES, M.A.; SOARES, A.B. Relação entre inteligência, habilidades sociais e sintomas depressivos em adolescentes do ensino médio. **Conhecimento & Diversidade**, Niterói, v. 6, n. 12, p. 102–116 jul./dez. 2014

SANTOS, T. **Relação entre os distúrbios e factores psicológicos e as disfunções temporomandibulares - uma revisão bibliográfica.** 2013. 16 f. TCC (Graduação) - Curso de Licenciatura em Fisioterapia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.

SENN, C.E. **Prevalência de desordens temporomandibulares em acadêmicos de odontologia em Araguaína - Tocantins**. 2010. 61 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SPEZZIA, S.; PORTO, L.C.; OLIVEIRA, P.O.; WEILER, R.M.E. Disfunção temporomandibular na adolescência. **Odonto**, São Paulo, v. 22, n. 43-44, p.53-61, jan./dez. 2014.

3 ARTIGO

**PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR EM ALUNOS DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA**

Prevalence of Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorders in High School

Students From Private Educational Institutions

Disfunção temporomandibular no ensino médio

ARTIGO ORIGINAL

Maria Carolina Bandeira Macena^{1*}; Luiz Eduardo Marinho Vieira²;

Anderson de Barros Oliveira²; Gerson Bragagnoli³.

¹ Prof^a. Dr^a. da Disciplina de Clínica Infantil (CSTR/UFCG)

² Graduando em odontologia (CSTR/UFCG)

³ Prof. Dr. da Unidade Acadêmica de Medicina (CCBS/UFCG)

Endereço para correspondência:

Maria Carolina Bandeira Macena – Universidade Federal de Campina Grande / Centro de Saúde e tecnologia Rural, Avenida Universitária s/n, Patos-PB, telefone: (83) 35113000 e-mail: lcbandeira79@hotmail.com

Fonte financiadora de pesquisa: Financiamento próprio.

RESUMO

Objetivo: O presente estudo objetivou avaliar através do Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) a prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) em alunos do ensino médio da rede privada no ano de 2014.

Método: O formulário RDC/TMD foi aplicado em uma população de 175 alunos, e os dados foram submetidos à análise estatística pelo programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 17, sendo apresentados de forma quali-quantitativa. **Resultados:** dor na face (23,43%), travamento com limitação de abertura (18,3%), estalido (32%), crepitação (18,9%), bruxismo ou apertamento noturno (10,3%), bruxismo ou apertamento diurno (19,4%), cansaço ou dor na mandíbula ao acordar (17,7%), zumbido (38,3%), alteração oclusal momentânea (18,3%), dor de cabeça/enxaqueca (54,9%). A dor na face foi majoritariamente classificada como recorrente (68,29%) e de intensidade leve. **Conclusão:** A população estudada apresentou uma alta prevalência de sinais e sintomas de DTM. Destes, o sinal mais referido foi o estalido e o sintoma mais frequente foi a dor de cabeça ou enxaqueca. A maior prevalência de sinais e sintomas de DTM ocorreu no sexo feminino e este apresentou dores que variaram de leves à intensas com episódios recorrentes.

Descritores: Dor Facial; Transtornos da Articulação Temporomandibular; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Articulação Temporomandibular; Epidemiologia; Saúde Pública.

ABSTRACT

Purpose The purpose of the present study was to evaluate, through Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) the prevalence of signs and symptoms of TMD in high school students of the private system in the city of Patos, Paraíba, in 2014.

Methodology The RDC/TMD form was handed to a number of 242 students, and the data was statistically analyzed by the Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) software, version 17, and presented in a quali-quantitative manner. **Results** Facial pain (22.43%), clamping with opening limitation (18.3%), clicks (32%), crepitation (18.9%), bruxism or nightly clenching (10.3%), bruxism or daily clenching (19.4%), fatigue or jaw pain upon waking (17.7%), tinnitus (38.3%), momentary occlusal alteration (18.3%), headache/migraine (54.9%). Facial pain was mostly classified as recurrent (68.29%) and of mild intensity.

Conclusion: The individuals in the sample had a high prevalence of signs and symptoms of TMD. The most related sign was the click and the most frequent symptom was headache or migraine. The higher prevalence of signs and symptoms of TMD occurred in females and it consisted in pain ranging from mild to severe with recurrent episodes.

Keywords: Facial Pain; Temporomandibular Joint Disorders; Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Temporomandibular Joint; Epidemiology; Public Health.

INTRODUÇÃO

A dor orofacial (DOF) é definida como todo tipo de dor associada aos tecidos mineralizados e não mineralizados, sejam eles pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos, da cavidade oral e da face⁽¹⁾.

Dentre os tipos de DOF encontra-se a disfunção temporomandibular (DTM) que engloba as condições dolorosas de caráter crônico que afetam a região da cabeça, articulação temporomandibular (ATM), músculos mastigatórios, região sub-occipital e musculatura supra-escapular⁽²⁾.

A American Academy of Orofacial Pain (AAOP) define a DTM como um conjunto de distúrbios que envolvem a ATM e/ou músculos da mastigação^(1;3).

A DTM apresenta etiologia multifatorial, não sendo possível, portanto, reconhecer um único fator etiológico desencadeante. Esta apresenta três grupos principais de fatores etiológicos: os fatores anatômicos, os neuromusculares e os psicogênicos⁽⁴⁾.

Estes fatores incluem a tensão emocional, interferências oclusivas, perda de dentes, disfunção muscular mastigatória, mudanças internas e externas na estrutura da ATM, desvio postural, variações hormonais, alterações psicossociais e de comportamento, e uma associação de vários destes fatores⁽⁵⁾.

Alunos em fase de preparação para os exames de seleção de instituições de ensino superior encontram-se em um grupo potencial de risco de desenvolvimento de DTM devido a uma maior exposição aos fatores psicológicos associados, dentre eles a ansiedade⁽⁶⁾.

A escolha profissional geralmente está entre as decisões mais importantes realizadas pelos adolescentes ao final do ensino médio, e o medo em tomar decisões erradas é algo comum entre os adolescentes⁽⁷⁾.

O receio frente à reprovação nas seleções de instituições de ensino e à decepção por parte dos familiares, a pressão social, a concorrência, o conteúdo programático das avaliações e o nível de dificuldade dos exames de seleção, são elementos ansiogênicos que aumentam os coeficientes de estresse dos indivíduos ao longo desse período ⁽⁸⁾.

A observação do aumento de depressão, estresse, somatização e ansiedade nestes pacientes apontam para a influência dos fatores psicológicos na etiologia e desenvolvimento da DTM ⁽⁴⁾.

As alterações psicológicas aumentam a frequência, intensidade e duração dos hábitos parafuncionais, como o ranger e apertar de dentes, o que estimula a hiperatividade dos músculos da mastigação e sobrecarrega a ATM, propiciando a manifestação da doença nos indivíduos ⁽⁹⁾.

