



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

MARLON VINÍCIUS SANTOS REIS

**Avaliação do perfil socioeconômico e da qualidade de vida dos
pacientes com Disfunção Temporomandibular (DTM)**

ARACAJU

2019

MARLON VINÍCIUS SANTOS REIS

**Avaliação do perfil socioeconômico e da qualidade de vida dos
pacientes com Disfunção Temporomandibular (DTM)**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido à Universidade Federal de
Sergipe, como parte dos requisitos
necessários para obtenção do grau de
cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Wilton Mitsunari
Takeshita

Coorientadora: Prof^a. Dra. Eliziane Cossetin
Vasconcelos

ARACAJU

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a minha família que são a minha base. Quero deixar também aqui registrada a minha gratidão à professora Eliziane Cossetin Vasconcelos que, desde o início, sempre foi muito solícita e gentil, me orientando com paciência e persistência. Muito obrigado, professora. Sou muito grato por ter feito este trabalho com a senhora. Também quero deixar aqui os meus agradecimentos ao professor Wilton Mitsunari Takeshita, que me orientou nesse projeto com muita responsabilidade e empenho (espero levar para a minha vida profissional o compromisso que os senhores têm com a profissão). Agradeço também aos pacientes que tiveram paciência para responder o questionário; à Fisioterapeuta Larissa, por ter disponibilizado seu espaço na clínica de Fisioterapia (no Hospital Universitário), para que eu pudesse entrevistar os pacientes; aos professores do DOD (Departamento de Odontologia), que também disponibilizaram as clínicas das suas respectivas matérias (em especial aos professores da disciplina de Diagnóstico Oral) para que eu pudesse realizar a pesquisa; e aos meus amigos, pelos incentivos que me deram durante esse período.

RESUMO

Introdução: A Disfunção Temporomandibular é uma patologia multifatorial que afeta e prejudica a qualidade de vida daqueles que a possuem. **Objetivo:** O presente projeto visa avaliar o impacto da DTM na qualidade de vida das pessoas. **Materiais e métodos:** Foram selecionados 64 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, com queixa de dor orofacial e/ou estalido, em atendimento na clínica odontológica do Departamento de Odontologia e na clínica de Fisioterapia do Departamento de Fisioterapia, ambos os departamentos presentes no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, na cidade de Aracaju/SE. A qualidade de vida dos pacientes foi avaliada através da aplicação dos questionários *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular disorders (RDC/TMD) EIXO II*, adaptado culturalmente para o Brasil, e através do *OIDP (Oral Impact of Daily Performances)*, também adaptado culturalmente para o Brasil. No *RDC/TMD EIXO II* foram avaliados os aspectos demográficos, a severidade da DTM, as limitações que a disfunção causa em atividades rotineiras dos maxilares. **Resultados:** As mulheres (89%) foram mais atingidas pela DTM do que os homens. Já no que diz respeito à idade, houve uma prevalência de pacientes entre os 31-50 anos. Com relação ao estado civil, a maioria dos pacientes era casado (a) morando na mesma casa, ou nunca havia casado. Quanto à escolaridade, boa parte dos pacientes já havia concluído o ensino médio completo, e alguns estavam cursando, ou já tinham cursado uma pós-graduação. 81% dos pacientes tinham como renda média até dois salários mínimos. No exame clínico intraoral foi observado que 78% dos pacientes eram edêntulos. Dentre as próteses, a prótese parcial removível era a prótese mais usada. Não houve correlação significativa entre o uso de aparelho ortodôntico e a DTM. No que diz respeito aos resultados fisiopatológicos da DTM (observados através do *RDC/TMD EIXO II*), notou-se que: a maioria dos entrevistados considerava razoável tanto a condição da sua saúde geral, como também da sua saúde bucal. 94% dos pacientes queixaram-se de dor, tendo essa duração média de 5,8 anos e sendo recorrente, de alta intensidade, e baixa incapacidade. 85% dos entrevistados queixaram-se de estalido ao abrir a boca. Não houve relação significativa entre apertamento e bruxismo com a DTM. 64% dos pacientes disseram apresentar ruídos ou zumbidos nos ouvidos. 86% relataram que sentem a mordida desconfortável e 90% relataram ter sentido dor de cabeça ou enxaqueca nos últimos seis meses. A mastigação, principalmente ao comer alimentos duros, foi a atividade rotineira mais afetadas pela DTM. **Conclusão:** As mulheres são mais afetadas do que os homens, estando a maioria em idade produtiva. Já com relação ao estado civil, houve uma prevalência de pacientes casados (com o parceiro morando na mesma casa). No que diz respeito à escolaridade e à renda, houve uma maior porcentagem de pacientes com ensino médio completo e com renda de até dois salários mínimos, porém isso não interfere na qualidade de vida. A dor apresentada pelo paciente costuma ser crônica, recorrente, de alta intensidade e baixa incapacidade, afetando na sua qualidade de vida, principalmente para mastigar alimentos duros. A presença de estalido, juntamente com a dificuldade de bocejar, também foi uma alteração observada neste estudo. Já dentre as fisiopatologias abordadas na pesquisa, a dor de cabeça e a enxaqueca foram as mais prevalentes. O edentulismo parcial ou total e o uso de prótese não interferem na qualidade de vida do paciente com DTM. No que se refere ao

uso de aparelho ortodôntico, notou-se que há uma redução da qualidade de vida dos pacientes que possuíam DTM e faziam ou já tinham feito uso de aparelho ortodôntico.

Palavras chave: transtornos da articulação temporomandibular; qualidade de vida; dor de cabeça; mastigação.

ABSTRACT

Aims: Temporomandibular Dysfunction is a multifactorial pathology that affects and impairs the quality of life of those who have it. **Objective:** This project aims to evaluate the impact of the TMD on people's quality of life. **Materials and methods:** Sixty-four patients over 18 years of age, of both genders, complaining of orofacial pain and/or cracking were selected, attending the dental clinic of the Department of Dentistry and the Physiotherapy Clinic of the Physiotherapy Department, both departments present at the University Hospital of the Federal University of Sergipe, in the city of Aracaju/SE. The patients' quality of life was evaluated through the application of the RDC/DTM AXIS II questionnaires, culturally adapted to Brazil, and through the OIDP (Oral Impact of Daily Performances), also adapted culturally to Brazil. In the RDC/TMD AXIS II, the demographic aspects, the severity of TMD, the limitations that the dysfunction caused in routine activities of the jaws were evaluated. **Results:** Women (89%) were more affected by TMD than men. Regarding age, there was a prevalence of patients between 31-50 years. Regarding marital status, most patients were married living in the same household, or had never married. As for schooling, most of the patients had already completed high school, and some of them had taken a postgraduate course. 81% of the patients had an average income of up to two minimum wages. In the intraoral clinical examination, it was observed that 78% of the patients were edentulous, with the majority being partial posterior edentulous bilateral. Among the prostheses, the removable partial denture was the most used prosthesis. There was no significant correlation between orthodontic appliance use and TMD. The mean of the Oral Impact on Daily Performances (OIDP) in our studies was 59.92. Regarding the pathophysiological results of TMD (observed through RDC / TMD AXIS II), it was noted that: the majority of the interviewees considered both the condition of their overall health and their oral health to be reasonable. 94% of patients complained of pain, having an average duration of 5.8 years and being recurrent, high intensity, and low disability, as can be observed in the CPGC questions. 85% of the respondents complained of a crack when they opened their mouths. There was no significant relationship between tightening and bruxism with TMD. 64% of patients reported noises or ringing in their ears. 86% reported feeling uncomfortable bite and 90% reported having felt headache or migraine in the last six months. Chewing, especially when eating hard foods, was the routine activity most affected by TMD. **Conclusion:** Women are more affected than men, the majority being of productive age. Regarding marital status, there was a prevalence of married patients (with the partner living in the same household). With regard to schooling and income, there was a higher percentage of patients with full secondary education and income of up to two minimum wages, but this does not interfere in the quality of life. The pain presented by the patient is usually chronic, recurrent, of high intensity and low inability, affecting in their quality of life, mainly to chew hard foods. The presence of clicking, together with the difficulty of yawning, was also a change observed in this study. Among the pathophysiologies addressed in the research, headache and migraine were the most prevalent. Partial or total edentulism and the use of prostheses do not interfere in the quality of life of patients with TMD. Regarding the use of orthodontic appliance, it was observed that there is a reduction in the quality of life of the patients who had TMD and who had or had already used orthodontic appliance.

Keywords: Temporomandibular Joint Disorders; quality of life; headache; mastication.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
4.1 Avaliação da qualidade de vida	17
4.2 Avaliação socioeconômica	18
4.3 Exame extraoral, intraoral e radiográfico	18
5. RESULTADOS	19
Tabela 1 - Resultado do questionário sociodemográfico presente no RDC/TMD EIXO II, dados em análise de frequência e percentual.	20
Tabela 1 (continuação) - Resultado do questionário sociodemográfico presente no RDC/TMD EIXO II, dados em análise de frequência e percentual.....	21
Tabela 2 - Resultado do Exame Clínico, dados em análise de frequência e percentual.....	22
Figura1- Relação entre sexo e qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM.	23
Figura 2 – Relação entre faixa etária e qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM.	23
Figura 3 – Relação entre escolaridade e qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM.....	24
Figura 4- Relação entre renda e a qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM.	24
Tabela 3 - Resultado do questionário RDC/TMD EIXO II (RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS)- características fisiopatológicas da DTM, dados em análise de frequência e percentual.	25
Figura 5 - Relação entre a dor e depressão em pacientes com DTM, em média, desvio padrão e aplicando o teste t. Diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$).	29
Tabela 4 – Relação entre o edentulismo parcial ou total, a presença de próteses e o uso de aparelhos ortodônticos relacionados com a qualidade de vida de pacientes com DTM, Score OIDP em média, desvio padrão e valor de p, aplicando o teste de t.	30
Tabela 5 – Relação dos grupos dos diferentes graus de dor crônica com a qualidade de vida dos pacientes com DTM, com média e desvio padrão, aplicando a análise de variância (ANOVA) e teste Tukey.	30
6. DISCUSSÃO	31
7. CONCLUSÃO.....	35

8. REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	43
ANEXO I- Questionário RDC/DTM EIXO II adaptado culturalmente para o Brasil.....	43
ANEXO II- OIDP (Oral Impact of Daily Performances) adaptado culturalmente para o Brasil.....	48
ANEXO III- Ficha de Exame Clínico	50
ANEXO IV- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	51
ANEXO V- Folheto educativo	52
ANEXO VI- Parecer do Comitê de Ética.....	53

1. INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) foi identificada como a principal causa de dor não dental na região orofacial (BELL, 1990). O sintoma doloroso em geral está localizado nos músculos da mastigação, área pré-auricular e/ou nas articulações temporomandibulares (BELL, 1990), sendo considerada uma subclasse das desordens musculoesqueléticas (OKESON, 1995). As dores descritas como faciais, nos maxilares, dores pré-auriculares, dores de ouvido, dores de cabeça, são comumente exacerbadas pela função da mandíbula e são conhecidas como distúrbios extracapsulares (GRIFFITHS, 1983).

A etiologia das DTM's é complexa e multifatorial (OKESON, 2013). Um dos fatores que pode influenciar na mastigação, é o aumento do nível de estresse emocional (OKESON, 2013). Os centros emocionais do cérebro tem interferência na função dos músculos (OKESON, 2013). O estresse afeta o corpo através da ativação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) que, por intermédio de vias neurais complexas, aumenta a atividade dos eferentes gama, provocando a contração das fibras intrafusais através da sensibilização dos fusos musculares (OKESON, 2013). Em decorrência desse mecanismo, há um aumento na tonicidade dos músculos (OKESON, 2013).

