



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

ZACCHIA HAYVOLLA FERNANDES MARINHO DE ARAÚJO

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA AUTOPERCEPÇÃO SOBRE
SAÚDE BUCAL**

**CAMPINA GRANDE
DEZEMBRO - 2014**

ZACCHIA HAYVOLLA FERNANDES MARINHO DE ARAÚJO

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA AUTOPERCEPÇÃO SOBRE
SAÚDE BUCAL**

*Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Departamento de Odontologia da Universidade
Estadual da Paraíba (UEPB), como parte dos
requisitos para obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.*

Aluna: Zacchia Hayvolla Fernandes Marinho de Araújo
Orientadora: Prof. Dr^a. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima.

CAMPINA GRANDE
DEZEMBRO - 2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A659d Araujo, Zacchia Hayvolla Fernandes Marinho de.
Disfunção temporomandibular e qualidade de vida de idosos institucionalizados e sua autopercepção sobre saúde bucal [manuscrito] / Zacchia Hayvolla Fernandes Marinho de Araujo. - 2014.
42 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima, Departamento de Odontologia".

1. Disfunção da Articulação Temporomandibular. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde do idoso. I. Título. 21. ed. CDD 617.643

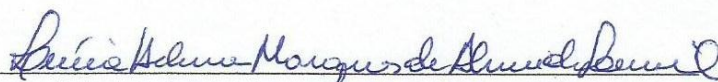
ZACCHIA HAYVOLLA FERNANDES MARINHO DE ARAÚJO

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E SUA AUTOPERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL**

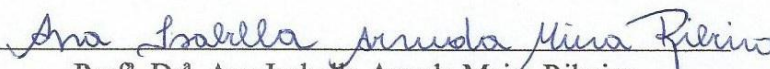
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Odontologia, pelo curso
de Odontologia da Universidade Estadual da
Paraíba – Campus I.

Aprovada em: 03/12/2014 .

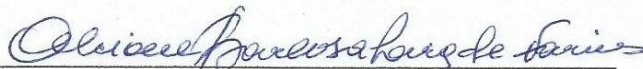
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dr.^a. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima
(Orientadora)



Prof.^a. Dr.^a. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro
(Examinadora)



Prof.^a. Ma Alcione Barbosa Lira de Farias
(Examinadora)

*Primeiramente a **Deus**, meu tudo, razão da minha existência.*

*Aos meus pais **Zamenhoff e Silvana**, pelo companheirismo,
dedicação, amor e renúncia para que este dia chegasse.*

*Ao meu noivo **Túlio Estevão**, que esteve sempre ao meu lado
nessa caminhada.*

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Ao Deus criador, meu Senhor, meu tudo, que nos dotou com conhecimento e sabedoria para estudar e conhecer as obras das Suas mãos. A ele honra, glória, louvor e adoração.

Aos meus pais, Zamenhoff Leal e Silvana Marinho, que não mediram esforços para que meus objetivos fossem alcançados, que por muitas vezes se renunciaram colocando as minhas realizações em primeiro lugar. A vocês o meu carinho, admiração e amor pelo resto de minha vida, porque tudo que sou devo a vocês.

Ao meu amigo, namorado, e noivo Túlio Estevão, pelo amor, carinho, atenção e compreensão que foram primordiais para minha chegada com êxito até aqui. Obrigada também por suas palavras nos momentos difíceis, principalmente durante o tempo que residi em João Pessoa, pois elas me ajudaram a não desistir e acreditar no meu potencial. Obrigada também pela paciência com a qual sempre escutava as minhas apresentações de trabalho.

Aos meus irmãos, Ana Margarida e Samuel Zariff, pelo companheirismo, carinho e compreensão com que dividiram comigo os bons e os difíceis momentos.

As minhas avós, Ana Maria e Margarida Leal (In Memoriam), por terem servido sempre como fonte de admiração da força e coragem. O que me fez ser mais perseverante.

À minha Tia Lourdes e meu Tio Zenaldo, por serem sempre tão prestativos nas minhas solicitações, me ajudando e contribuindo com meus estudos.

Aos meus avôs José Herculano e Enock Leal (In memoriam) que serviram de inspiração e exemplos para a minha vida, e que ainda espero orgulhar muito.

Às minhas amigas, Rayssa Motta, Kamila Duarte, Rosane Bezerra e Gleice Marinho pela compreensão e por me escutar nos momentos em que mais precisei. Carrego vocês no coração para sempre.

As minhas amigas da UFPB, Amanda Solano e Amanda Larissa, por terem suprido a falta da minha família e amigos em JP. A minha eterna dupla, Amanda Larissa, que compartilhou comigo alegrias, tristezas e ansiedades, da UFPB até a UEPB, por ter sido durante esses anos, tão compreensiva, atenciosa, companheira. E principalmente, por sempre, com muita paciência, relevar os meus atrasos.

À minha orientadora Lúcia Helena Marques de Almeida Lima, que me concedeu a oportunidade de estar ao seu lado desenvolvendo esse trabalho, pela confiança administrada a mim e por todo conhecimento transmitido.

À minha professora Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro, que transmitiu, da melhor forma possível, os seus conhecimentos, colaborando com o meu crescimento e por ter me acolhido com tanta atenção e amor desde a clínica da dor, em seguida na prótese e hoje no TCC.

À minha professora Alcione Barbosa Lira de Farias por toda dedicação e atenção com a qual exerce a docência. Por todo o conhecimento transmitido sempre unido a muita atenção,

paciência e interesse. Agradeço por ser tão prestativa e a admiro muito pela profissional excelente e pessoa maravilhosa que es.

Aos funcionários da UEPB, que me trataram com atenção, respeito e muita educação, facilitando os dias de graduação.

Aos meus amigos da turma da UEPB, pela boa convivência e companheirismo durante esta longa caminhada.

A minha amiga Mikaele Arielly, por ter me chamado para participar desse trabalho e por ter me ajudado em tudo que precisei. Agradeço também por sempre me escutar e aconselhar. Você foi meu anjo da guarda.

Aos professores da UEPB e UFPB, por toda dedicação e conhecimento transmitido. Especialmente a professora Renata de Souza Coelho Soares que aceitou, com muita felicidade, ser a suplente.

Aos pacientes, os meus mais sinceros agradecimentos pela colaboração, compreensão e paciência, sem os quais seria impossível a conclusão deste trabalho.

Enfim, a todos que diretamente e indiretamente, contribuíram para a realização deste sonho.

“O coração do entendido adquire o conhecimento e o ouvido dos sábios procura o saber.”

“Aplica o teu coração ao ensino. E os teus ouvidos as palavras de conhecimento.”

Provérbios 18:15 e 23:12

“Quanto mais aumenta o nosso conhecimento, mais evidente fica a nossa ignorância”.

