

XII ENCONTRO DE EXTENSÃO, DOCÊNCIA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA (EEDIC)

O IMPACTO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA QUALIDADE DE VIDA

Felipe Fabrício Farias da Silva¹; Isabelly Ribeiro Araújo¹; Lívia Maria Sales Pinto Fiamengui¹; Érika Matias Pinto Dinelly²

¹Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá - UNICATÓLICA;
E-mail: felipefabri_@hotmail.com

¹Cirurgiã-Dentista graduada no Centro Universitário Católica de Quixadá – UNICATÓLICA;
E-mail: belly_araujo@hotmail.com

¹Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará – UFC;
E-mail: livia_holanda_@hotmail.com

²Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá - UNICATÓLICA;
E-mail: kikadinelly@hotmail.com

RESUMO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) abrange inúmeros sinais e sintomas clínicos musculares e articulares que estão ligados, direta ou indiretamente, ao sistema estomatognático, tendo a sua causa e origem como multifatorial. Muitas DTMs crônicas possuem a dor como principal sintoma. O controle da dor orofacial se torna instrumento essencial na qualidade de vida (QV) dos pacientes. O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da DTM na QV das funcionárias, acadêmicas e pacientes do Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica). Para avaliar e diagnosticar o grau de DTM das participantes foi aplicado o Índice de Helkimo a 50 pacientes do gênero feminino, com idade entre 18 a 60 anos. Os graus de DTMs que poderiam ser identificados eram: sem disfunção, disfunção suave, disfunção moderada e disfunção severa. As participantes da pesquisa foram divididas em dois grupos. No grupo I se encontraram as pessoas que foram diagnosticadas em não portadores de DTM, já as participantes do grupo II foram diagnosticadas com algum grau de DTM. Também foi aplicada a Versão Brasileira do questionário de Qualidade de Vida SF-36 para avaliar a QV dos dois grupos. O SF-36 avalia 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade. Para realizar as análises dos resultados foram realizadas estatísticas descritivas e de Mann-Whitney. O grupo II mostra valores mais baixos, sugerindo pior QV, com diferença estatisticamente significativa nas oito categorias avaliadas ($\alpha = 5\%$). Com base nos resultados obtidos, percebe-se que a DTM interfere diretamente na QV dos pacientes, dificultando o manejo e o controle da doença. Questionários validados, como o SF-36, podem ser utilizados, melhorando prognóstico e plano de tratamento. Nestes casos, a utilização de tratamento multidisciplinar e com enfoque biopsicossocial é de extrema importância.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Dor Facial. Saúde. Bem-estar.

INTRODUÇÃO

As DTMs compõem um conjunto de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que envolvem as articulações temporomandibulares, os músculos mastigatórios e todos os tecidos associados (GREENE et al., 2010). Podendo ser descrita como várias demonstrações clínicas de má função mandibular, associadas ou não à dor, que são desenvolvidas por agentes ofensivos à integridade morfológica ou funcional do sistema temporomandibular (MUNHOZ et al., 2005). Esta disfunção é considerada a principal causa de dor de origem

não dentária na região orofacial, incluindo cabeça, face e estruturas relacionadas (TESCH et al., 2004; LODDI et al., 2010).

São classificadas como miogênicas e artrogênicas. A miogênica está relacionada à fatores de origem muscular que levam os pacientes a manifestar os sintomas. A artrogênica está relacionada à fatores que têm origem articular degenerativa que levam os pacientes a manifestar os sintomas (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

Durante a avaliação de um paciente portador da DTM, podem ser diagnosticadas alterações dentárias, como desgaste dos dentes e sobremordida profunda (COOPER; KLEINBERG, 2007). Bem como durante a prática clínica das dores orofaciais a dor de cabeça é frequentemente relatada como um dos sintomas apresentados pelos pacientes portadores desta desordem (DE LEEUW, 2008).

Os hábitos parafuncionais são bastante frequentes em pacientes portadores de DTM, como os hábitos de ranger ou apertar os dentes, roer unha, sucção dos dedos, morder a mucosa da bochecha, mascar chiclete, influenciados por estímulos do sistema nervoso central (MORENO, 2006). Estes hábitos podem ser intensificados pela má-oclusão, alterações posturais, alterações emocionais, traumas, doenças sistêmicas ou desordens de crescimento (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

Muitas disfunções temporomandibulares crônicas possuem a dor como principal sintoma. O controle da dor orofacial se torna instrumento essencial na Qualidade de Vida (QV) dos pacientes (SIQUEIRA; CHING, 1999). Estas desordens representam uma das maiores causas de condições musculoesqueléticas resultantes de dor e disfunção, ficando atrás apenas da dor lombar crônica. Contudo, apesar de representar um importante elemento sobre o funcionamento do aparelho estomatognático e de sua influência direta na QV, é evidente a pouca atenção gerada a esse tema no cotidiano das unidades de saúde (NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH, 2008; SILVA et al., 2014).