Em algumas situações, as queixas que o paciente apresenta podem estar relacionadas com a depressão, com o comportamento de catastrofização, e podem até afetar a qualidade de vida (CONTI et al., 2012). No que diz respeito ao gênero, a DTM costuma afetar mais mulheres do que os homens, sendo que a dor que as afeta costuma ser mais intensa (HUNGRIA et al., 2012). Diversos são os sintomas apresentados pelos pacientes portadores de DTM, estando entre eles a dor de cabeça, que limita algumas de suas atividades diárias. (ABOUELHUDA et al., 2017). Por este motivo, um tratamento precoce e multidisciplinar deve ser realizado para evitar a sobreposição de eventos dolorosos que podem resultar na cronificação da dor (PAOLO et al., 2017). Entre as limitações craniofaciais que acometem os pacientes, está a limitação de abertura de boca e a perda do suporte oclusal (NGUYEN et al., 2017).

Quando os pacientes costumam apresentar os primeiros sinais e sintomas da DTM, os mesmos devem ser submetidos ao exame de imagem de ressonância magnética inicial (RMI), caso seja possível, para que o melhor plano de tratamento seja escolhido (MATSUBARA et al., 2018). Outra forma de investigação muito utilizada no diagnóstico das desordens

temporomandibulares é a ultrassonografia, que precisa de uma padronização do método aplicado, bem como de novas pesquisas para que se confirme a sua eficácia (KLATKIEWICZ et al., 2018).

Com o avanço das pesquisas, novas formas de tratamento foram descobertas e ainda estão em estudo, estando, dentre elas, a artrocentese, o uso de toxina botulínica, a artroscopia, e a injeção contendo plasma rico em plaquetas no espaço articular superior em pacientes com deslocamento do disco não reduzido. A artrocentese da articulação temporomandibular com hialuronato de sódio melhora a abertura máxima da boca, os movimentos de lateralidade, e a função, reduzindo a dor e o ruído presentes na ATM (GORRELA, 2015). Já o uso de toxina botulínica tem sido efetivo em muitos casos, porém é necessário que sejam feitos mais estudos para uma maior acurácia dos resultados (PARK et al., 2016).

É importante que os cirurgiões-dentistas percebam que seus tratamentos dentários podem se tornar a causa dos sintomas da DTM (de acordo com as crenças dos pacientes), já que os pacientes não têm conhecimento suficiente sobre essa patologia (MITRIRATTANAKUL et al., 2018). Por esta razão, a triagem correta, avaliando os sinais e sintomas da DTM, deve ser parte importante da prática odontológica (MITRIRATTANAKUL et al., 2018).

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a qualidade de vida das pessoas com DTM na cidade de Aracaju/SE.

2.2 ESPECÍFICOS

- Apresentar o perfil sociodemográfico dos pacientes com DTM.
- Avaliar a relação existente entre sexo, faixa etária, escolaridade, renda e a qualidade de vida dos pacientes com DTM.
- Verificar se o edentulismo parcial ou total, a presença de próteses, ou o uso de aparelhos ortodônticos estão relacionados com a qualidade de vida dos pacientes com a DTM.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo coletivo que abrange uma série de condições clínicas que envolvem desde a musculatura mastigatória, até a articulação temporomandibular (MCNEILL, 1997). O sintoma doloroso em geral está localizado nos músculos da mastigação, área pré-auricular e/ou nas ATMs (BELL, 1990), sendo considerada uma subclasse das desordens musculoesqueléticas (OKESON, 1995).

Em alguns casos, os pacientes que apresentam DTM são encaminhados erroneamente para que seja feita a extração do terceiro molar permanente (quando o mesmo se apresenta sintomático) sendo que, na verdade, o seu incômodo é na ATM (DEANGELIS et al., 2009). Em outras situações, a posição postural do indivíduo pode sofrer alterações biomecânicas decorrentes de modificações estomatognáticas, podendo causar mudanças clínicas visíveis e afetar o desempenho das estruturas envolvidas (STRINI et al., 2009). Muitos são os pacientes que apresentam enxaqueca e DTM ao mesmo tempo, havendo a necessidade de novas pesquisas nessa área (GONÇALVES et al., 2009).

Nos últimos anos, tem ocorrido um aumento da prevalência de DTM em pacientes com esquizofrenia (GURBUZ et al., 2009). Este tipo de paciente é mais propenso ao desenvolvimento de sinais de DTM e desgaste severo dos dentes (GURBUZ et al., 2009). Diversos são os fatores que podem desencadear no aumento dessa prevalência, incluindo os efeitos colaterais dos medicamentos psicotrópicos, como também o estilo de vida e os hábitos bucais (GURBUZ et al., 2009). Outra situação que carece de mais investigações é a presença cada vez maior de pacientes com refluxo gastroesofágico apresentando DTM, havendo a necessidade de novas pesquisas sobre esse assunto para que se confirme alguma correlação entre ambas (GHARAIBEH et al., 2010).

Algumas técnicas, como a da sutura artroscópica da ATM (que é eficaz no reposicionamento do disco desta articulação), podem ser utilizadas, desde que o diagnóstico seja confirmado por um exame de imagem por ressonância magnética (ZHANG et al., 2010). Pacientes que possuem dor há mais tempo têm problemas e limitações físicas mais pronunciadas, havendo impacto no funcionamento social deste grupo (TJAKKES et al., 2010). Já aqueles que apresentam alto risco de desenvolver sintomas crônicos de DTM sentem mais dor ao mastigar quando comparados aos participantes de baixo risco (DOUGALL et al., 2012).

Entre as atividades diárias que são afetadas pela presença da DTM, a mastigação é a principal delas, promovendo deficiência nutritiva (DOUGALL et al., 2012). Diversos são os fatores de risco que podem estar relacionados a esta patologia, e, dentre eles, encontra-se o bruxismo (FERNANDES et al., 2012). Dentre os pacientes que possuem depressão e DTM correlacionas, as mulheres são mais acometidas do que os homens, e as mesmas costumam ter seus sintomas reduzidos com o avanço da idade (KOMIYAMA et al., 2014).

Alguns pacientes que já apresentaram câncer e sentem dor, incluindo a dor da DTM, podem ter a ideia de suicídio agravada (HAN, 2014). Já outros pacientes que possuem a disfunção há muito tempo podem apresentar alteração da temperatura da pele na região do músculo temporal anterior (FILHO et al., 2014). Ainda não há correlação entre a gravidade da disfunção temporomandibular e a amplitude do movimento mandibular (GOMES et al., 2014).

Pacientes que apresentavam alterações dentofaciais e foram submetidos à cirurgia ortognática (e logo em seguida queixaram-se de DTM), sofreram efeitos negativos em suas qualidades de vida (AL-AHMAD et al., 2014). Já o padrão mastigatório de muitos dos indivíduos que possuem a DTM é alterado, porém a função mastigatória não é comprometida. (RODRIGUES et al., 2015). Há também uma correlação entre a disfunção temporomandibular, o estresse, e o transtorno mental comum (AUGUSTO et al., 2016).

A artroscopia da ATM é uma técnica minimamente invasiva, confiável e sem a necessidade de cirurgia aberta (GRANIZO et al., 2017). Quando a artroscopia não apresenta bons resultados, pode ser realizada a retroscopia articular, evitando uma cirurgia articular aberta com a morbidade que ela costuma causar (GRANIZO et al., 2017). Quando a opção escolhida, a depender do caso, é a injeção contendo plasma rico em plaquetas, há melhora da extensão da abertura bucal, e redução dos sinais e sintomas que os pacientes costumam apresentar (AL-DELAYME et al., 2017).

No que diz respeito ao uso de placas oclusais com forma de tratamento para os pacientes com DTM, não há redução da tensão sobre o disco (a não ser que exista deslocamento anterior do mesmo), havendo uma pequena redução da tensão (FERREIRA et al., 2017). Além das alterações que já foram citadas acima, o paciente que apresenta DTM possui dificuldade em encontrar o acasamento correto entre os dentes e desvio postural (FRANCO et al., 2016).

Além desses sintomas, os pacientes costumam ter dor de cabeça, que limita algumas de suas atividades diárias (ABOUELHUDA et al., 2017). Por este motivo, um tratamento

precoce e multidisciplinar deve ser realizado para evitar a sobreposição de eventos dolorosos que podem resultar na cronificação da dor (PAOLO et al., 2017). Como já dito anteriormente, a limitação de abertura de boca é outro agravante que atinge os pacientes; e a perda do suporte oclusal está entre uma das alterações craniofaciais encontradas com maior frequência (NGUYEN et al., 2017).

Para que haja um correto diagnóstico, alguns exames são necessários como, por exemplo: a auscultação da articulação e a ultrassonografia (KALYAN et al., 2017). Além desses, existe a ressonância magnética (RM), que é um exame de imagem crucial nessa investigação. Através da RM foi observada uma relação entre a plenitude auricular e achados anormais na ATM, o que faz dessa descoberta um caminho para novas pesquisas nesse âmbito (LEE et al., 2017).

Entre os pacientes que vão fazer os exames odontológicos de rotina, cerca de 10,8% têm DTM não autorrelatada, 40,92% apresenta deslocamento do disco com redução e 32,62% apresentaram dor crônica e 66,77% apresentaram incapacidades leves (TAALAT et al., 2017). Os volumes condilares estão correlacionados significativamente com o deslocamento do disco, tendendo a diminuir com o aumento do deslocamento (AHN et al., 2017). Pacientes que possuem artrite reumatoide tem maior predisposição a desenvolver DTM quando comparados àqueles que não a possuem (LIN et al., 2017).

Já os pacientes com sinais e sintomas mais graves de DTM apresentaram menor limiar de dor à pressão do músculo masseter (HERPICH et al., 2017). Aqueles que possuem doenças autoimunes, condições inflamatórias, e doenças pulmonares, podem aumentar o risco do desenvolvimento da DTM (FREDRICSON et al., 2017). Achados recentes, através do uso da ressonância magnética, sugerem alteração edematosa no músculo masseter que podem induzir dor em pacientes com DTM (NIKKUNI et al., 2018).

O uso de prótese dentária, e alterações oclusais irreversíveis como formas de tratamento para DTM, não demonstraram ser tratamentos adequados através de observação em ensaios clínicos randomizados (ARANHA et al., 2018). A artrite da articulação temporomandibular reduz a área e o diâmetro das fibras mastigatórias, e causa alterações morfológicas e moleculares na articulação contralateral (LE MOS et al., 2018). Pacientes com DTM frequentemente tem mau alinhamento cervical (hipolordose) e tendência à cifose (BENLIDAYI et al., 2018).

A presença e a gravidade da DTM são inter-relacionadas à qualidade de vida, ao estado emocional, e a qualidade do sono (NATU et al., 2018). Os portadores dessa disfunção

costumam apresentar níveis mais elevados de depressão, ansiedade e estresse quando comparados àqueles que não apresentam os sintomas da doença (NATU et al., 2018), havendo comprometimento psicossocial e ocasionando transtornos psicológicos (CANALES et al., (2018). A DTM e a ansiedade podem estar relacionadas com a cefaleia do tipo tensional episódica frequente (CTTEF) (WAGNER et al., 2018).

