

DISFUNÇÃO CRÂNIO-MANDIBULAR: GUIA CANINO OU FUNÇÃO DE GRUPO?

*Carlos Henrique Ribeiro Rodrigues **

*Heron de Abreu Rebelo de Matos***

*José Boaventura Zumaêta Costa***

RESUMO — *O presente estudo propôs-se a investigar o ciclo mastigatório em guia canino e em função de grupo de 234 acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana correlacionando com sinais e sintomas de disfunção crânio - mandibulares. Dos 234 acadêmicos examinados, 119 foram selecionados por não apresentarem interferências oclusais no lado de balanceio, sendo que 77 possuíam ciclo mastigatório em guia canino; 10,3% apresentavam dor articular, 9% cefaléia, 3,8% dor articular e cefaléia e 11,6% estalos e/ou crepitação; 24 acadêmicos possuíam ciclo mastigatório em função de grupo, 12,5% apresentaram dor articular, 25%, cefaléia, 8,3%, estalos e/ou crepitação e 18 acadêmicos possuíam diferentes esquemas oclusais em ambos os lados, ou seja, guia canino em um lado e função de grupo em outro.*

PALAVRAS-CHAVE: *Ciclos mastigatórios; Guia canino; Função de grupo.*

1 INTRODUÇÃO

A atividade mastigatória é um processo funcional exercido por complexo sistema, formado por dentes, ligamentos, músculos e articulações, todos regidos por um refinado controle neurológico.

O ciclo mastigatório compreende dois esquemas oclusais distintos: o guia canino, caracterizado por contatos somente entre caninos maxilar e mandibular no movimento do lado de

* Prof. Titular do Curso de Odontologia, Área de Prótese DSAU (UEFS).

** Prof. Auxiliar do Curso de Odontologia. Área de Prótese DSAU (UEFS) E-mail: hmrdeatos@uol.com.br

Universidade Estadual de Feira de Santana – Dep. de Saúde. Tel./Fax (75) 3224-8089 - BR 116 – KM 03, Campus - Feira de Santana/BA – CEP 44031-460. E-mail: sau@uefs.br

trabalho, e quando, além dos caninos, os incisivos também se contam.

Esse esquema oclusal foi descrito por D'Amico em 1958, o qual postulou: a) os guias caninos guiam a mandíbula no movimento excêntrico quando os dentes antagonistas estão em contato funcional; b) a propriocepção de seus receptores periodontais são mais sensíveis, o que leva a uma diminuição na tensão da musculatura mastigatória, realizando assim, uma função protetora; c) a posição dos côndilos nas fossas mandibulares resulta dos contatos dentários, e não dos guias;

O outro padrão de relacionamento oclusal é a função de grupo, caracterizando contatos dentários no lado de trabalho, envolvendo caninos, pré-molares (função de grupo parcial) e molares (função de grupo total) em ordem sequencial. Esse relacionamento oclusal foi descrito por Beyron, em 1964, após estudos em aborígenes australianos.

Dentro dos princípios de oclusão, é sabido, no que se refere ao movimento lateral, que o guia mais desejável é fornecido pelos caninos (levantamento pelos caninos). Na ausência de boas condições periodontais de obter-se o guia canino, prefere-se optar pela função de grupo, porém que o contato mais desejável seria até a cúspide mésio – vestibular do primeiro molar, pois qualquer contato posterior poderia exercer um aumento na força sobre as ATMs (eixo de rotação) (OKESON, 1992).

As desordens funcionais, termo sugerido por Bell (1982), são situações clínicas muito comuns entre pacientes da clínica odontológica. A dor é a queixa mais comum, pode ser de origem muscular ou articular. A disfunção é vista como uma limitação no grau de movimento mandibular, ou mesmo alteração desse movimento.

As desordens são freqüentemente associadas à hiperatividade muscular. Alguns autores como Mizutani et al (1989) discutiram sobre a atividade eletromiográfica do masseter e temporal em pacientes com guia canino e função, chegando à conclusão que pacientes com guia canino tiveram aproximadamente a metade da atividade muscular registrada em pacientes com oclusão em função de grupo.