Devido às mudanças advindas da puberdade, este período ainda parece estar associado à altas taxas de distúrbios do sono, fator também responsável pelo aparecimento e perpetuação da DTM ⁽¹⁰⁾.

A DTM abrange um largo espectro de sinais e sintomas musculares e articulares, e dentre os mais frequentes estão a dor e/ou desconforto na região periauricular, na ATM, nos músculos mastigatórios e na cervical de um ou ambos os lados, limitação da amplitude mandibular, desvios ou dificuldade durante a ação mastigatória e ruídos articulares ^(11;12;13).

Em virtude da complexidade da DTM o estabelecimento precoce e correto de seu diagnóstico torna-se fundamental, evitando assim danos às funções estomatognáticas ⁽¹⁴⁾.

Diversos protocolos são empregados no diagnóstico e classificação, assim como no tratamento clínico e estratégias de investigação da DTM ⁽⁵⁾. Dentre estes protocolos encontra-se o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) que é um instrumento já validado, utilizado no diagnóstico desta entidade ⁽⁹⁾.

Sua versão em português foi validada e mostrou resultados reprodutíveis para a população brasileira, permitindo, de tal modo, a inclusão do Brasil em estudos epidemiológicos transculturais em DTM ⁽⁹⁾.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de sinais e sintomas de DTM em alunos do ensino médio da rede privada do município de Patos - Paraíba, no ano de 2014.

MÉTODOS

A presente pesquisa teve caráter quali-quantitativo e foi realizada em escolares de ambos os sexos, matriculados no 1º e 3º ano do ensino médio, da rede privada, no município de Patos-PB, no ano de 2014.

Os alunos participantes da amostra assinaram o Termo de Assentimento (APÊNDICE B) e seus pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Foram excluídos da pesquisa aqueles alunos que faziam uso de aparelho ortodôntico, que portavam prótese total ou removível, os que relataram possuir ausências dentárias de 2 (dois) ou mais dentes e aqueles alunos tratados ou em tratamento de DTM.

O formulário RDC/TMD eixo II (ANEXO A) foi aplicado em ambiente escolar, durante o horário letivo sob a supervisão dos professores e por pesquisador único ao total de alunos matriculados nas séries selecionadas e que aceitaram participar do estudo.

Os dados foram coletados através da versão validada em português do RDC/TMD eixo II, tabelados e submetidos à análise estatística pelo programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 17, sendo apresentados de forma quantitativa e qualitativa.

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro/ Universidade Federal de Campina Grande sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número: 35145114.9.0000.5182.

RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 175 indivíduos, sendo 90 do sexo feminino e 85 do sexo masculino, quanto à presença de sinais e sintomas de DTM. O número de alunos matriculados no 1º e 3º ano do ensino médio das escolas privadas do município de Patos, no ano de 2014, foi de 306, destes 242 aceitaram participar da pesquisa. Sessenta e sete (67) formulários preenchidos foram descartados por se enquadrarem nos critérios de exclusão.

O Quadro 1 apresenta a distribuição de dor na face. Nele observa-se que 23,43% da população estudada apresenta dor na face e, quando avalia-se o sexo de forma isolada, percebe-se que 31,1% das mulheres e 15,3% dos homens apresentam o mesmo sintoma. Para este, o valor p foi estatisticamente significativo ($p = 0,014$), e quanto ao fator de risco avaliado através do valor do Odds Ratio (valor: 2,501) pôde-se observar que o sexo feminino apresenta maior probabilidade de ser acometido.

Quadro 1: Distribuição de dor na face de acordo com o sexo.

Presença de dor na face	Amostra n (%)	Sexo		Valor p	Odds Ratio (Fem./Masc.)
		Feminino n (%)	Masculino n (%)		
Sim	41 (23,43%)	28 (31,1%)	13 (15,3%)	0,014*	Valor: 2,501** 1,193 – 5,244
Não	134 (76,57%)	62 (68,9%)	72 (84,7%)		
Total	175 (100%)	90 (100%)	85 (100%)		

Nota: Foram utilizados o teste Qui Quadrado de Pearson e Odds Ration. (*) Valores significativos para p . (**) Valores significativos para Odds Ratio.

No Quadro 2 - Frequência com a qual os indivíduos sentem dor na face nota-se que a porção majoritária do indivíduos classificou as dores como recorrentes (68,29%). Dos 28 indivíduos do sexo feminino 71,4% sentiam dor recorrente, seguidos de 25% que sentiram a dor ocorrer apenas uma vez e 3,6% que sentiam a dor persistente. Quando se analisa os valores referentes aos 13 indivíduos do sexo masculino percebe-se que 61,5% sentiam dor recorrente e

38,55% sentiram a dor apenas uma vez, não havendo valores representativos para indivíduos que sentiam a dor persistente (0%).

Quadro 2: Frequência com a qual os indivíduos sentem dor na face de acordo com o sexo.

Frequência de dor na face	Total	Sexo	
		Feminino n (%)	Masculino n (%)
Persistente	1 (2.44%)	1 (3,6%)	0 (0%)
Recorrente	28 (68.29%)	20 (71,4%)	8 (61,5%)
Ocorreu somente uma vez	12 (29.27%)	7 (25%)	5 (38,5%)
Total	41 (100%)	28 (100%)	13 (100%)

O Quadro 3 - Classificação da intensidade da dor na face mostra que durante a aplicação do formulário, a população acometida por dores na face sentia, em sua maioria, dores caracterizadas como leves, sendo este dado representado por 64,3% de indivíduos do sexo feminino e 76,9% do sexo masculino. Quanto à pior dor já sentida pela população, destacam-se os 39,3% dos indivíduos do sexo feminino que afirmaram ser acometidos por dor intensa, e 23,1% dos indivíduos do sexo masculino. Em relação à intensidade média da dor nos últimos seis meses observa-se que a maioria dos indivíduos do sexo feminino (42,9%) adotam a dor como moderada e do sexo masculino (61,5%) como leve.

Quadro 3: Classificação da intensidade da dor na face de acordo com o sexo.

Intensidade da dor na face	Dor no momento da aplicação do formulário		Pior dor já sentida		Intensidade média da dor nos últimos seis meses	
	Fem. n (%)	Masc. n (%)	Fem. n (%)	Masc. n (%)	Fem. n (%)	Masc. n (%)
Leve	18 (64,3%)	10 (76,9%)	8 (28,6%)	6 (46,2%)	7 (25%)	8 (61,5%)
Moderada	8 (28,6%)	2 (15,4%)	9 (32,1%)	4 (30,8%)	12 (42,9%)	3 (23,1%)
Intensa	2 (7,1%)	1 (7,7%)	11 (39,3%)	3 (23,1%)	9 (32,1%)	2 (15,4%)
Total	28 (100%)	13 (100%)	28 (100%)	13 (100%)	28 (100%)	13 (100%)

O Quadro 4 - Número de sintomas referidos por indivíduo apresenta a distribuição da quantidade de sinais e sintomas de DTM por indivíduo. Neste verificou-se que a maior parte dos indivíduos apresentou 3 ou mais sinais ou sintomas (47,55%). Quanto ao sexo, observou-se que o feminino destacou-se por mais da metade da sua população (56,62%) apresentar três ou mais sinais ou sintomas de DTM, seguido de um (21,69%) e dois (21,69%). O sexo masculino foi representado por 36,67% com um, 28,33% com dois e 35% com três ou mais sinais ou sintomas.

