

Thalita Teixeira Maia Passos¹
Hugo Rodrigues Golçanves¹
Rodrigo Melo Peixoto¹
Fernanda Ribeiro Porto¹
Tiago Heleno Pereira¹
Antônio Márcio Lima Ferraz Junior¹

¹Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA), Brasil.

✉ **Thalita Passos**

R. Alberto Deodato, 40/101, Cidade do Sol, Juiz de Fora, Minas Gerais
CEP: 36085-380
📧 thatamaipassos@hotmail.com

Submetido: 29/05/2020
Aceito: 20/10/2020

RESUMO

Introdução: Há um reconhecimento crescente de que a saúde bucal tem um impacto significativo não apenas físico, mas também social e psicológico. A disfunção temporomandibular (DTM) pode originar morbidades relevantes, resultando em consequências que afetam a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida em pacientes portadores de DTM. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo observacional e transversal, no qual foram avaliados 34 pacientes, sem distinção de gênero, maiores de 18 anos, atendidos na disciplina de DTM do curso de Odontologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA). Através da aplicação do eixo I do RDC/TMD, os indivíduos foram classificados de acordo com o diagnóstico de DTM. Os participantes selecionados responderam o questionário OHIP-14, que permitiu avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos pacientes. **Resultados:** Em relação ao RDC/TMD, 38,24% dos pacientes foram diagnosticados com dor miofascial no Grupo I, 62% dos pacientes apresentaram diagnóstico unilateral no Grupo II e 47% dos pacientes apresentaram diagnóstico bilateral no Grupo III. A pontuação média do OHIP-14 foi de 18,65 (desvio padrão = 10,77), variando entre 0 e 52 pontos. A pontuação média dos indivíduos que apresentaram dor miofascial com limitação de abertura foi estatisticamente superior à pontuação dos indivíduos com dor miofascial. A correlação entre a idade dos participantes e suas respectivas pontuações no OHIP-14 foi significativa estatisticamente. **Conclusão:** Maior associação entre os escores do OHIP-14 e as disfunções musculares, sendo possível sugerir que uma disfunção muscular associada com limitação de abertura bucal gerou maior impacto na qualidade de vida dos pacientes. Pacientes idosos com DTM apresentam um maior impacto na sua qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Transtornos da Articulação Temporomandibular; Odontologia.

ABSTRACT

Introduction: There is a growing recognition that oral health has a significant impact not only physical, but also social and psychological. Temporomandibular disorder (TMD) can cause relevant morbidities, resulting in consequences that affect quality of life. **Objective:** To evaluate the quality of life in patients with TMD. **Material and Methods:** An observational and cross-sectional study was carried out, in which 34 patients, regardless of gender, over 18 years old, attended in the TMD discipline of the Dentistry course at the Faculty of Medical and Health Sciences of Juiz de Fora were evaluated. (SUPREMA). Through the application of axis I of the RDC / TMD, individuals were classified according to the diagnosis of TMD. The selected participants answered the OHIP-14 questionnaire, which made it possible to assess the impact of oral health on patients' quality of life. **Results:** Regarding RDC / TMD, 38.24% of the patients were diagnosed with myofascial pain in Group I, 62% of the patients had a unilateral diagnosis in Group II and 47% of the patients had a bilateral diagnosis in Group III. The average OHIP-14 score was 18.65 (standard deviation = 10.77), ranging from 0 to 52 points. The average score of individuals who presented myofascial pain with opening limitation was statistically higher than the score of individuals with myofascial pain. The correlation between the age of the participants and their respective OHIP-14 scores was statistically significant. **Conclusion:** Greater association between OHIP-14 scores and muscle dysfunctions, it being possible to suggest that a muscle dysfunction associated with limited mouth opening generated a greater impact on patients' quality of life. Elderly patients with TMD have a greater impact on their oral health-related quality of life.