Porém, Butler; Zander (1968), também estudando atividade muscular, não observaram diferenças entre guia canino e função de grupo.

Este trabalho objetiva estabelecer uma relação entre sinais e sintomas de distúrbios mandibulares, associadas ao padrão lateral de desocclusão, guia canino e função de grupo, pois entre autores existem algumas controvérsias.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O antropologista Shaw (1924), verificando a ocorrência da oclusão balanceada em dentição natural como uma má oclusão, concluiu que o guia canino oferecia uma carga favorável aos dentes posteriores, e o desgaste dos caninos levava a uma oclusão em função de grupo.

Schuyler (1961), um dos defensores da oclusão em função de grupo, criticou o guia canino, afirmando que esse esquema oclusal não oferecia eficiência mastigatória, conforto e uma melhor distribuição das forças benéficas para o periodonto.

Baseados nos 60 indivíduos estudados por Weinberg (1961), verificou-se que a maioria, 98% dos indivíduos, exibia faceta de desgastes dentários nas posições excêntricas.

Quanto à redução da atividade dos músculos mastigatórios na oclusão protegida pelos caninos, Butler e Zander (1968) não encontraram diferenças aparentes entre essas e a função de grupo.

Ingervall (1972) observou contatos dentários, funcional e não-funcional, nos movimentos laterais da mandíbula em 50 crianças e em 50 adultos, e concluiu que 18% das crianças e, igualmente, 18% dos adultos apresentaram guia canino unilateral, e 2% dos adultos apresentaram guia canino bilateral.

Utilizando pacientes que portavam prótese total maxilar suportada por implantes osteointegrados e possuidores de dentes naturais mandibulares, Torsten et al (1982) verificou, através da telemetria, que o modelo mastigatório pode ser influenciado pelo tipo de oclusão, independente da presença dos caninos maxilares, salientando que os indivíduos tiveram ciclo mastigatório em guia canino e função de grupo, porém, em períodos diferentes.

Estudando sobre a ocorrência dos ciclos mastigatórios, Abjean e Korbendau (1980), concluíram que os caninos possuem o periodonto mais resistente, oferecendo melhores condições para guiar a mandíbula durante a lateralidade e sendo o ciclo mais freqüente e o ideal para articulação dental.

Belser e Hannam (1985), avaliando quatro tipos de esquema oclusal (função de grupo; guia canino, interferência no lado de trabalho e no lado de balanceio), através de eletromiografia dos músculos temporal e masseter, chegaram à conclusão que a proteção canina não altera significativamente a atividade muscular durante a mastigação, mas reduz de forma expressiva a atividade durante a parafunção.

Manns et al (1987), analisando a atividade muscular através da eletromiografia constatou que na lateralidade houve redução da atividade muscular em indivíduos que apresentavam oclusão em guia canino, quando comparada à função de grupo. Os autores concluíram que a redução na atividade muscular, com o guia canino, protege o sistema estomatognático contra as atividades parafuncionais em posições excêntricas, indicando a inclusão dos caninos em coberturas oclusais por placas.

Korioth e Hannam (1990) observaram uma diferença no modelo de movimento excêntrico de ambos os lados em mesmos indivíduos e concluiu que o maior número de ciclo mastigatório era em guia canino no lado esquerdo e função de grupo no lado direito.

Wilbur (1990) acreditou que o tamanho comparativo da mandíbula deveria ser investigado como quinto fator e determinante da oclusão, tendo efeito direto em cada componente desta. Porém afirmou que o guia canino é o fator mais importante em oclusão e, quando perdida, por função, deveria ser reconstruída.

Através de revista de literatura, Thorton (1990) estudou o desenvolvimento histórico e filosófico de ambos os esquemas oclusais e elucidou não haver uma comprovação científica que suporte um esquema oclusal clinicamente superior ao outro.

Uma placa oclusal com guia canino é geralmente recomendada para tratamento das desordens craniomandibulares miogênicas e bruxismo, entretanto seu mecanismo funcional e terapêutico não é completamente entendido para suportar tal hipótese (FITINS; SHEIKHOESLAN, 1993).

