

Qualidade de vida em portadores de disfunção temporomandibular – um estudo transversal

Health-related quality of life in patients with temporomandibular disorder – a cross sectional study

Daniela Aparecida Biasotto-Gonzalez*
Paula Carolina Carneiro Mendes**
Luciane Anunciato de Jesus***
Manoela Domingues Martins*

Resumo

Introdução – A hiperatividade muscular pode desencadear dor e/ou cansaço muscular (fadiga) e estar associado à portadores de disfunção temporomandibular. O objetivo deste estudo foi classificar os portadores de disfunção temporomandibular (DTM) e correlacionar com o impacto na qualidade de vida (QV). **Material e Métodos** – Foi realizado um estudo transversal em uma amostragem de 302 participantes, com faixa etária entre 17 a 50 anos, que foram divididos em dois grupos (80 pacientes do sexo masculino e 80 do sexo feminino) e randomizados através de programa de geração de números aleatórios. O diagnóstico e classificação da DTM, em ambos os grupos, foi obtido pelo índice anamnético de Fonseca e a qualidade de vida através dos questionários da versão brasileira do SF36. **Resultados** – Os resultados mostraram que 38.75% dos participantes não apresentaram DTM sendo que a grande parte dos participantes analisados possuíram 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. **Conclusão** – Existe uma influência direta do grau de DTM com a qualidade de vida dos participantes sintomáticos.

Palavras-chave: Transtornos da articulação temporomandibular; Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular; Doenças maxilomandibulares; Qualidade de vida; Perfil de impacto da doença

Abstract

Introduction – The muscle hyperactivity can be associated to temporomandibular disorders (TMDs) and cause pain and/or muscle fatigue. The aim of this study was to classify TMD patients and provide a correlation with quality of life (QL) impact. **Material and Methods** – A cross-section study was conducted on a 302-participant sample with age level from 17 to 50 years old. The participants were randomly divided into two groups (80 male subjects and 80 female subjects). TMD diagnosis and classification were obtained for both groups by means of the Fonseca anamnesic index while the quality of life was obtained by means of the Brazilian version of the SF-36. **Results** – The data collected demonstrated that 38.75% of the participants did not present TMD. Most of the participants assessed presented mild (41.87%) and moderate TMD (14.37%) with deficits observed mainly on the mental characteristics, such as Vitality and Emotional Aspects. Functional Capacity was the most preserved domain within the sample. **Conclusion** – There is a direct influence of the TMD level on the quality of life of symptomatic subjects.

Key words: Temporomandibular joint disorders; Temporomandibular joint dysfunction syndrome; Jaw diseases; Quality of life; Sickness impact profile

* Professora do Curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Universidade Nove de Julho (UNINOVE). E-mail: manomartins@gmail.com

** Acadêmica do Curso de Fisioterapia da UNINOVE. Bolsista de Iniciação Científica pelo Fundo de Apoio à Pesquisa de Iniciação Científica (FAPIC) da UNINOVE.

*** Aluna do Curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação da UNINOVE.

Introdução

O termo disfunção temporomandibular (DTM) compreende um grupo de alterações clínicas que afetam os músculos mastigatórios, as articulações temporomandibulares 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^{14,21,23}. A distribuição dos casos de DTM na população em geral mostra predominância por mulheres, com idade entre 20 a 40 anos²².

Na área de pesquisa epidemiológica um grande número de escalas, questionários e índices são aplicados para o diagnóstico e avaliação de DTM. Dentre eles, os índices anamnéticos parecem ser ferramentas diagnósticas mais apropriadas a serem administradas nos estudos epidemiológicos que envolvem a população geral e que podem fornecer informações importantes às amostras estudadas, assim como para classificar e caracterizar TMD^{9,23}.

O questionário auto-administrado para avaliação de DTM desenvolvido por Fonseca quando comparado com os critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares denominado RDC ou o índice de Helkimo mostra como vantagem o menor tempo de aplicação, e, portanto um menor custo. Além disso, este índice anamnético exige menor necessidade de capacidade diagnóstica do profissional, possibilidade de uso em serviços públicos por pessoal técnico; aplicação em levantamentos epidemiológicos e de controle de tratamento^{3,5,11,13}.