Key-words: Quality of life; Temporomandibular Joint Disorders; Dentistry.

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é o termo utilizado para denominar alterações estruturais e/ou funcionais do sistema estomatognático, composto pela articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas, apresentando sintomatologia variada e etiologia multifatorial.¹⁻³ Um dos principais meios de diagnóstico é a avaliação da sintomatologia apresentada pelo indivíduo, onde a dor nas estruturas do sistema estomatognático e a restrição de movimentos acometem de 5% a 15% dos casos. Sua prevalência é em jovens adultos entre 20 e 40 anos, com maior incidência no sexo feminino.⁴⁻⁵ A DTM representa uma das principais causas de dor na região orofacial e interfere na qualidade de vida dos pacientes.⁶

O método de diagnóstico padrão-ouro para DTM é baseado no RDC/TMD, pois este oferece uma melhor classificação para os mais frequentes subgrupos da DTM. O RDC/TMD é uma ferramenta de eixo duplo, usado para obter o diagnóstico clínico e psicológico do paciente. Nas últimas décadas o RDC/TMD se mostrou uma ferramenta confiável e validada devido a sua padronização do diagnóstico.⁷

O sintoma mais comum de DTM, dor crônica, muitas vezes leva a várias formas de sofrimento psicológico, como ansiedade, estresse ou depressão, comprometimento social, capacidade de trabalho reduzida, custos sociais, incapacidade física, renda econômica reduzida, causada por uma ampla necessidade de serviços médicos.⁸ Nos casos mais graves, isso pode levar a dor insuportável ou incapacidade total. Portanto, verifica-se que a qualidade de vida seja afetada negativamente pela dor crônica.⁸⁻¹⁰

Um instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionando-a com a saúde oral é o OHIP. Sua versão reduzida contempla 14 itens (OHIP-14), na qual permite sua aplicabilidade em relação à identificação do impacto de numerosas condições orais, inclusive a DTM, na qualidade de vida das pessoas. O OHIP-14 demonstrou excelentes propriedades psicométricas, sendo um instrumento válido, reproduzível e consistente.¹¹⁻¹⁴

Sendo assim, o presente estudo buscou avaliar a relação entre a qualidade de vida e a saúde oral de indivíduos portadores de DTM, por meio da utilização do questionário OHIP-14 e do RDC/TMD, visto que essa condição pode resultar em danos funcionais e, ou estruturais, até mesmo irreversíveis, e dessa forma influenciar a qualidade de vida dos indivíduos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal, envolvendo 34 pacientes com diagnóstico

para DTM, através da aplicação do RDC/TMD (eixo I), maiores de 18 anos e sem distinção de gênero, atendidos na disciplina de DTM do curso de Odontologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – MG (SUPREMA). Todos os pacientes receberam as informações sobre os objetivos da pesquisa e sua participação voluntária foi requisitada. O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SUPREMA (parecer número 3.112.223) e os voluntários selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, permitindo a análise e a publicação dos dados colhidos.

Os critérios de inclusão utilizados foram: pacientes que procuraram atendimento odontológico na Faculdade SUPREMA; pacientes com diagnóstico clínico de DTM segundo o eixo I do RDC/TMD; e que preencheram corretamente o questionário sobre qualidade de vida proposto (OHIP-14). Os critérios de exclusão adotados foram: pacientes com histórico de trauma importante na ATM e/ou cirurgias ortognáticas, patologias ósseas e pacientes que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Na presente pesquisa apenas um paciente foi excluído pois não apresentou diagnóstico de DTM segundo o RDC/TMD, visto que os participantes foram selecionados na disciplina de DTM e, assim sendo, já são encaminhados para tratamento na referida disciplina após um exame clínico prévio onde há coleta de sintomatologia de DTM.