Pacientes que possuem DTM e, por algum motivo, esta é correlacionada com a má oclusão, não serão “curados” através do tratamento ortodôntico (SHROFF, 2018). Muitos pacientes podem apresentar o que é chamado de Artrite psoriática destrutiva da articulação temporomandibular, que é uma patologia de difícil diagnóstico que, para ser definitivo, precisa de outros sinais, sendo um deles o aparecimento de lesões psoriáticas na pele (SKÁRMETA et al., 2018).

Estudos realizados recentemente encontraram evidências que apoiam o fato de que a atividade cerebral espontânea e a conectividade funcional do sistema nervoso central são alteradas em pacientes do sexo feminino que apresentam dor na sinovite da ATM (ZHANG et al., 2018). O estresse psicológico pode modular a sensibilidade térmica da pele sobrejacente ao músculo masseter em paciente com DTM miofascial e, por este motivo, o estresse deve ser considerado no momento em que for feita a avaliação somatossensorial imparcial (FERREIRA et al., 2018).

A presença de classe II ou III de Angle está associada a maior prevalência de dor miofascial em adolescentes, estando a ansiedade fortemente associada à DTM nesse tipo de paciente (BERTOLI et al., 2018). A possível falha na instalação de um ou mais implantes não é um fator predisponente para que ocorra o desenvolvimento da doença (CHATZOPOULOS et al., 2018). No âmbito da saúde, é de suma importância que os profissionais saibam identificar os sinais clínicos e a fisiopatologia da ATM (e sua relação com lesões cervicais), a exemplo do que ocorre na Síndrome do chicote, que afeta a região cervical, e pode afetar a articulação temporomandibular (LEE et al., 2018).

Distúrbios do nariz e da garganta (além da cervicalgia), também podem estar associados à DTM quando o paciente também apresenta enxaqueca (CONTRERAS et al., 2018). Em estudos recentes tem sido relatada a presença de DTM, especialmente de distúrbios musculares, em indivíduos com tireoidite de Hashimoto. Quando esses pacientes não respondem ao tratamento comum de DTM, novos questionários e exames devem ser realizados para avaliar a presença ou não de alguma alteração na tireoide (GROZDINSKA et al., 2018).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe- UFS, sob processo de número 2.359.005 (ANEXO VI), foram selecionados 64 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, com queixa de dor orofacial e/ou estalido, em atendimento na clínica odontológica do Departamento de Odontologia e na clínica de Fisioterapia do Departamento de Fisioterapia (ambos os departamentos presentes no Hospital Universitário da cidade de Aracaju/SE). Os pacientes síndrômicos e os que não tivessem capacidade cognitiva para responder o questionário foram excluídos da pesquisa. O estudo foi observacional, com aplicação de questionário.

4.1 Avaliação da qualidade de vida

A qualidade de vida dos pacientes foi avaliada através da aplicação dos questionários RDC/TMD EIXO II, adaptado culturalmente para o Brasil por (LUCENA et al., 2006) (ANEXO I) e através do OIDP (Oral Impact of Daily Performances), instrumento desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997) e adaptado culturalmente para o Brasil por Tsakos, Marcenes e Sheiham (2001), apresentando onze performances ligadas aos aspectos físicos, psicológicos e sociais do paciente (ANEXO II). No RDC/TMD EIXO II, foram avaliados os aspectos demográficos, a severidade da DTM, as limitações que a disfunção causa em atividades rotineiras dos maxilares. Todos esses aspectos possuem diferentes graus de severidade que serviram para a obtenção dos resultados. No OIDP foi avaliada a frequência (que varia de 1 a 5) e a severidade (que varia de 0 a 5), segundo ANEXO II. A pontuação final de cada função foi obtida multiplicando-se o valor da escala de frequência com o da escala de severidade percebida. O escore máximo do indivíduo equivale à soma das pontuações obtidas nas 11 categorias, nas quais foram multiplicadas pelas pontuações máxima de frequência e de severidade, ou seja, 11 (desempenhos diários) x 5 (pontuação de frequência) x 5 (pontuação de severidade) = 275. Os questionários foram lidos pelo pesquisador. O pesquisador não interferiu nas respostas, apenas esclareceu as dúvidas sobre o vocabulário. Quando aplicado o OIDP, o pesquisador finalizou as perguntas com o complemento: “que tenha sido causada por dor na face ou articulações têmporo-

mandibulares”, para evitar que dores provenientes de causas diversas ao foco deste estudo possam levar a um resultado falso. Ao terminar a pesquisa, o pesquisador entregou ao paciente um folheto educativo (ANEXO V) com algumas orientações sobre a DTM.

4.2 Avaliação socioeconômica

O questionário socioeconômico faz parte das perguntas que estão presentes no RDC/TMD EIXO II, conforme (ANEXO I), demonstrando o nível social do paciente com DTM e sua relação com a qualidade de vida.

4.3 Exame extraoral, intraoral e radiográfico

Associado a esses questionários foi feito o exame extraoral e intraoral para verificar onde o paciente se queixava de dor (através da palpação da região das ATM), e avaliar os possíveis dentes ausentes (os terceiros molares foram excluídos desta contagem) (ANEXO III). Sempre que possível, foram analisados os exames radiográficos complementares para descartar lesões císticas, tumorais, infecções odontogênicas, dentes inclusos e outros.

4.4 Análise estatística

A análise dos dados foi realizada usando o *software* IBM SPSS Statistics (SPSS for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.). O pressuposto de normalidade dos dados das variáveis quantitativas não foi confirmado após empregar o teste de Shapiro-Wilk. Os dados descritivos dos questionários foram apresentados em frequência absoluta e percentual.

Para avaliação da relação entre renda e qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Para a avaliação da relação entre o edentulismo parcial ou total, a presença de próteses e o uso de aparelhos ortodônticos relacionados com a qualidade de vida de pacientes com DTM e a relação da dor e depressão em pacientes com DTM, foi aplicado o teste de t.

5. RESULTADOS

Foram selecionados 64 pacientes, sendo essa amostra composta por 57 mulheres e 7 homens, com idade média de 43 anos.

Tabela 1 - Resultado do questionário sociodemográfico presente no RDC/TMD EIXO II, dados em análise de frequência e percentual.

	N	N%
SEXO		
Masculino	7	10,93%
Feminino	57	89,06%
IDADE (FAIXA ETÁRIA EM ANOS)		
(11-20)	1	1,56%
(21-30)	10	15,62%
(31-40)	18	28,12%
(41-50)	20	31,25%
(51-60)	7	10,93%
(61-70)	6	9,37%
(71-80)	2	3,12%
ESTADO CIVIL		
Casado (a)- esposa (o) em casa	26	40,62%
Casado (a)- esposa (o) fora de casa	1	1,56%
Viúvo (a)	4	6,25%
Divorciado (a)	6	9,37%
Separado (a)	2	3,12%
Nunca casei	25	39,06%
ESCOLARIDADE		
Nunca frequentei a escola/jardim de infância	0	-
Ensino básico (primário)	9	14,06%
Ensino fundamental (ginásio)	12	18,5%
Ensino médio (científico)	23	35,93%
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	22	31,25%

Tabela 1 (continuação) - Resultado do questionário sociodemográfico presente no RDC/TMD EIXO II, dados em análise de frequência e percentual.

RENDA MÉDIA MENSAL DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES		
(0-1) salário mínimo	27	42,18%
(1-2) salários mínimos	25	39,18%
(2-5) salários mínimos	9	14,06%
(5-10) salários mínimos	2	3,12%
Mais de 10 salários mínimos	1	1,56%

Tabela 2 - Resultado do Exame Clínico, dados em análise de frequência e percentual.

EXAME CLÍNICO

	N	N%
Pacientes com dentes ausentes	50	78,12%

A tabela abaixo analisa a relação entre a ausência dentária de cada unidade e a quantidade de pacientes que não as apresentam.

UD	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
N	14	19	23	19	14	17	14	13	15	13	21	24	22	18
N%	22%	29%	40%	29%	22%	26%	22%	20%	23%	20%	33%	37%	34%	28%
UD	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
N	20	32	16	10	5	6	4	4	4	4	14	14	34	22
N%	31%	50%	25%	15%	8%	9%	6%	6%	6%	6%	22%	22%	53%	34%

Perda dentária posterior unilateral	6	12%
Perda dentária posterior bilateral	44	88%
Pacientes que usam prótese	29	45,31%
Prótese Fixa	2	6,8%
Superior	2	6,8%
Inferior	0	-
Prótese Parcial Removível	20	68,9%
Superior	11	37,9%
Inferior	9	31%
Prótese Total	9	30,9%
Superior	8	27,5%
Inferior	1	3,4%
Usa/usou aparelho ortodôntico	18	28,12%
Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)	Média: 58,92	

A maioria das pacientes com DTM eram mulheres, na faixa etária entre 41 e 50 anos (tabela. 1). Além disso, o grau de escolaridade dos pacientes foi maior para o ensino médio completo (tabela. 1). Com relação à qualidade de vida não houve diferença estatisticamente significativa (figura. 1).

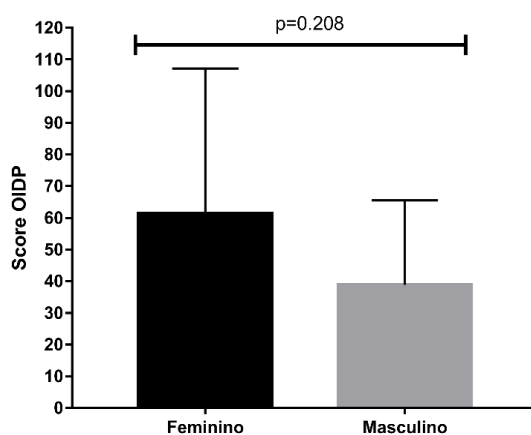


Figura1- Relação entre sexo e qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM.

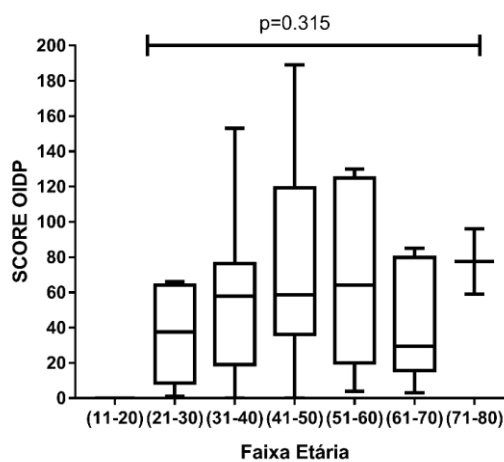


Figura 2 – Relação entre faixa etária e qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM.

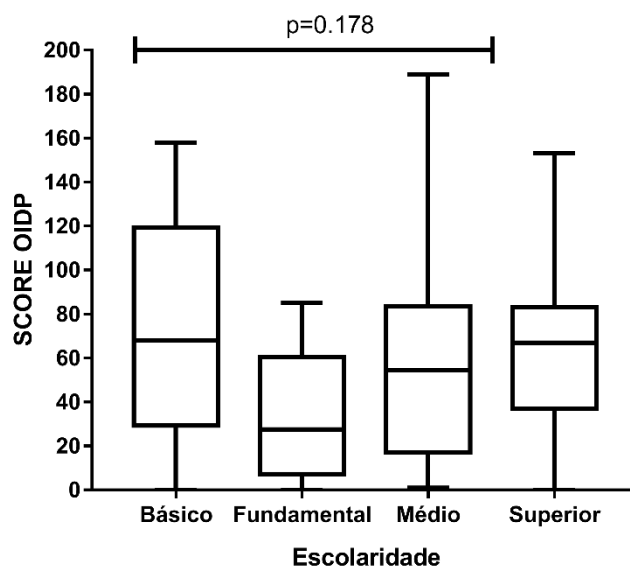


Figura 3 – Relação entre escolaridade e qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM.