Através da eletromiografia de superfície, Grunert et al (1994) constataram que a atividade muscular do masseter e temporal era reduzida com oclusão em guia canino quando comparada à oclusão balanceada bilateral. Os autores sugeriram que a oclusão em guia canino deve ser utilizada nas reabilitações, até mesmo em próteses totais.

Em 1995, Yaffe e Ehrlich, estudando a dinâmica dos contatos dentários no movimento de lateralidade em três posições diferentes, partindo da MIC (máxima intercuspidação) até topo a topo dos caninos, concluíram que a posição final do movimento não reflete o modelo de lateralidade dos indivíduos, pois seria a posição menos utilizada pelo paciente.

A atividade muscular gerada pelos ciclos mastigatórios foi estudada por Akoren e Karaagaglioglu (1995), os quais concluíram que ambos os esquemas oclusais, guia canino ou função de grupo, são indicados nas reabilitações protéticas, porém, na presença de caninos saudáveis e com bom suporte, o guia canino é vantajoso, pois apresenta um modelo de mastigação menor e redução da atividade do músculo temporal durante o movimento de lateralidade, fato que pode ser explicado devido à ausência de contato dentário nos dentes posteriores.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Na primeira fase da pesquisa, foi feito um exame clínico bucal em 234 alunos do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (132, do sexo feminino e 102, do sexo masculino), idade entre 18 e 37 anos (média de 23).

Verificou-se então qual o ciclo mastigatório a que cada aluno pertencia, podendo ser guia canino, função de grupo e interferência. E as informações eram anotadas em ficha clínica individual.

A avaliação do ciclo mastigatório era feito com o aluno movimentando a mandíbula (lateralidade) desde a posição de MIC até uma posição topo a topo dos caninos.

Na segunda etapa, foi feita uma seleção dos alunos, e seriam excluídos os que apresentassem os seguintes dados clínicos:

- interferência em pelo menos um lado de trabalho;
- oclusão classe II ou III de Angle;
- mordida cruzada anterior e ou posterior (uni ou bilateral);
- mordida topo a topo anterior e ou posterior (uni ou bilateral);
- mordida aberta anterior e ou posterior (uni ou bilateral);
- portadores de overjet e ou overbite;
- tratamento ortodôntico prévio;
- prótese parcial fixa (P.P.F.), prótese parcial removível (P.P.R.), Incrustação metálica fundida (I.M.F.), prótese total superior e ou inferior (P.T.);
- anodontia ou perda dentária, exceto terceiros molares.

Realizada essa seleção, um exame clínico mais acurado foi feito, desta vez com auxílio da pinça porta – fita do tipo “MILLER” e carbono de articulação da marca “ACCUFILM II”, no qual as superfícies dentárias eram previamente secas com jatos de ar e/ou gases.

Com esses materiais e instrumentais e de posse de uma nova ficha clínica, devidamente assinada, obtiveram-se os dados requeridos nessa segunda etapa. O procedimento utilizado foi o seguinte: de posse de duas fitas de carbono de articulação, presas a duas pinças porta fita do tipo “MILLER” (uma pinça para cada lado), colocadas bilateral e simultaneamente sobre as faces oclusais dos dentes superiores, o examinador novamente orientou aos alunos a fazerem movimento de lateralidade direita e esquerda para verificar se havia contato dentário no lado de trabalho e de não trabalho e, ainda, movimento de protrusão para verificação de qualquer contato dentário nos dentes posteriores.

4 RESULTADOS

Na primeira etapa da pesquisa, 119 alunos de um total de 234 (50,85%) foram selecionados por não possuírem interferências oclusais no lado de trabalho, independente do odontograma apresentado.

Daqueles 119 alunos, 77 (65%) possuíam guia canino bilateralmente, 24 (20%) possuíam função de grupo bilateralmente, e 18 (15%) possuíam diferentes esquemas oclusais em ambos

os lados, ou seja, guia canino em um lado e função de grupo do outro.