A avaliação proposta por esse método foi realizada por um único examinador calibrado para o exame de acordo as especificações já condicionadas no RDC/TMD em português. A utilização do RDC/TMD eixo I possibilitou o diagnóstico da DTM baseado em critérios clínicos, bem como a classificação segundo os grupos: Disfunções musculares (grupo I), deslocamento de disco (grupo II); e artralgia, artrite e artrose (grupo III). O grupo I pode ser subdividido em dor miofascial (I.a) e dor miofascial com abertura limitada (II.a); o grupo II em deslocamento de disco com redução (II.a), deslocamento de disco sem redução, com abertura limitada (II.b) e deslocamento de disco sem redução, sem abertura limitada (II.c); o grupo III em artralgia (III.a), osteoartrite da ATM (III.b) e osteoartrite da ATM (III.c).^{4,15-18} Esse exame constitui-se de perguntas sobre sintomatologia e travamento articular, palpções musculares e articulares, além da análise da abertura bucal, excursões, protrusão, desvio de linha média e presença ou ausência de estalos e/ou crepitações patentes. A versão do formulário utilizada foi a traduzida para o português e publicada por Pereira Júnior et al.¹⁹. Cada participante pôde receber no máximo um diagnóstico muscular – Grupo I (dor miofascial ou dor miofascial com limitação de abertura, mas não ambos). Além disso, cada articulação pode conter no máximo um diagnóstico do Grupo II e um do Grupo III. Isto é, os diagnósticos dentro de qualquer grupo são mutuamente exclusivos. Isto significa que um indivíduo pôde receber

desde nenhum diagnóstico (sem condições musculares ou articulares bilateralmente) até cinco diagnósticos (um diagnóstico muscular mais um diagnóstico do Grupo II e um diagnóstico do Grupo III para cada uma das duas ATM). Não foram realizados exames complementares, os quais podem ser utilizados na avaliação segundo o RDC. Assim sendo, o diagnóstico encontrado foi eminentemente clínico.

Os participantes selecionados responderam o questionário OHIP-14, que permite avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos pacientes.^{13,14} Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o OHIP, em sua versão reduzida e validada para o português (OHIP-14). Tal questionário é composto por 14 perguntas, sendo duas para cada uma das sete dimensões do instrumento.²⁰ Onde cada questão há cinco opções de respostas: nunca, raramente, às vezes, repetidamente e sempre, graduadas, respectivamente, como zero, um, dois, três e quatro pontos. As respostas ordinais somadas produzem um escore total do OHIP-14 que poderá variar de zero a 56, com maiores escores significando maior impacto negativo na saúde oral. O OHIP-14 distingue sete domínios da saúde bucal utilizando dois itens para cada domínio ("limitação funcional" – perguntas 1 e 2; "dor física" – 3 e 4; "desconforto psicológico" – 5 e 6; "incapacidade física" – 7 e 8; "incapacidade psicológica" – 9 e 10; "incapacidade social" – 11 e 12; e "deficiência" – 13 e 14). A pontuação de cada um dos sete domínios do OHIP-14 pode variar de zero a oito pontos, com maiores escores significando maior comprometimento. Com isso, quanto maior a pontuação total, maior o impacto em qualidade de vida relacionada a presença de disfunção temporomandibular, e, portanto, menor é o bem-estar do paciente.²¹

Para a realização da análise estatística, os dados foram tabulados e importados para o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 20 para Windows®, Chicago, EUA) e *MinitabStatiscal Software* (versão 18 para Windows®, EUA). Para a avaliação da consistência interna e o grau de confiabilidade apresentado pelos itens do questionário OHIP do OHIP-14 utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para avaliação das diferenças de pontuação do OHIP-14 em relação aos possíveis diagnósticos de DTM. Para a análise de múltiplas comparações foi utilizado o teste de diferença mínima significativa de Fischer (Post-hoc LSD). O teste de Pearson foi usado na avaliação da correlação entre a idade dos pacientes e a pontuação do OHIP-14, assim como na correlação entre as dimensões do OHIP-14. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 34 voluntários, dos quais 79% (27) eram do sexo feminino e 21% (7) eram

do sexo masculino. A média de idade da amostra total foi de 38,26 anos (desvio padrão = 14,66 anos), com idades entre 18 e 70 anos.