Quadro 4: Número de sintomas referidos por indivíduo de acordo com o sexo.

Número de sinais ou sintomas referidos	Total n (%)	Sexo	
		Fem. n (%)	Masc. n (%)
1	40 (27,97%)	18 (21,69%)	22 (36,67%)
2	35 (24,48%)	18 (21,69%)	17 (28,33%)
3 ou mais	68 (47,55%)	47 (56,62%)	21 (35%)
Total	(100%)	(100%)	(100%)

No Quadro 5 - Distribuição de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular o valor p foi estatisticamente significativo para as variáveis presença de estalidos ($p = 0,001$), crepitação ($p = 0,000$), bruxismo ou apertamento noturno ($p = 0,018$), cansaço ou dor na mandíbula ao acordar ($p = 0,016\%$) e dor de cabeça ou enxaqueca ($p = 0,000$). Em todas as variáveis acima observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos com predomínio para o feminino.

Quanto ao fator de risco avaliado através do valor do Odds Ratio, pode-se observar que o sexo feminino apresenta maior probabilidade de desenvolver os sinais ou sintomas: estalido (valor: 3,059), crepitação (valor: 4,527), bruxismo ou apertamento noturno (valor: 3,730), cansaço ou dor na mandíbula ao acordar (valor: 2,732) e dor de cabeça ou enxaqueca (valor: 3,677).

Quadro 5: Distribuição de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular de acordo com o sexo.

Sinal ou Sintoma	Sexo		Total n (%)	Valor <i>p</i>	Odds Ratio (Fem./Masc.)
	Fem. n (%)	Masc. n (%)			
Travamento com limitação de abertura	21 (23,3%)	11 (12,9%)	32 (18,3%)	0,075	Valor: 2,047 0,920 – 4,556
Estalido	39 (43,3%)	17 (20%)	56 (32%)	0,001*	Valor: 3,059** 1,557 – 6,011
Crepitação	26 (28,9%)	7 (8,2%)	33 (18,9%)	0,000*	Valor: 4,527** 1,845 – 11,108
Bruxismo ou apertamento noturno	14 (15,6%)	4 (4,7%)	18 (10,3%)	0,018*	Valor: 3,730** 1,176 – 11,833
Bruxismo ou apertamento diurno	19 (21,1%)	15 (17,6%)	34 (19,4%)	0,563	Valor: 1,249 0,588 – 2,652
Cansaço ou dor na mandíbula ao acordar	22 (24,4%)	9 (10,6%)	31 (17,7%)	0,016*	Valor: 2,732** 1,177 – 6,339
Zumbido	37 (41,1%)	30 (35,3%)	67 (38,3%)	0,429	Valor: 1,280 0,694 – 2,360
Alteração oclusal momentânea	20 (22,2%)	12 (14,1%)	32 (18,3%)	0,166	Valor: 1,738 0,791 – 3,819
Dor de cabeça ou enxaqueca	63 (70,0%)	33 (38,8%)	96 (54,9%)	0,000*	Valor: 3,677** 1,963 – 6,885

Nota: Foram utilizados o teste Qui Quadrado de Pearson e Odds Ration. (*) Valores significativos para *p*. (**) Valores significativos para Odds Ratio.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostra uma prevalência de dor na face de 23,43% da amostra, valor relativamente alto quando comparado ao estudo de Lacerda⁽¹⁵⁾, onde apenas 0,4% da população estudada apresentava dor na face. Neste último estudo mencionado, os dados sobre dor orofacial foram obtidos pelo questionário proposto por Locker e Gruska, que apresenta seis questões sobre o tipo, o local e a intensidade da dor nos últimos seis meses, tendo como população estudada os funcionários adultos de uma fábrica têxtil de Santa Catarina. Esta diferença na prevalência da dor na face pode estar relacionada às faixas etárias destas populações, pois os

adolescentes parecem apresentar maior susceptibilidade à fatores etiológicos da DTM como o estresse⁽⁸⁾ e distúrbios do sono⁽¹⁰⁾.

Quanto à intensidade da dor, os resultados encontrados nesta análise entram em consenso com os achados de Lacerda⁽¹⁵⁾, que afirma que a porção majoritária das dores é caracterizada como leve. Tal dado pode ser justificado pelo fato de os dois grupos de indivíduos estudados não apresentarem diagnóstico quanto à presença de DTM.

Em relação a frequência da dor, constatou-se que as dores recorrentes encontram-se em maior destaque, discordando dos resultados encontrados por Nunes⁽⁹⁾, que alega que as dores do tipo persistentes são as mais frequentes. Entretanto, o estudo de Nunes⁽⁹⁾ avaliou pacientes com diagnóstico confirmado de DTM, tratados no ambulatório da clínica de oclusão da PUCRS, enquanto o presente estudo avaliou uma amostra de adolescentes do ensino médio, sem diagnóstico prévio de DTM fator que pode ter sido responsável pela divergência dos resultados.

Ao se observar a distribuição dos sinais e sintomas de DTM na atual população, pode-se constatar que há uma maior predominância de dor de cabeça ou enxaqueca, zumbido e estalido, o que entra em acordo com os estudos de Milet⁽¹⁶⁾, exceto quanto à prevalência de zumbido, onde este último apresentou uma das menores frequências. Provavelmente essa alta prevalência de zumbido tenha alguma relação com o grupo estudado e suas condições atuais de lazer, considerando que indivíduos nessa faixa etária gostam de atividades mais ruidosas, o que contribui para o aumento da distribuição de sintomas auditivos⁽¹⁷⁾.

Entre os sinais e sintomas avaliados nesta pesquisa a dor de cabeça e a enxaqueca obtiveram as maiores frequências, representando cerca de 54,9% da amostra.

Quanto ao número de sinais ou sintomas de DTM referidos por indivíduo, o presente estudo destaca os indivíduos que mencionaram três ou mais sinais ou sintomas, o que representa 47,55% da amostra, entrando em conflito com os achados de Milet⁽¹⁷⁾, que destaca indivíduos

que mencionaram apenas um ou dois sinais ou sintomas. Tal fato pode estar relacionado à influência dos fatores psicossociais à que os indivíduos mais acometidos estão expostos.