Pres. John F. Kennedy

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a influência da disfunção temporomandibular na qualidade de vida de idosos institucionalizados e sua autopercepção sobre saúde bucal, através de uma abordagem quantitativa utilizando o Índice de Determinação da Saúde Oral Geriátrica (*GOHAI*), Índice Anamnésico de Fonseca (DMF), e o Índice *Oral Health Impact Profile – short form (OHIP-14)*. Para coleta de dados foi utilizado um formulário que foi preenchido pelo examinador. Foram realizadas análises descritivas de frequência e porcentagem, medidas de tendência central e dispersão. Utilizaram-se ainda técnicas inferenciais, como não paramétricos (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman e qui quadrado de aderência). Dos 30 avaliados, a maioria era do sexo masculino (63,0%) com predominância do analfabetismo (40,0%) e 93,3% recebendo menos de um salário mínimo. Com relação ao grau de severidade da disfunção Temporomandibular, 70% dos participantes foram classificados como com DTM moderada, 43,3 % apresentaram médio impacto na qualidade de vida e 36,7 possuíam auto percepção baixa. As correlações mostraram que o *OHIP* total se correlacionou positivamente e significativamente com o DMF ($r = 0,51$; $p \leq 0,01$) e negativamente e significativamente com o *GOHAI* total ($r = 0,49$; $p \leq 0,01$). Os dados obtidos na pesquisa mostraram que as condições de saúde bucal exerceram forte influência na qualidade vida dos idosos.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Envelhecimento. Qualidade de vida.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM – Articulação Temporomandibular

DMF – Índice Anamnésico de Fonseca

DTM – Disfunção Temporomandibular

GOHAI - *Oral Health Assessment Geriátrica*

Nº - Número

PB – Paraíba

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

OHIP - *Oral Health Impact Profile*

QV – Qualidade de Vida

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Classificação do GOHAI.....	24
Gráfico 2. Classificação do OHIP.....	24
Gráfico 3. Classificação da DTM.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição dos dados demográficos.....	19
Tabela 2. Classificação do grau de severidade da DTM	20
Tabela 3. Determinação dos itens de <i>GOHAI</i>	21
Tabela 4. Determinação dos itens do <i>OHIP</i>	22
Tabela 5. Comparação do DMF, <i>GOHAI</i> , e do <i>OHIP</i> entre os sexos.....	25
Tabela 6. Correlações do <i>OHIP</i> com o DMF e com o <i>GOHAI</i>	27

SUMÁRIO

ARTIGO	14
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 DESENVOLVIMENTO	16
2.1 METODOLOGIA	17
2.2 RESULTADOS.....	18
2.3 DISCUSSÃO	27
3 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICES	37
APÊNDICE A – Questionário de Avaliação da DTM	37
APÊNDICE B – Questionário de Avaliação da Auto Percepção	38
APÊNDICE C – Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida	39
ANEXOS	40
ANEXO A – Parecer do comitê de Ética em Pesquisa	40
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	41
ANEXO C – Autorização da Instituição	42

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA AUTOPERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL

Zacchia Hayvolla Fernandes Marinho de Araújo*

Lúcia Helena Marques de Almeida Lima**

Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro**

Alcione Barbosa Lira de Farias***

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a influência da disfunção temporomandibular na qualidade de vida de idosos institucionalizados e sua autopercepção sobre saúde bucal, através de uma abordagem quantitativa utilizando o Índice de Determinação da Saúde Oral Geriátrica (*GOHAI*), Índice Anamnésico de Fonseca (DMF), e o Índice *Oral Health Impact Profile – short form (OHIP-14)*. Para coleta de dados foi utilizado um formulário que foi preenchido pelo examinador. Foram realizadas análises descritivas de frequência e porcentagem, medidas de tendência central e dispersão. Utilizaram-se ainda técnicas inferenciais, como não paramétricos (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman e qui quadrado de aderência). Dos 30 avaliados, a maioria era do sexo masculino (63,0%) com predominância do analfabetismo (40,0%) e 93,3% recebendo menos de um salário mínimo. Com relação ao grau de severidade da disfunção Temporomandibular, 70% dos participantes foram classificados como com DTM moderada, 43,3 % apresentaram médio impacto na qualidade de vida e 36,7 possuíam auto percepção baixa. As correlações mostraram que o *OHIP* total se correlacionou positivamente e significativamente com o DMF ($r = 0,51$; $p \leq 0,01$) e negativamente e significativamente com o *GOHAI* total ($r = 0,49$; $p \leq 0,01$). Os dados obtidos na pesquisa mostraram que as condições de saúde bucal exerceram forte influência na qualidade vida dos idosos.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Envelhecimento. Qualidade de vida.

* Aluna da graduação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. Email: hayvola@hotmail.com; ** Professora Doutora do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. Email: helulima@hotmail.com; isaro_jesus@hotmail.com

*** Professora Mestre do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. Email: alcionebarbosafarias@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, evento concomitante à queda da taxa de fecundidade, alterou significativamente a estrutura da pirâmide etária brasileira (MOREIRA et al., 2005.). O Brasil terá a sexta maior população idosa, em números absolutos, do mundo, chegando a aproximadamente 15% da população total em 2025 e a 19% em 2050 (CARVALHO; RODRIGUEZ – WONG, 2008).

A saúde bucal do idoso brasileiro encontra-se em situação precária, com elevados índices de edentulismo (MOREIRA et al., 2005). O tempo de edentulismo está fortemente associado com o desenvolvimento das DTMs (DIVARIS et al., 2012). E, independentemente da causa do edentulismo, DTMs podem acometer pacientes desdentados totais, portadores ou não de próteses (SOUZA et al., 2014).

Várias patologias tem impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos, dentre elas a disfunções temporomandibulares (STRINI et al., 2009), que podem ser definidas como um conjunto de condições dolorosas e / ou disfuncionais, que envolvem os músculos da mastigação e / ou as articulações temporomandibulares (SOUZA et al., 2014) de etiologia multifatorial, sendo que algumas das causas são provavelmente desconhecidas (CARLSSON; MAGNUSSON; GUIMARÃES, 2006;).

A saúde bucal auto avaliada está relacionada com a percepção do estado de saúde e da capacidade funcional, e contribui para o bem-estar e satisfação com a vida ao longo do tempo (LOCKER; MSCN; JOKOVIC, 2005). Com reflexos diretos na vida diária dos indivíduos, e influenciada por diversos fatores (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2009).

Com o aumento da incidência de dores orofaciais relacionadas às DTMs, e por existir pouca informação de dados sobre frequência de disfunções temporomandibulares em idosos, em especial, os institucionalizados (SOUZA et al.,2010), estudos, nessa área, têm merecido lugar de destaque (BARBOSA et al., 2008). Portanto, o objetivo do presente estudo foi classificar a qualidade de vida de idosos institucionalizados com disfunção temporomandibular e avaliar sua autopercepção sobre saúde bucal.

2 DESENVOLVIMENTO

O conhecimento de indicadores de qualidade de vida (QV) relacionados à saúde bucal é especialmente relevante para a Odontologia, considerando o impacto que as condições bucais podem provocar no bem estar psicológico e social (KUROIWA et al., 2011 ; MOREIRA et al ., 2005).

A dor tanto facial quanto dentária é o aspecto mais citado dentre os indicadores da saúde bucal que impactam a qualidade de vida, seguido do prejuízo das horas de sono e dos problemas mastigatórios (LOCKER; GRUSHKA, 1987). A dor orofacial pode alterar a qualidade de vida mais do que outras condições sistêmicas, tais como diabetes, hipertensão ou úlcera (BIAZEVIC; ARAÚJO; MICHEL - CROSATO, 2002).

A dor é caracterizada como uma expressão multidimensional, envolvendo aspectos quantitativos, sensitivos emocionais, e as dores orofaciais enquadram-se entre aquelas originadas das disfunções temporomandibulares (DTM), frequentemente ligadas à sintomatologia crônica, cujas condições se associam a vários aspectos fisiopatológicos, psicológicos, sociais e culturais (FERREIRA et al., 2009).

Durante o envelhecimento do indivíduo pode ocorrer sobrecarga funcional na ATM, provocada pela falta de reposição de dentes perdidos, hábitos parafuncionais, oclusão deficiente ou por trauma. Tais alterações poderiam dar origem à disfunção temporomandibular no indivíduo idoso (ALMEIDA et al., 2008). Além disso, pacientes edêntulos são indivíduos potencialmente capazes de apresentar sinais e sintomas de DTM, sendo, portanto, necessária uma avaliação criteriosa durante exames de rotina para a confecção de novas próteses (JORGE et al., 2013).