Com a finalidade de relacionar a renda com a qualidade de vida dos pacientes com DTM, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, no qual não houve diferença estatisticamente significativa entre a renda (em salários mínimos) e a qualidade de vida para pacientes com DTM ($p=0.748$) (Figura 4).

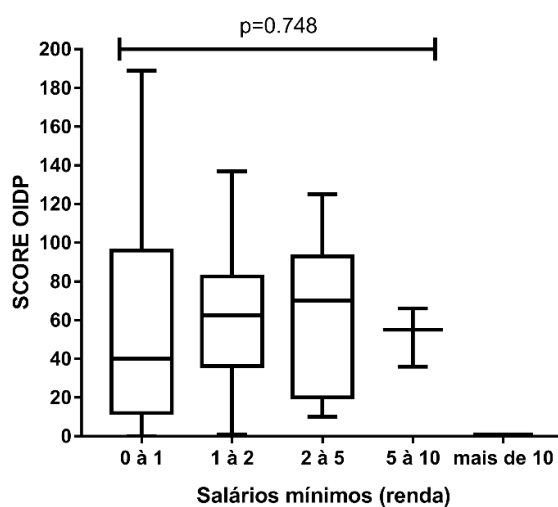


Figura 4- Relação entre renda e a qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM.

Tabela 3 - Resultado do questionário RDC/TMD EIXO II (RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS)- características fisiopatológicas da DTM, dados em análise de frequência e percentual.

	N	N%
1. Você diria que a sua saúde em geral é excelente, muito boa, boa, razoável, ou precária?		
Excelente	2	3,125%
Muito boa	7	10,93%
Boa	18	28,12%
Razoável	28	43,5%
Precária	10	15,62%
2. Você diria que a sua saúde oral em geral é excelente, muito boa, boa, razoável, ou precária?		
Excelente	4	6,25%
Muito boa	8	12,5%
Boa	11	17,18%
Razoável	31	48,43%
Precária	9	14,06%
3. Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora, na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado?		
Sim	60	93,75%
Não	4	6,25%
4.a. Há quantos anos atrás a sua dor facial começou pela primeira vez?	43	71,6%
[Se há um ano ou mais, PULE para a pergunta 5]	Média: 5.8 anos	
[Se há menos de um ano atrás, marque 00]		

4.b. Há quantos meses atrás a sua dor facial começou pela primeira vez?	17	28,3%
Média: 4,2 meses		
5. A sua dor facial é persistente, recorrente, ou foi um problema que ocorreu somente uma vez?		
Persistente	18	30%
Recorrente	42	70%
Só uma vez	0	-
6. Você alguma vez já foi a um médico, dentista, quiroprático ou outro profissional de saúde devido a dor facial?		
Não	26	43,3%
Sim, nos últimos seis meses	21	35%
Sim, há mais de seis meses atrás	13	21,6%
CPGC (7-13QUESTÃO): Classificação do grau da dor crônica		
(baixa incapacidade)		
Grau 0	3	5%
Grau I (intensidade baixa)	7	11,6%
Grau II (alta intensidade)	37	61,66%
(alta incapacidade)		
Grau III (limitação moderada)	13	21,6%
Grau IV (limitação severa)	0	-
14.a. Você alguma vez teve travamento articular de forma que não foi possível abrir a boca por todo o trajeto?		
Sim	32	50%
Não	32	50%
[se nunca apresentou este tipo de problema, PULE para a pergunta 15]Se a sua resposta foi Sim,		

14.b. Esta limitação de abertura mandibular foi severa a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?		
Sim	22	68,75%
Não	10	14,06%
15.a. Os seus maxilares estalam quando você abre ou fecha a boca ou quando você mastiga?		
Sim	55	85,93%
Não	9	14,06%
15.b. Os seus maxilares crepitam quando você abre e fecha ou quando você mastiga?		
Sim	34	53,12%
Não	30	46,87%
15.c. Alguém lhe disse, ou você nota, se você range os seus dentes ou aperta os seus maxilares quando dorme a noite?		
Sim	30	46,87%
Não	34	53,12%
15.d. Durante o dia, você range os seus dentes ou aperta os seus maxilares?		
Sim	22	34,37%
Não	42	65,62%
15.e. Você sente dor ou rigidez nos seus maxilares quando acorda de manhã?		
Sim	32	50%
Não	32	50%
15.f. Você apresenta ruídos ou zumbidos nos seus ouvidos?		
Sim	41	64,05%
Não	23	35,93%

15.g. Você sente a sua mordida desconfortável ou incomum?		
Sim	55	85,93%
Não	9	14,06%
16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença artrítica sistêmica?		
Sim	21	32,81%
Não	43	67,19%
16.b. Você conhece alguém na sua família que tenha qualquer uma destas doenças?		
Sim	41	64,06%
Não	23	35,93%
16.c. Você já apresentou ou apresenta inchaço ou dor em qualquer das articulações que não sejam as articulações perto dos seus ouvidos (ATM)?		
Sim	39	60,93%
Não	25	39,06%
18. Durante os últimos 6 meses você teve dor de cabeça ou enxaquecas?		
Sim	58	90,62%
Não	6	9,37%
19. Que atividades o seu problema atual dos maxilares impedem ou limitam?		
Mastigar	45	70,31%
Beber	9	14,06%
Exercita-se	18	28,12%

Comer alimentos duros	54	84,37%
Comer alimentos moles	3	4,68%
Sorrir/gargalhar	36	56,25%
Atividade Sexual	15	23,43%
Limpar os dentes ou face	26	40,62%
Bocejar	50	78,12%
Engolir	9	14,06%
Conversar	37	57,81%
Manter a aparência usual	23	35,93%

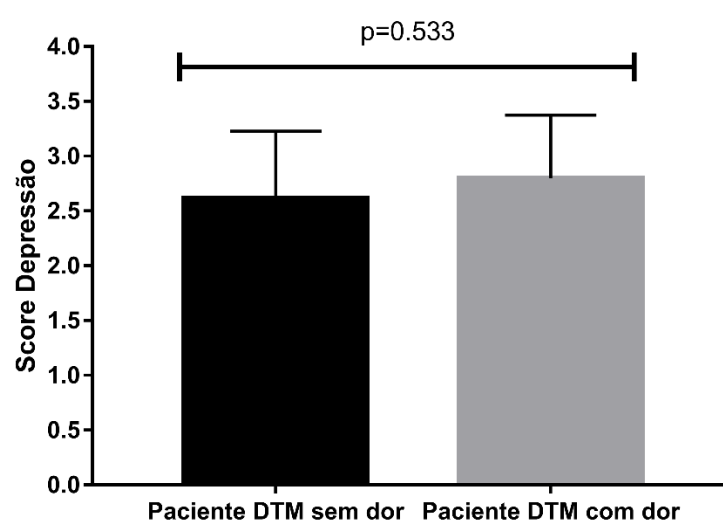


Figura 5 - Relação entre a dor e depressão em pacientes com DTM, em média, desvio padrão e aplicando o teste t. Diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$).

Tabela 4 – Relação entre o edentulismo parcial ou total, a presença de próteses e o uso de aparelhos ortodônticos relacionados com a qualidade de vida de pacientes com DTM, Score OIDP em média, desvio padrão e valor de p, aplicando o teste de t.

Pacientes com DTM	Score OIDP	Valor de P
Com dentes	62.98 ($\pm$ 45.95)	0.2249
Sem dentes	45.09 ($\pm$ 32.07)	
Com prótese	62.03 ($\pm$ 47.84)	0.7209
Sem prótese	58 ($\pm$ 41.39)	
Usou ou usa aparelho ortodôntico	77.94 ($\pm$ 43.90)	*0.038
Não usou ou usa aparelho ortodôntico	52.62 ($\pm$ 42.60)	

*diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$).

Tabela 5 – Relação dos grupos dos diferentes graus de dor crônica com a qualidade de vida dos pacientes com DTM, com média e desvio padrão, aplicando a análise de variância (ANOVA) e teste Tukey.

	Média	Desvio padrão	*Tukey HSD
Grupo 0	21.66	12.58	AB
Grupo 1	12.85	20.35	A
Grupo 2	63.32	44.19	B
Grupo 3	81.76	38.01	B

*Letras diferentes diferença estatística significativa

6. DISCUSSÃO

O presente trabalho avaliou a qualidade de vida dos pacientes com DTM (Disfunção temporomandibular), atendidos no Hospital Universitário, nas clínicas de Odontologia e de Fisioterapia, da Universidade Federal de Sergipe. O debate em torno das causas, efeitos e fatores complementares no que diz respeito à DTM e sua relação com a qualidade de vida, a ausência dentária, o uso de prótese e/ou aparelho ortodôntico, vem tornando-se cada vez mais frequente. Há alguns consensos, porém ainda existem algumas pautas relacionadas a esta patologia que ainda não estão esclarecidas.

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma patologia multifatorial, que atinge desde os tecidos moles e ósseos da região da articulação temporomandibular (BITINIENE et al., 2018), até o psicossocial do paciente, que geralmente já está comprometido por estresse, ansiedade ou depressão (KOMIYAMA et al., 2014). Para que haja um correto diagnóstico, é necessário que seja feita uma boa anamnese, um bom exame clínico (intraoral e extraoral) e a solicitação de alguns exames complementares, como a radiografia panorâmica e a ressonância magnética (LEE et al., 2017), sendo esta última o principal exame de imagem para que se obtenha um diagnóstico eficaz.

Os resultados do presente estudo estão de acordo com (HUNGRIA et al., 2012), (FREDRICSON et al., 2018) e (LUZ et al., 2018) que dizem que as mulheres são mais afetadas pela DTM do que os homens (tabela. 1). Porém quando relacionado com a qualidade de vida não houve diferença estatisticamente significativa (figura. 1). Já no que diz respeito à idade, houve uma prevalência dos indivíduos na faixa etária dos 31-50 anos (tabela. 1), corroborando com (DOUGALL et al., 2012) e (CHATZOPOULOS et al., 2017), e discordando de (HUNGRIA et al., 2012) e (LUZ et al., 2018), estudos nos quais houve uma prevalência dos pacientes com mais de sessenta anos. Neste grupo também não houve diferença significativa no que diz respeito à qualidade de vida (figura. 2).

Com relação ao estado civil, a maioria dos pacientes era casado, ou solteiro (tabela. 1), concordando com (HUNGRIA et al., 2012), (DOUGALL et al., 2012) e (TALAAT et al., 2017). Quanto à escolaridade, boa parte dos pacientes possuía o ensino médio completo (tabela. 1), estando em conformidade com (FREDRICSON et al., 2018), porém não houve influência na qualidade de vida (figura. 3). Já a renda média mensal de 81% dos entrevistados era de até dois salários mínimos (tabela.1). Além disso, a renda dos pacientes com DTM não influenciou na qualidade de vida (figura. 4).