Foi feita uma correlação entre o tipo de ciclo mastigatório apresentado (guia canino ou função de grupo) e os sinais clínicos das desordens da ATM, representada aqui por estalido e ou crepitação, e uma correlação entre o ciclo e sintomas de desordens da ATM, do tipo dor articular e dor de cabeça (frontal, orbital, parietal e occipital).

Apresentou-se com guia canino de ambos os lados e dor articular foram um total de 8 alunos (10,3%); guia canino e dor de cabeça, 7 alunos (9%); guia canino e dor de cabeça mais dor articular, 3 alunos (3,8%); e guia canino e estalos e ou crepitação, 9 alunos (11,6%). Esses resultados figuram na Tabela 1 .

Com relação à oclusão em função de grupo associada aos sinais clínicos e sintomas das desordens da ATM, encontraram-se os seguintes resultados: função de grupo de ambos os lados e dor articular, 3 alunos (12,5%); função de grupo e dor de cabeça, 6 alunos (25%) função de grupo e dor articular mais dor de cabeça não houve ocorrência e função de grupo mais estalos e crepitação, 2 alunos (8,3%). Esses resultados estão representados na Tabela 2.

Na segunda etapa, foi feita uma nova seleção, seguindo-se as condições pré-estabelecidas de acordo com o odontograma, e tendo em vista o aluno por não possuir interferência no lado de balanceio (mediotrusivo) e ausência de contato dentário posterior durante o movimento protrusivo. Assim 20 alunos foram selecionados, sendo que 16 alunos (80%) apresentaram guia canino bilateral e 4 alunos (20%), função de grupo bilateral.

Em relação ao tipo de ciclo mastigatório associado aos sinais e sintomas de desordens da ATM, tem-se apenas 1 aluno (6,25%) com ciclo mastigatório em guia canino associado com a sintomatologia dor de cabeça (Tabela 3). Com relação ao ciclo mastigatório em função de grupo tem-se, também, 1 aluno (25%) associada à sintomatologia dor de cabeça, não existindo demais situações clínicas, como mostra a Tabela 4.

5 DISCUSSÃO

Mediante os resultados apresentados, pode-se verificar que, após a primeira seleção dos 234 alunos examinados, 119 permaneceram no estudo o que representa 50,8%. Os 115 alunos restantes (40,2%) foram excluídos, um número relativamente alto, por possuírem interferência no lado de trabalho.

A hiperatividade dos músculos da mastigação, principalmente o masseter e o temporal, é responsável por distúrbios da ATM. Muitos autores descreveram a atividade muscular através da eletromiografia, comparando essa atividade com os ciclos mastigatórios ocorrentes (guia canino e função de grupo). A exemplo de Shupe et al (1984), que avaliaram essa atividade do masseter e do temporal em um esquema oclusal de função grupo e guia canino e registraram uma menor atividade muscular com pacientes com guia canino. Esses autores indicaram restaurações com guia canino nas reabilitações.

Em outro estudo conduzido por Ingervall et al (1991), foram avaliadas implicações clínicas dos contatos dentários nos movimentos excursivos da mandíbula em adultos jovens. Em relação aos movimentos laterais, concluíram que tanto guia canino como função de grupo não deveriam ser de interesse com respeito à disfunção mandibular.

A respeito da relação dos ciclos mastigatórios com sinais e sintomas de distúrbios da ATM, observada na primeira etapa desta pesquisa, tem-se resultados assim expressos: quanto à sintomatologia de dor da ATM, o guia canino, bilateral possui um número relativamente menor quando comparado à função de grupo bilateral, porém diferença não acentuada, guia canino com 8 alunos dos 77 selecionados, o que representa 10,3%, (Tabela 1), e função de grupo, com 3 alunos dos 24 selecionados, o que representa 12,5% (Tabela 2).

Levando-se em conta a outra sintomatologia, dor de cabeça associada aos ciclos mastigatórios, houve diferenças significativas nos resultados, sendo com guia canino e cefaléia, 9,0%, o que representa 7 alunos em um total de 77 (Tabela 1), e com função de grupo e cefaléia, 25,0%, o que representa 6 alunos em um total de 24 alunos (Tabela 2).