Independentemente do tipo de avaliação clínica ou questionário aplicado nos diversos trabalhos na literatura pode-se evidenciar vários sinais e sintomas clínicos presentes na DTM tais como: cefaléia, mialgias, sensibilidade à palpação dos músculos mastigatórios e das articulações temporomandibulares, zumbido, ruídos articulares durante os movimentos condilares e movimentos mandibulares limitados ou assimétricos. Esta variedade de sintomatologia clínica mostra que não há um único fator etiológico responsável pela DTM sendo, portanto, sua patogenia multifatorial, abrangendo importantes elementos funcionais, anatômicos e psicossociais^{14,17,19-20,23}.

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^{9-10,16,19,25}.

Embora existam razões para acreditar que as desordens 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^{2,15,22,24}. Desta forma, o presente estudo objetivou classificar os portadores de DTM e correlacionar com o impacto na qualidade de vida.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo transversal envolvendo 302 participantes, de uma instituição de Ensino Superior (IES) privada, com faixa etária entre 17 a 50 anos, onde dentro desta população, foram randomizados 80 homens e 80

mulheres entre 18 a 36 anos (média de idade 23,7; desvio padrão^{4,15}, por meio de um programa de geração de números aleatórios de forma estratificada. A todos os participantes foi solicitado o preenchimento do consentimento formal de participação após o completo esclarecimento dos objetivos da pesquisa.

A prevalência de DTM nesta população foi verificada por meio das respostas às perguntas específicas do questionário do Índice Clínico de Fonseca¹¹. A qualidade de vida dos participantes foi analisada por meio do questionário SF36⁶.

Ambos os questionários foram aplicados sem controle de tempo para o completo preenchimento, a fim de que não houvesse razões de conduzir o participante a respostas apressadas. As instruções necessárias para o preenchimento do questionário foram dadas até que o participante as tivesse compreendido completamente. O preenchimento foi realizado pelo participante, enquanto o pesquisador permaneceu à disposição para qualquer esclarecimento.

Para a realização do trabalho, 302 respostas de cada questionário foram obtidas e posteriormente 80 respostas de pacientes do gênero masculino e 80 do feminino foram selecionadas e randomizadas através de programa de geração de números aleatórios sem reposição.

O Índice Clínico de Fonseca¹¹ era composto por 10 questões, cada uma com 3 alternativas (não, sim ou às vezes), onde o voluntário assinalou apenas uma resposta. Após o preenchimento do questionário, foi feita a soma das respostas, onde através do resultado, o indivíduo foi classificado como: sem disfunção temporomandibular (0 a 15 pontos); disfunção leve (20 a 40 pontos); moderada (45 a 65 pontos) e severa (70 a 100 pontos).

O questionário de Qualidade de vida (SF36), é composto por 36 itens, acoplados em 8 domínios, sendo que 4 são correspondentes aos aspectos físico (capacidade funcional, aspecto físico, estado geral da saúde e dor) e 4 correspondentes aos aspectos mentais (aspecto emocional, aspecto social, saúde mental e vitalidade). O domínio capacidade funcional (CF) avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas com a capacidade física. Os aspectos físicos (AF) e mentais (AM) avaliam a limitação no tipo e quantidade de trabalho e o quanto estas limitações dificultam a realização de trabalhos e atividades de vida diária. O aspecto dor (DOR) mensura a intensidade da dor presente e a extensão ou interferência nas atividades de vida diária. A vitalidade (V) mensura o nível de energia e também o nível de fadiga e os aspectos sociais (AS) analisam a integração do indivíduo em atividades sociais. A saúde mental (SM) avalia quatro dimensões principais, sendo eles ansiedade, depressão, alterações de comportamento ou descontrole emocional, e o bem estar psicológico. O estado geral da saúde (QV) também é utilizado em outros inventários de qualidade de vida, pois este afere de forma subjetiva a percepção do estado de saúde do paciente. O resultado final deste questionário foi mensurado entre zero e 100, no qual o escore zero corresponde ao pior estado geral de saúde, e o escore 100 corresponde ao melhor estado geral de saúde²⁰.

Para a análise estatística foi utilizado o teste Qui-quadrado que é bastante eficiente para avaliar a associação

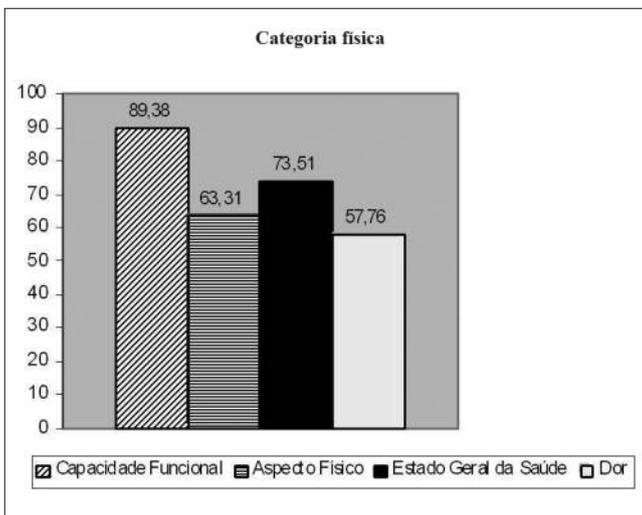


Figura 1. Comparação entre os domínios do SF36 segundo a categoria física

entre variáveis qualitativas, tendo como princípio básico comparar as divergências entre as frequências observadas e esperadas.

