



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA - CAMPUS I**

**JÂMYSON KLEBER FERREIRA DE SOUZA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE  
DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E DORES  
OROFACIAIS**

**CAMPINA GRANDE - PB**

**2012**

**JÂMYSON KLEBER FERREIRA DE SOUZA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE  
DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E DORES  
OROFACIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao Curso de Odontologia da  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB  
como requisito para obtenção do título de  
Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S725a Souza, Jâmyson Kleber Ferreira de.  
Avaliação da Qualidade de Vida de Portadores de  
Disfunções Temporomandibulares e Dores Orofaciais /  
Jâmyson Kleber Ferreira de Souza. – 2012.  
25 f. : il. color

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro  
de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof. Dra. Maria Helena Chaves de  
Vasconcelos Catão, Departamento de Odontologia”.

1. Qualidade de vida. 2. Dor orofacial. 3. Disfunções  
Temporomandibulares. I. Título.

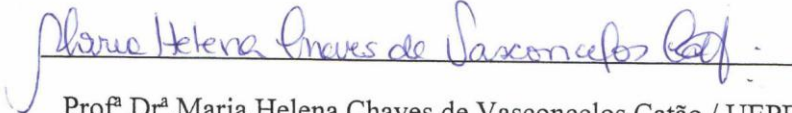
21. ed. CDD 331.25

**JÂMYSON KLEBER FERREIRA DE SOUZA**

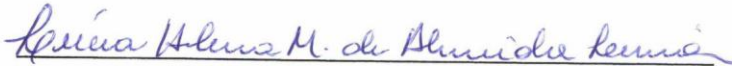
**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE  
DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E DORES  
OROFACIAIS**

Monografia defendida e aprovada pela

Banca Examinadora em 27/11/2012

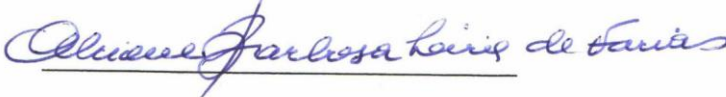
  
Profª Drª. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão / UEPB

Orientadora



Profª. Drª. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima / UEPB

Examinadora



Profª. Ms. Alcione Barbosa Lira de Farias/ UEPB

Examinadora

**CAMPINA GRANDE - PB**

**2012**

Dedico este trabalho inicialmente a Deus, pela oportunidade que me foi concedida no trajeto da vida. A toda minha família, em especial minha mãe, Marleide Ferreira de Brito, que sempre esteve do meu lado apoiando-me e acreditando no meu potencial.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

A Deus pelo dom da vida, e por dá-me força para nunca desistir dos meus sonhos.

A minha mãe, a qual sou seu fã, pela “batalha” que enfrentou para me dá o presente mais importante da minha vida, meus estudos.

A toda minha família, que com certeza contribuíram e muito na realização dessa etapa da minha vida.

Ao meu pai Marcos Antônio de Souza (*In memoriam*) e ao meu tio Francisco de Assis de Souza (*In memoriam*), que lá do céu estão felizes e orgulhosos.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão, que durante toda minha vida acadêmica não foi apenas uma professora, e sim, amiga e companheira que fiz por toda vida.

A todos os professores que tive a oportunidade de estudar durante toda minha vida acadêmica, desde a alfabetização com a professora Maria Solange da Silva, a qual desempenhou um papel importante na busca do meu sonho.

As professoras Lúcia Helena Marques de Almeida Lima e Alcione Barbosa Lira de Farias, que aceitaram em compor a banca examinadora.

A todos os companheiros que tive a satisfação de alguns tempos na república de Campina Grande-PB, em especial Marcos Jéfferson, Adeval Neto e Iran Filho.

Ao meu grande amigo e dupla nas clínicas da faculdade, Don Ermerson Gomes de Lima, pelo companheirismo e lealdade durante todo tempo.

# **Avaliação da Qualidade de Vida de Portadores de Disfunções Temporomandibulares e Dores Orofaciais**

Evaluation of Quality of Life of People With Dysfunction Temporomandibular

**Maria Helena Chaves de Vasconcelos CATÃO<sup>1</sup>, Jâmyson Kleber Ferreira de SOUZA<sup>2</sup>, Kalinne Pereira de França<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Professora de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba

<sup>2</sup>Acadêmico de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba

<sup>3</sup>Cirurgiã-dentista

Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Rua Juvêncio Arruda, s/n. *Campus* Universitário – Bodocongó, 58109-790, Campina Grande, PB, Brasil. Correspondência para / Correspondenceto: CATÃO MHCCV. Telefone: (083) 8840 3581. *E-mail*: [<mhelenact@zipmail.com.br>](mailto:mhelenact@zipmail.com.br)