A respeito as sintomatologia dor de cabeça mais dor articular, o resultado foi contraditório. Pacientes com guia canino, tem-se 3,9%, o que representa 3 alunos em total de 77 (Tabela 3) contra nenhuma ocorrência de pacientes com função de grupo (Tabela 4).

Para os sinais clínicos, estalos e/ou crepitação, associados aos ciclos mastigatórios, observou-se que o índice foi maior entre pacientes com guia canino (11,6%), ou seja, 9 alunos do total dos 77 (Tabela1), comparando-se à função de grupo, com uma diferença percentual pouco significativa (8,3%) (Tabela 4).

Na segunda etapa desta pesquisa, os alunos selecionados alcançaram os requisitos estabelecidos e, além do odontograma apresentado, também foi exigida a ausência de contatos dentários no lado de balanceio e ausência de contato posterior durante movimento protrusivo da mandíbula.

Com resultados, apenas 20 alunos preencheram os requisitos, 80%, com guia canino (16,0%) e 20,0%, com função de grupo (4 alunos). Destes 20 alunos, apenas dois apresentaram alguma sintomatologia dolorosa: 1 aluno em guia canino com dor articular (6,25%); 1 aluno com função de grupo com dor de cabeça (25,0%). Apesar de percentualmente ambos os resultados revelarem um mesmo valor representativo, principalmente em relação à função de grupo, o valor relativo de 1 aluno para guia canino e 1 aluno para função de grupo representa uma quantificação pouco significativa, comparado ao universo pesquisado de 234 alunos.

Como visto anteriormente, a hiperatividade mastigatória pode levar a desordens da ATM, porém não é seguro afirmar que pacientes com oclusão em função de grupo possuam maiores condições de desenvolver desordens por apresentar uma maior atividade muscular registrada através da eletromiografia, quando comparados com pacientes com guia canino, pois essa maior atividade está nos limites fisiológicos do sistema estomatognático.

Muitos autores, como Grunert et al (1994) e Mans et al (1987), acreditam que as desordens da ATM estão associadas a contatos dentários não pertinentes aos princípios de oclusão. Ingervall e Carlsson (1982), estabeleceram uma relação entre fatores oclusais e atividade muscular durante as funções normais

(mastigação; deglutição e fonação) e concluíram que as interferências são potencialmente nocivas e capazes de desenvolverem desordens da ATM em decorrência desses contatos.

Os valores percentuais comparativos podem ser vistos no Gráfico 1, relação de alunos em guia canino apresentando sinais e sintomas de desordens da ATM, e no Gráfico 2, relação de alunos em função de grupo com sinais e sintomas de desordens da ATM.

6 CONCLUSÕES

6.1 Dos 77 alunos com ciclos mastigatórios em guia canino, 8 (10,3%) tinham dor articular; 7 (9,0%) tinham dor de cabeça; 3 (3,8%) tinham dor articular mais dor de cabeça; e 9 (11,6%) tinham estalos e ou crepitação.

6.2 Dos 24 alunos com ciclos mastigatórios em função de grupo, 3 (12,5%) tinham dor articular; 6 (25,0%) tinham dor de cabeça; nenhum apresentou dor de cabeça mais dor articular e 2 (8,3%) tinham estalos e ou crepitação.

SKULL-MANDIBULAR DISFUNCTION: CANINE GUIDE OR GROUP FUNCTION?

ABSTRACT — *The present study investigated the chewing cycle in guidance canine and group function correlated with sight and symptoms of skull – mandibles disorder in 234 dental students studying at the State University of Feira de Santana, Bhaia, Brazil. Of the 234 students examined, 77 had chewing cycle in guidance canine, of which 10% showed articulation pain, 9% headache, 3.8% combined articulation pain and headache, and 11.6% cracks and/or crepitation, 24 students had chewing cycle in group function, of the which 12.5% presented articulatory pain, 25% headache, 8.% cracks and/or crepitation.*

KEY WORDS: *Masticatory cycle; Guidance canine; Group function.*

REFERÊNCIAS

ABJEAN, J.; KORBENDAU, J. M. **Oclusion**: aspectons clínicos incidaciones terapéuticas. Trad. por Roberto Porter. Buenos Aires: Panamericana, 1980. p. 58-59.