Resultados

Com relação ao índice clínico de DTM, a análise descritiva das disfunções investigadas demonstrou que, de modo geral, 38,75% dos participantes não apresentaram DTM ($n = 62$), 41,87% apresentaram disfunção leve ($n = 67$), 14,37% apresentaram disfunção moderada ($n = 23$), e 5% apresentaram disfunção severa ($n = 8$) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do grau de DTM segundo o gênero

	Homem	Mulher	Total (%)
Sem disfunção	45	32,5	38,75
Disfunção leve	46,25	37,5	41,875
Disfunção moderada	7,5	21,25	14,375
Disfunção severa	1,25	8,75	5

Tabela 2. Correlação entre os graus de DTM e a qualidade de vida em ambos os gêneros

	Sem disfunção	Disfunção leve	Disfunção moderada	Disfunção severa
Capacidade funcional	92,44	86,73	88,94	89,28
Aspectos físicos	87,55	71,96	48,89	42,85
Dor	69,36	65,76	60,65	32,28
Estado geral da saúde	78,05	71,99	68,22	75,78
Vitalidade	65,09	54,43	52,05	36,42
Aspectos sociais	77,61	68,60	58,51	28,42
Aspectos emocionais	78,64	64,53	38,54	19,03
Saúde mental	73,08	65,82	60,56	37,14

As análises demonstradas a seguir basearam-se na divisão por categorias, que é feita pelo questionário SF36. As

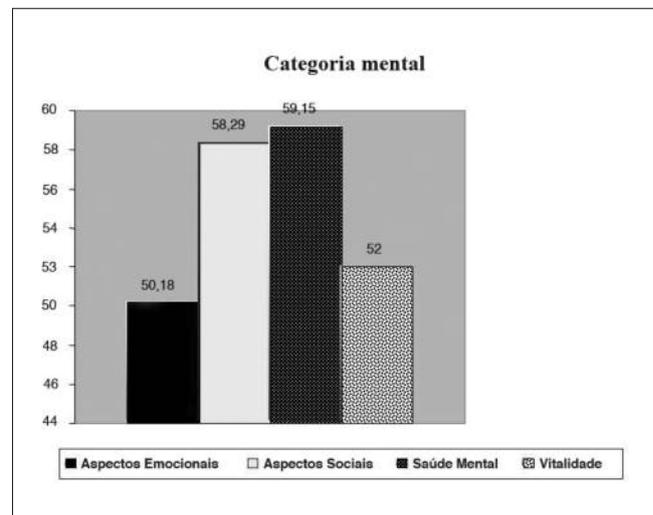


Figura 2. Comparação entre os domínios do SF36 segundo a categoria mental

médias dos escores obtidos das categorias físicas dos sujeitos deste estudo podem ser observadas na Figura 1, enquanto que as médias dos escores das categorias mentais dos sujeitos podem ser observadas na Figura 2.

Dentre as médias de todos os escores avaliados, observou-se que a variação da pontuação mínima e máxima entre eles foi de 39,20 pontos, demonstrando que os aspectos da categoria mental influenciam negativamente, em maior proporção, na qualidade de vida desses participantes quando comparados com os aspectos da categoria física.

Foi possível observar que os domínios com menor valor dentro de todos os componentes da qualidade de vida foram Vitalidade (52) e Aspectos Emocionais (50,18), enquanto o domínio Capacidade Funcional apresentou o maior escore (89,38).

Com o estudo foi observado que a gravidade da DTM influencia diretamente em todos os aspectos da qualidade de vida porém houve aumento nos valores de Capacidade Funcional e Estado Geral de Saúde quando comparado aos pacientes com disfunção moderada e severa (Tabela 2).

O teste Qui-quadrado foi utilizado no presente estudo e demonstrou que há relação direta entre a presença de DTM e a QV nos participantes estudados ($p \leq 0,05$).