Dentre os profissionais que possuem maior risco de apresentarem altos níveis de ansiedade estão os profissionais da saúde. Estes altos níveis de ansiedade são consequências desde o início da graduação, e trazem repercussão não somente no desempenho acadêmico como no risco de desenvolver outras doenças (FERNANDES et al., 2007). Os fatores psicológicos que estão presentes nos casos de DTM podem ser divididos em comportamentais, emocionais e cognitivos. Em relação aos comportamentais tem-se o bruxismo. Já nos emocionais encontram-se o estresse, a ansiedade e a depressão. E nos cognitivos se encaixam os aspectos relacionados à memória (CESTARI; CAMPARIS, 2002).

Um dos maiores desafios da sociedade moderna são os transtornos de ansiedade, principalmente em áreas de atenção ao ser humano, motivo pelo qual é real uma procura crescente de informações em relação aos fatores que podem desenvolver o estresse e os seus efeitos (CESTARI; CAMPARIS, 2002). Devido ao comprometimento físico e mental causado por essas disfunções, a avaliação do impacto na QV dessas pessoas é muito importante (TURNER et al., 2001). Alguns aspectos, como as atividades funcionais, são utilizados para avaliar o impacto da dor na QV dos pacientes assim como suas relações sociais (OLIVEIRA, 2005). Surge, portanto, o seguinte questionamento: existe influência negativa da disfunção temporomandibular na qualidade de vida?

Por ser a dor orofacial e a DTM cada vez mais frequente na população a nível mundial, o presente estudo justifica-se pela necessidade de se explorar o impacto da DTM na QV dos pacientes. Pois embora existam evidências para acreditar que as DTMs e outras condições dolorosas da face tenham influência negativa na QV, existe apenas uma pequena quantidade de estudos sobre o tema.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, populacional, transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no Complexo Odontológico São João Calábria do Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica). A amostragem desta pesquisa se deu por amostra aleatória simples. Foi composta por 50 indivíduos do gênero feminino, com idade entre 18 e 60 anos, tendo como participantes acadêmicas e funcionárias da Unicatólica que se interessaram em participar da pesquisa, bem como pacientes do gênero feminino que buscaram tratamento odontológico nesta instituição. Os critérios de inclusão foram:

pessoas que sabem ler e escrever. Os critérios de exclusão foram: indivíduos do gênero masculino, idade menor que 18 anos e maior que 60 anos. O critério de retirada foi: questionários preenchidos incorretamente.

Para realização do diagnóstico de DTM e também para conseguir a classificação do nível de severidade de sinais clínicos de DTM foi utilizado o Índice de Helkimo ou de Disfunção Clínica Craniomandibular (IDCCM) com Índice de Mobilidade Mandibular (IMM). O índice está subdividido em cinco itens: limitação na amplitude de movimento mandibular, limitação na função da ATM, dor muscular, dor na ATM e dor no movimento mandibular. Para cada item são possíveis três tipos de pontuações, dentre elas estão: 0, 1 e 5. Para obtenção da resposta no primeiro item (“a”) é necessário responder os dados presentes no Índice de Mobilidade Mandibular (IMM) (HELKIMO, 1974). A partir disso, as participantes foram divididas em dois grupos. O grupo I continha participantes sem diagnóstico de DTM, e no grupo II estavam presentes participantes com algum grau de DTM.

Para avaliar o impacto da presença ou da ausência de DTM na QV das participantes da pesquisa foi utilizado a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey SF-36) validado para língua portuguesa por CICONELLI et al., 1999. O SF-36 é um questionário multidimensional que possui 36 itens para realizar a avaliação da QV vida dos indivíduos, sendo composto por oito componentes: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Ele investiga tanto os aspectos negativos de saúde (doença), como positivos (bem-estar). Cada domínio do SF-36 representa um valor que pode variar de 0 a 100, onde 0 se refere ao pior estado de saúde e 100 o melhor estado (LISBOA et al., 2015).

O presente estudo seguiu as normas e diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi enviado e aceito pelo Comitê de Ética da Unicatólica com o número de protocolo 1.046.661. Cada participante após ser devidamente esclarecido sobre o estudo consentiu com a sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A instituição onde foi realizada a pesquisa também assinou a carta de anuência a fim de permitir a realização desse estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 50 participantes do gênero feminino, que apresentaram média de idade de 33,4 anos, considerando a idade mínima de 18 e máxima de 60 anos. Dentre as participantes 04 eram funcionárias da Unicatólica, 33 eram acadêmicas e 13 eram pacientes atendidas na Unicatólica.