AKOREN, A. C.; KARAAGAÇLIOGLU, L. Comparison of the eletromyographic activity of individuals with canine guidance and group function occlusion. **J. Oral Rehabil**, v. 22, p. 73-77, 1995.

BEYRON, H. Occlusal relation and mastigation in Australian aborigines. **Acta odont. scand.**, v. 22, n. 6, p. 597-678, dec, 1964.

COOLIDGE, E.D. The thinckness of the human periodontal membrane. **J. Amer. dent. Ass.** , v. 24, n. 8, p. 1260-1270, Aug, 1937.

D'AMICO, A. The canine teeth: normal functional relation of the natural teeth of man(concluded). **J. S. Calif. dent. Ass.**, v. 26, n. 7, p. 239-241, July, 1958.

DAWSON, P. E. **Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais**. 2. ed. Trad. por Silas da Cunha Ribeiro. São Paulo: Artes Médicas, 1993. p. 686.

FROMDER, B. Untersuchungem uber zusammemhange zwischen der zahnfuhrung latierotruuebsion und der bisslage. **Dtsch. Zahnarztl. Z.**, v. 44, n. 11, p. 70-72, Nov, 1989.

GOLDSTEIN, G. R. The relationship of canine-protected occlusion to a periodontal index. **J. prosth. Dent.** v. 41, n. 3, p. 277-283, Mar, 1979.

INGERVALL, B. Tooth contacts on the functional and non-functional side in children and young adults. **Arch. oral Biol.**, v. 17, n. 1, p. 91-200, Jan, 1972.

INGERVALL, B.; HAHNER, R.; KESSI, S. Pattern of tooth contacts in eccentric mandibular positions in young adults. **J prosth. Dent.** v. 66, n. 2, p.169-176, Aug, 1991.

MANNS, A. ; CHAN, C.; MIRALLES, R. Influence of group function and canine guidance on eletromyographic activity of elevator muscles. **J. prosth. Dent.**, v. 57, n.4, p. 494-501, Apr, 1987.

McADAM, D. B. Tooth loading cuspal guidance in canine and group-function occlusions. **J. prosth. Dent** . v. 35, n. 3, p. 283-90, Mar, 1976.

MOTSCH, A. **Ajuste oclusal em dentes naturais**. Trad. Por Mário Ueti . São Paulo, Santos, 1985, p. 44-45.

NAGAO, M. Comparative studies on the curve of spee in mammals with a discussion of its relation to the form of the fossa mandibularis . **J. dent. Res.**, v. 1, n. 2, p. 159-202, June, 1919.

OKESON, J. P. **Fundamentos de oclusão e distúrbios temporomandibulares**. 2. Ed. Trad. por Milton Edson Miranda, São Paulo Artes Médicas, 1992. p. 449.

RODRIGUES, C. H. Estudo da espessura do espaço periodontal da região anterior, em pacientes com ciclo mastigatório em guia canino. 1994. 91 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SCAIFE, R. R. Jr.; HOLT, J. E. Natural occurrence of cuspid guidance. **J. prosth. Dent.**, v. 22, n. 2, p. 225-229, Aug. 1969.

SCHUYLER, C. H. Factors contributing traumatic occlusion. **J. prosth. Dent.**, v. 11, n. 4, p. 708-715, July/ Aug, 1961.

SHUPE, R. J. et al. Effects of occlusal guidance on jaw muscle activity . **J. prosth. Dent.** v. 51, n. 6, p. 811-818, June, 1984.

THORNTON, L. J. Anterior guidance: group function-canine guidance. A literature review. **J. prosth. Dent.**, v. 64, n. 4, p. 479-482, Oct., 1990.

WEINBERG, L. A. The prevalence of tooth contact in eccentric movements of the jaw: Its clinical implications. **J. Amer. Dent. Ass.** v. 62, n.4, p. 402-406 , Apr, 1961.