## RESUMO

**OBJETIVO:** Verificar a qualidade de vida dos portadores de desordens temporomandibulares e dor orofacial. **METODOLOGIA:** Os pacientes foram submetidos ao questionário de McGill de dor e Índice de Anamnésico Fonseca (DMF), que avaliam a influência da dor provocada pela Disfunção Temporomandibular (DTM) no cotidiano e o grau de DTM, respectivamente. **RESULTADOS:** A idade média dos pacientes da pesquisa foi de 38 anos. Com relação aos prejuízos sociais onde os pacientes mais relataram algum grau de impacto da dor foram: Lazer (50%), Atividades domiciliares (50%), Relacionamento familiar (43,6%), Trabalho (40%), e Relacionamento com amigos (37,5%). Já na influência da dor nas atividades diárias, se evidenciou que a maioria dos pacientes afirmaram que a dor afeta pelo menos um pouco o Sono, a Insônia Inicial e o Apetite. Quanto às questões referentes à percepção do outro, evidenciou-se que a grande maioria responderam negando a influência da dor na percepção do outro. Observou-se que 87,5% dos pacientes tinham alguma dificuldade em tolerar a dor. Notamos que 57,5% sentiam-se um pouco doentes. Evidenciou que a maioria, 82,5% dos pacientes, sentiam-se útil. Notou-se que 75% dos pacientes, mesmo apresentando sintomatologia dolorosa, estavam satisfeitos com suas vidas. **CONCLUSÃO:** Notamos que metade dos pacientes apresentaram prejuízo no lazer e nas atividades domiciliares. Como também grande parte tinham o apetite/alimentação e sono comprometidos.

Descritores: Qualidade de vida. Dor facial. Questionário McGill de Dor.

]

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To check the life quality of people who Temporomandibular Joint Disorder (TMD) and orofacial pain. **METHODOLOGY:** The patients had to answer the McGill's pain questionnaire and were analyzed by the Fonseca's Anamnestic Index, assessing the temporomandibular joint disorder pain influence in daily life and the grade of TMD respectively. **RESULTS:** In this research the patients average old age were about 38 years old. About the social injuries where the patients reported more times as causing some pain were: Leisure(50%), domestic activities (50%), familiar relationship(43,6%), job(40%) and friends relationship (37,5%). Respecting the daily life pain influence, the most part of the patients said that pain affects their sleeping, the initial insomnia and appetite. About the perception by the others one, the most part of patients answered denying the pain influence by the others one visions. Were observed that 87,5% of patients had some difficulties in tolerate the pain. We saw that 57,5% feel a little ill. A great part of patients (82,5%) felt useful. And 75% of patients, even having some pain, were satisfied about their life. **CONCLUSION:** we had noted that half part of patients showed Leisure and domestic activities injuries, as the most part had their appetite and sleeping affected.

KEY-WORDS: Life Quality. Facial Pain. McGill's Pain Questionnaire.

## SUMÁRIO

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO.....                 | 10 |
| METODOLOGIA.....                | 11 |
| RESULTADOS.....                 | 12 |
| DISCUSSÃO.....                  | 17 |
| CONCLUSÃO.....                  | 19 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 19 |
| ANEXOS.....                     | 23 |

## 1 INTRODUÇÃO

A dor apresenta duas variantes: a percepção, que consiste em um processo anatomofisiológico, por meio do qual a dor é recebida e transmitida e reação, que se resume na manifestação da percepção do ser vivo diante do fenômeno<sup>1</sup>.

O termo disfunção temporomandibular (DTM) compreende um grupo de alterações clínicas que afetam os músculos mastigatórios, as articulações tempormandibulares e estruturas associadas. Estima-se que 50-70% da população apresenta sinais da disfunção em algum estágio durante a vida, enquanto que 20-25% da população tem sintomas de DTM<sup>2</sup>. A distribuição dos casos de DTM na população em geral mostra predominância por mulheres, com idade entre 20 a 40 anos<sup>3</sup>.

Muitas disfunções temporomandibular crônicas têm a dor como sintoma e queixa principal, e a qualidade de vida dos pacientes com DTM está diretamente relacionada com o controle da dor orofacial. O termo “dor orofacial” abrange as dores que ocorrem nas regiões facial (da linha orbitária até o pescoço e anteriormente às orelhas) e oral (dentro da boca)<sup>4</sup>.

Por ser ainda bastante controverso, muito se tem estudado sobre a etiologia da DTM e da Dor Orofacial (DOF), visto que frequentemente diagnóstico e tratamento são de caráter multidisciplinar<sup>5</sup>. Vários são os fatores considerados na literatura como causadores ou potencializadores de DTM e DOF: desarmonias oclusais, perfil psicológico, lesões musculoesqueléticas, hábitos parafuncionais, estresse emocional, lassidão do tecido conjuntivo, trauma, fatores anatômicos e patofisiológicos<sup>6</sup>.

As primeiras associações entre as DTM e fatores psicológicos surgiram a partir de estudos de uma psiquiatra e um cirurgião-dentista, trabalhando conjuntamente<sup>9</sup>. Dentre os fatores psicológicos associados à etiologia das DTM, foram relacionados os comportamentais, os cognitivos e emocionais ou afetivos, como a ansiedade, o estresse e a depressão<sup>1</sup>.

Atividades funcionais e qualidade de vida são aspectos utilizados para avaliar o impacto da dor na qualidade de vida dos pacientes, assim como suas relações sociais<sup>7</sup>. As dores crônicas produzem efeitos não só biológicos, mas também psicológicos e sociais, que merecem atenção na avaliação clínica e que, muitas vezes, são controlados ou revertidos por meio de tratamentos terapêuticos<sup>8</sup>.