Para o diagnóstico e classificação dos graus de DTM foi utilizado como instrumento o Índice de Helkimo e o Índice de Mobilidade Mandibular. Os graus que poderiam ser identificados eram: sem disfunção, disfunção suave, disfunção moderada e disfunção severa.

TABELA 1 – Distribuição do grau de disfunção temporomandibular, avaliado pelo Índice de Helkimo

| Variáveis | Grupo I N=37 | Grupo II N=13 | Significância Mann-Whitney |
|----------------------------------|-----------------|------------------|-------------------------------|
| Capacidade funcional Média/DP | 82,50 (23,51) | 61,92 (24,13) | p=0,0120* |
| Aspectos físicos Média/DP | 83,93 (21,05) | 50,00 (36,9) | p=0,0259* |
| Dor Média/DP | 61,50 (16,10) | 47,67 (14,12) | p=0,0283* |

Helkimo foi um dos primeiros a desenvolver um instrumento que consegue realizar a avaliação da DTM (HELKIMO, 1974). Este instrumento foi um dos pioneiros indicados na literatura e, embora possa existir algumas limitações, vem sendo utilizado (WILLIAMSON et al., 2000; GLEISSNER et al., 2003; PAHKALA; HEINO, 2004; HLAWITSCHKA et al., 2005).

As participantes da pesquisa foram divididas em dois grupos. No grupo I se encontram as pessoas que foram diagnosticadas, segundo o Índice de Helkimo, em não portadores de DTM. Já as participantes do grupo II foram diagnosticadas com algum grau de DTM, segundo o mesmo instrumento. Os resultados da Tabela 2 foram obtidos segundo os escores de cada categoria do questionário SF-36. A análise desse estudo foi realizada pelos métodos estatísticos descritivos e de Mann-Whitney. A média e desvio-padrão desses escores foram calculados para cada grupo. O grupo II mostra valores mais baixos, sugerindo pior QV, com diferença estatisticamente significativa nas oito categorias avaliadas ($p < 0,05$). Foi possível observar que os domínios da QV do grupo II com menor valor dentre todos os componentes foi Vitalidade (43,33), Aspectos emocionais (47,20) e Dor (47,67).

TABELA 2 – Média, desvio-padrão (DP) e significância da qualidade de vida, avaliada pelo SF-36

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|------------------|
| Estado geral de saúde Média/DP | 59,92 (08,65) | 48,58 (15,97) | p=0,0417* |
| Vitalidade Média/DP | 60,36 (11,34) | 43,33 (14,35) | p=0,0043* |
| Aspectos sociais Média/DP | 73,61 (14,58) | 54,17 (22,19) | p=0,0455* |
| Aspectos emocionais Média/DP | 88,09 (21,11) | 47,20 (43,7) | p=0,0143* |
| Saúde mental Média/DP | 74,46 (14,75) | 56,00 (25,07) | p=0,0417* |

*valores estatisticamente significantes.

CONCLUSÕES

- Foi possível, com o Índice de Helkimo, avaliar e diagnosticar os diferentes graus de DTM na população estudada.
- A partir dos resultados deste estudo local realizado em Quixadá – Ceará, foi observado que estatisticamente a DTM possui influência direta em todos os aspectos da QV nos indivíduos estudados. Percebe-se que a DTM interfere diretamente na QV dos pacientes, dificultando o manejo e o controle da doença.
- Questionários validados, como o SF-36, podem ser utilizados para avaliar a QV, melhorando o prognóstico e plano de tratamento. Não devem, no entanto, serem utilizados para diagnóstico de doenças.
- A partir dos resultados dos aspectos de origem emocional é possível entender o poder da influência da natureza físico-psicológica dessa disfunção, e a evidenciar a necessidade da atuação da psicologia para otimização do tratamento odontológico.
- Pode-se perceber, que as DTMs são desordens de etiologia multifatorial, necessitando assim de tratamento multidisciplinar e com enfoque biopsicossocial para proporcionar uma melhora na QV dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BIASOTTO-GONZALEZ, Daniela Aparecida. **Abordagem Interdisciplinar das Disfunções Temporomandibulares**. São Paulo: Manole, 2005.

CESTARI, K.; CAMPARIS, C. M. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das distúrbios temporomandibulares. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial**. [S.l.], v. 2, n. 5, p. 54-60, 2002.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-149, maio/jun. 1999.