Com base no exame clínico intraoral (realizado durante a pesquisa), observou-se que, dentre os entrevistados, a maioria era edêntulo parcial posterior bilateral (tabela. 2). No entanto, com relação à qualidade de vida, não ocorreu diferença significativa entre o grupo de pacientes com dentes e o grupo de pacientes sem dentes (tabela. 4). No estudo de (WANG et al., 2009) foi observado um número significativo de pacientes edêntulos posterior, concordando com os nossos achados. (CHATZOPOULOS et al., 2017) observou que, quanto maior fosse a quantidade de perda dentária, maior seria porcentagem de pacientes com estalido e com dificuldade para mastigar o que, conforme o nosso trabalho, pode ter concordância. Dentre as unidades dentárias ausentes, as unidades 15, 25, 26, 37, 36 e 46 foram as mais prevalentes (tabela. 2).

Em adição, um número razoável de pacientes fazia uso de prótese, sendo a prótese parcial removível a mais predominante (tabela. 2). O valor de qualidade de vida do grupo de pacientes que fazia uso de prótese não apresentou diferença significativa quando comparado ao valor do grupo que não usava prótese (tabela. 4). (BORDIN et al., 2013) concluiu em seu trabalho que as pessoas que fazem uso de prótese parcial removível e possuem DTM, são mais agradadas por sintomas como: percepção de mudanças recentes na mordida, desvios na movimentos mandibulares, presença de sons articulares, dor durante movimentos excursivos e sensibilidade muscular, quando comparadas as pessoas que não são edêntulas ou fazem uso de prótese total.

Não foi encontrada uma relação significativa entre DTM e o uso de aparelho ortodôntico (tabela. 2), concordando com (CARRACAS et al., 2015), trabalho no qual foi observado que muitos dentistas acreditam que existe relação entre a DTM e o tratamento ortodôntico, porém, as evidências científicas mostram o contrário. Quando observada a qualidade de vida, notou-se que os pacientes que faziam uso de aparelho ortodôntico apresentavam qualidade de vida inferior quando comparada a dos que não havia usado aparelho ortodôntico (tabela. 4).

No que diz respeito à satisfação dos pacientes com a sua saúde geral, o presente estudo concluiu que boa parte dos entrevistados a consideraram razoável (tabela. 3), discordando dos resultados presente nos estudos de (HUNGRIA et al., 2012) e de (TALAAT et al., 2017), nos quais o maior percentual de pacientes considera-a boa. No que se refere à satisfação dos pacientes com relação à saúde bucal, a maioria considerou-a razoável (tabela. 3), concordando com os estudos de (HUNGRIA et al., 2012), e discordando dos estudos de (TALAAT et al., 2017).

Além desses fatores, foram analisadas (através do RDC/TMD eixo II), as características fisiopatológicas da Disfunção Temporomandibular. No que concerne às características dor, houve um maior percentual de pacientes que relataram sentir dor na região da face, maxilares, têmpora, na frente do ouvido, ou no ouvido no mês anterior ao questionário, concordando com (KOTIRANTA et al., 2018). Essa mesma dor era recorrente e crônica (tabela. 3).

Os autores (CANALES et al., 2019) e ELI et al. (2017) relataram em seus estudos, feitos com 691 e 142 pacientes, respectivamente, que, no que diz respeito à classificação do grau da dor crônica (CPGC), ocorreu uma prevalência de pacientes com dor de alta intensidade, porém de baixa incapacidade. Esses resultados estão de acordo com o nosso trabalho, no qual 62% dos entrevistados apresentaram essas mesmas características (tabela. 3). De acordo com os nossos estudos, os pacientes com grau II de dor (segundo o CPGC), têm a qualidade de vida inferior a dos pacientes dos outros grupos (tabela. 5).

Já com relação ao estalido, o estudo realizado por (CHATZOPOULOS et al., 2017) concluiu que não houve um número significativo de pacientes com este sintoma, diferindo dos achados encontrados na nossa pesquisa, onde 86% disseram ter apresentado-o (tabela. 3). Entretanto, no trabalho de (JANG et al., 2016) foi obtida uma percentagem relevante de pacientes que apresentavam estalido e DTM associados, concordando com os nossos resultados. (JANG et al., 2016) também observou que não há relação significativa entre a crepitação e a disfunção temporomandibular, corroborando com a conclusão da nossa pesquisa.

Dos entrevistados, não houve um número significativo de pacientes com hábitos parafuncionais (como ranger os dentes ou apertar os maxilares um contra o outro), não compactuando com os estudos de (PAULINO et al., 2018) e concordando com os estudos de (CHATZOPOULOS et al., 2017). No trabalho de (SKOG et al., 2017) foi notada uma maior prevalência de zumbidos em pacientes com DTM quando comparados aos indivíduos que não possuíam esta patologia, concordando também com o resultado obtido no nosso trabalho, no qual 64% dos pacientes relataram apresentar ruídos ou zumbidos nos ouvidos (tabela. 3).

Apesar de boa parcela dos entrevistados terem dito sentir a mordida desconfortável (tabela. 3), os estudos de (PERINETTI et al., 2015) e (MANFREDINI et al., 2017) mostram que não há contribuição significativa da má oclusão para o desenvolvimento da Disfunção Temporomandibular. Quanto à relação existente entre a DTM e a artrite reumatoide (AR) (ou qualquer outra doença artrítica sistêmica), uma minoria dos pacientes relatou possuir alguma

patologia diagnosticada nesse campo (tabela. 3). Entretanto, um número considerável disse já ter apresentado inchaço ou dor em qualquer uma das articulações que não sejam as articulações próximas aos ouvidos (ATM) (tabela. 3), o que nos leva a crer que alguns podem apresentar alguma doença artrítica, porém não diagnosticada. Isso pode ser reafirmado pelos trabalhos de (KURTOGLU et al., 2015) e (CHU et al., 2017), nos quais os pacientes com artrite reumatoide foram mais acometidos por DTM do que os pacientes que não a possuíam, havendo a necessidade de novos estudos para que se obtenha mais detalhes sobre essa correlação.

Cerca de 91% dos nossos entrevistados relataram ter sentido dor de cabeça ou enxaqueca nos últimos seis meses (tabela. 3), compactuando com os achados dos autores (ABOUELHUDA et al., 2017) e (PAOLO et al., 2017). Neles, os pesquisadores alegam que há uma correlação entre a dor de cabeça e a disfunção temporomandibular, ocorrendo um agravamento dos sintomas dolorosos quando a primeira está presente.

Dentre as funções dos maxilares, as que os entrevistados mais se queixaram no nosso estudo foram: mastigar e comer alimentos duros (tabela. 3). Esse resultado corrobora com o trabalho de (RODRIGUES et al., 2015) no qual ele concluiu que os pacientes com DTM apresentam um padrão mastigatório alterado, porém sem comprometimento da função. Entretanto, diverge dos achados de (CHATZOPOULOS et al., 2017), que concluiu que a DTM não causa alteração significativa na atividade mastigatória, carecendo de mais pesquisas sobre essa correspondência.

Dentre as principais limitações encontradas neste estudo, a dificuldade de encontrar uma justificativa científica para a possível correlação entre as patologias das articulações, (como a artrite reumatoide e a artrose) e a DTM foi uma delas, havendo a necessidade de novas pesquisas sobre este assunto. No que diz respeito aos exames complementares, poucos pacientes portavam radiografia panorâmica e/ou ressonância magnética, o que só nos permitiu diagnosticar o paciente com Disfunção Temporomandibular através do exame intraoral e extraoral, e de perguntas presentes no questionário RDC/TMD EIXO II.

7. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste trabalho permitiram concluir que as mulheres são mais afetadas pela DTM do que os homens, estando a maioria em idade produtiva. Já com relação aos aspectos socioeconômicos, houve uma prevalência de pacientes casados (com o parceiro morando na mesma casa), na faixa etária dos 31-50 anos, com ensino médio completo, e renda de até dois salários mínimos. Entretanto, isso não interfere na qualidade de vida. Um número significativo de pacientes são edêntulos parciais (principalmente de dentes posteriores), o que pode ter correlação com a DTM, já que há uma maior dissipação das forças mastigatórias para os músculos da mastigação, como o masseter e o temporal. Todavia, novas pesquisas precisam ser realizadas nesse âmbito para que haja um maior embasamento científico. A dor apresentada pelo paciente costuma ser crônica, recorrente, de alta intensidade e baixa incapacidade, afetando a qualidade de vida, principalmente para mastigar alimentos duros. A presença de estalido, juntamente com a dificuldade de bocejar, também foi uma alteração observada neste estudo. Já dentre as fisiopatologias abordadas na pesquisa, a dor de cabeça e a enxaqueca foram as mais prevalentes, o que contribui para a ideia de que o paciente com disfunção temporomandibular possui sua condição psicossocial afetada. O edentulismo parcial ou total e o uso de prótese não interferem na qualidade de vida do paciente com DTM. No que diz respeito ao uso de aparelho ortodôntico, notou-se que há uma redução da qualidade de vida dos pacientes que possuíam DTM e faziam (ou já tinham feito), uso de aparelho ortodôntico.

8. REFERÊNCIAS

1. Augusto VG, Perina KCB, Penha DSG, Santos DCA. Temporomandibular Dysfunction, Stress and Common Mental Disorder in University Students. *Acta Ortopédica Brasileira*, 2016; 24(6):330-333.
2. Abouelhuda AM, Kim H-S, Kim S-Y, Kim Y-K. Association between headache and temporomandibular disorder. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2017;43(6):363.
3. Ahn SJ, Chang MS, Choi JH, Yang IH, An JS, Heo MS. Relationships between temporomandibular joint disk displacements and condylar volume. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. Elsevier Inc.; 2018;125(2):192–8.
4. Al-Ahmad HT, Al-Bitar ZB. The effect of temporomandibular disorders on condition-specific quality of life in patients with dentofacial deformities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. Elsevier Inc.; 2014;117(3):293–301.
5. Al-Delayme RMA, Alnuamy SH, Hamid FT, Azzamily TJ, Ismaeel SA, Sammir R, et al. The Efficacy of Platelets Rich Plasma Injection in the Superior Joint Space of the Tempromandibular Joint Guided by Ultra Sound in Patients with Non-reducing Disk Displacement. *J Maxillofac Oral Surg*. Springer India; 2017;16(1):43–7.
6. Bell WE. Tempromandibular Disorders. Classification, Diagnosis, Management. 3rd. Year Book. 1990; 166-76.
7. Bitiniene D, Zamaliauskiene R, Kubilius R, Leketas M, Gailius T, Smirnovaite K. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. A systematic review. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*; 2018; 20: 3-9.
8. Bittencourt V, Abegg C, Fontsanive VN. O impacto da saúde bucal nas atividades diárias de indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
9. Bordin, T. B., Conci, R. A., Pezzini, M. M. G., Pezzini, R. P., & Mendonca, M. J. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders (TMD) in patients wearing bimaxillary complete dentures, removable partial dentures and in students with natural dentition. *Acta Odontologica Latinoamericana : AOL*; 2013; 26(3): 173–180.
10. Blanco-Hungría A, Rodríguez-Torronteras A, Blanco-Aguilera A, Biedma-Velázquez L, Serrano-del-Rosal R, Segura-Saint-Gerons R, et al. Influence of sociodemographic factors upon pain intensity in patients with temporomandibular joint disorders seen in the primary care setting. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2012;17(6):e1034–41.
11. Chatzopoulos GS, Sanchez M, Cisneros A, Wolff LF. Prevalence of temporomandibular

symptoms and parafunctional habits in a university dental clinic and association with gender, age, and missing teeth. *Cranio - J Craniomandib Pract.* 2017;9634(November):1-9.