O grupo de Qualidade de Vida (QV) da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção de um indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>10</sup>. Os indicadores de QV podem ser especialmente relevantes para a Odontologia considerando a importância da aparência facial na autoimagem e autoestima e também o impacto, por vezes sutil, que as condições bucais podem provocar no bem estar e funcionamento psicológico<sup>11</sup>.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo verificar a qualidade de vida dos portadores de disfunções temporomandibulares e dor orofacial.

## 2 METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizou-se do método indutivo, com procedimento comparativo e estatístico e técnicas de observação direta intensiva.

O local de realização da pesquisa foi no Serviço de Controle da Dor Orofacial, no Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba Campus I, no período de agosto de 2010 a junho de 2011 onde foram assistidos 98 novos pacientes, sendo a amostra constituída por 40 portadores de disfunções temporomandibulares, por ordem de atendimento. Os critérios de inclusão foram: faixa etária entre 15 a 70 anos, com diagnóstico clínico de disfunção temporomandibular, ambos os sexos, história clínica de dores decorrentes da DTM nos últimos seis meses, bem como não estar sendo submetido a qualquer tipo de tratamento específico para a dor.

Todos os participantes relataram que tinham história de dores decorrentes da DTM há pelo menos seis meses e foi solicitada sua participação na pesquisa após o completo esclarecimento dos objetivos da pesquisa. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba com o parecer nº 0281.0.133.000-10.

Como instrumento de medida da qualidade de vida, usou-se o questionário de Mc Gill de dor<sup>8</sup> e o Índice Anamnésico de Fonseca(DMF)<sup>11</sup>. O *the Mc Gill Pain Questionnaire* (MPQ), em sua versão brasileira, o Br-MPQ, foi elaborado a partir dos originais em língua inglesa desenvolvidos por Melzack e Torgerson (1971) e MELZACK (1975) para facilitar aos pacientes a comunicação de suas dores a uma terapeuta. Além disso, ele fornece medidas quantitativas das dores que podem ser tratadas estatisticamente foi adaptado para a língua portuguesa por Castro (1999)<sup>12</sup>.

O Questionário anamnésico de Fonseca et al.<sup>11</sup> foi elaborado nos moldes do Índice anamnésico de Helkimo<sup>11</sup> é um dos poucos instrumentos disponíveis em língua portuguesa para caracterizar a severidade dos sintomas de DTM. Foi previamente testado em pacientes com DTM e demonstrou uma correlação de 95% com o índice clínico de Helkimo<sup>11</sup>. Para cada uma das questões do questionário de Fonseca são possíveis três respostas (sim, não e às vezes) para as quais são preestabelecidas três pontuações (10, 0 e 5, respectivamente) (Quadro 3). Com a somatória dos pontos atribuídos obtém-se um índice anamnésico que permite classificar os voluntários em categorias de severidade de sintomas: sem DTM (0 a 15 pontos), DTM leve (20 a 45 pontos), DTM moderada (50 a 65) e DTM severa (70 a 100 pontos)<sup>11</sup>.

Alguns estudos brasileiros têm utilizado o índice de Fonseca para classificação dos pacientes quanto aos sintomas de DTM<sup>13,14</sup>. A simplicidade desse índice favorece sua aplicabilidade uso em estudos epidemiológicos populacionais.

Os dados obtidos foram digitados e analisados no SPSS (Statistical Package for Social Sciences) na versão 17.0. Foram analisados através de técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, sendo a descritiva por meio de tabelas e a inferencial por meio de tabelas de dupla entrada, teste não paramétricos de comparação de médias para amostras emparelhadas, análise de variância e análise de correlação. Os testes utilizados foram: Teste de

Levene's, Qui-quadrado, Kruskal Wallis, T de Wilcoxon e Friedman. Foi utilizado o nível de 5% de significância para os testes.

### **3 RESULTADOS**

A idade media dos portadores de DTM foi 38 anos, com idade de portadores ativos as atividades domiciliares quanto no trabalho, com um desvio padrão de 15,896. De acordo com a Tabela 1, constatou-se que as variáveis relacionadas aos prejuízos sociais dos pacientes que relataram algum grau de impacto da dor foram: Trabalho (40%), Lazer (50%), Atividades domiciliares (50%), Relacionamento familiar (43,6%) e Relacionamento com amigos (37,5%)

Os subitens Lazer e Atividades Domiciliares foram os mais prejudicados pela dor, visto que metade dos pacientes respondeu positivamente estas questões. Os subitens Perda de Dias no Trabalho e Atividade Escolares apontam diferença significativa,  $p < 0,05$ , no entanto para respostas negativas aos itens citados.