Apesar da literatura afirmar que a fase adulta do ser humano representa o grupo de maior prevalência de DTM, a atual pesquisa concorda com a percepção de Nascimento⁽¹⁸⁾ que relata o acometimento cada vez mais precoce da DTM na população.

A alta prevalência de sinais e sintomas de DTM encontrada nesse estudo pode estar associada aos altos níveis de estresse a que os adolescentes são expostos, pois esse período é marcado por uma grande variedade de mudanças físicas e psicossociais, o que torna esses indivíduos mais vulneráveis⁽⁸⁾.

Quanto ao sexo foi verificado que as mulheres constituíram o grupo em que os sinais e sintomas de DTM foram mais frequentes e as variáveis referentes à dor na face tendiam à aumentar sua prevalência, intensidade e frequência. Este acontecimento talvez tenha ocorrido devido às diferenças entre os sexos, como sugere o estudo de Pereira⁽¹⁹⁾, que aplicou o RDC/TMD em crianças de 12 anos, em escolas públicas e privadas da cidade de Piracicaba – SP.

CONCLUSÃO

A população estudada apresentou uma alta prevalência de sinais e sintomas de DTM. Destes, o sinal mais referido foi o estalido e o sintoma mais frequente foi a dor de cabeça ou enxaqueca.

A maior prevalência de sinais e sintomas de DTM ocorreu no sexo feminino e este apresentou dores que variaram de leves à intensas com episódios recorrentes.

REFERÊNCIAS

1. 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**. 2010. 15(3),114-120.
2. SPEZZIA S, PORTO L C, OLIVEIRA P O. WEILER, R.M.E. Disfunção temporomandibular na adolescência. **Odonto**. 2014. 22(43-44), 53-61.
3. LEEUW R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.
4. MORAIS M P L A. **Prevalência e associação da disfunção temporomandibular com fatores psicológicos em usuários do Programa de Saúde da Família da cidade do Recife-PE** [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2014.
5. GERES G S et al. Análise de condições clínicas em estudantes com disfunção temporomandibular. **Terapia Manual**. 2013. 11(53), 361-366.
6. GOYATÁ F R, TAIRA N V, ALMEIDA S, SILVA D M, TAIRA C V. Avaliação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras-RJ. **Internacional Journal of Dentistry**. 2010. 9(4), 181-186.
7. RODRIGUES M A, SOARES A B. Relação entre inteligência, habilidades sociais e sintomas depressivos em adolescentes do ensino médio. **Conhecimento & Diversidade**. 2014. 6(12),102–116.
8. ARAÚJO M C et al. Efeitos do exercício físico sobre os níveis de estresse em vestibulandos de Teresina-PI. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. 2012. 20(3), 14-26.
9. NUNES, R. **Avaliação dos resultados de tratamento em pacientes com disfunção temporomandibular (DTM) atendidos no ambulatório de oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS utilizando o questionário RDC/TMD – Um estudo longitudinal** [Tese]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia - PUCRS, 2014.
10. DRABOVICZ P V S M, SALLES V, DRABOVICZ P E M, FONTES M J F. Assessment of sleep quality in adolescents with temporomandibular disorders. **Jornal de Pediatria**. 2012. 88(2), 169-172.
11. BIASOTTO-GONZALEZ D A et al. Análise comparativa entre dois ângulos cervicais com a oclusão em crianças com e sem DTM. **Revista CEFAC**. 2012. 14(6), 1146-1152.
12. MOURA R S N, MOURA J N C, HONFI-JÚNIOR E S, RIBEIRO E D, LUCENA L B S. Sinais e sintomas da disfunção temporomandibular: Revisão de literatura. **Revista de Odontologia de Universidade de São Paulo**. 2013. 25(2), 135-140.

13. PASINATO F, SOUZA J A, CORRÊA E C R, SILVA A M T. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: application of diagnostic criteria. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. 2011. 77(4), 418-425.
14. BASSO D, CORRÊA E, SILVA A M. Efeito da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais. **Fisioterapia e Pesquisa**. 2010. 17(1), 63-68.
15. LACERDA J T, RIBEIRO J D, RIBEIRO D M, TRAEBERT J. Prevalência da dor orofacial e seu impacto no desempenho diário em trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna, SC. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011. 16(10), 4275-4282.
16. MILET V O. **Disfunção temporomandibular: Estudo de sinais, sintomas e diagnóstico clínico em pacientes de DTM na consulta de Estomatologia do Hospital de S. João** [Dissertação]. Porto – Portugal: Universidade do Porto, 2011.
17. LACERDA A B M, GONÇALVES C G O, ZCOLI A M F, DIAZ C, PAULA K. Hábitos auditivos e comportamento de adolescentes diante das atividades de lazer ruidosas. **Revista CEFAC**. 2011. 13(2), 322-329.
18. NASCIMENTO, S. R. **Fatores associados à disfunção temporomandibular e à dor orofacial em escolares adolescentes de Campina Grande – PB** [Dissertação]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2011.
19. PEREIRA L J, PEREIRA-CENCI T, DEL BEL CURY A A, PEREIRA S M, PEREIRA A C, AMBOSANO G M, et al. Risk indicators of temporomandibular disorder incidences in early adolescence. **Pediatric Dentistry**. 2010. 32(4), 324-328.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda são poucos os estudos a respeito dos transtornos associados à ATM em grupos populacionais específicos e a falta de padronização metodológica utilizada em estudos epidemiológicos de prevalência de DTM dificulta uma comparação fidedigna entre os resultados obtidos. Entretanto, os autores considerados nesta pesquisa confirmam a alta prevalência de DTM, assim como a necessidade de mais estudos a respeito do acometimento de adolescentes por esta condição.

APÉNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: Dor miofacial e ruídos articulares em adolescentes da cidade de Patos, Paraíba.