Os idosos são os mais suscetíveis à DTM em razão da degeneração fisiológica da ATM, que segue uma progressão relacionada à idade cronológica (GOMES et al., 2009). Apesar da evolução das pesquisas na área da DTM, por meio da Odontologia baseada em evidências, a etiologia da mesma ainda apresenta controvérsias e, especificamente, em relação aos pacientes edêntulos, o problema torna-se mais complexo (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Há uma necessidade cada vez maior de estudos que busquem esclarecer os fatores correlacionados à etiologia da DTM, e a avaliação da qualidade de vida, devido o impacto,

por vezes sutil, que as condições bucais podem provocar no bem estar e funcionamento psicológico, diminuindo a auto percepção sobre saúde bucal, e por exigir que os profissionais de saúde repudiem um foco estrito da doença para uma abordagem mais ampla, ou seja, psicossocial (BONTEMPO; ZAVANELLI, 2009). Portanto a investigação da existência de associação entre o impacto das desordens bucais em suas dimensões física/psicossocial com os domínios da qualidade de vida a partir de instrumentos desenvolvidos e validados para investigar essas questões entre idosos é recomendada (MARTINS et al., 2014).

2.1 METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se por uma pesquisa de caráter observacional, transversal e prospectivo pela técnica não probabilística, através de uma análise descritiva e caracterizada pela determinação dos dados clínicos (sexo, idade, renda, escolaridade), bem como a determinação do grau de severidade da disfunção temporomandibular, Análise do impacto na qualidade de vida e a autopercepção sobre saúde bucal. O presente estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (Brasil) sob número de parecer: 34059114.0.0000.5187 (ANEXO A).

A pesquisa foi realizada em duas instituições específicas que dão assistência integral aos idosos do estado da Paraíba. O critério de exclusão foi o idoso com problemas auditivos, com limitação física ou mental que comprometesse sua capacidade de responder ao formulário. Para a participação no estudo os idosos foram esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B).

A amostra compreendeu 30 pacientes, sendo 17 deles internados no Instituto São Vicente de Paulo em Campina Grande - PB e 13 deles internados na Vila Vicentina Júlia Freire em João Pessoa – PB (ANEXO C). Inicialmente os sujeitos foram submetidos à aplicação de um formulário do DMF que constava de 10 perguntas referentes às principais queixas e sintomas de disfunção da articulação temporomandibular desenvolvido por Fonseca et al. (1994) (APÊNDICE A). As perguntas foram referentes à investigação da presença de dor, hábitos parafuncionais, limitação de movimentos mandibulares, ruídos articulares, percepção subjetiva de maloclusão e tensão emocional. Os idosos foram orientados a responder as perguntas, e para cada uma delas, apenas uma resposta foi escolhida: sim = 10; às vezes = 5 e não = 0. Somando-se deu o escore da classificação do grau de severidade da

sintomatologia da disfunção temporomandibular que poderia ser leve (20 a 40 pontos), moderada (45 a 65 pontos) ou severa de 70 a 100 pontos (SILVA; MORISSO; CIELO, 2007).

Para análise da auto percepção em Saúde Bucal utilizou-se o Índice de *GOHAI* (APÊNDICE B), composto de 12 perguntas que se distribuem em três domínios (físico, psicossocial e dor), com uma pontuação final que pode variar de 12 a 36, e posteriormente, classificou-se a qualidade da saúde bucal percebida como auto percepção em saúde bucal alta (34-36 pontos), moderada (31-33 pontos) ou baixa 12-30 pontos (ATCHINSON; DOLAN, 1990). Quanto mais alto o valor do índice, melhor é classificada a saúde bucal do indivíduo e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida auto percebida relacionada à saúde bucal (MOURA et al., 2011).

Para avaliação da influência das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida dos idosos foi utilizado o formulário OHIP-14 (APÊNDICE C), que é composto por 14 itens, desenhado para avaliar autorelatos relacionados com limitações funcionais, desconfortos e incapacidades atribuídas à condição bucal. As dimensões de impacto na qualidade de vida e as respectivas questões associadas estão elencadas no formulário, sendo que as opções de código das respostas são: nunca (0); dificilmente (1); às vezes (2); repetidamente (3); sempre (4) (CARNEIRO et al, 2010).

A pontuação de cada questão foi calculada multiplicando-se o valor da resposta pelo peso correspondente. Ao realizar a soma da pontuação foi obtido o escore final que variou de 0 a 28 pontos. Além disso, foi utilizada uma escala de impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, proposta por Bastos et al., (2012), onde a pontuação do questionário que varia de 0 a 28 a qual foi dividida e classificada em: zero corresponde a sem impacto, entre 1 e \geq a 9 corresponde a baixo impacto, entre 10 e \geq a 18 médio impacto, e entre 19 até 28 alto impacto.

2.2 - RESULTADOS

Após análise dos dados, verificou-se que a maioria dos participantes do Instituto São Vicente de Paulo, do sexo masculino, que recebiam menos de um salário mínimo, e com predominância do analfabetismo. Além disso, 36,7% possuíam ensino básico, e ninguém relatou ter ensino médio conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição dos dados demográficos

		F	%
Local	São Vicente	17	56,7
	Vila Vicentina	13	43,3
	Total	30	100,0
Sexo	Feminino	11	36,7
	Masculino	19	63,3
	Total	30	100,0
Renda	Maior que um salário	2	6,7
	Menor que um salário	28	93,3
	Total	30	100,0
Escolaridade	Analfabeto	12	40,0
	Ensino Básico	11	36,7
	Fundamental	5	16,7
	Ensino médio	0	0
	Superior	2	6,7
	Total	30	100,0

O DMF mostrou o grau de severidade da disfunção temporomandibular, e neste estudo a maioria dos idosos apresentaram DTM moderada. O item mais frequente foi “Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?” com 40% dos participantes relatando presença do sintoma. O menos frequente foi “Você se considera uma pessoa tensa?” com 26,7%. Para todas as questões, a alternativa de resposta mais assinalada foi “às vezes” sendo que só foi encontrado resultado significativo apenas nas duas primeiras questões conforme descrito na Tabela 2.

Na análise dos dados do *GOHAI* constatou-se uma maior prevalência de idosos apresentando auto percepção sobre saúde bucal baixa. O item que obteve o percentual mais relevante de resposta “nunca” foi “Nos últimos três meses você se sentiu satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?”, com 63,3%. Em contrapartida o item que teve maior percentual relevante da resposta “sempre” foi: “Nos últimos três meses você teve problemas para mastigar alimentos?” com 23,3%. E o item que teve maior percentual de resposta “às vezes” foi: “Nos últimos três meses você sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?” com 40% conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 2 - Classificação do de severidade da DTM (índice Anamnésico de Fonseca)