Em relação do grupo I do RDC/TMD (eixo I), 38,24% (13) foram diagnosticados com dor miofascial (I.a); 29,41% (10) foram diagnosticados com dor miofascial com limitação de abertura (I.b); e 32,35% (11) não tiveram diagnóstico muscular.

Como o RDC/TMD eixo I nos permite diagnósticos diferentes para cada ATM no Grupo II, podemos classificar o diagnóstico em uni ou bilateral. 62% (21) dos pacientes apresentaram diagnóstico unilateral; 12% (4) com diagnóstico bilateralmente; e 26% (9) não apresentaram qualquer diagnóstico do grupo II.

Em relação ao Grupo III, também podemos classificar o diagnóstico em uni ou bilateral. Sendo assim 32% (11) dos pacientes apresentaram diagnóstico unilateral e 47% (16) diagnóstico bilateral; e 21% (7) não apresentaram qualquer diagnóstico do grupo III.

Foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach na avaliação da consistência interna e no grau de confiabilidade apresentado pelos itens do questionário OHIP. O resultado para a amostra geral foi de 0,87, demonstrando que o OHIP é consistente.

Os resultados obtidos pelo questionário OHIP-14 podem ser verificados na tabela 1.

As dimensões que mais impactaram na qualidade de vida foram a "desconforto psicológico" ($4,59 \pm 2,69$) e a "dor física" ($4,41 \pm 2,08$). Por outro lado, as dimensões que menos impactaram foram "limitação funcional" ($1,21 \pm 1,59$) e "deficiência" ($1,56 \pm 2,09$) (tabelas 2 e 3).

A respeito da correlação entre a idade dos participantes e suas respectivas pontuações no OHIP-14, é possível observar que possuem uma relação linear, possibilitando a realização da análise da correlação entre os mesmos (figura 1).

A correlação de *pearson* trouxe um valor de $p=0,02$, portanto a correlação entre a idade dos participantes e suas respectivas pontuações no OHIP-14 foi significativa estatisticamente. Com base no coeficiente de Pearson ($r=0,41$), pode-se concluir que essa relação é positiva, ou seja, conforme a idade dos indivíduos aumenta, maior a pontuação no OHIP-14.

Com relação à pontuação do OHIP-14, sua média foi de 18,65 (desvio padrão = 10,77), variando entre 0 e 52 pontos. A pontuação média do sexo feminino foi 19,33 (desvio padrão = 11,14) e do sexo masculino, 16,00 (desvio padrão = 9,47).

Foi verificada, pelo teste de Pearson, a correlação entre cada dimensão isoladamente e as pontuações obtidas no OHIP-14. Observou-se uma correlação significativa ($p < 0,05$) para as dimensões dor física, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Ou seja, quando uma dessas dimensões aumenta, a pontuação OHIP-14 tende a aumentar em conjunto, apresentando uma relação linear entre essas dimensões e a pontuação no OHIP-14. A dimensão

Tabela 1: Resultados obtidos em cada pergunta do OHIP-14.