1. Seu filho _____ está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa nesta instituição.
 2. O propósito da pesquisa é avaliar a prevalência dos ruídos articulares e da dor miofacial em adolescentes do primeiro e terceiro ano do Ensino Médio, da rede particular, no município de Patos-PB. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o fato de o estresse, um dos fatores causadores da Disfunção Temporomandibular que é uma alteração na articulação temporomandibular responsável pelos sintomas de dor miofacial (dor nos músculos da face) e ruídos articulares, tem se apresentado frequente na vida das pessoas e ocorrendo cada vez mais cedo, por esta razão este estudo pretende realizar a prevalência, desses dois sintomas, nos estudantes do ensino médio já que estes estão sujeitos ao estresse incessante das provas de vestibulares e do exame nacional do ensino médio (ENEM).
 3. O projeto será realizado em escolares de ambos os gêneros, matriculados no 1º e 3º ano do Ensino Médio, da rede particular, no município de Patos, Paraíba no ano de 2014. A coleta de dados será realizada utilizando-se do questionário Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (DTM): Eixo II;
 4. A participação na pesquisa é livre (não é obrigatória) e não causará quaisquer prejuízos pessoais;
 5. Os autores assumem que esta pesquisa trará apenas desconforto caso o seu filho sinta-se constrangido em recusar participar da pesquisa, não apresentando quaisquer outros riscos à saúde;
 6. A participação de seu filho, não acarretará nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;
 7. A pesquisa trará o benefício de avaliar os sinais e sintomas da DTM, e orientar àqueles com diagnóstico positivo das condições e necessidades de tratamento;
 8. Os resultados deste estudo podem ser publicados, mas o nome ou identificação de seu filho não serão revelados;
 9. Quaisquer dúvidas que você tiver em relação à pesquisa ou à participação de seu filho, antes ou depois do consentimento, serão respondidas por... [nome do pesquisador];
 10. Esta pesquisa foi aprovada sob Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº _____ pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos Hospital Universitário Alcides Carneiro/ Universidade Federal de Campina Grande, rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB, telefone: (83) 2101-5545. Este termo está de acordo com a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos direitos de seu filho como sujeito participante em pesquisas, ou se sentir que seu filho foi colocado em riscos não previstos, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimentos;
- Li as informações acima, recebi explicações sobre a natureza, riscos e benefícios do projeto. Assumo a participação de meu filho e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Ao assinar este termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma cópia deste termo me foi dada.

Assinatura do pai ou responsável _____

 Pesquisador: Anderson de Barros Oliveira
 Rua do Prado nº 369, Patos-PB
 Telefone: (83) 9660-1014

 Orientadora do Projeto: Profa. Dra. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes
 Universidade Federal de Campina Grande / Centro de Saúde e Tecnologia
 Rural, Avenida Universitária s/n, Patos-PB, telefone: (83) 35113000

Patos, _____ de _____ de 2014.

APÉNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Prevalência de Dor Miofacial e Ruídos Articulares em Adolescentes da Cidade Patos, Paraíba”. Neste estudo pretendemos avaliar a prevalência dos ruídos articulares e da dor miofacial em adolescentes do primeiro e terceiro ano do Ensino Médio, da rede particular, no município de Patos-PB.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o fato de o estresse, um dos fatores causadores da Disfunção Temporomandibular que é uma alteração na articulação temporomandibular responsável pelos sintomas de dor miofacial (dor nos músculos da face) e ruídos articulares, tem se apresentado frequente na vida das pessoas e ocorrendo cada vez mais cedo, por esta razão este estudo pretende realizar a prevalência, desses dois sintomas, nos estudantes do ensino médio já que estes estão sujeitos ao estresse incessante das provas de vestibulares e ao exame nacional do ensino médio (ENEM).

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): O projeto será realizado em escolares de ambos os gêneros, matriculados no 1º e 3º ano do Ensino Médio, da rede particular, no município de Patos, Paraíba no ano de 2014. A coleta de dados será realizada utilizando-se do questionário Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (DTM): Eixo II. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ (caso já possua documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Patos, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do (a) menor

Pesquisador: Anderson de Barros Oliveira
Rua do Prado nº 369, Patos-PB
Telefone: (83) 9660-1014

Orientadora do Projeto: Profa. Dra. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes
Universidade Federal de Campina Grande / Centro de Saúde e Tecnologia Rural, Avenida Universitária s/n, Patos-PB, telefone: (83) 35113000

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José.
Campina Grande- PB.
Telefone: (83) 2101-5545.

APÉNDICE C

PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE DOR MIOFACIAL E RUÍDOS ARTICULARES EM ADOLESCENTES DA CIDADE DE PATOS, PARAÍBA.

Pesquisador: Maria Carolina Bandeira Macena

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35145114.9.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 831.394

Data da Relatoria: 17/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo pretende avaliar a prevalência de dor miofacial e ruídos articulares em adolescentes cursando o 1º e 3º anos do ensino médio da rede privada de ensino no município de patos, Paraíba, objetivando avaliar se o estresse vivenciado pelos pré-vestibulandos ocasiona um maior desenvolvimentos desses sinais e sintomas da disfunção temporomandibular. A coleta de dados será realizada através da versão em português do questionário Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) eixo II, no qual realizamos algumas modificações para melhor atender aos objetivos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a prevalência dos ruídos articulares e da dor miofacial em adolescentes do primeiro e terceiro ano do Ensino Médio, da rede particular, no município de Patos, Paraíba.

Objetivo Secundário:

Analisar as características da dor miofacial e ruídos articulares quanto à localização e severidade; avaliar o impacto da dor na qualidade de vida dos adolescentes; investigar a qualidade de sono dos pesquisados.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José **CEP:** 58.107-670

UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 831.394

CAMPINA GRANDE, 14 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO A

<p>8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota para ela, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é a “pior dor possível”?</p> <p style="text-align: center;">←—————→</p> <p style="text-align: center;">01 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Nenhuma dor A pior dor possível</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é a “pior dor possível”?</p> <p style="text-align: center;">←—————→</p> <p style="text-align: center;">01 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Nenhuma dor A pior dor possível</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>10. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face? _____ dias</p>	
<p>11. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade”?</p> <p style="text-align: center;">←—————→</p> <p style="text-align: center;">01 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Nenhuma dor A pior dor possível</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>12. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?</p> <p style="text-align: center;">←—————→</p> <p style="text-align: center;">01 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Nenhuma dor A pior dor possível</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>13. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de estudar , onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?</p> <p style="text-align: center;">←—————→</p> <p style="text-align: center;">01 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Nenhuma dor A pior dor possível</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>14.a. Alguma vez a sua mandíbula (queixo) já ficou travada de uma forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>→ Se você NUNCA teve travamento da mandíbula, passe para a pergunta 15.a → Se você JÁ TEVE travamento da mandíbula passe para a próxima pergunta</p>	<p>0 1</p>
<p>14.b. Este travamento da mandíbula (queixo) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p>	<p>0 1</p>
<p>15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p>	<p>0 1</p>
<p>15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve o barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p>	<p>0 1</p>