		F	%	P
Sente dificuldade de abrir a boca?	Não	1	3,3	< 0,01
	Às vezes	23	76,7	
	Sim	6	20,0	
Tem dificuldade para realizar outros movimentos com a mandíbula?	Não	3	10,0	< 0,01
	Às vezes	19	63,3	
	Sim	8	26,7	
Sente cansaço ou desconforto quando mastiga?	Não	6	20,0	< 0,05
	Às vezes	21	70,0	
	Sim	3	10,0	
Tem frequentemente dor de cabeça?	Não	5	16,7	< 0,05
	Às vezes	18	60,0	
	Sim	7	23,3	
Sente dor de ouvido ou próximo dele?	Não	3	10,0	< 0,05
	Às vezes	21	70,0	
	Sim	6	20,0	
Tem dor na nuca ou no pescoço?	Não	5	16,7	< 0,05
	Às vezes	20	66,7	
	Sim	5	16,7	
Percebe se tem ruídos nas ATMs quando movimenta a mandíbula?	Não	6	20,0	< 0,05
	Às vezes	17	56,7	
	Sim	7	23,3	
Tem o habito de ranger ou apertar os dentes?	Não	2	6,7	< 0,05
	Às vezes	26	86,7	
	Sim	2	6,7	
Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?	Não	2	6,7	0,18
	Às vezes	16	53,3	
	Sim	12	40,0	
Você se considera uma pessoa tensa?	Não	8	26,7	0,12
	Às vezes	12	40,0	
	Sim	10	33,3	
Classificação da DTM	Leve	4	13,3	< 0,05
	Moderado	21	70,0	
	Severo	5	16,7	

Tabela 3. Determinação dos itens do GOHAI

		F	%
	Sempre	2	6,7
Nos últimos 3 meses você diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes	Algumas vezes	10	33,3
	Nunca	18	60,0
	Sempre	7	23,3
Nos últimos 3 meses você diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?	Algumas vezes	11	36,7
	Nunca	12	40,0
	Sempre	1	3,3
Nos últimos 3 meses você teve dor ou desconforto para engolir alimentos?	Algumas vezes	4	13,3
	Nunca	25	83,3
	Sempre	3	10,0
Nos últimos 3 meses você mudou o jeito de falar por causa dos problemas na sua boca?	Algumas vezes	6	20,0
	Nunca	21	70,0
	Sempre	3	10,0
Nos últimos 3 meses você sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	Algumas vezes	12	40,0
	Nunca	15	50,0
	Sempre	0	0
Nos últimos 3 meses você deixou de se encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?	Algumas vezes	1	3,3
	Nunca	29	96,7
	Sempre	9	30,0
Nos últimos 3 meses você se sentiu satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?	Algumas vezes	2	6,7
	Nunca	19	63,3
	Sempre	2	6,7
Nos últimos 3 meses você teve que tomar remédio para passar a dor ou desconforto de sua boca?	Algumas vezes	11	36,7
	Nunca	17	56,7
	Sempre	1	3,3
Nos últimos 3 meses você teve algum problema na boca que o deixou preocupado?	Algumas vezes	7	23,3
	Nunca	22	73,3

	Sempre	2	6,7
Nos últimos 3 meses você chegou a se sentir nervoso por causa dos problemas na sua boca?	Algumas vezes	4	13,3
	Nunca	24	80,0
	Sempre	0	0
Nos último 3 meses você evitou comer junto com outras pessoas por causa dos problemas na sua boca?	Algumas vezes	1	3,3
	Nunca	29	96,7
	Sempre	0	0
Nos últimos 3 meses você sentiu seus dentes ou a gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	Algumas vezes	7	23,3
	Nunca	23	76,7

Na análise da influência das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida dos idosos, verificou-se que 43,3 dos participantes da pesquisa obtiveram um médio impacto. Os dois itens que tiveram maior percentual de resposta “nunca” foram “Você teve que parar suas refeições?” (86,7) e “Você sentiu dores fortes em sua boca” (83,3). No outro extremo, os problemas mais citados foram “Você já sentiu que a vida em geral ficou pior?” e “Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias?” com 33,3% da amostra assinalando como sempre conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4. Determinação dos itens do OHIP.

		F	%
Você teve problemas para falar alguma palavra?	Nunca	21	70,0
	Difícilmente	0	0
	As vezes	5	16,7
	Quase sempre	1	3,3
	Sempre	3	10,0
Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	Nunca	22	73,3
	Difícilmente	0	0
	As vezes	4	13,3
	Quase sempre	1	3,3
	Sempre	3	10,0
Você sentiu dores fortes em sua boca?	Nunca	25	83,3
	Difícilmente	0	0
	As vezes	4	13,3
	Quase sempre	0	0
	Sempre	1	3,3

Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento?	Nunca	14	46,7
	Difícilmente	0	0
	As vezes	12	40,0
	Quase sempre	0	0
	Sempre	4	13,3
Você tem ficado pouco à vontade?	Nunca	18	60,0
	Difícilmente	0	0
	As vezes	9	30,0
	Quase sempre	1	3,3
	Sempre	2	6,7
Você se sentiu estressado?	Nunca	18	60,0
	Difícilmente	0	0
	As vezes	7	23,3
	Quase sempre	2	6,7
	Sempre	3	10,0
Sua alimentação tem sido prejudicada?	Nunca	16	53,3
	Difícilmente	0	0
	As vezes	8	26,7
	Quase sempre	3	10,0
	Sempre	3	10,0
Você teve que parar suas refeições?	Nunca	26	86,7
	Difícilmente	0	0
	As vezes	3	10,0
	Quase sempre	1	3,3
	Sempre	0	0
Você tem encontrado dificuldade em relaxar?	Nunca	24	80,0
	Difícilmente	0	0
	As vezes	5	16,7
	Quase sempre	0	0
	Sempre	1	3,3
Você já se sentiu um pouco envergonhado?	Nunca	20	66,7
	Difícilmente	0	0
	As vezes	8	26,7
	Quase sempre	1	3,3
	Sempre	1	3,3
Você tem estado irritado com outras pessoas?	Nunca	15	50,0
	Difícilmente	0	0
	As vezes	14	46,7
	Quase sempre	0	0
	Sempre	1	3,3
Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias?	Nunca	14	46,7
	Difícilmente	0	0
	As vezes	9	30,0
	Quase sempre	1	3,3
	Sempre	6	20,0
Você já sentiu que a vida em geral ficou pior?	Nunca	12	40,0
	Difícilmente	0	0
	As vezes	7	23,3
	Quase sempre	1	3,3
	Sempre	10	33,3
Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias?	Nunca	11	36,7
	Difícilmente	0	0
	As vezes	8	26,7
	Quase sempre	1	3,3
	Sempre	10	33,3

Quanto ao índice de GOHAI, que avaliou a auto percepção sobre a saúde bucal, 36,7% foi classificado como baixa saúde bucal, indicando um impacto negativo das condições de saúde bucal na vida diária dos idosos, 26,7% como saúde bucal moderada e 36,7% saúde bucal alta. No OHIP, apenas 16,7% não tiveram impacto, 40% baixo impacto e 43,3% médio impacto. Finalmente a DTM, apenas 13,3% foi classificado como leve DTM, a maioria foi classificado como moderado 70% e 16,7% severo. Apesar de 100% dos idosos avaliados apresentarem algum tipo de DTM, 36,7% deles obtiveram auto percepção sobre saúde bucal alta, o que indica que mesmo com DTM eles consideram sua saúde bucal como sendo de boa qualidade. Estes resultados foram adicionalmente descritos nos Gráficos 1, 2 e 3.