12. Chatzopoulos GS, Wolff LF, Cuccia AM, Caradonna C, Annunziata V, Caradonna D, et al. Correlation of somatization, depression, and chronic pain with clinical findings of the temporomandibular disorders in asymptomatic women. *J Oral Rehabil* [Internet]. Elsevier Inc.; 2018;17(3):1–6.
13. Coêlho TG da S, Caracas HCPM. Perception of the relationship between TMD and orthodontic treatment among orthodontists. *Dental Press J Orthod.* 2015;20(1):45-51.
14. Conti PCR, Pinto-Fiamengui LMS, Cunha CO, Conti ACCF. Orofacial pain and temporomandibular disorders: the impact on oral health and quality of life. *Braz Oral Res.* 2012;26 Suppl 1:120–3.
15. Coskun Benlidayi I, Guzel R, Tatli U, Salimov F, Keceli O. The relationship between neck pain and cervical alignment in patients with temporomandibular disorders. *Cranio®.* Taylor & Francis; 2018;00(00):1–6.
16. De La Torre Canales G, Câmara-Souza MB, Muñoz Lora VRM, et al. Prevalence of psychosocial impairment in temporomandibular disorder patients: A systematic review. *J Oral Rehabil.* 2018;0-2. doi:10.1111/joor.12685
17. de Paiva Bertoli FM, Bruzamolín CD, de Almeida Kranz GO, Losso EM, Brancher JA, de Souza JF. Anxiety and malocclusion are associated with temporomandibular disorders in adolescents diagnosed by RDC/TMD. A cross-sectional study. *J Oral Rehabil.* 2018;0–1.
18. DeAngelis AF, Chambers IG, Hall GM. Temporomandibular joint disorders in patients referred for third molar extraction. *Aust Dent J.* 2009;54(4):323–5.
19. Di Paolo C, D’Urso A, Papi P, Di Sabato F, Rosella D, Pompa G, et al. Temporomandibular disorders and headache: A retrospective analysis of 1198 patients. *Pain Res Manag.* Hindawi; 2017.
20. Dibai-Filho AV, Packer AC, de Souza Costa AC, Rodrigues-Bigaton D. The chronicity of myogenous temporomandibular disorder changes the skin temperature over the anterior temporalis muscle. *J Bodyw Mov Ther.* 2014;18(3):430–4.
21. Dougall AL, Jimenez CA, Haggard RA, Stowell AW, Riggs RR, Gatchel RJ. Biopsychosocial Factors Associated With the. *J Orofac Pain.* 2012;26(1):7–16.
22. Fernandes G, Franco AL, Siqueira JTT, Gonçalves DAG, Camparis CM. Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorder, depression and non-specific physical symptoms. *J Oral Rehabil.* 2012;39(7):538–44.

23. Ferreira D, Costa Y, de Quevedo H, Bonjardim L, Conti P. Experimental Psychological Stress on Quantitative Sensory Testing Response in Patients with Temporomandibular Disorders. *J Oral Facial Pain Headache*. 2018;1–8.
24. Ferreira FM, Simamoto-Júnior PC, Soares CJ, Ramos AM de AM, Fernandes-Neto AJ. Effect of occlusal splints on the stress distribution on the temporomandibular joint disc. *Braz Dent J*. 2017;28(3):324–9.
25. Franco R, Basili M, Venditti A, Chiaramonte C, Ottria L, Barlattani A, et al. Statistical analysis of the frequency distribution of signs and symptoms of patients with temporomandibular disorders. *Oral Implantol (Rome)* [Internet]. 2016;9(4):190–201.
26. Fredricson AS, Khodabandehlou F, Weiner CK, Naimi-Akbar A, Adami J, Rosén A. Are there early signs that predict development of temporomandibular joint disease? *J Oral Sci*. 2017;60(2):194–200.
27. Gharaibeh TM, Jadallah K, Jadayel FA. Prevalence of Temporomandibular Disorders in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease: A Case-Controlled Study. *J Oral Maxillofac Surg*. Elsevier Inc.; 2010;68(7):1560–4.
28. Gomes CAF de P, Dibai-Filho AV, Da Silva JR, De Oliveira PM, Politti F, Biasotto-Gonzalez DA. Correlation between severity of temporomandibular disorder and mandibular range of motion. *J Bodyw Mov Ther*. 2014;18(2):306–10.
29. Gonçalves DAG, Bigal ME, Jales LCF, Camparis CM, Speciali JG. Headache and Symptoms of Temporomandibular Disorder: An Epidemiological Study. *Headache J Head Face Pain*. 2010;50(2):231–41.
30. Gorrela H, Prameela J, Srinivas G, Reddy BVB, Sudhir M, Arakeri G. Efficacy of Temporomandibular Joint Arthrocentesis with Sodium Hyaluronate in the Management of Temporomandibular Joint Disorders: A Prospective Randomized Control Trial. *J Maxillofac Oral Surg*. Springer India; 2017;16(4):479–84.
31. Griffiths RH. Report of President.s Conference on Examination, Diagnosis and Management of Temporomandibular Disorders. *The Journal of the American Dental Association*. 1983; 106: 75–7
32. Gurbuz O, Alatas G, Kurt E. Prevalence of temporomandibular disorder signs in patients with schizophrenia. *J Oral Rehabil*. 2009;36(12):864–71.
33. Han D-H. The association between temporomandibular disorders and suicide ideation in a representative sample of the South Korean population. *J oral facial pain headache*. 2014;28(4):338–45.

34. Herpich CM, Gomes CAF de P, Dibai-Filho AV, Politti F, Souza C da S, Biasotto-Gonzalez DA. Correlation Between Severity of Temporomandibular Disorder, Pain Intensity, and Pressure Pain Threshold. *J Manipulative Physiol Ther.* Elsevier Inc.; 2017;41(1):47–51.
35. Jang, J. Y., Kwon, J. S., Lee, D. H., Bae, J. H., & Kim, S. T. Clinical signs and subjective symptoms of temporomandibular disorders in instrumentalists. *Yonsei Medical Journal.* 2016; 57(6): 1500–1507.
36. Klatkiewicz T, Gawriolek K, Pobudek Radzikowska M, Czajka-Jakubowska A. Ultrasonography in the Diagnosis of Temporomandibular Disorders: A Meta-Analysis. *Med Sci Monit.* 2018;24:812–7.
37. Komiyama O, Obara R, Iida T, Nishimura H, Okubo M, Uchida T, et al. Age-related associations between psychological characteristics and pain intensity among Japanese patients with temporomandibular disorder. 2014;56(3):221–5.
38. Kurtoglu C, Kurkcu M, Sertdemir Y, Ozbek S, Gürbüz CC. Temporomandibular disorders in patients with rheumatoid arthritis : A clinical study. 2016.
39. Lee SY, Park JW, Park SE, Nam DW, Lim HJ, Kim YH. Clinical implications of magnetic resonance imaging in temporomandibular disorders patients presenting ear fullness. *Laryngoscope.* 2017;1–7.
40. Lemos GA, da Silva PLP, Batista AUD, Palomari ET. Experimental model of temporomandibular joint arthritis: Evaluation of contralateral joint and masticatory muscles. *Arch Oral Biol.* Elsevier Ltd; 2018;95:79–88.
41. Lin C-Y, Chung C-H, Chu H-Y, Chen L-C, Tu K-H, Tsao C-H, et al. Prevalence of Temporomandibular Disorders in Rheumatoid Arthritis and Associated Risk Factors: A Nationwide Study in Taiwan. *J oral facial pain headache.* 2017;31(4):e29–36.
42. Lucena LBS. O impacto da disfunção temporomandibular na qualidade de vida relacionada à saúde bucal [tese]. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba; 2004.
43. Luiz R, Aranha DB, Henrique M, Guimarães N, Serra-negra JM, Martins RC. Current Evidence About Relationships Among Prosthodontic Planning And Temporomandibular Disorders and/or Bruxism. *J Evid Based Dent Pract.* Elsevier Inc.; 2018;
44. Luz FWM, Perroni AP, Nascimento GG, Goettems ML, Boscato N. Sense of Coherence mediates the association between temporomandibular disorders and quality of life. *Oral Dis [Internet].* 2018;(December 2018):1–7.
45. Manfredini D, Lombardo L, Siciliani G. Dental occlusion and temporomandibular disorders. *Evid Based Dent.* 2017;18(3):86–7.

46. Manfredini D, Perinetti G, Stellini E, Di Leonardo B, Guarda-Nardini L. Prevalence of static and dynamic dental malocclusion features in subgroups of temporomandibular disorder patients: Implications for the epidemiology of the TMD-occlusion association. *Quintessence Int (Berl)*. 2015;46(4):341–9.
47. Martin Granizo R, Correa Muñoz DC, Varela Reyes E. Rearthroscopy of the temporomandibular joint: A retrospective study of 600 arthroscopies. *J Cranio-Maxillofacial Surg. European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*; 2018;
48. Matsubara R. et al. Assessment of MRI findings and clinical symptoms in patients with temporomandibular joint disorders, *British Institute of Radiology*; 2018.
49. MCNEILL, C. Management of temporomandibular disorders: Concepts and controversies. *Journal of Prosthetic Dentistry*; 1997; 77(5):510–522.
50. Mitirattanakul S, Jariyasakulroj S. Dental treatment as perceived etiology of temporomandibular disorders. *Cranio®. Taylor & Francis*; 2018;00(00):1–6.
51. Natu VP, Yap AU-J, Su MH, Irfan Ali NM, Ansari A. Temporomandibular Disorder symptoms and their association with quality of life, emotional states and sleep quality in Southeast Asian youths. *J Oral Rehabil*. 2018;0–2.
52. Okeson JP. *Bells Orofacial Pains*. 5th ed. Chicago: Quintessence. 1995;123-33.
53. Park KS; Lee CH; Lee, JW. Use of a botulinum toxin A in dentistry and oral and maxillofacial surgery. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*; 2016;16(3): 151.
54. Okeson, JP. Etiologia e identificação de distúrbios funcionais no sistema mastigatório. In: Marchini L; Bertolini, MFS. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 7^o edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. Conhecimento sem Fronteiras, 2013. P. 121-222.
55. Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLP da, Bonan PRF, Batista AUD. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2018;23(1):173–86.
56. Reiter S, Eli I, Friedman-Rubin P, Emodi-Perlman A, Ziv-Baran T, Winocur E. Comparing Axis II Scores According to the RDC/TMD and DC/TMD in Israeli Patients. *J Oral Facial Pain Headache*. 2017;31(4):323-330.