15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os dentes quando está dormindo?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
15.e. Você sente a sua mandíbula (queixo) “cansada” ou dolorida quando acorda pela manhã?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
15.g. Você sente desconfortável ou diferente a forma como os seus dentes se encostam?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
16.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)? → Se a sua resposta foi NÃO , passe para a pergunta 18 → Se a sua resposta foi SIM , passe para a próxima pergunta	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
16.b. A sua dor na face já existia antes da pancada ou trauma ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
17. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo) impedem, limitam ou prejudicam ?					
a) Mastigar	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
b) Beber (tomar líquidos)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
c) Fazer exercícios físicos ou Ginástica	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
d) Comer alimentos duros	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
e) Comer alimentos moles	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
f) Sorrir ou gargalhar	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
g) Limpar os dentes ou a face	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
h) Bocejar	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
i) Engolir	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
j) Conversar	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
k) Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
18. Durante os últimos 6 meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaqueca?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	0 1		
19. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:					
	Nem Um pouco (0)	Um Pouco (1)	Moderadamente (2)	Muito (3)	Extremamente (4)
a. Por sentir dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Por ter fraqueza ou tontura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Por sentir “aperto no peito” ou no coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Por ter falta de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Por chorar facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Por culpar-se pelas coisa que acontecem ao seu redor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Por sentir dores na parte inferior das costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Por sentir-se só	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Por sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Por preocupar-se muito com as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Por não sentir interesse pelas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Por ter enjôo ou problemas no estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

n. Por ter músculos doloridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Por ter dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Por ter dificuldade em respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Por sentir de vez em quando calor ou frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Por sentir dormência ou formigamentoem partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Por sentir um “nó na garganta”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Por sentir-se desanimado sobre o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Por sentir-se fraco em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Por comer demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z. Por acordar de madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa. Por ter sono agitado ou perturbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bb. Pela sensação de que tudo é um esforço ou sacrifício	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cc. Por sentir-se inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dd. Pela sensação de ser enganado ou iludido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ee. Por ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Como você acha que tem sido os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo				1 2 3 4 5
21. Como você acha que tem sido os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo				1 2 3 4 5

22. Qual a data do seu nascimento?	Dia _____ Mês _____ Ano _____	
23. Qual o seu sexo ?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	1 2
24. Faz uso de aparelho ortodôntico?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	1 2
25. Faz uso de prótese dentária?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	1 2
26. Tem ausências dentárias?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, 1 dente <input type="checkbox"/> Sim, mais de 2 dentes	1 2 3

ANEXO B

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E INSTRUÇÕES AOS COLABORADORES DA REVISTA BRASILEIRA E PROMOÇÃO DE SAÚDE – RBPS

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS), anteriormente Revista do Centro de Ciências da Saúde (RECCS), é uma publicação trimestral da Universidade de Fortaleza, com circulação desde 1984, que tem por finalidade a divulgação do conhecimento científico em Promoção da Saúde, destinando-se aos profissionais de saúde e afins que desenvolvam ações e pesquisas em Saúde Pública/Coletiva, Promoção da Saúde e assuntos de relevância e correlação com estas áreas.

O conteúdo da RBPS está disponível nos *websites* <http://www.unifor.br/rbps> e <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS> sendo de livre acesso.

Esta revista aceita contribuições nas seguintes categorias:

- **Editoriais:** destina-se a discussão de temas diversos relativos a algum assunto de importância da área, a temas abordados naquele número da revista, ou a questões da própria revista. São habitualmente encomendados pelos Editores a autoridades em áreas específicas (máximo de 1.000 palavras).
- **Artigos Originais:** destina-se a divulgação de resultados de pesquisa inédita de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Artigo de Revisão:** destina-se a avaliações críticas e ordenadas da literatura sobre um determinado tema. Os artigos desta categoria são geralmente encomendados pelos editores a autores com comprovada experiência no assunto. Revisões não encomendadas são também aceitas, desde que expressem experiência do(s) autor(es) na área e sejam revisão sistemática da literatura (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais:** destina-se a descrição ou avaliação crítica de novas experiências em serviços de saúde, métodos, técnicas ou instrumentais, e de procedimentos ou condutas adotadas como rotina ou em experimentação em instituições ou grupos profissionais atuantes (máximo de 4.000 palavras e 3 ilustrações).
- **Relatos de casos:** destina-se a descrição de pacientes, doenças ou situações interessantes que apresentem algum aspecto original, incluindo descrição de casos raros, comportamentos atípicos, assim como formas inovadoras de diagnóstico e tratamento (máximo de 4.000 palavras e 3 ilustrações).

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os artigos devem ser escritos em português, inglês ou espanhol, obedecendo às normas especificadas abaixo.

Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas (a página inicial, resumo, abstract e ilustrações serão considerados à parte).

O artigo deve ser original e se destinar exclusivamente a esta revista. O artigo não pode ter sido ou ser submetido à outra revista durante o período de análise para publicação na RBPS. Em caso de submissão ou publicação simultânea, o manuscrito será recusado e devolvido aos autores.

Todos os autores devem ter participado de forma significativa do trabalho para assumir a responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Antes de submetê-lo, todos os autores devem ter lido e aprovado a sua versão final. O crédito de autoria deve se basear em contribuições significativas durante as etapas de desenvolvimento do trabalho (concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão do manuscrito de forma intelectualmente significativa).

Devem ser informados possíveis conflitos de interesse (relações entre autores e empresas ou indivíduos com interesse no material abordado pelo artigo), assim como os órgãos ou instituições financiadoras da pesquisa.

Ao encaminharem os manuscritos, os autores assumem total responsabilidade pelo seu conteúdo e/ou eventuais conflitos de interesse.

Os manuscritos aceitos para publicação são de propriedade da RBPS, sendo sua reprodução total ou parcial permitida, desde que a fonte seja mencionada.

Os manuscritos recusados não serão devolvidos, exceto quando solicitados pelos respectivos autores.

Por questões de padronização deste periódico, os editores reservam-se o direito de proceder pequenas modificações, caso necessário, na redação ou aspectos gráficos do manuscrito, não obstante, sem comprometer o seu conteúdo.

PROCESSO DE ANÁLISE

Sendo compatível com a política editorial da revista e estando de acordo com as Instruções aos Colaboradores, todos os artigos submetidos serão analisados pelo comitê editorial. A seleção dos manuscritos para publicação ocorre em 2 fases:

na primeira, os editores chefe e científico avaliam a qualidade científica, a clareza do texto e o interesse do tema para o público alvo da RBPS. Ao ser aprovado, na segunda fase o manuscrito é encaminhado para avaliação por dois pareceristas pertencentes ao comitê editorial, de reconhecida competência no assunto abordado. Durante todo o processo de julgamento, de caráter duplo-cego, será mantido sigilo, sendo os referidos autores e pareceristas mantidos em anonimato. A decisão final de aceitação ou recusa do manuscrito caberá aos editores. O prazo para a avaliação pelo Corpo Editorial será em torno de 90 dias, a contar do recebimento do manuscrito. Caso os pareceres sejam divergentes, um terceiro consultor dará o parecer final. Será encaminhado ao autor principal o parecer final do Conselho Editorial (aceito, aceito com modificações ou recusado).

Os comentários realizados pelos revisores serão encaminhados aos autores para que as modificações no texto ou as justificativas de sua conservação sejam redirecionadas para a revista em prazo de até 20 dias. Os manuscritos reformulados entrarão na sequência de publicação impressa e eletrônica de acordo com a ordem cronológica dos documentos aprovados.

Na versão eletrônica, os manuscritos serão também publicados na língua inglesa. A versão na língua inglesa destes manuscritos poderá ser realizada pelos autores ou mediante pagamento à revista nos prazos estabelecidos pelos editores.