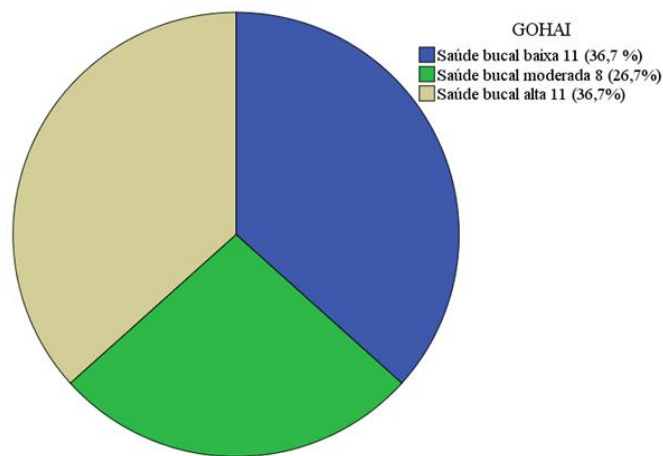


Gráfico 1. Classificação do *GOHAI*

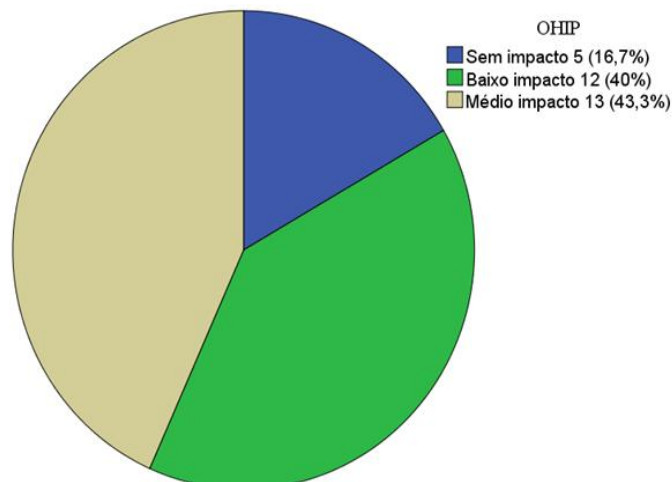


Gráfico 2. Classificação do *OHIP*.

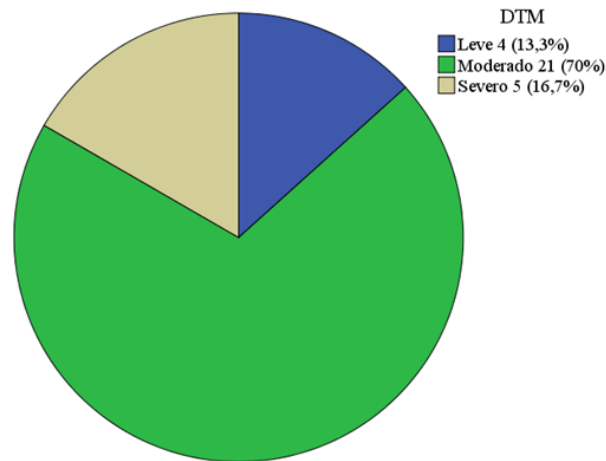


Gráfico 3. Classificação da DTM.

Realizada uma comparação do DMF, GOHAI e do OHIP em função do sexo viu-se que, os homens apresentaram maiores pontuações em relação às mulheres, no OHIP total (Ranking médio = 18,95; $p = 0,01$), no OHIP de limitações funcionais (Ranking médio = 18,55; $p = 0,01$), no OHIP desconforto (Ranking médio = 17,95; $p = 0,04$) e no OHIP deficiência (Ranking médio = 19,11; $p = 0,01$) conforme descrito na Tabela 5.

Tabela 5. Comparação do DMF, GOHAI e da Qualidade de vida entre os sexos.

	Sexo	Média de ranking	<i>P</i>
DMF	Feminino	15,05	0,79
	Masculino	15,76	
GOHAI total	Feminino	15,73	0,91
	Masculino	15,37	
GOHAI Físico	Feminino	15,95	0,83
	Masculino	15,24	
GOHAI Psicossocial	Feminino	14,91	0,77
	Masculino	15,84	
GOHAI Dor/desconforto	Feminino	15,73	0,90
	Masculino	15,37	
OHIP Total	Feminino	9,55	0,01
	Masculino	18,95	
OHIP Limitação funcional	Feminino	10,23	0,01
	Masculino	18,55	

OHIP Dor física	Feminino	13,55	0,33
	Masculino	16,63	
OHIP Desconforto psicológico	Feminino	11,27	0,04
	Masculino	17,95	
OHIP Incapacidade física	Feminino	13,27	0,24
	Masculino	16,79	
OHIP Incapacidade psicológica	Feminino	13,27	0,24
	Masculino	16,79	
OHIP Incapacidade social	Feminino	11,64	0,08
	Masculino	16,74	
OHIP Deficiência	Feminino	9,27	0,01
	Masculino	19,11	

Em continuidade as comparações, porém neste momento em relação à renda e a escolaridade, não se verificou nenhuma diferença significativa entre quem ganha mais de um salário mínimo e quem ganha menos de um salário mínimo e entre os níveis de escolaridade.

A tabela 6 mostrou as correlações do OHIP com o DMF e o GOHAI. O OHIP total se correlacionou positivamente e significativamente com o DMF ($r = 0,51$; $p \leq 0,05$), ou seja, quanto maior os valores do OHIP total maior será os valores do DMF. E negativamente com os domínios: GOHAI psicossocial ($r = -0,47$; $p \leq 0,01$), GOHAI dor/desconforto ($r = -0,45$; $p \leq 0,05$) e GOHAI total ($r = -0,49$; $p \leq 0,05$), ou seja, quanto maior a pontuação do OHIP total menor as desses domínios do índice de GOHAI.

O domínio de limitação funcional se correlacionou positivamente e significativamente com o DMF ($r = 0,42$; $p \leq 0,05$) o que indicou que quanto maior a pontuação do domínio limitação funcional maior a do DMF. O domínio Dor física se correlacionou positivamente com o DMF ($r = 0,41$; $p \leq 0,05$) e negativamente com os domínios psicossocial, dor/desconforto e Total do GOHAI, ou seja, quanto maior a pontuação do domínio Dor física maior a pontuação no DMF e menor a pontuação nos domínios psicossocial, dor/desconforto e total do GOHAI. Esse padrão de correlação se segue para os domínios Desconforto psicológico, Incapacidade física e Incapacidade psicológica. A Incapacidade Social se correlacionou negativamente e significativamente com o GOHAI psicossocial e dor/desconforto, ou seja, quanto maior a pontuação na incapacidade social menor a pontuação no GOHAI psicossocial e GOHAI dor/desconforto.

Tabela 6. Correlações do OHIP com o DMF e com o GOHAI.

	DMF	GOHAI físico	GOHAI psicossocial	GOHAI dor/desconforto	GOHAI Total
OHIP total	0,51**	-0,33	-0,47**	-0,45*	-0,49**
Limitação funcional	0,42*	-0,09	-0,10	0,03	-0,09
Dor física	0,41*	-0,24	-0,42*	-0,42*	-0,42*
Desconforto psicológico	0,45*	-0,26	-0,41*	-0,42*	-0,42*
Incapacidade física	0,37*	-0,31	-0,37*	-0,55**	-0,46**
Incapacidade psicológica	0,37*	-0,31	-0,37*	-0,55**	-0,46**
Incapacidade social	-0,01	-0,33	-0,52**	-0,28	-0,48**
Deficiência	0,35	-0,13	-0,19	-0,13	-0,19

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

2.3 - DISCUSSÃO

A caracterização da amostra estudada revelou predominância de homens (63,3%) diferente do que foi observado nos estudos de Moura et al., (2011), Almeida et al., (2008) e Barros et al., (2005). Em relação à renda familiar, os achados deste estudo observaram que 93,3% tinha uma renda familiar menor que um salário mínimo, semelhante ao observado no estudo de Strauss; Hunt (2002) e Dias (2014).

No tocante à escolaridade, este estudo revelou que a maioria 40,0% eram analfabetos, achados estes que corroboraram com o último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no Brasil pelo Ministério da Saúde, no ano de 2010, que revelou que a maioria dos idosos eram analfabetos 35,0% ou tinha menos de quatro anos de escolaridade 44,2%.