57. Rodrigues CA, Melchior M de O, Magri LV, Mestriner W, Mazzetto MO. Is the masticatory function changed in patients with temporomandibular disorder? *Braz Dent J.* 2015;26(2):181–5.
58. Sheiham A. et al. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*; 2001; 29:195-203.
59. Singh RK, Pal US, Goyal P, Nischal A, Gurung T ram, Daga D. TMJ Arthrocentesis Alone and in Combination with Duloxetine in Temporomandibular Joint Pain. *J Maxillofac Oral Surg.* Springer Singapore; 2018;17(3):270–5.
60. Siva Kalyan U, Moturi K, Padma Rayalu K. The Role of Ultrasound in Diagnosis of Temporomandibular Joint Disc Displacement: A Case–Control Study. *J Maxillofac Oral Surg.* Springer Singapore; 2018;17(3):383–8.
61. Skármeta NP, Araneda L, Araya C. Destructive psoriatic arthritis of the temporomandibular joint: a clinical case, an overview of the pathophysiology and its differential diagnoses. *Cranio - J Craniomandib Pract.* Taylor & Francis; 2018;9634:1–7.
62. Skog C, Fjellner J, Ekberg EC, Häggman-Henrikson B. Tinnitus as a comorbidity to temporomandibular disorders—A systematic review. *J Oral Rehabil.* 2018;0–1.
63. Strini PJSA, Machado NADG, Gorreri MC, Ferreira ADF, Sousa GDC, Fernandes Neto AJ. Postural evaluation of patients with temporomandibular disorders under use of occlusal splints. *J Appl Oral Sci.* 2009;17(5):539–43.
64. Talaat WM, Adel OI, Al Bayatti S. Prevalence of temporomandibular disorders discovered incidentally during routine dental examination using the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* Elsevier Inc.; 2018;125(3):250–9.
65. Tjakkes GHE, Reinders JJ, Tenvergert EM, Stegenga B. TMD pain: The effect on health related quality of life and the influence of pain duration. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:1–8.
66. Zhang J, Li X, Jin Z, Liang M, Ma X. Spontaneous Brain Activity and Connectivity in Female Patients with Temporomandibular Joint Synovitis Pain: A Pilot Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* Elsevier Inc.; 2018;
67. Zhang SY, Liu XM, Yang C, Cai XY, Chen MJ, Haddad MS, et al. New arthroscopic disc repositioning and suturing technique for treating internal derangement of the temporomandibular joint: Part II - Magnetic resonance imaging evaluation. *J Oral Maxillofac*

Surg. Elsevier Inc.; 2010;68(8):1813–7

68. Wang MQ, Xue F, He JJ, Chen JH, Chen CS, Raustia A. Missing posterior teeth and risk of temporomandibular disorders. *J Dent Res.* 2009;88(10):942–5.

ANEXOS

ANEXO I- Questionário RDC/DTM EIXO II adaptado culturalmente para o Brasil.

Versão em português do questionário Eixo II “RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS”– diagnóstico DTM Os sintomas relatados pelo paciente são de grande importância para que se possa classificar o grau da dor causada pela DTM. Além disso, os fatores socioeconômicos relacionados a mesma serão avaliados. Para cada questão a seguir, responda da maneira como achar mais conveniente.	
Nome do paciente: _____ Data: ____/____/____	
1. Você diria que a sua saúde em geral é excelente, muito boa, boa, razoável, ou precária? ☐ Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Precária 2. Você diria que a sua saúde oral em geral é excelente, muito boa, boa, razoável, ou precária? ☐ Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Precária 3. Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora, na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado? ☐ Não ☐ Sim [Em caso de Não ter tido dor no mês passado, PULE para a pergunta 14] Se a sua resposta foi Sim, 4.a. Há quantos anos atrás a sua dor facial começou pela primeira vez? _____ anos [Se há um ano ou mais, PULE para a pergunta 5] [Se há menos de um ano atrás, marque 00] 4.b. Há quantos meses atrás a sua dor facial começou pela primeira vez? _____ meses 5. A sua dor facial é persistente, recorrente, ou foi um problema que ocorreu somente uma vez? ☐ Persistente ☐ Recorrente ☐ Uma vez 6. Você alguma vez já foi a um médico, dentista, quiroprático ou outro profissional de saúde devido a dor facial? ☐ Não ☐ Sim, nos últimos seis meses ☐ Sim, há mais de seis meses atrás	7. Como você classificaria a sua dor facial em uma escala de 0 a 10 no presente momento, isto é exatamente agora, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível”? Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível 8. Nos últimos seis meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível”? Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível 9. Nos últimos seis meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível”? [isto é, sua dor usual nas horas que você estava sentindo dor]. Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível 10. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades usuais (trabalho, escola, serviço doméstico) devido a dor facial? _____ dias 11. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial interferiu com suas atividades diárias de acordo com uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade”? Nenhuma interferência 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz de realizar qualquer atividade 12. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial alterou a sua capacidade de participar de atividades recreativas, sociais e familiares onde 0 é “nenhuma alteração” e 10 é “alteração extrema”? Nenhuma alteração 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alteração extrema 13. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviço doméstico) onde 0 é “nenhuma alteração” e 10 é “alteração extrema”? Nenhuma alteração 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alteração extrema 14.a. Você alguma vez teve travamento articular de forma que não foi possível abrir a boca por todo o trajeto? ☐ Não ☐ Sim [se nunca apresentou este tipo de problema, PULE para a pergunta 15] Se a sua resposta foi Sim,

14.b. Esta limitação de abertura mandibular foi severa a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar? ☐ Não ☐ Sim 15.a. Os seus maxilares estalam quando você abre ou fecha a boca ou quando você mastiga? ☐ Não ☐ Sim 15.b. Os seus maxilares crepitam quando você abre e fecha ou quando você mastiga? ☐ Não ☐ Sim 15.c. Alguém lhe disse, ou você nota, se você range os seus dentes ou aperta os seus maxilares quando dorme a noite? ☐ Não ☐ Sim 15.d. Durante o dia, você range os seus dentes ou aperta os seus maxilares? ☐ Não ☐ Sim 15.e. Você sente dor ou rigidez nos seus maxilares quando acorda de manhã? ☐ Não ☐ Sim 15.f. Você apresenta ruídos ou zumbidos nos seus ouvidos? ☐ Não ☐ Sim 15.g. Você sente a sua mordida desconfortável ou incomum? ☐ Não ☐ Sim 16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença artrítica sistêmica? ☐ Não ☐ Sim 16.b. Você conhece alguém na sua família que tenha qualquer uma destas doenças? ☐ Não ☐ Sim 16.c. Você já apresentou ou apresenta inchaço ou dor em qualquer das articulações que não sejam as articulações perto dos seus ouvidos (ATM)? ☐ Não ☐ Sim [em caso de Não ter tido inchaço ou dor nas articulações, PULE para a pergunta 17.a.] Se a sua resposta foi Sim,	16.d. É uma dor persistente que você vem tendo por pelo menos um ano? ☐ Não ☐ Sim 17.a. Você teve alguma injúria recente contra sua face ou seus maxilares? ☐ Não ☐ Sim [em caso de Não ter tido injúria, pule para a pergunta 18] Se sua resposta foi Sim, 17.b. Você teve dor nos maxilares antes da injúria? ☐ Não ☐ Sim 18. Durante os últimos 6 meses você teve dor de cabeça ou enxaquecas? ☐ Não ☐ Sim 19. Que atividades o seu problema atual dos maxilares impedem ou limitam? a. Mastigar ☐ Não ☐ Sim b. Beber ☐ Não ☐ Sim c. Exercitar-se ☐ Não ☐ Sim d. Comer alimentos duros ☐ Não ☐ Sim e. Comer alimentos moles ☐ Não ☐ Sim f. Sorrir/gargalhar ☐ Não ☐ Sim g. Atividade sexual ☐ Não ☐ Sim
---	--

h. Limpar os dentes ou a face ☐ Não ☐ Sim i. Bocejar ☐ Não ☐ Sim j. Engolir ☐ Não ☐ Sim k. Conversar ☐ Não ☐ Sim l. Manter a sua aparência facial usual ☐ Não ☐ Sim 20. No último mês, o quanto você tem estado angustiado por: a. Dores de cabeça Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 b. Perda de interesse ou prazer sexual Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 c. Fraqueza ou tontura Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 d. Dores no coração ou peito Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 e. Sensação de falta de energia ou lerdeza Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 f. Pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 g. Falta de apetite Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 h. Chorar facilmente Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	i. Culpar a si mesmo pelas coisas Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 j. Dores na parte inferior das costas Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 k. Sentir-se só Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 l. Sentir-se triste Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 m. Preocupar-se muito com as coisas Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 n. Sentir nenhum interesse pelas coisas Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 o. Náusea ou distúrbio gástrico Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 p. Músculos doloridos Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 q. Dificuldade em adormecer Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 r. Dificuldade em respirar Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 s. Acessos calor / frio Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 t. Dormência ou formigamento em partes do corpo Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4 u. Inchaço/protuberância na sua garganta Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4
--	---

v. Sentir-se desanimado sobre o futuro Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado para com a sua saúde oral? ☐ Excelente ☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Satisfatório ☐ Insatisfatório
w. Sentir-se fraco em partes do corpo Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	23. Quando você nasceu? Dia ____ Mês ____ Ano ____
x. Sensação de peso nos braços ou pernas Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	24. Sexo masculino ou feminino? ☐ Masculino ☐ Feminino
y. Pensamentos sobre acabar com a sua vida Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	25. Qual dos grupos abaixo melhor representa a sua raça? ☐ Aleutas, Esquimó ou Índio Americano ☐ Asiático ou Insulano Pacífico ☐ Negro ☐ Branco ☐ Outro _____ (favor especificar)
z. Comer demais Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	26. Alguns destes grupos representa a sua origem nacional ou ancestralidade? ☐ Porto Riquenho ☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicano Americano ☐ Chicano ☐ Outro Latino Americano ☐ Outro Espanhol ☐ Nenhum acima
aa. Acordar de madrugada Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	27. Qual o seu grau de escolaridade mais alto ou último ano de escola que você completou? ☐ Nunca frequentei a escola/ jardim de infância. ☐ Ensino básico (primário) ☐ 1ª série ☐ 2ª série ☐ 3ª série ☐ 4ª série
bb. Sono agitado ou perturbado Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	☐ Ensino fundamental (ginásio) ☐ 5ª série ☐ 6ª série ☐ 7ª série ☐ 8ª série ☐ Ensino médio (científico) ☐ 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano
cc. Sensação de que tudo é um esforço/sacrifício Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	☐ Ensino superior (faculdade ou pós-graduação) ☐ 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano ☐ 4º ano ☐ 5º ano ☐ 6º ano
dd. Sentimentos de inutilidade Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	
ee. Sensação de ser enganado ou iludido Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	
ff. Sentimentos de culpa Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente 0 1 2 3 4	
21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado para com a sua saúde de uma forma geral? ☐ Excelente ☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Satisfatório ☐ Insatisfatório	

28a. Durante as últimas 2 semanas, você trabalhou no emprego ou negócio não incluindo trabalho em casa (inclui trabalho não remunerado em negócios/fazenda da família) ?

- ☐ Não
- ☐ Sim

[Se a sua resposta foi Sim, pule para a pergunta 29]

Se a sua resposta foi Não,

28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio ?

- ☐ Não
- ☐ Sim

[Se a sua resposta foi Sim, PULE para a pergunta 29]

Se a sua resposta foi Não,

28c. Você estava procurando emprego ou de dispensa, durante aquelas duas semanas?

- ☐ Sim, procurando emprego
- ☐ Sim, de dispensa
- ☐ Sim, ambos de dispensa e procurando emprego
- ☐ Não

29. Qual o seu estado civil?

- ☐ Casado (a) – esposa (o) em casa
- ☐ Casado (a) – esposa (o) fora de casa
- ☐ Viúvo (a)
- ☐ Divorciado (a)
- ☐ Separado (a)
- ☐ Nunca casei

30. Qual foi a sua renda doméstica durante os últimos 12 meses?

R\$ _____, ____ (Moeda brasileira).

Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

- ☐ 0 – 1 salário mínimo
- ☐ 1 – 2 salários mínimos
- ☐ 2 – 5 salários mínimos
- ☐ 5 – 10 salários mínimos
- ☐ mais de 10 salários mínimos

31. Qual o seu CEP? _____ - ____

ANEXO II- OIDP (Oral Impact of Daily Performances) adaptado culturalmente para o Brasil.