Discussão

No presente estudo pode-se observar que dentre as variáveis de QV estudadas, os aspectos emocionais, mostram-se muito alterados estando associados a uma pior qualidade de vida nos portadores de DTM. A relação entre piora da QV e estresse emocional é evidenciada em vários estudos, principalmente naqueles em que intervenções terapêuticas envolvendo relaxamento melhoram a QV^{1,26}.

Em relação à DTM, diversos trabalhos^{3,7-8,12,17} mostram 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 e depressão. O quadro de DTM crônica associada à dor tem sido relacionado com alterações na QV^{2,15}.

Jedel *et al.*¹⁵ (2007) avaliaram a frequência de DTM em crianças e associaram com a QV e verificaram que as crianças que exibiam quadros de dor relacionada à DTM, mais de uma vez por semana, mostraram escores de QV inferiores aos do grupo controle. Esses autores concluíram que a avaliação da QV em pacientes com DTM é uma ferramenta importante para que se possa observar o efeito de medidas terapêuticas a serem empregadas nesta doença.

Brown *et al.*⁴ (1996) avaliaram a relação entre severidade de dor, efeitos negativos (depressão, ansiedade e raiva) e excesso de atividade de trabalho com QV em pacientes com DTM. Os resultados mostraram relação entre os efeitos negativos e a dor e que esses fatores são importantes na avaliação da relação entre dor e QV.

Segundo Venâncio *et al.*²⁷ (2002), 100 pacientes foram avaliados através de um índice clínico e responderam à Escala de Reajustamento social, sendo que a análise estatística mostrou que a média de qualidade de vida para o grupo sem disfunção foi maior do que aquelas observadas para o grupo com disfunção (leve, moderada e severa). Esses dados vão ao encontro do presente trabalho no qual todos os domínios relacionados ao paciente sem disfunção apresentaram melhor escore quando comparados aos pacientes com disfunção leve, caracterizando, assim, uma melhor qualidade de vida dos indivíduos sem disfunção.

Neste estudo observa-se os valores médios totais dos domínios que se encontram entre 50 e 73 pontos, com exceção da Capacidade Funcional (CF), sendo que, nesse caso, o domínio Estado Geral da Saúde (QV) se encontra com 73 pontos. Este dado concorda com os apresentados por Kuroiwa *et al.*¹⁸ (2006) que observaram que 91 pacientes adultos com DTM e dor orofacial tinham escore de 54,5 pontos no questionário SF36, em relação ao domínio EGS, ou seja, estes se encontraram em pior qualidade de vida quando comparados com os indivíduos com DTM do presente estudo.

Quanto ao domínio Capacidade Funcional os resultados deste trabalho mostraram um escore maior em relação ao obtido por Kuroiwa *et al.*¹⁸ (2006) confirmando que os aspectos Dor e Capacidade Funcional vão interferir no estado geral da saúde.

No presente estudo os resultados médios da soma das escalas dos componentes físicos e mentais do SF36 foram

de 70,99 e 54,90, respectivamente, o que mostra que os aspectos mentais (aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental e vitalidade) estão bem mais alterados nos indivíduos com DTM, contribuindo em maior proporção para a baixa qualidade de vida.

O domínio Dor (57,76) também se encontrou diminuído, porém maior do que o domínio de vitalidade (52,00) e aspectos emocionais (50,18). Além disso, pode-se notar que a dor estará influenciando de forma indireta o domínio vitalidade.

Outro fator relacionado à DTM, dor e qualidade de vida é a qualidade do sono²⁷. De acordo com Oliveira *et al.*²² (2006) os portadores de DTM crônica apresentam algum grau de impacto da dor em suas vidas, sendo que a qualidade do sono, apontada como prejudicada por mais da metade dos voluntários desse estudo, foi anteriormente relacionada à percepção e à severidade da dor em pacientes com DTM. Os resultados obtidos apontaram que os pacientes, que relatavam pobre qualidade do sono, tinham índices de intensidade de dor mais elevados. Selaimen *et al.*²⁵ (2006) que, ao realizarem um estudo transversal comparando pacientes que melhoraram após tratamento conservador com aqueles que não responderam bem ao tratamento, a um grupo controle, concluíram que os pacientes assintomáticos apresentaram uma qualidade de sono pior em relação ao grupo com DTM.

Em relação à prevalência e gravidade da disfunção temporomandibular foi constatado neste estudo que as mulheres mostram um nível de severidade maior (67,50%) quando comparada com os homens (55%) dados esses concordantes com alguns trabalhos na literatura²².