Os sinais e sintomas de DTM foram avaliados pelo Índice Anamnésico de Fonseca, usado para a caracterização dos sintomas de DTM e foi desenvolvido para classificar os pacientes de acordo com a severidade desses sintomas. No presente estudo, tal instrumento foi utilizado para rastreamento dos portadores de DTM pela sua simplicidade, rapidez e baixo custo, características compatíveis com os objetivos desta pesquisa (DWORKIN; LERESCHE, 1992). Desta forma, dos 30 idosos avaliados, 100% apresentavam sinais e sintomas de DTM e foram categorizados como portadores DTM, onde 70% apresentaram DTM moderada, 16,7% apresentaram DTM severa e 13,3% apresentaram DTM leve. Divergindo dos estudos de Jorge et al., (2013), Moura et al., (2011) e Dias (2014) que encontram predominância na DTM leve.

O Índice Anamnésico de Fonseca se correlacionou positivamente e significativamente com o OHIP total, e os seus domínios - Limitação funcional, Dor física, Desconforto psicológico, Incapacidade física e Incapacidade Psicológica - confirmando a hipótese sustentada de que à medida que os sinais e sintomas de DTM aumentam e, conseqüentemente, seus escores, maior influência exercerá sobre a vida diária dos idosos e, portanto, maior impacto negativo relacionado à saúde bucal como afirmaram Moura et al., (2011).

A obtenção de dados epidemiológicos é importante, pois esses dados quantificam as condições de saúde bucal dos indivíduos, além de serem usados no planejamento, organização e monitoramento dos serviços de saúde prestados (FRANCHIGNONI, 2010). Entretanto, essas informações baseiam-se em índices que fornecem dados quantitativos, levando em conta apenas a visão do profissional. Além da obtenção de dados quantitativos, a tendência é que também sejam obtidos dados qualitativos, por meio de índices de autopercepção, nos quais o próprio indivíduo percebe suas condições de saúde bucal e as necessidades de tratamento (MATTHIAS et al., 1995).

A auto percepção em saúde bucal constitui um fator de diagnóstico que demonstra o nível de informação do paciente quanto ao conhecimento de medidas preventivas e, nesse sentido, ressalta-se que a auto percepção pode estar diretamente associada à educação e à situação socioeconômica dos indivíduos como afirmaram Lima et al., (2007).

Acerca dessas reflexões, os achados encontrados nesta pesquisa revelaram que 36,7% dos idosos classificaram sua saúde bucal como baixa, 36,7% classificaram sua saúde bucal como alta e 26,7% classificaram sua saúde bucal como moderada. A média do GOHAI foi de 31,46 (DP=3,45), apresentando um escore mínimo de 23 pontos e um escore máximo de 36 pontos demonstrando impacto negativo da saúde bucal na vida diária dos idosos dados estes que estão em concordância com o estudo de Moura et al., (2011) e Dias (2014).

Quanto à condição física e o aspecto Psicossocial de que trata este índice, a maioria respondeu que foi capaz de engolir com conforto, e que não ficaram nervosos por causa dos problemas em sua boca e dentre os relatos de dor/desconforto, uma grande parte não usou medicamentos para aliviar a dor ou desconforto nos últimos três meses, corroborando com o estudo de Araújo et al., (2008).

O Índice de Saúde Oral Geriátrica – *GOHAI* se correlacionou significativamente e negativamente com o OHIP total, e os seus domínios - Dor física, Desconforto psicológico,

Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica e Incapacidade Social - demonstrando que à medida que a auto percepção de saúde bucal é diminuída maior será o impacto na qualidade de vida dos idosos.

Como consequência da exclusão sistemática dos serviços de saúde à população idosa, que geralmente tem necessidades complexas de tratamento, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), que tem por objetivo melhorar a condição e superar desigualdades sócias demográficas na saúde bucal da população, reorganizando o sistema de saúde para promover qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Neste contexto, os achados encontrados nesta pesquisa revelaram que 43,3% dos idosos obtiveram médio impacto na sua qualidade de vida, 40,0 % obtiveram baixo impacto e 16,7% não tiveram impacto, tendo, portanto 83,3% dos idosos que relataram algum impacto concordando com o estudo de Barros et al., (2005) e Voog et al., (2003). E divergindo de Martins et al., (2014), que não obteve impacto na avaliação pelo OHIP-14, a partir da medida de sua prevalência.

As dimensões Deficiência e Dor Física foram as mais afetadas, apresentando as maiores médias de pontos iguais a 1,49 e 1,08, respectivamente. Concordando em parte com Barros, 2005 que encontrou as dimensões Dor física e Desconforto Psicológico apresentando as maiores médias de pontos iguais a 2,66 e 2,60, respectivamente.

As correlações entre o OHIP total e seus domínios com o Índice Anamnésico de Fonseca e o Índice de Saúde Oral Geriátrica – *GOHAI* encontradas neste estudo demonstraram que o diagnóstico da DTM moderada e a auto percepção de saúde bucal diminuída exercerá sobre a vida diária dos idosos, maior impacto negativo na qualidade de vida.

A DTM em idosos ainda é pouco conhecida, nessa faixa etária, os estudos são mais complicados, devido, principalmente, a dificuldade de entendimento. Apesar disso, os resultados apresentados são válidos e representativos para a população idosa investigada. E os dados irão suprir uma lacuna no conhecimento da área e contribuir para uma melhor compreensão das necessidades de saúde do idoso.

Com isso, faz-se necessário a criação de serviços que priorizem a atenção a este grupo populacional. E os impactos decorrentes das desordens bucais devem ser considerados nas políticas de saúde que têm em vista a qualidade de vida dos idosos.

3 CONCLUSÃO

Considerando que a dor provocada pelas desordens temporomandibulares é um dos indicadores de saúde bucal que impactam na qualidade de vida e os resultados obtidos neste estudo, pôde-se concluir que os idosos apresentaram alta prevalência de DTM, que a auto percepção de saúde bucal estava diminuída, e que as condições de saúde bucal exerceram forte influência na qualidade vida dos idosos.

ABSTRACT

This research aimed to evaluate the influence of temporomandibular dysfunction on quality of life of institutionalized elderly and their self-perception of oral health, through a quantitative approach using the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), the Fonseca Anamnestic Index (DMF) and the index of Oral Health Impact Profile - short form (OHIP-14). A form filled by the examiner was applied for data collection. Descriptive statistics of frequencies and percentages, measures of central tendency and dispersion were performed. Yet inferential techniques such as nonparametric (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Spearman correlation) were used. Out of the 30 individuals evaluated, most were male (63.0%) with predominance of illiteracy (40.0%) and 93.3% receiving less than minimum wage. Regarding the severity of temporomandibular dysfunction, 70% of participants were diagnosed with moderate TMD, 43.3% had medium impact on quality of life and 36.7 had lower self-perception. The correlations showed that the total OHIP correlated positively and significantly with DMF ($r = 0.51$; $p \leq 0.01$) and negatively and significantly with the total GOHAI ($r = 0.49$; $p \leq 0.01$). The data obtained in the study showed that the oral health conditions have a strong influence on the quality of life of the elderly.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Aging. Quality of life.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. H. M.; FARIAS A. B. L.; SOARES, M. S. M.; CRUZ, J. S. A.; CRUZ, R. E. S.; LIMA, M. G. Disfunção temporomandibular em idosos. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v.12, n.1, p. 35-38. 2008.