Questionário OIDP (Oral Impact of Daily Performances) adaptado culturalmente para o Brasil

A qualidade de vida dos pacientes que possuem DTM é alterada devido a algumas sintomatologias dessa patologia. Eu vou lhe fazer umas perguntas para saber se o (a) senhor (a) tem tido problemas na sua boca, dentes (ou dentaduras) e quais as dificuldades que esses problemas têm trazido para o seu dia a dia nos últimos 6 meses.

P1. Nos últimos 06 meses, você tem tido alguma dificuldade (ATIVIDADE/ COMPORTAMENTO.) devido a problemas em sua boca e dentes (ou dentaduras)?

MARQUE "SIM" OU "NÃO". PARA CADA ATIVIDADE/COMPORTAMENTO. MARCADO COMO "SIM", FAÇA AS PERGUNTAS DE P2 ATÉ P6.

P2. Você tem tido essa dificuldade (ATIVIDADE/COMPORTAMENTO) seguidamente nos últimos 06 meses ou apenas em parte desse período?

Seguidamente- 1 vá para P3

Parte do período-2 vá para P4

MARQUE APENAS UMA E ENTÃO PERGUNTE P3 OU P4, CONFORME INDICADO. CASO SEJA "SEGUIDAMENTE" (MARCADO 1 NA P2)

P3. Nos últimos 06 meses, com que frequência você tem tido essa dificuldade (ATIVIDADE/COMPORTAMENTO.)? (Avalia frequência)

- Todos os dias ou quase todos os dias
- de 3-4 vezes por semana
- de 1-2 vezes por semana
- de 1-2 vezes por mês
- Menos de 1 vez por mês?

ANOTE O CÓDIGO EM P3, NA GRADE DE RESPOSTAS. VÁ PARA P5.

CASO SEJA "EM PARTE DESSE PERÍODO" (MARCADO COMO 2 EM P2).

P4. Por quanto tempo nos últimos 06 meses você tem tido essa dificuldade (ATIVIDADE/COMPORTAMENTO)? (Avalia frequência)

- mais de 3 meses
- de 2 a 3 meses
- de 1 a 2 meses
- de 5 dias a 1 mês
- por 5 dias ou menos

ANOTE O CÓDIGO EM P4, NA GRADE DE RESPOSTAS. VÁ PARA P5

P5. Em uma escala de 0 a 5, onde 0 significa não tem afetado e 5 significa tem afetado demais, quanto você diria que essa dificuldade (ATIVIDADE/COMPORTAMENTO) tem afetado o seu dia-a-dia? (Avalia severidade)

- Não tem afetado
- Tem afetado muito pouco
- Tem afetado um pouco
- Tem afetado mais ou menos
- Tem afetado bastante
- Tem afetado demais

ANOTE O CÓDIGO EM P5, NA GRADE DE RESPOSTAS. VÁ PARA P6.

P6. Qual/quais problema(s) bucal (ais) causou/causaram essa dificuldade (ATIVIDADE/COMPORTAMENTO)?

Dor de dente (1)	Posição dos dentes (8)	Mau hálito (15)
Dente sensível (2)	Forma ou tamanho dos dentes (9)	Deformidade bucal ou do rosto (lábio leporino, fenda palatina, abertura no céu da boca) (16)
Cárie dentária (3)	Gengiva sangrando (10)	Mandíbula (carrinho) com estalido ou rangido na mandíbula (carrinho) (17)
Dente quebrado (4)	Gengiva inchada (abscesso gengival) (11)	Obturação ou coroa com defeito (ex. quebrado, por causa da cor) (18)
Perda de dente/ dentes (5)	Gengiva retraída (gengiva que subiu ou desceu) (12)	Dentadura frouxa ou mal-ajustada (machucando) (19)
Dente frouxo/ mole (6)	Tártaro (13)	Aparelho nos dentes (ortodôntico) (20)
Cor dos dentes (7)	Úlcera, ferida ou mancha na boca (14)	Ou qualquer outra razão? (por favor, diga qual) (88)

ANOTE O CÓDIGO EM P6 NA GRADE DE RESPOSTAS. É PERMITIDO MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA. SE MAIS DE UMA RESPOSTA FOR APLICÁVEL, ENTÃO MARQUE AS RESPOSTAS POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA SEGUNDO O ENTREVISTADO.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
	Sim (1) Não (2)	Seguidamente (1) - P3 Parte do período (2) - P4	Com que frequência?	Por quanto tempo?	Efeito 0-5	Problema(s)
Para comer						
Para falar claramente						
Para limpar seus dentes (dentaduras)						
Para realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos.						
Para sair (ex. ir às compras ou visitar alguém)						
Para dormir						
Para sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado.						
Com seu estado emocional, por exemplo, incomodar-se mais que o normal.						
Para trabalhar (se não trabalha fora não se aplica = código 66)						
Em aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos.						
Para descansar						

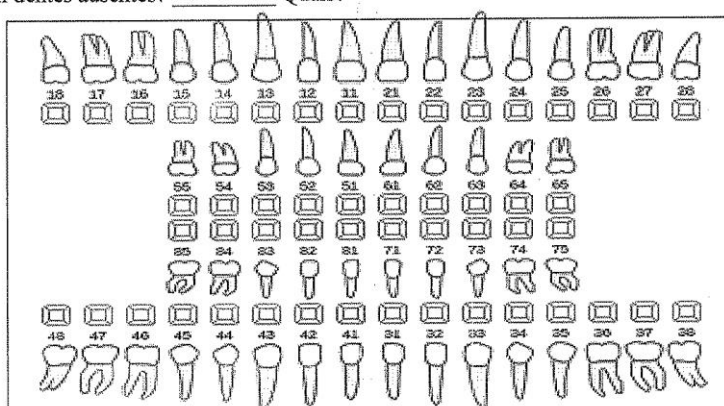
ANEXO III- Ficha de Exame Clínico**Ficha de exame clínico**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Data do exame: ____/____/____

Tem dentes ausentes? _____ Quais?



1. Usa algum tipo de prótese? Qual?

2. Faz ou já fez tratamento ortodôntico?

Assinatura do paciente:

Aracaju/SE

ANEXO IV- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Disfunção Temporomandibular (DTM), causa de desconforto e dor, é uma realidade preocupante na atualidade e está relacionada com mudanças na rotina dos indivíduos que a possuem. A fim de verificar o impacto da DTM na vida diária das pessoas, faremos a pesquisa intitulada “A qualidade de vida dos pacientes com DTM”. As pessoas responderão ao formulário e será feito o exame intraoral para avaliar as condições de saúde bucal dos pacientes. Os pacientes receberão um folheto educativo onde estarão algumas informações sobre a DTM e algumas orientações que podem melhorar a sintomatologia da disfunção. O senhor (a) correrá o risco de contaminação cruzada durante o exame, a qual será eliminada usando material descartável e estéril. O nome ou dados pessoais do senhor (a) não serão informados. O senhor (a) está livre para optar em participar ou não e, caso não queira participar, não sofrerá qualquer penalidade, podendo desistir em qualquer momento. Informo que serei a responsável pelo projeto e me coloco a disposição para qualquer dúvida. Terminada a pesquisa os resultados serão de minha inteira responsabilidade e estarão à disposição dos participantes.

Profa Dra Eliziane Cossetin – CRO RS 11601
Odontopediatria UFS
Fone: 2105 1831 / (79) 991412399

PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE

Declaro que concordo em responder estas perguntas e permito ser examinado (a) pela equipe de pesquisadores, bem como a divulgação de imagens e dados referentes a esta abordagem.

NOME: _____

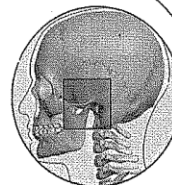
RG: _____

Assinatura: _____

ANEXO V- Folheto educativo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA



Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM DTM.

Responsável pela pesquisa: Marlon Vinicius Santos Reis
Orientadora: Eliziane Cossetin Vasconcelos

Folheto educativo- Disfunção temporomandibular

O que é a DTM?

- A Disfunção temporomandibular é um conjunto de distúrbios funcionais do sistema mastigatório, envolvendo articulação, músculos e dentes.
- As pessoas que apresentam essa disfunção costumam apresentar alguns sintomas, como por exemplo:
 - Dor na face
 - Dor na região do ouvido ou próximo dele
 - Dor de cabeça
 - Dificuldade de abrir a boca
 - Estalos ou barulhos na articulação quando mastiga

A seguir estão algumas orientações que podem melhorar a sintomatologia da sua disfunção:

- Comer alimentos moles, ou corta-los em pedacinhos.
- Mastigar devagar, nos dois lados da boca.
- Não abrir muito a boca quando for bocejar ou falar.
- Reduza o consumo de gomas de mascar.
- Beba muita água e durma o número de horas necessário ao seu descanso.
- Mantenha a coluna ereta, especialmente se trabalha o dia inteiro na mesma posição, por exemplo, sentado diante do computador. Faça pausas frequentes para mudar de posição.

- Busque orientação especializada para corrigir eventuais desvios posturais.
- Não apertar ou ranger os dentes. Eles devem ficar um pouco separados quando você estiver comendo.
- Não deixe o queixo "duro", procure relaxar.
- Não roer as unhas ou morder objetos como caneta, lápis.
- Não apoiar o queixo nas mãos.
- Não segurar o telefone entre o queixo e o ombro.
- Não dormir de bruços: dormir de lado, sem forçar o queixo com a mão ou o travesseiro.
- Fazer todos os dias alongamentos no pescoço, inclinando a cabeça e puxando levemente para os lados e para frente, contando até 30 em cada vez e repetindo 3 vezes em cada posição.
- Não tome nenhum medicamento por conta própria, procure sempre seu dentista.
- Procure fazer exercícios físicos, como caminhadas tranquilas, que ajudarão você a se distrair.
- Procure encontrar um tempo só para você durante o dia, para ouvir música, ler um livro que gosta, cuidar das plantas, conversar com alguém que você gosta.
- Evite ficar muito tempo "sem fazer nada". Faça sempre alguma coisa que você goste que ajude você a relaxar seu corpo e sua mente.

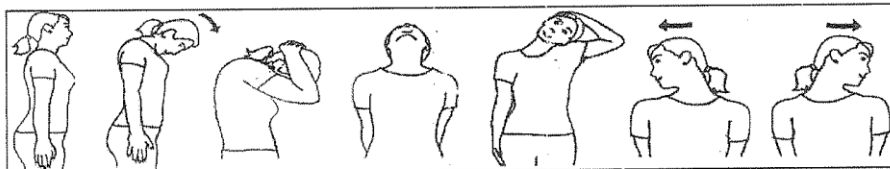


Figura 1. Alguns alongamentos que podem ser feitos. Fonte: <https://bicosom.com.br/blog/bem-estar/dor-na-nuca/>

REFERÊNCIAS: FRANCO, Ana Lúcia et al. Disfunção Temporomandibular em adolescentes: confiabilidade e validade de um questionário para pesquisa populacional, caracterização epidemiológica de uma amostra e estudo de potenciais fatores de risco. Araraquara, SP. 2013.

GASPAR, José Carlos et al. Disfunção Temporomandibular (DTM). Conheça seu impacto em sua saúde. IN: GASPAR, José Carlos; GOLDENBERG, José. Tratamento da DTM. São Paulo, SP: Editora Atheneu, 2011.

ANEXO VI- Parecer do Comitê de Ética**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com DTM

Pesquisador: ELIZIANE COSSETIN VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75227317.2.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.359.005

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

Situação do Parecer:

Aprovado