Tabela 1. Prejuízo causado pela dor à vida social dos pacientes.

| Prejuízo Social                  |   | A dor afeta |       |               |       |                    |       | Valor de P |
|----------------------------------|---|-------------|-------|---------------|-------|--------------------|-------|------------|
|                                  |   | Não         | Pouco | Mais ou Menos | Muito | Totalmente/ sempre | Total |            |
| No trabalho                      | n | 24          | 6     | 4             | 6     | -                  | 40    | 0,206      |
|                                  | % | 60,0        | 15,0  | 10,0          | 15,0  | -                  | 100,0 |            |
| Perda de dias no trabalho        | n | 33          | 4     | -             | 3     | -                  | 40    | 0,0001*    |
|                                  | % | 82,5        | 10,0  | -             | 7,5   | -                  | 100,0 |            |
| Licença de saúde                 | n | 40          | -     | -             | -     | -                  | 40    | -          |
|                                  | % | 100,0       | -     | -             | -     | -                  | 100,0 |            |
| Perda de emprego                 | n | 40          | -     | -             | -     | -                  | 40    | -          |
|                                  | % | 100,0       | -     | -             | -     | -                  | 100,0 |            |
| Aposentadoria                    | n | 40          | -     | -             | -     | -                  | 40    | -          |
|                                  | % | 100,0       | -     | -             | -     | -                  | 100,0 |            |
| Nas atividades escolares         | n | 36          | 3     | 1             | -     | -                  | 40    | 0,0001*    |
|                                  | % | 90,0        | 7,5   | 2,5           | -     | -                  | 100,0 |            |
| No lazer                         | n | 20          | 8     | 5             | 6     | 1                  | 40    | 1,000      |
|                                  | % | 50,0        | 20,0  | 12,5          | 15,0  | 2,5                | 100,0 |            |
| Nas atividades domiciliares      | n | 20          | 9     | 4             | 6     | 1                  | 39    | 1,000      |
|                                  | % | 50,0        | 22,5  | 10,0          | 15,0  | 2,5                | 100,0 |            |
| No relacionamento familiar       | n | 22          | 6     | 6             | 4     | 1                  | 39    | 0,423      |
|                                  | % | 56,4        | 15,4  | 15,4          | 10,3  | 2,6                | 100,0 |            |
| No relacionamento com os amigos. | n | 25          | 4     | 4             | 5     | 2                  | 39    | 0,114      |
|                                  | % | 62,5        | 10,0  | 10,0          | 12,5  | 5,0                | 100,0 |            |

Obs.: Os valores de p foram calculados com base nas repostas positivas e negativas das questões referentes ao Prejuízo Social.

Segundo a Tabela 2, evidenciou-se que a maioria dos pacientes, 75% afirmaram que a dor afeta no Sono, a Insônia Inicial e o Apetite. Aplicado o

teste de qui-quadrado, ao nível de 5% de significância,  $p < 0,05$ , concluiu-se que existem evidências estatísticas de que a proporção de respostas positivas foi significativamente maior que a de respostas negativas para as questões citadas.

Os subitens Vestir-se e Locomoção mostraram diferença significativa, porém apontando para respostas negativas, 75% e 77,5% respectivamente. Quanto à Insônia terminal, o Sono não reparador e a Higiene pessoal não se constataram diferença significativa entre as respostas positivas e negativas.

Tabela 2. Influencia da dor nas atividades diárias dos pacientes.

| Atividades da vida diária |   | A dor afeta: |       |               |       |                    |       | <sup>1</sup> Valor de P |
|---------------------------|---|--------------|-------|---------------|-------|--------------------|-------|-------------------------|
|                           |   | Não          | Pouco | Mais ou Menos | Muito | Totalmente/s empre | Total |                         |
| Sono S                    | N | 10           | 8     | 9             | 9     | 4                  | 40    | 0,002*                  |
|                           | % | 25,0         | 20,0  | 22,5          | 22,5  | 10,0               | 100,0 |                         |
| Insônia inicial S         | N | 13           | 5     | 12            | 8     | 2                  | 40    | 0,027*                  |
|                           | % | 32,5         | 12,5  | 30,0          | 20,0  | 5,0                | 100,0 |                         |
| Insônia terminal N        | N | 21           | 3     | 8             | 6     | 2                  | 40    | 0,752                   |
|                           | % | 52,5         | 7,5   | 20,0          | 15,0  | 5,0                | 100,0 |                         |
| Sono não reparador N      | N | 21           | 5     | 7             | 6     | 1                  | 40    | 0,752                   |
|                           | % | 52,5         | 12,5  | 17,5          | 15,0  | 2,5                | 100,0 |                         |
| O apetite/alimentação S   | N | 10           | 4     | 14            | 7     | 5                  | 40    | 0,002*                  |
|                           | % | 25,0         | 10,0  | 35,0          | 17,5  | 12,5               | 100,0 |                         |
| A higiene pessoal N       | N | 24           | 5     | 7             | 3     | 1                  | 40    | 0,206                   |
|                           | % | 60,0         | 12,5  | 17,5          | 7,5   | 2,5                | 100,0 |                         |
| Vestir-se N               | N | 30           | 3     | 6             | 1     | -                  | 40    | 0,002*                  |
|                           | % | 75,0         | 7,5   | 15,0          | 2,5   | -                  | 100,0 |                         |
| A locomoção N             | N | 31           | 3     | 3             | 3     | -                  | 40    | 0,001                   |
|                           | % | 77,5         | 7,5   | 7,5           | 7,5   | -                  | 100,0 |                         |

Através da Tabela 3, às questões referentes à percepção do outro, evidenciou-se que a grande maioria dos pacientes respondeu negando a influência da dor na percepção do outro.