ARAÚJO, P.F.; SILVA, E.F.; SILVA, D. D.; SOUZA, M. L .R. Qualidade de vida em adultos e idosos que procuram a Faculdade de Odntologia de Piracicaba para confeccionar próteses totais. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.37, n.2, p. 109-116, 2008.

ATCHISON, K.A.;DOLAN.T. A. Development of the geriatric oral health assessment index. **Journal of Dental Education**, v. 54, p. 680-687.1990.

BARBOSA, T.S.; MIYAKODA, L.S.; POCZTARUK, R.; ROCHA, C.P.; GAVIÃO, M.B. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v.73, n.3, p.299-314. 2008.

BARROS, V. M. **Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com desordem temporomandibular**. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. 2005.

BASTOS, R. S.; CARVALHO, E. S.; XAVIER, A.; CALDANA, M. L.; BASTOS, J. R. M.; LAUIS, J. R. P. Dental caries related to quality of life in two brazilian adolescent groups: a cross sectional randomised study. **International Dental Journal**, v. 62, n.3, p.137 – 143. 2012.

BIAZEVIC, M.G.H.; ARAÚJO, M.E.; MICHEL-CROSATO, E. Indicadores de qualidade de vida relacionados com a saúde bucal: revisão sistemática. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.4, n.1, p.13-25. 2002.

BONTEMPO, K.V.; ZAVANELLI, R. A. Fatores etiológicos correlacionados a desordem temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais bimaxilares: uma análise comparativa. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.57, n.1, p. 67-75. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cordenção Nacional de Saúde Bucal. **Política nacional de saúde bucal**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cordenção Nacional de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde bucal**. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

CARLSSON, G.E.; MAGNUSSON, T.; GUIMARÃES, A.S. **Tratamento das disfunções temporomandibulares na clínica odontológica**. São Paulo: Quintessence. 2006.

CARNEIRO, C. F.; SANTOS, S. R.; RABELO, M. A. B. Qualidade de vida relacionada a saúde bucal: contribuição dos fatores sociais, **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1007-1015.2010.

CARVALHO, J. A.M.; RODRIGUEZ – WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.597-605. 2008.

DIAS, Mikaele Aryelle Pessoa. **Autopercepção da saúde bucal do idoso com DTM: uma abordagem quantitativa**. 42p. Monografia (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

DIVARIS,K.;NTOUNIS,A.;MARINIS,A.;POLYZOIS,G.;POLYCHRONOPOULOU, A. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population. **Gerodontology**, v.29, n.2, p.192-199. 2012.

DWORKIN,S.F.; LERESCHE ,L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications critique. **Journal of Craniomandibular Disorders : Facial of Oral Pain**, v. 6, n.4, p.301-35. 1992.

FERREIRA, K. D. M.; GUIMARAES, J. P.; BATISTA, C. H. T.; JUNIOR, A. M. L. F.; FERREIRA, L. A. Fatores psicológicos relacionados a sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares – revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v.14, n. 3, p. 262- 267. 2009.

FONSECA, D. M.; BONFANTE, G.; VALE, A. L.; FREITAS, F. S. T. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **Revista Gaúcha de Odontologia**. Porto Alegre, v.42, n.1, p.23-28. 1994.

FRANCHIGNONI,M.;GIORDANO,A.;LEVRINI,L.;FERRIERO,G.;FRANCHIGNONI,F. Rasch analysis of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). **European Journal of Oral Sciences**, v.118, n.3, p.278-83. 2010.

GOMES,C.R.M.;GOMES,C.R.M.; GOMES, V.L.; GONÇALVES, L.C.; FERREIRA, A.F.; LUCAS, B.L . Avaliação e acompanhamento longitudinal de pacientes desdentados, reabilitados com prótese removível total, após terapia para DTM e reabilitação oral com

aparelhos protéticos definitivos. **IX Encontro Interno de Iniciação Científica da Universidade Federal de Uberlândia**. 2009.

JORGE, J. H.; SILVA JUNIOR, G. S.; URBAN, V. M.; NEPELENBROEK, K. H.; BOMBARDA, N. H. C. Desordens temporomandibulares em usuários de prótese parcial removível: prevalência de acordo com a classificação de Kennedy. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.42, n.2, p. 72-77. 2013.

KUROIWA, D. N.; MARINELLI, J. G.; RAMPANI, M. S.; OLIVEIRA, W.; NICODERMO, D. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey. **Revista Dor**, v.12, n.2, p.93-98. 2011.

LIMA, L. H. M. A.; SOARES, M. S. M.; PASSOS, I.A.; ROCHA, A. P. V.; FEITOSA, S. C.; LIMA, M.G. Autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.36, n.2, p.131-136. 2007.

LOCKER, D.; GRUSHKA, M. The impact of dental and facial pain. **Journal of Dental Research**, v.66, n.9, p.1414-1417. 1987.

LOCKER, D.; MSCN, E.W.; JOKOVIC, A. What Do Older Adults' Global Self-ratings of Oral Health Measure?. **Journal of Public Health Dentistry**, v.65, n.3, p.146-52. 2005.

MARTINS, A. M. E. B. L.; JONES, K.M.; SOUZA, J.G.S.; PORDEUS, I. A. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3461 – 3478. 2014.

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.2, p.421-35, 2009.

MATTHIAS, R. E.; ATCHISON, K. A.; LUBBEN, J. E.; DE JONG, F.; SCHWEITZER, S. O. Factors affecting self-ratings of oral health. **Journal of Public Health Dentistry**, v.55, n.4, p.197-204. 1995.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1665. 2005.

MOURA, C.; CAVALCANTE, F. T.; CATÃO, M. H. C. V.; GUSMÃO, E. S.; SOARES, R. S. C.; SANTILLO, P. M. H. Fatores Relacionados ao Impacto das Condições de Saúde Bucal na Vida Diária de Idosos, Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.11, n.4, p.553-559. 2011.

SILVA, A. M. T.; MORISSO, M. F.; CIELO, C. A. Relação entre grau de severidade de disfunção temporomandibular e a voz. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v.19, n. 3, 2007.

SIQUEIRA, J.T.T.; TEIXEIRA, M.J. **Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida**. Curitiba. Editora Maio, 2001.

SOUZA, E.H.A.; BARBOSA, M.B.C.B.; OLIVEIRA, P.A.P.; ESPÍNDOLA, J.; GONÇALVES, K.J. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade de Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2955-2964. 2010.

SOUZA, S. E.; CAVALCANTI, N. P.; OLIVEIRA, L. V.; MEYER, G. A. Prevalência de desordens temporomandibulares em indivíduos desdentados reabilitados com próteses totais convencionais. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, n.3, p. 105-110. 2014.

STRAUSS, R.P.; HUNT, R.J. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. **JADA**, v.124, p.84-91. 2002.

STRINI, P.J.S.A.; SOUSA, G.C.; JÚNIOR, R.; STRINI, P.J.S.A.; NETO, A.J.F. Alterações biomecânicas em pacientes portadores de disfunção temporomandibular antes e após o uso de dispositivos oclusais. **Revista Odonto**, v.17, n.33, p.42-7. 2009.

VOOG, U.; ALSTERGREN, P.; LEIBUR, E.; KALLIKORM, R.; KOPP, S. Impact of temporomandibular joint pain on activities of daily living in patients with rheumatoid arthritis. **Acta Odontologica Scandinavica**, v.61, n.5, p.278 –82. 2003.