COOPER, B. C.; KLEINBERG, I. Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders. **Cranio**. [S.l.], v. 25, n. 2, p. 114-26, abr., 2007.

DE LEEUW, R. **Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management**. 4. ed. Chicago: Quintessence, 2008.

FERNANDES, A. U. R.; GARCIA, A. R.; ZUIM, P. R. J. et al. Distúrbio temporomandibular e ansiedade em graduandos de odontologia. **Ciência Odontológica Brasileira**. [S.l.], v. 10, n. 1, p. 70-7, 2007.

GLEISSNER, C.; KAESSER, U.; DEHNE, F.; BOLTEN, W.W.; WILLERSHAUSEN, B. Temporomandibular joint function in patients with longstanding rheumatoid arthritis – I: role of periodontal status and prosthetic care; a clinical study. **European Journal of Medical Research**. [S.l.], v. 8, n. 3, p. 98-108, 2003.

GREENE, C. S.; KLASSER, G. D.; EPSTEIN, J. B. Revision of the American Association of Dental Research's Science Information Statement about temporomandibular disorders. **Journal of the Canadian Dental Association**. [S.l.], v. 76, n. 115, 2010.

HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system, II: index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. **Sven Tandlak Tidskr**. Suíça, v. 67, n. 2, p. 101-121, 1974.

HLAWITSCHKA, M.; LOUKOTA, R.; ECKELT, U. Functional and radiological results of open and closed treatment of intracapsular (diacapitular) condylar fractures of the mandible. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. [S.l.], v. 34, n. 6, p. 597-604, 2005.

LISBOA, Lilian Lira et al. Tradução, adaptação e validação da versão brasileira do questionário Utian Quality of Life para avaliação da qualidade de vida no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 11, p. 520-525, nov. 2015.

LODDI, P. P.; MIRANDA, A. L. R.; VIEIRA, M. M.; CHIARI, B. M.; GOLDENBERG, F. C.; MANDETTA, S. Fatores predisponentes de distúrbio temporomandibular em crianças com 6 a 11 anos de idade ao início do tratamento ortodôntico. **Dental Press Journal of Orthodontics**. [S.l.], v. 15, n. 3, p. 87-93, 2010.

MORENO, Bruno Gonçalves Dias. **Avaliação clínica, de qualidade de vida e atividade eletromiográfica de indivíduos com disfunção temporomandibular**. São Paulo, 2006.

Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), 12., 2016, Quixadá. Anais... Quixadá: Centro Universitário Católica de Quixadá, 2016. ISSN: 2446-6042

MUNHOZ, W. C.; MARQUES, A. P.; DE SIQUEIRA, J. T. Evaluation of body posture in individuals with internal temporomandibular joint derangement. **Cranio**. [S.l.], v.23, n. 4, p. 269-77, 2005.

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH – NIDCR. **Facial pain. Bethesda: National Institutes of Health**. [S.l.: S.n], 2008.

OLIVEIRA, A. S. Evaluation of quality of life and pain in temporomandibular disorders (TMD). **Brazilian Journal of Oral Sciences**. v 4, n. 12, p. 246-50, 2005.

PAHKALA, R.; HEINO, J. Effects of sagittal split ramus osteotomy on temporomandibular disorders in seventy-two patients. **Acta Odontologica Scandinavica**. [S.l.], v. 62, n. 4, p. 238-44, 2004.

SILVA, C. B. da; HENN, C. G.; BONACINA, C. M.; BAVARESCO, C. S. Frequência das disfunções temporomandibulares (dtm) e sua relação com a ansiedade e a depressão entre usuários que procuraram o setor de odontologia em uma unidade de saúde. **Revista de APS**. [S.l.], v. 17, n. 4, p. 516 – 522, out./dez. 2014.

SIQUEIRA, J. T. T.; CHING, L. H. **DOR – Dor Orofacial/ATM. Bases para o diagnóstico clínico**. Curitiba: Editora Maio; 1999.

TESCH, R. S.; URSI, W. J. S.; DENARDIN, O. V. P. Bases epidemiológicas para análise das más oclusões morfológicas como fatores de risco no desenvolvimento das desordens temporomandibulares de origem articular. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. [S.l.], v. 9, n. 5, p. 41-48, 2004.

TURNER, J. A.; DWORKIN, S. F.; MANCL, L.; HUGGINS, K. H.; TRUELOVE, E. L. The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. **Pain**. [S.l.], v. 92 n. 1-2, p. 41-51, 2001.

WILLIAMSON, R. A.; MCNAMARA, D.; MCAULIFFE, W. True eminectomy for internal derangement of the temporomandibular joint. **Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. [S.l.], v. 38, n. 5, p. 554-60, 2000.