Pelo teste de Qui-quadrado existe evidências estatísticas de que as respostas das questões relacionadas à percepção do outro são significativamente negando a influência da dor nas questões supracitadas  $p = 0,001$ .



Tabela 3. Influência da dor na percepção das outras pessoas

|                                   | Percepção do outro |       |               |       |                    |       | 1 Valor de p |         |
|-----------------------------------|--------------------|-------|---------------|-------|--------------------|-------|--------------|---------|
|                                   | Não                | Pouco | Mais ou Menos | Muito | Totalmente/s empre | Total |              |         |
| As pessoas ficam irritadas comigo | N                  | 33    | 1             | 5     | 1                  | -     | 40           | 0,001 * |
|                                   | %                  | 82,5  | 2,5           | 12,5  | 2,5                | -     | 100,0        |         |
| As pessoas expressam frustração   | N                  | 31    | 3             | 5     | 1                  | -     | 40           | 0,001*  |
|                                   | %                  | 77,5  | 7,5           | 12,5  | 2,5                | -     | 100,0        |         |
| As pessoas sentem raiva de mim.   | N                  | 37    | 1             | 2     | -                  | -     | 40           | 0,001*  |
|                                   | %                  | 92,5  | 2,5           | 5,0   | -                  | -     | 100,0        |         |
| As pessoas me ignoram             | N                  | 36    | 2             | 1     | 1                  | -     | 40           | 0,001*  |
|                                   | %                  | 90,0  | 5,0           | 2,5   | 2,5                | -     | 100,0        |         |

\* Diferença significativa ao nível de 5% pelo teste de Qui-quadrado.

<sup>1</sup> Os valores de p foram calculados com base nas repostas positivas e negativas das questões referentes a Percepção do outro.

De acordo com a Tabela 4, observou-se que 87,5% dos pacientes tinham alguma dificuldade em tolerar a dor. Aplicado o teste de Qui-quadrado,  $p=0,001$ , ao nível de 5% de significância, concluiu-se que existem evidências estatísticas de que não é fácil tolerar a dor.

Tabela 4. Frequência da opinião dos pacientes quanto à tolerância da dor

| Tolerar a dor      | n  | %     | 1 Valor de P |
|--------------------|----|-------|--------------|
| Não é difícil      | 5  | 12,5  | 0,001 *      |
| É um pouco difícil | 14 | 35,0  |              |
| É difícil          | 11 | 27,5  |              |
| É muito difícil    | 10 | 25,0  |              |
| Total              | 40 | 100,0 |              |

\* Diferença significativa ao nível de 5% pelo teste de Qui-quadrado.

<sup>1</sup> Os valores de p foram calculados com base na hipótese de ser ou não difícil tolerar a dor.

Analisando a Tabela 5, nota-se que 42,5% dos pacientes não se sentiam doentes. Aplicado o teste de qui-quadrado ao nível de 5% de significância, concluiu-se que não existe diferença significativa entre sentir-se ou não doente

Tabela 5. Frequência dos pacientes que se sentem doentes devido à dor.

| Sentir-se doente | n  | %     | <sup>1</sup> Valor de P |
|------------------|----|-------|-------------------------|
| Não              | 17 | 42,5  | 0,343                   |
| Um pouco         | 18 | 45,0  |                         |
| Muito            | 4  | 10,0  |                         |
| Totalmente       | 1  | 2,5   |                         |
| Total            | 40 | 100,0 |                         |

\* Diferença significativa ao nível de 5% pelo teste de Qui-quadrado.

<sup>1</sup> Os valores de p foram calculados com base na hipótese de sentir-se ou não doente.

Analisando a Tabela 6, evidenciou que a maioria, 82,5% dos pacientes, sentiam-se útil. Pelo teste de qui-quadrado, ao nível de 5% de significância,  $p=0,001$ , concluiu-se que existe evidências estatísticas de que os pacientes sentiam-se útil.

Tabela 6. Frequência dos pacientes que se sentem útil mesmo com a dor.

| Sentir-se útil  | N  | %     | <sup>1</sup> Valor de P |
|-----------------|----|-------|-------------------------|
| Sim             | 33 | 82,5  | 0,001*                  |
| Menos que antes | 5  | 12,5  |                         |
| Inútil          | 2  | 5,0   |                         |
| Total           | 40 | 100,0 |                         |

\* Diferença significativa ao nível de 5% pelo teste de Qui-quadrado.

<sup>1</sup> Os valores de p foram calculados com base na hipótese de sentir-se ou não útil.

Segundo a Tabela 7, evidenciou que 75% dos pacientes estavam plenamente satisfeitos com suas vidas cotidianas, pelo teste de qui-quadrado, ao nível de 5% de significância  $p=0,002$ , concluiu-se que os pacientes mostravam satisfação em suas vidas diárias.

De acordo com a Tabela 8, evidenciou-se que a DTM moderada 47,5% (19) foi a prevalente, seguida da severa e leve.