INSTRUÇÕES PARA ENVIO DO MANUSCRITO PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos devem ser enviados para o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER) no endereço eletrônico: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS>.

INSTRUÇÕES PARA A PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Instruções

O manuscrito, incluindo ilustrações e referências bibliográficas, deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>).

O manuscrito deve conter as seguintes seções:

- I. Página de ROSTO;
- II. Resumo em português, *abstract* em inglês;
- III. TEXTO;
- IV. AGRADECIMENTOS, quando absolutamente necessário;
- V. Referências;

Cada seção deve ser iniciada em uma nova página seguindo a sequência descrita anteriormente. O artigo deve ser formatado para folha tamanho A4, todas as margens de 25 mm, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo em todas as seções e páginas numeradas no canto superior direito iniciando na página de rosto. Deve-se utilizar o Microsoft Word.

I. PÁGINA DE ROSTO

A página de rosto deverá conter:

- Título do manuscrito em português ou inglês ou espanhol, em negrito, centralizado e em letras caixa alta.
- O título deve ser conciso e explicativo, representativo do conteúdo do trabalho.
- Título em inglês, em itálico, negrito, centralizado e em letras maiúsculo-minúscula.
- Título resumido do manuscrito, com no máximo 40 caracteres, incluindo os espaços (para constar no topo de todas as páginas do manuscrito).
- O tipo de colaboração enviada (artigo original, artigo de revisão, descrição ou avaliação de métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais, relato de casos).
- Nome completo e filiação institucional de cada autor, permitindo até 8 autores.
- Nome, endereço institucional, telefone, fax e e-mail do primeiro autor e do responsável pela correspondência (que será contatado durante o período de submissão do artigo e que constará no artigo para posterior contato sobre a publicação).
- Fonte financiadora da pesquisa.
- Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

II. RESUMO EM PORTUGUÊS E INGLÊS (*ABSTRACT*)

- **Artigos Originais:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, métodos, resultados e conclusão.**
- **Revisões:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, métodos, resultados e conclusão.**
- **Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, síntese dos dados e conclusão.**
- **Relatos de casos:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, descrição do caso e conclusão.**
- **Descritores e *Descriptors*:** inserir de 3 a 6 descritores, listados nos Descritores em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (decs.bvs.br) ao final do resumo.

Apresentar ao final do *abstract*, o número do registro (NCT) obtido no cadastramento da pesquisa de Ensaio Clínico, previamente aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os autores devem cadastrar sua pesquisa na seguinte base de dados (*website*): www.clinicaltrials.gov.

III. TEXTO

A estruturação do texto deve se adequar à norma *Vancouver* de texto, referencial teórico e ao tipo de artigo, conforme abaixo:

a) ARTIGOS ORIGINAIS: devem conter de forma sintetizada: **introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão.**

a1. Introdução: deve conter a justificativa e os objetivos do trabalho ressaltando a relevância do tema investigado. Deve ser concisa e atualizada. Devem ser evitadas revisões extensas sobre o assunto, assim como adiantar resultados do estudo a ser descrito.

a2. Métodos: devem descrever de forma sucinta a população e amostra estudada, os critérios de seleção, procedimentos, técnicas, materiais e instrumentos utilizados e a estatística aplicada na análise dos dados, mas de forma a permitir a reprodução da pesquisa e a verificação da análise a partir desta descrição. Métodos e procedimentos estabelecidos devem ser citados com referências. Devem ser citados os fabricantes dos aparelhos e equipamentos e a origem do material utilizado. A declaração de que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição a qual os autores são vinculados ou ao do local da pesquisa tem que ser incluída no último parágrafo dos Métodos.

a3. Resultados: devem ser descritos de forma objetiva e em sequência lógica. Deve ser evitada a repetição dos dados nas tabelas e figuras. Quando houver grande número de dados tentar apresentá-los por meio de gráficos ao invés de tabelas, respeitando o número máximo de 5 figuras/tabelas.

a4. Discussão: deve conter a análise interpretativa dos resultados, embasada por dados existentes na literatura atual e pertinente com o tema, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações. Deve-se também informar e discutir as limitações do estudo. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada.

a5. Conclusão: deve conter de forma concisa a resposta aos objetivos propostos. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada.

Nos trabalhos com **abordagem qualitativa**, os resultados poderão ser descritos, analisados e discutidos conjuntamente, devendo neste caso receber a denominação: **Resultados e Discussão**. Da mesma forma, serão aceitas **Considerações finais**, substituindo o tópico **Conclusão**, como forma de síntese dos objetivos alcançados. Será permitido um número máximo de 20% de referências de livros e capítulos.

b) REVISÕES: deve conter uma **introdução**, onde seja justificada a importância daquele tema e se aborda algum

aspecto específico do mesmo; **métodos** devem descrever de forma sucinta dos procedimentos utilizados (bases de dados, descritores, período, critérios de inclusão e exclusão); **resultados**, que podem ser subdivididos em seções/tópicos; **discussão** deve conter a análise interpretativa dos resultados, embasada por dados existentes na literatura, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações; e as **conclusão**, baseadas nos dados analisados e nos objetivos propostos.

c) DESCRIÇÃO OU AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS, MÉTODOS, TÉCNICAS, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTAIS: as **descrições** devem conter uma **introdução**, com uma breve revisão sobre o assunto para situar o leitor quanto à importância do tema e quanto aos seus objetivos; **síntese dos dados**, que pode ser subdividida em seções/tópicos; e as **conclusão**, baseadas nos dados analisados e nos objetivos propostos. No caso de **avaliação**, devem-se seguir a mesma padronização recomendada para os artigos originais (**métodos, resultados, discussão e conclusão**).

d) RELATOS DE CASOS: deve conter uma **introdução**, contendo objetivos, a relevância (justificativa) da descrição do(s) caso(s) para a promoção de saúde e uma breve revisão sobre o assunto abordado; **descrição do caso**, o(s) caso(s) deve(m) ser apresentado(s) de forma detalhada permitindo a compreensão de dos fatores condicionantes e da sua evolução; **discussão**, deve conter dos aspectos originais do(s) caso(s), relacionando-o(s) com dados existentes na literatura (outros casos semelhantes descritos etc.). Deve-se enfatizar as novas informações obtidas a partir do(s) caso(s), bem como as possíveis implicações dos achados em termos de aplicação prática, e **conclusão**, baseadas nos dados analisados e nos objetivos propostos.

IV. AGRADECIMENTOS

Nesta seção incluir, de forma sucinta, colaborações que não justificam autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse, sendo colocados antes das referências.

V. REFERÊNCIAS

As referências bibliográficas devem seguir a norma *Vancouver*, estar em folha separada após a seção agradecimentos, com a mesma formatação recomendada para o restante do artigo, sendo dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória a sua citação.

No texto, devem ser citadas por ordem de aparecimento, utilizando-se algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses.