Perguntas	Nunca	Raramente	As vezes	Repetidamente	Sempre
1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?	20 (58,82%)	2 (5,88%)	11 (32,35%)	0 (0,0%)	1 (2,94%)
2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?	27 (79,41%)	2 (5,88%)	4 (11,76%)	1 (2,94%)	0 (0,0%)
3.Você sentiu dores em sua boca ou articulação?	2 (5,88%)	3 (8,82%)	13 (38,24%)	5 (14,71%)	11 (32,35%)
4.Você sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação?	10 (29,41%)	0 (0,0%)	14 (41,18%)	6 (17,65%)	4 (11,76%)
5.Você ficou preocupado (a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?	6 (17,65%)	0 (0,0%)	12 (35,29%)	7 (20,59%)	9 (26,47%)
6.Você se sentiu estressado (a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?	8 (23,53%)	3 (8,82%)	6 (17,65%)	8 (23,53%)	9 (26,47%)
7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou articulação?	13 (38,24%)	4 (11,76%)	8 (23,53%)	4 (11,76%)	5 (14,71%)
8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou articulação?	18 (52,94%)	6 (17,65%)	7 (20,59%)	2 (5,88%)	1 (2,94%)
9.Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com sua boca ou articulação?	6 (17,65%)	2 (5,88%)	9 (26,47%)	10 (29,41%)	7 (20,59%)
10.Você se sentiu envergonhado (a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?	29 (85,29%)	0 (0,0%)	1 (2,94%)	2 (5,88%)	2 (5,88%)
11.Você ficou irritado (a) com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou articulação?	22 (64,71%)	2 (5,88%)	5 (14,71%)	3 (8,82%)	2 (5,88%)
12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?	20 (58,82%)	2 (5,88%)	9 (26,47%)	3 (8,82%)	0 (0,0%)
13.Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?	17 (50,0%)	5 (14,71%)	6 (17,65%)	2 (5,88%)	4 (11,76%)

Tabela 2: Distribuição das pontuações médias por dimensão.

Dimensão	Média	Desvio Padrão
Limitação funcional	1,21	1,59
Dor física	4,41	2,08
Desconforto psicológico	4,59	2,69
Incapacidade física	2,41	2,27
Incapacidade psicológica	2,76	1,99
Incapacidade social	1,71	1,99

Tabela 3: Distribuição de frequências dos indivíduos que sofreram ou não impacto de uma dimensão.

Dimensão	Sem impacto		Com impacto		TOTAL
	N	Freq. (%)	N	Freq. (%)	
Limitação funcional	18	52,9	16	47,1	34
Dor física	1	2,9	33	97,1	34
Desconforto psicológico	4	11,8	30	88,2	34
Incapacidade física	12	35,3	22	64,7	34
Incapacidade psicológica	6	17,6	28	82,4	34
Incapacidade social	17	50,0	17	50,0	34
Deficiência	16	47,1	18	52,9	34
OHIP total	1	2,9	33	97,1	34