Conclusão

Através dos resultados obtidos pode-se concluir que os indivíduos sem disfunção apresentam melhor qualidade de vida quando comparados com os portadores de DTM, seja ela leve, moderada ou grave, sendo que os aspectos da categoria mental vão influenciar negativamente, em maior proporção, na qualidade de vida dos sujeitos em questão. Assim como, o grau de DTM pode influenciar, diretamente, na qualidade de vida dos indivíduos, independente do sexo; porém as mulheres mostram um nível maior de severidade em relação aos homens.

Referências

1. Baker MK, Atlantis E, Fiatarone Singh MA. Multi-modal exercise programs for older adults. *Age Ageing*. 2007;36:375-81.
2. Bernhardt O, Gesch D, Schwahn C, Mack F, Meyer G, John U *et al.* Risk factors for headache, including TMD signs and symptoms, and their impact on quality of life. Results of the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Quintessence Int*. 2005;36:55-64.
3. Bevilacqua-Grossi D, Chaves TC, Oliveira AS, Monteiro-Pedro V. Anamnestic index severity and signs and symptoms of TMD. *Cranio*. 2006;24:112-8.
4. Brown FF, Robinson ME, Riley JL, Gremillion HA. Pain severity, negative affect, and microstressors as predictors of life interference in TMD patients. *Cranio*. 1996; 14:63-70.
5. Chaves TC, Costa D, Bevilacqua-Grossi D, Bertoli F. Avaliação anamnética de sintomas de disfunção temporomandibular em crianças asmáticas. *Fisioter Pesqui*. 2005;12(1):19-26.
6. Ciconelli RM, Ferraz BF. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF36 (Brasil). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39:141-50.

7. Dahlstrom L, Widmark G, Carlsson SG. Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and treatment implications. *Eur J Oral Sci.* 1997;105:377-83.
8. 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.
9. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications. *critique. J Craniomandib Disord.* 1992;6:301-55.
10. Dworkin SF, Turner JA, Mancl L, Wilson L, Massoth D, Huggins KH *et al.* A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2002;16:259-76.
11. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO (Porto Alegre).* 1994; 42:23-8.
12. 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.
13. Garcia AL, Lacerda NJ, Pereira SLS. Grau de disfunção da ATM e dos movimentos mandibulares em adultos jovens. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1997; 51:46-51.
14. Gray RJ, Davies SJ, Quayle AA. A clinical approach to temporomandibular disorders. 2. Examination of the articulatory system: the temporomandibular joints. *Br Dent J.* 1994;176:473-7.
15. Jedel E, Carlsson J, Stener-Victorin E. Health-related quality of life in child patients with temporomandibular disorder pain. *Eur J Pain.* 2007;11:557-63.
16. John MT, Dworkin SF, Mancl LA. Reliability of clinical temporomandibular disorder diagnoses. *Pain.* 2005;118:61-9.
17. Kafas P, Leeson R. Assessment of pain in temporomandibular disorders: the bio-psychosocial complexity. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35:145-9.
18. Kuroiwa DN, Marinelli JG, Nicodemo D, Duarte MSR, Oliveira W. Indicadores de qualidade de vida relacionados à disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Braz Oral Res.* 2006;20 (Suppl):45.
19. Lobbezoo F, Drangsholt M, Peck C, Sato H, Kopp S, Svensson P. Topical review: new insights into the pathology and diagnosis of disorders of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain.* 2004;18:181-91.
20. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain.* 2000;14: 310-9.
21. Nassif NJ, Al-Salleeh F, Al-Admawi M. The prevalence and treatment needs of symptoms and signs of temporomandibular disorders among young adult males. *J Oral Rehabil.* 2003;30:944-50.
22. 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;20:3-7.
23. 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.
24. Reisine ST, Weber J. The effects of temporomandibular joint disorders on patients' quality of life. *Community Dent Health.* 1989;6:257-70.
25. Selaimen CM, Jeronymo JC, Brilhante DP, Grossi ML. Sleep and depression as risk indicators for temporomandibular disorders in a cross-cultural perspective: a case-control study. *Int J Prosthodont.* 2006;19:154-61.
26. Smith C, Hancock H, Blake-Mortimer J, Eckert K. A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complement Ther Med.* 2007;15(2):77-83.
27. Venâncio RA, Camparis CM. Estudo da relação entre fatores psicossociais e desordens temporomandibulares. *Rev Bras Odontol.* 2002;59: 152-4.

Recebido em 5/3/2008

Aceito em 25/4/2008