A exatidão das referências constantes e a sua correta citação no texto são de responsabilidade do autor. Aceitar-se-á um máximo de 20% de referencial advindo de livros, teses e dissertações.

Usualmente, o número de referências deve totalizar não mais que 60 para revisões e 40 citações para: a) Artigos originais, b) Relatos de casos, c) Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais.

Devem ser formatadas no estilo *lancouvet* conforme os exemplos a seguir. Incluir todos os autores de cada artigo ou livro; em trabalhos com um grande número de autores, deverão ser listados os primeiros seis (6) seguidos de "et al.". Referências já aceitas, mas ainda não publicadas podem ser incluídas, acrescentando a expressão *no prelo*, conforme exemplo a seguir. Para maiores detalhes consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", disponível no site: <http://www.icmje.org/#print> - IVA.9.b. Reference Style and Format e acesso direto pela National Library of Medicine no site http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

V. 1. Artigos em periódicos

Fuchs SC, Silva AA. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: uma visão global. *Rev Bras Hipertens*. 2011;18(3):83-8.

Leaning J, Guha-Sapir D. Global health: natural disasters, armed conflict and public health. *N Engl J Med*. No prelo 2013.

V. 2. Livro e Capítulo de livro

Capítulo de livro

Diniz EMA. Toxoplasmose congênita. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria básica*. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 533-40.

Livro no todo

Luna RL. *Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Revinter; 2010.

V. 3. Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Malecka-Tendera E, Klimek K, Matuski P. Obesity prevalence and risk factors in representative group of Polish 7 to 9 years old children [abstract]. In: 16th European Congress of Endocrinology; 2003 Nov 13-14; Copenhagen; 2013.

V. 4. Dissertação e Tese

Venancio SI. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

V. 5. Artigo de revista ou monografia em formato eletrônico

Melere C, Hoffmann JF, Nunes MAA, Drehmer ME, Buss C, Ozcariz SGI, et al. Índice de alimentação saudável para gestantes:

adaptação para uso em gestantes brasileiras. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2013 Nov 18]; 47(1):20-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100004&lng=en.

Livro no formato eletrônico

Livro eletrônico no todo

Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases [monography online]. India: Reddy 's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/contents.htm>

Capítulo de livro eletrônico

Banka NH. Vegetarianism and the liver. In: Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases [monography online] India; Reddy 's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/chap6.htm>

VI. ILUSTRAÇÕES (Tabelas, Quadros e Figuras)

As tabelas, quadros e figuras devem ser utilizadas para facilitar a apresentação de dados. Fotografias, gráficos, desenhos devem constar no artigo como figuras.

Quando houver grande número de dados, preferir os gráficos ao invés de tabelas. Deve-se evitar a repetição dos dados (texto, tabelas e gráficos).

Cada tabela, quadro e figura deve ser apresentada de forma ordenada de acordo com o aparecimento no texto. As tabelas e quadros devem ser numeradas com algarismos romanos e as figuras com algarismos arábicos (Ex. Tabela I, II, III ..., Figura 1, 2, 3 ...).

Cada tabela, quadro ou figura deve conter a respectiva legenda. Esta deve ser clara e objetiva, de forma a permitir a compreensão da tabela ou figura, independente do texto. Figuras que necessitam de digitalização (Ex. fotografias, desenhos) devem ter suas legendas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números. Nestes casos, as figuras devem ser identificadas no verso com etiqueta, com o nome do primeiro autor e o número da legenda correspondente. As figuras devem ser originais e de boa qualidade. O significado das letras e símbolos deve constar nas legendas. As figuras deverão ser encaminhadas em preto e branco ou tons de cinza.

No caso de uso de figuras ou tabelas publicadas previamente por outro autor, é necessário enviar a permissão dos editores para sua reprodução.

VII. ABREVIACÕES

O uso de abreviações deve ser mínimo, sendo evitadas no título e resumo. Quando utilizada, deve ser definida na sua primeira menção no texto, colocada entre parênteses.

LISTA DE CHECAGEM

Checklist

Antes de enviar o artigo, recomenda-se que os autores verifiquem se todos os itens da lista abaixo estão adequados, desta forma certificando-se de que todo o material necessário está sendo enviado.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- Neste trabalho existe informação sobre conflitos de interesse.
- Foi realizada referência a órgãos ou a instituições financiadoras da pesquisa.
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word.
- O texto está espaço duplo; usa uma fonte *Times New Roman* tamanho 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL), com figuras, tabelas e quadros inseridos no final do texto
- Incluiu o resumo em português com no máximo 250 palavras, e o em inglês (abstract) sendo este uma versão fiel do resumo em português.
- Incluiu 3 a 6 descritores (palavras-chave) no final do resumo. Devem ser empregados aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>), apresentadas na língua original e em inglês.
- De acordo com o tipo de artigo (artigo original, relato de caso etc.), constam todos os itens do texto (introdução, métodos etc.).
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
- As referências bibliográficas estão formatadas no estilo *Vancouver*, dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente (respeitando o número máximo permitido), e no texto, estão citadas por ordem de aparecimento (algarismos arábicos), entre parênteses.
- Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.
- Os quadros, tabelas e figuras estão apresentadas de forma ordenada de acordo com o seu aparecimento no texto, numeradas como recomendado, contendo as respectivas legendas.
- Se for o caso, está enviando a permissão dos editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas previamente.
- O artigo, incluindo ilustrações e referências bibliográficas, está em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas".
- As abreviações utilizadas estão definidas na sua primeira menção no texto, entre parênteses.
- Se for o caso, apresentou o número do registro em bases de dados internacional para ensaios clínicos, ao final do resumo. Os autores podem cadastrar sua pesquisa em uma das seguintes bases de dados (*website*): www.clinicaltrials.gov, <http://isrctn.org>.

ASSINATURA

SOLICITAÇÃO DE ASSINATURA

REVISTA BRASILEIRA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE			
Nome:			
Endereço:			
CEP	Cidade:	Estado:	País:
Tel. Res. ()	Fax ()	E-mail	
Cheque nº	Banco	Agência nº	
Valor	Data		
Assinatura:			

Cheque nominal para:
 Fundação Edson Queiroz
 Especificar no verso: **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**
 Remeter, juntamente com o formulário de assinatura preenchido, para:
 Av. Washington Soares, 1321 – Bairro Edson Queiroz
 60811-905 Fortaleza, CE – Brasil
 Fone: (0xx85) 3477.3000 – Fax: (0xx85) 3477.3055
 E-mail: rbps@unifor.br

Impresso na Gráfica da Universidade de Fortaleza
da Fundação Edson Queiroz
Av. Washington Soares, 1321
Bairro Edson Queiroz
Fone: (0xx85) 3477.3000 Fax: (0xx85) 3477.3055
<http://www.unifor.br>
CEP: 60.811-905 - Fortaleza - Ceará