APÊNDICE A

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SEVERIDADE DA DTM – Índice Anamnésico DMF (De Fonseca et al., 1994)

Respostas: **S**- Sim: 10 pontos ou **AV**- as vezes: 05 pontos ou **N**- Não: 0

	S/N/AV	Lado D/E
<i>Sente dificuldade de abrir a boca?</i>		
<i>Tem dificuldade para realizar outros movimentos com a mandíbula?</i>		
<i>Sente cansaço ou desconforto quando mastiga?</i>		
<i>Tem frequentemente dor de cabeça?</i>		
<i>Sente dor de ouvido ou próximo dele?</i>		
<i>Tem dor na nuca ou no pescoço?</i>		
<i>Percebe se tem ruídos nas ATMs quando movimenta a mandíbula?</i>		
<i>Tem o habito de ranger ou apertar os dentes?</i>		
<i>Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?</i>		
<i>Você se considera uma pessoa tensa?</i>		
SOMA		

(0-15) Não DTM

(20-40) DTM leve

(45-65) DTM Moderada

(70-100) DTM Severa

Diagnóstico Imediato: _____

APÊNDICE B

AVALIAÇÃO DA AUTO-PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL (GOHAI) (Atcchinson, 1990)

- A) Nos últimos 3 meses você diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- B) Nos últimos 3 meses você teve problemas para mastigar alimentos?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- C) Nos últimos 3 meses você teve dor ou desconforto para engolir alimentos?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- D) Nos últimos 3 meses você mudou o jeito de falar por causa dos problemas na sua boca?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- E) Nos últimos 3 meses você sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- F) Nos últimos 3 meses você deixou de se encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- G) Nos últimos 3 meses você se sentiu satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?**
(3) sempre (2) algumas vezes (1) nunca
- H) Nos últimos 3 meses você teve que tomar remédio para passar a dor ou desconforto de sua boca?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- I) Nos últimos 3 meses você teve algum problema na boca que o deixou preocupado?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- J) Nos últimos 3 meses você chegou a se sentir nervoso por causa dos problemas na sua boca?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- K) Nos último 3 meses você evitou comer junto com outras pessoas por causa dos problemas na sua boca?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre
- L) Nos últimos 3 meses você sentiu seus dentes ou a gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?**
(3) nunca (2) algumas vezes (1) sempre

ESCORE FINAL: _____

(34-36 pontos) Auto percepção em saúde bucal alta

(31-33 pontos) Auto percepção em saúde bucal moderada

12-30 pontos Auto percepção em saúde bucal baixa

APÊNDICE C

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – ORAL HEALTH IMPACT PROFILE - OHIP-14

Pergunta: Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua dentadura:			
Resposta: 0- nunca, 1 – dificilmente, 2- às vezes; 3-repetidamente 4- sempre.			
Dimensão	Pergunta	Resposta	Peso
Limitação Funcional	1. <i>Você teve problemas para falar alguma palavra?</i>		0,51
	2. <i>Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?</i>		0,49
Dor Física	3. <i>Você sentiu dores fortes em sua boca?</i>		0,34
	4. <i>Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento?</i>		0,66
Desconforto Psicológico	5. <i>Você tem ficado pouco a vontade?</i>		0,45
	6. <i>Você se sentiu estressado?</i>		0,55
Incapacidade Física	7. <i>Sua alimentação tem sido prejudicada?</i>		0,52
	8. <i>Você teve que parar suas refeições?</i>		0,48
Incapacidade Psicológica	9. <i>Você tem encontrado dificuldade em relaxar?</i>		0,60
	10. <i>Você já se sentiu um pouco envergonhado?</i>		0,40
Incapacidade Social	11. <i>Você tem estado irritado com outras pessoas?</i>		0,62
	12. <i>Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias?</i>		0,38
Deficiência	13. <i>Você já sentiu que a vida em geral ficou pior?</i>		0,59
	14. <i>Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias?</i>		0,41
TOTAL:			

0 - sem impacto,

Entre 1 e \geq a 9 - baixo impacto

Entre 10 e \geq a 18 - médio impacto

Entre 19 até 28 - alto impacto.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
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

PARECER DO RELATOR: (04)

Número do Parecer: 34059114.0.0000.5187

Título: Influencia da disfunção temporomandibular na qualidade de vida de idosos institucionalizados e sua autopercepção sobre saúde bucal

Data da relatoria: 23 de julho de 2014

Situação do Projeto: Aprovado

Apresentação do Projeto: O projeto intitulado “Influencia da disfunção temporomandibular na qualidade de vida de idosos institucionalizados e sua autopercepção sobre saúde bucal”, trata-se de uma pesquisa observacional, transversal e prospectivo pela técnica não probabilística. O critério de exclusão será idosos com problemas auditivos ou com limitação física ou mental que afete sua capacidade de responder ao questionário.

Objetivo da Pesquisa: Avaliar a influência da disfunção temporomandibular na qualidade de vida de idosos institucionalizados e sua autopercepção sobre saúde bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: A pesquisa não oferece riscos a população. Benefícios: Melhoria da capacidade da autopercepção dos sujeitos entrevistados; Encaminhamento quando necessário para Clínica da Dor, por se tratar de um Centro de Referência no diagnóstico e tratamento de DTM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O projeto encontra-se bem estruturado é importante considerar que na metodologia do estudo se faz necessário deixar claro que a Resolução em vigor é a Resolução 466/12 do CNS/MS e não mais a Resolução 196/96 do CNS/MS como nos foi apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta os termos exigidos para a realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Diante do exposto, considero o projeto sem pendencias.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFLUÊNCIA DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA AUTOPERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL

Prezado (a) Senhor (a):

O (a) convidamos a participar da pesquisa “**INFLUÊNCIA DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA AUTOPERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL**”, realizado no Instituto São Vicente de Paulo na Rua Paulo de Frotin, 204, Centro - Campina Grande – PB e na Vila Vicentina localizada na Rua Etelvina Macedo de Mendonça, 327, Torre – João Pessoa - PB. O objetivo da pesquisa é conhecer a influência da Disfunção Temporomandibular na qualidade de vida de idosos institucionalizados, bem como sua auto percepção das condições de saúde.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma (preenchimento do formulário que será preenchido pelo examinador, através de perguntas propostas pelo índice de GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), Índice Anamnésico de Fonseca) e o OHIP-14 (Oral Health Impact Profile). Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são a detecção de possíveis condições de DTM, classificá-las e encaminhá-lo (a) para serviços especializados capacitados para tratar os problemas identificados.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (Lúcia Helena Marques de Almeida Lima, Rua Antônio de Souza Lopes, Catolé, apt. 1502. Telefone: 3065-2115. Email: helulima@hotmail.com), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Campina Grande, na Rua Baraúnas, 351, Bairro Universitário- Campina Grande – PB. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Campina Grande, ___ de _____ de 2014.

Pesquisador Responsável

RG: 3242847SSP

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

ANEXO C – Autorização da Instituição

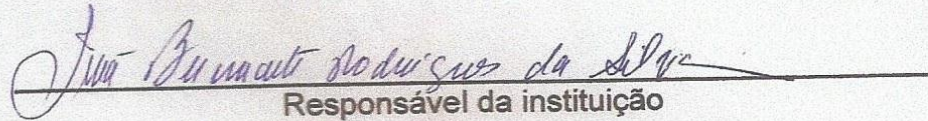
Instituto São Vicente de Paulo

INSTITUTO SÃO VICENTE DE PAULO
CNPJ: 08.854.226/0001-61
RUA PAULO DE FROTIN, 204 – CENTRO
CAMPINA GRANDE - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **INFLUÊNCIA DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA AUTO PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL** desenvolvida pela aluna Mikaele Aryelle Pessoa Dias do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Lúcia Helena Marques de Almeida Lima.

Campina Grande, _____, de julho de 2014.


Responsável da instituição