Tabela 7. Frequência da satisfação quanto à vida dos pacientes afetados pela dor.

| Satisfação da vida | N  | %     | Valor de P |
|--------------------|----|-------|------------|
| Sim                | 30 | 75,0  | 0,002*     |
| Em parte           | 7  | 17,5  |            |
| Insatisfatória     | 3  | 7,5   |            |
| Total              | 40 | 100,0 |            |

\* Diferença significativa ao nível de 5% pelo teste de Qui-quadrado.

Tabela 8. Distribuição do tipo de DTM apresentado pelos pacientes

| Níveis de DTM | N  | %    |
|---------------|----|------|
| DTM leve      | 8  | 20,0 |
| DTM moderada  | 19 | 47,5 |
| DTM severa    | 13 | 32,5 |
| Total         | 40 | 100  |

#### 4 DISCUSSÃO

As alterações causadas pela DTM, em especial a dor, podem interferir nas atividades diárias sociais do indivíduo afetado levando a um efeito negativo na função social, na saúde emocional, e no nível de energia<sup>12</sup>.

Embora existam razões para acreditar que as disfunções temporomandibulares e outras condições dolorosas da face causem algum impacto na qualidade de vida, apenas um pequeno número de estudos documenta o uso de questionários específicos ou mesmo de ferramentas multidimensionais aplicados a estes pacientes<sup>15</sup>. Sendo assim, este estudo demonstra a capacidade dos portadores de DTM desempenha interferindo diretamente na qualidade de vida dos mesmos, sendo relatado a existência de dor em 100% dos pacientes.

O expressivo número de portadores de DTM e a diversidade dos sintomas por eles apresentados tornam obrigatório um conhecimento adequado da doença e estudos cuidadosos para sua correta ordenação<sup>16</sup>.

Hábitos parafuncionais como o bruxismo e o apertamento dos dentes são considerados importantes dentro dos fatores etiológicos das DTMs, mas, para um melhor entendimento do seu papel na manifestação dos sintomas, devem ser estudados separadamente. Uma das consequências comuns dessas condições é o aumento da tensão provocada por elas nos músculos mastigatórios, relacionado com o aumento do tônus muscular<sup>17</sup>.

Dentre outros distúrbios que a DTM pode causar está o sono. Alguns autores estudaram relevância entre as DTMs e a qualidade do sono. Eles concluíram que o aumento do grau de desordem leva a uma piora da qualidade do sono, com 50% da população sem DTM apresentando PSQI<5 para 70% da população com DTM severa apresentando PSQI<5. Por ser estudo de prevalência (sem testes de correlação ou associação), os autores sugerem que

os resultados sejam utilizados para identificar uma tendência a ser confirmada em estudos futuros<sup>18</sup>.

Em concordância com o presente estudo, nota-se que a maioria dos pacientes portadores de DTM afirmaram que a dor afeta pelo menos um pouco o Sono, a Insônia Inicial e o Apetite. Isto acaba contribuindo para o aparecimento de possíveis desordens psicológicas nesses indivíduos, como também contribuindo na deficiência na dieta destes, o que pode acarretar a um declínio nutricional influenciando diretamente na saúde sistêmica destes pacientes.

Outros questionários foram utilizados para estudar a DTM como o questionário Mc Gill de dor. Foi realizado um estudo do impacto da dor na vida de indivíduos portadores de disfunção da articulação temporomandibular (DTM). Os resultados mostraram que a dor da DTM prejudicou as atividades do trabalho (59,09%), da escola (59,09%), o sono (68,18%) e o apetite/alimentação (63,64%). Estes pesquisadores concluíram que a dor da DTM tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente e que o questionário empregado, embora não específico, permitiu avaliá-lo adequadamente<sup>19</sup>.

Pesquisadores verificaram o impacto psicossocial causado pela dor, em portadores de disfunção temporomandibular (DTM). Foi realizado um estudo transversal com amostra de 11 pacientes, submetidos a uma versão brasileira do Questionário Mc Gill de Dor (Br-MPQ). Os resultados mostram que a dor da DTM crônica causou algum grau de prejuízo no relacionamento familiar (90,91%), no trabalho (90,91%), no lazer (72,72%), nas atividades domiciliares (81,82%), no sono (72,72%) e no apetite/alimentação (100%). A dor crônica em portadores de DTM apresenta um impacto negativo na qualidade de vida desses pacientes<sup>20</sup>.

Com os resultados obtidos no presente estudo concluiu-se que existem evidências de que a dor causa prejuízo no lazer, atividades domiciliares, relacionamento familiar, trabalho.

A avaliação da dor depende muito da descrição verbal da experiência pessoal, influenciando em sua intensidade e qualidade. A correta interpretação da qualidade e quantidade da dor é importantíssima na determinação do diagnóstico e da terapêutica<sup>18</sup>.

Mulheres com DTM têm maior intensidade dos sintomas de dor, apertamento dos dentes, dificuldade de dormir, maior sensibilidade dolorosa em músculos mastigatórios e cervicais e pior qualidade de vida quando comparadas com mulheres sem DTM<sup>19</sup>.

Para alguns autores, os aspectos dor e capacidade funcional interferem no estado geral de saúde; os pacientes com DTM e Disfunção Oro-Facial (DOF) sofreram impacto negativo na qualidade de vida pelo prejuízo dos aspectos físicos e mentais<sup>1</sup>.