WODA, A.; VIGNERON, P.; KAY, D. Nonfunctional and functional occlusal contacts: a review of the literature . **J. prosth Dent.** v. 42 n. 3: p. 335-41 , Sept. 1979.

YAFFE, A.; EHRLICH, J. The functional range of tooth contacts in lateral gliding movements. **J. prosth. Dent.**, v. 57, n. 6, p. 730-733, June, 1987.

YAFFE, A.; EHRLICH, J.; HOCHMAN, N. Tooth contact during dynamic lateral excursion in young adults. **J. oral Rehabil.**, v. 22, p. 221-224, 1995.

ANEXO A

Tabela 1- Acadêmicos do curso de Odontologia da UEFS com GC associado a sinais e sintomas de desordens da ATM.

	TOTAL	PERCENTAGEM
GC + DOR ATM	6	10,3%
GC + CEFALÉIA	7	9,0%
GC + DOR ATM + CEFALÉIA	3	3,8%
GC + ESTALOS E/OU CREPITAÇÃO	9	11,6%

Tabela 2 - Acadêmicos do curso de Odontologia da UEFS com FG associado a sinais e sintomas de desordens da ATM.

	TOTAL	PERCENTAGEM
FG + DOR ATM	3	12,5%
FG + CEFALÉIA	8	25,0%
FG + DOR ATM + CEFALÉIA	0	0%
FG + ESTALOS E/OU CREPITAÇÃO	2	8,3%

Tabela 3 - Acadêmicos do curso de Odontologia UEFS com GC associado a sinais e sintomas de desordens da ATM.

	TOTAL	PERCENTAGEM
GC + DOR ATM	0	0%
GC + CEFALÉIA	1	6,25%
GC + DOR ATM + CEFALÉIA	0	0%
GC + ESTALOS E/OU CREPITAÇÃO	0	0%

ANEXO B

Tabela 4 - Acadêmicos do curso de Odontologia da UEFS com FG associado a sinais e sintomas de desordens da ATM.

	TOTAL	PERCENTAGEM
FG + DOR ATM	0	0%
FG + CEFALÉIA	1	25,0%
FG + DOR ATM + CEFALÉIA	0	0%
FG + ESTALOS E/OU CREPITAÇÃO	0	8%

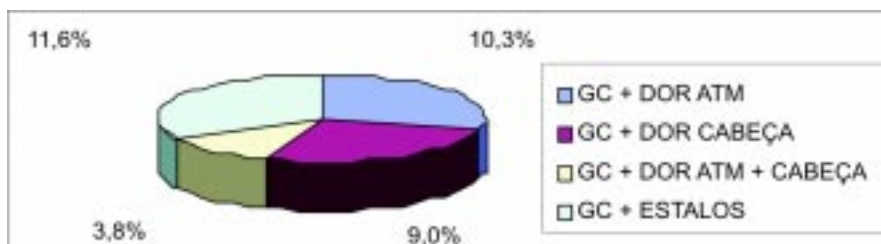


Gráfico 1 - Relação dos alunos com GC associados a sinais e sintomas de desordens da ATM.

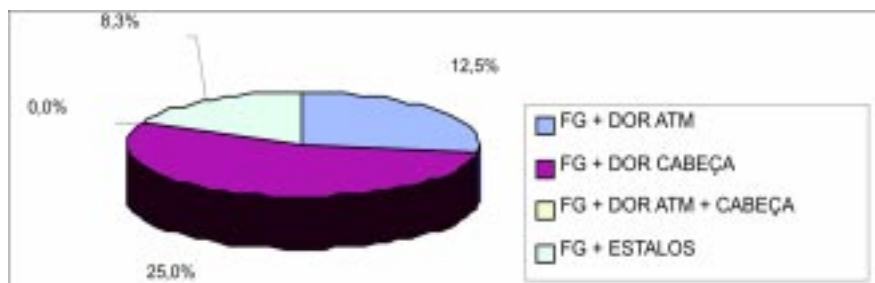


Gráfico 2 - Relação dos alunos com FG associados a sinais e sintomas de desordens da ATM.