Nesta pesquisa se notou que mais da metade dos pacientes tinham dificuldade em se alimentar, fato que nos leva a crer o real comprometimento da saúde sistêmica destes, como também apresentaram algum grau de comprometimento no sono.

Pesquisadores propuseram que as DTM fazem parte de um espectro de síndromes associadas ao estresse e são caracterizadas por alterações somáticas e psicológicas, incluindo fadiga, prejuízo das atividades do trabalho

e escola, distúrbios do sono e do apetite/alimentação, ansiedade e depressão. Níveis mais altos de dor e estresse foram encontrados em pacientes com DTM em comparação ao grupo controle<sup>19</sup>.

Determinados autores obtiveram resultados mostraram que 38.75% dos participantes não apresentaram DTM sendo que a grande parte dos portadores de DTM analisados possuíam disfunção leve (41.87%) e moderada (14.37%) com prejuízo principalmente das características mentais como, Vitalidade e Aspectos Emocionais, sendo que a Capacidade Funcional foi o domínio que se demonstrou mais preservado dentro da amostra<sup>21</sup>. No presente estudo, evidenciou-se que a DTM moderada foi a prevalente, seguida da severa e leve. Em relação à DTM, diversos trabalhos<sup>22,23,24</sup> mostraram ser esta uma das principais causas de dor crônica facial e que estão intimamente relacionadas com o estresse físico e psicossomático tais como fadiga, alterações do sono, ansiedade depressão.

## 5 CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos, notamos que metade dos pacientes apresentou prejuízo no laser e nas atividades domiciliares. Como também grande parte tinha o apetite/alimentação e sono comprometidos.

Com isso, notamos que tais pacientes perdem um pouco da sua capacidade produtiva, como também têm a saúde geral comprometida ao ponto de não conseguirem alimentar-se corretamente, o que leva a uma deficiência na absorção de nutrientes.

## 6 REFERÊNCIAS

1. Denis NK, Juliano GM, Marta SR, Wagner O, Denise N. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey\** 2011 ;12(2):93-8.
2. Pedroni CR, Oliveira AS, Guaratini MI. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. *J Oral Rehabil.* 2003;30:283-9.
3. Oliveira AS, Dias EM, Contato RG, Berzin F. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in Brazilian college students. 2006;20:3-7.
4. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Orofacial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:52-60.

5. McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. *J Prosthet Dent* 1997;77(5):510-22.
6. Rauhala K, Oikarinen KS, Raustia AM. Role of temporomandibular disorders (TMD) in facial pain: occlusion, muscle and TMJ pain. *Cranio* 1999;17(4):254-61.
7. Oliveira AS. Evaluation of quality of life and pain in temporomandibular disorders (TMD). *Braz J Oral Sci* 2005;4(12):246-50.
8. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci* 2003; 11(2):138-43.
9. Moulton RE. Psychiatric considerations in maxillofacial pain. *J Am Dent Assoc* 1955;51(4):408-14.
10. Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health organization WHOQOL-100: tests of the universality Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychol* 1999;18(5):495-505.
- 11 Barros Vde M, Seraidarian PI, Côrtres MI, et al. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *J Orofac Pain* 2009;23(1):28-37.
- 11 Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system, II: index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Sven Tandlak Tidskr.* 1974;67(2):101-21.
- 12 Castro CES. A formulação Linguística da Dor – Versão Brasileira do Questionário McGill de Dor. 234p. Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos. 1999
- 13 Pedroni CR, De Oliveira AS, Guaratini MI. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. *J Oral Rehabil.* 2003;30(3):283-9.
- 14 Oliveira AS, Dias EM, Contato RG, Berzin F. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college students. *Pesq Odontol Bras.* 2006;20(1):3-7. 12. Selaimen CM, Jeronymo JC, Brilhante DP, Grossi ML. Sleep and depression as risk indicators for disorders in a cross-cultural perspective: a case-control study. *Int J Prosthodont* 2006;19(2):154-61.
15. Oliveira AS, Dias EM, Contato RG, Berzin F. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in Brazilian college students. *Braz Oral Res* 2006; 20(1):3-7.


16. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. I. An epidemiological investigation of symptoms of dysfunction in Lapps in the north of Finland. *Proc Finn Dent Soc.* 1974;70(2):37-49.
17. Seligman DA, Pullinger AG, Solberg WK. The prevalence of dental attrition and its association with factors of age, gender, occlusion, and TMJ symptomatology. *J Dent Res.* 1988 67(10):1323-33.
17. Verri FR, Garcia AR, Zuim PRJ, Almeida EO, Falcón-Antenucci RM, Shibayama R. Avaliação da Qualidade do Sono em Grupos com Diferentes Níveis de Desordem temporomandibular. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*, 8(2):165-169, maio/ago. 2008.
18. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci* 2003; 11(2): 138-43.
19. Nakazone Jr, Contin I, Orri TC, Morales JMG, Nakamura T, Takahashi F. Aplicação do questionário de dor de Mc Gill em Pacientes sintomáticos para DTM. *REV. DOR* 2005 - Abr/Mai/jun - 6 (2): 553-559.
19. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci.* 2003;11(2):138-43.
- 20 Pinto, M V M; Silva, S; Barbosa, Luis G; Santos, A; Felício. Estudo do impacto psicossocial causado pela dor, em portadores de disfunção temporomandibular / Study on psychosocial impact caused by pain in patients with temporomandibular disorder. ;7(6):423-428, nov.-dez. 2006
20. Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Effect of orthognathic surgery for class III correction on quality of life as measured by SF-36. *Int J Oral Maxillofac Surg* .2008;37(2):131-4.
21. Daniela ABG, Paula CCM, Luciane AJ, Manoela DM. Qualidade de vida em portadores de disfunção temporomandibular –um estudo transversal. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009;27(2):128-32
22. Bevilaqua-Grossi D, Chaves TC, OliveiraAS, Monteiro-Pedro V. Anamnestic index severity and signs and symptoms of TMD. *Cranio.* 2006;24:112-8.
- 23 Dervis E, Dervis E. The prevalence of temporomandibular disorders in patients with psoriasis with or without psoriatic arthritis. *J Oral Rehabil.* 2005;32:786-93.
- 24 Gameiro GH, Silva Andrade A, Nouer DF, Ferraz de Arruda Veiga MC. How may stressful experiences contribute to the development of temporomandibular disorders? *Clin Oral Investig.* 2006;10:261-8.

## 7 ANEXOS

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB****PROJETO: CAAE 0281.0.133.000-09****PARECER****x APROVADO****NÃO APROVADO****PENDENTE****TÍTULO: Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular****PESQUISADOR: Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão****DESCRIÇÃO: O PROJETO APRESENTA RELEVÂNCIA CIENTÍFICA. Atende aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB. Mediante a RES 196/96. Dou parecer APROVADO.****Campina Grande, 17/10/ 2009****Relator: 15**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA/  
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

  
Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**Questões sobre o impacto da dor na vida do paciente. Parte integrante da versão brasileira do questionário Mc Grill, proposta por Castro (1999).**

Para indicar o quanto a dor influencia em seu cotidiano, use a seguinte numeração: (1) não; (2) pouco; (3) mais ou menos; (4) muito; (5) totalmente/sempre.

As alternativas recuadas serão apenas assinaladas em caso afirmativo.

(As alternativas recuadas serão apenas assinaladas)

Prejuízo Social: a dor afeta

( ) no trabalho ( ) perda de dias de trabalho ( ) licença saúde ( ) perda de emprego ( ) aposentadoria ( ) nas atividades escolares ( ) no lazer ( ) nas atividades domiciliares ( ) no relacionamento familiar

( ) no relacionamento com os amigos

Atividades da vida diária

( ) sono ( ) insônia inicial ( ) insônia terminal ( ) sono não reparador ( ) o apetite/alimentação

( ) a higiene pessoal ( ) vestir-se ( ) a locomoção

Percepção do Outro:

As pessoas

( ) ficam irritadas comigo ( ) expressam frustração ( ) sentem raiva de mim ( ) me ignoram

Assinale a alternativa que mais se identifica com você:

Tolerar a dor:

( ) não é difícil ( ) é um pouco difícil ( ) é difícil ( ) é muito difícil ( ) é impossível

Você se sente doente?

não       um pouco       muito       totalmente

Você se sente útil?

sim       menos que antes       inútil       muito inútil       totalmente inútil

Sua vida é satisfatória

sim       em parte       insatisfatória       completamente insatisfatória

### Índice Anamnésico de Fonseca (1992)

| Marque um "X" como resposta a cada pergunta                          | SIM   | ÀS VEZES | NÃO |
|--|---|----------|-----|
| 1. Sente dificuldade para abrir a boca?                              |   |          |     |
| 2. Sente dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados?      |   |          |     |
| 3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?                          |   |          |     |
| 4. Sente dores de cabeça (região temporal/occipital) com freqüência? |   |          |     |
| 5. Sente dor na nuca ou torcicolo?                                   |   |          |     |
| 6. Tem dor de ouvido ou nas articulações temporomandibulares (ATMs)? |   |          |     |
| 7. Já notou ruídos nas ATM's quando mastiga ou abre a boca?          |   |          |     |
| 8. Já observou se tem hábito de apertar/ranger os dentes?            |   |          |     |
| 9. Sente que seus dentes não se articulam bem?                       |   |          |     |
| 10. Você se considera uma pessoa tensa/nervosa                       | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Numa escala de 0 A 10, numero o quanto? _____. |          |     |

### Interpretação

| <b>TOTAL DE PONTOS</b> | <b>ÍNDICE DE DCM</b> | <b>CLASSIFICAÇÃO DA DCM</b>         |
|------------------------|----------------------|-------------------------------------|
|                        | <b>0-19</b>          | <b>NÃO PORTADOR DE DCM</b>          |
|                        | <b>20-44</b>         | <b>PORTADOR DE DCM LEVE</b>         |
|                        | <b>45-69</b>         | <b>PORTADOR DE DCM<br/>MODERADA</b> |
|                        | <b>70-100</b>        | <b>PORTADOR DE DCM SEVERA</b>       |