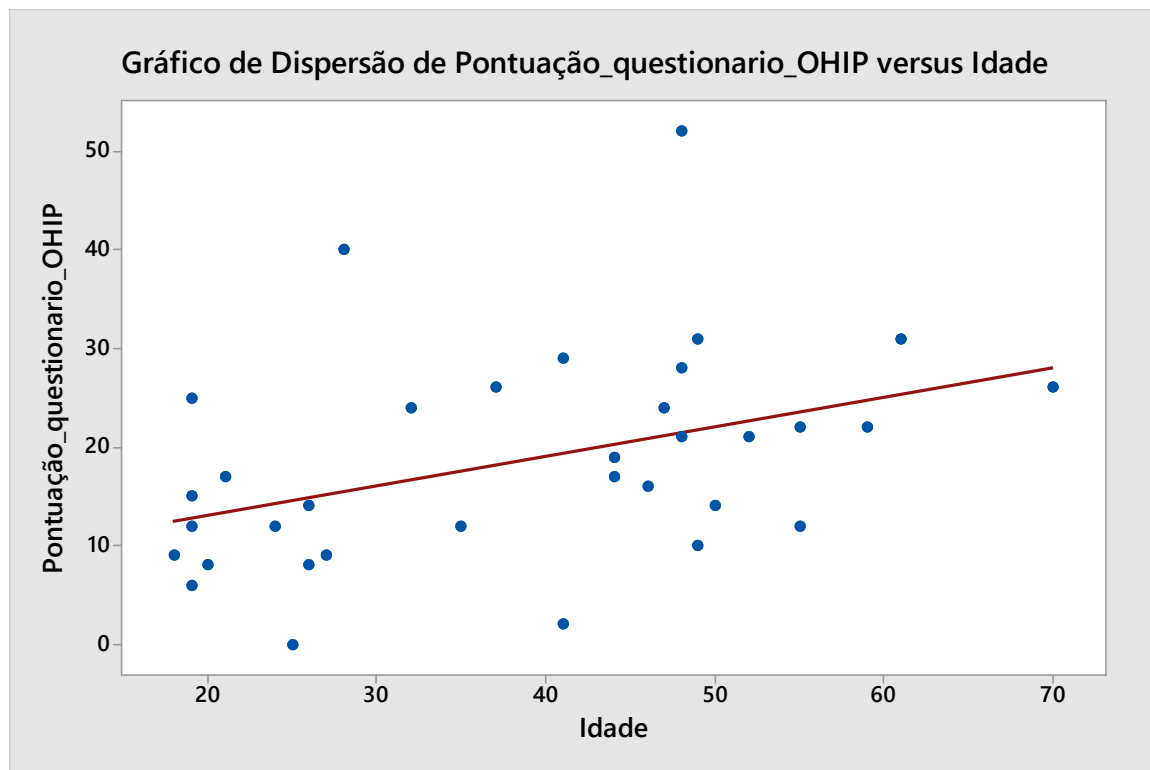


Figura 1: Correlação entre a idade dos participantes e suas respectivas pontuações no OHIP-14.

“desconforto psicológico” só apresentou correlação significativa com a dimensão “incapacidade psicológica”. Isso quer dizer que um aumento no escore do de uma dessas dimensões só gerou aumento significativo no escore da outra e vice-versa.

Foi verificado que a correlação entre o número de diagnósticos de DTM num certo indivíduo e sua respectiva pontuação no OHIP-14 não foi significativa ($p=0,13$), ou seja, um maior número de diagnósticos de DTM em um mesmo participante, segundo o RDC/TMD, não influenciou na pontuação do OHIP-14.

Foi possível verificar por meio da análise ANOVA que houve diferença significativa ($p=0,04$) entre as médias das pontuações no OHIP-14 dos indivíduos diagnosticados com dor miofascial (I.a); dor miofascial com limitação de abertura (I.b); e sem diagnóstico de DTM do grupo I. Para verificar onde havia essa diferença, foi realizado o teste post-hoc de LSD, uma análise de múltiplas comparações.

Pôde-se observar que houve diferença significativa entre a média da pontuação OHIP-14 dos indivíduos sem o diagnóstico de DTM Grupo I e a média da pontuação OHIP-14 dos indivíduos diagnosticados com DTM I.b (valor $p=0,02$). Foi possível observar que a pontuação média no OHIP-14 dos indivíduos com DTM I.b foi estatisticamente superior à média da pontuação dos indivíduos sem DTM grupo I. Além disso, houve diferença significativa entre a média da pontuação OHIP-14 dos indivíduos diagnosticados com DTM I.a e a média da pontuação OHIP-14 dos indivíduos diagnosticados com DTM I.b (valor $p=0,03$). A pontuação média dos indivíduos com DTM I.b foi estatisticamente superior à média da pontuação dos indivíduos com DTM I.a.

Em relação aos resultados quanto ao diagnóstico de DTM do Grupo II e III, avaliando individualmente as ATM's, foi possível verificar que não houve diferença significativa entre as médias das pontuações OHIP-14 do lado direito e esquerdo por meio do teste anova. Também não houve diferença significativa entre as médias das pontuações OHIP-14 dos indivíduos diagnosticados com DTM dos grupos II e III, uni ou bilateralmente.

DISCUSSÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) apresenta uma etiologia multifatorial.¹⁻² É caracterizada por um grupo heterogêneo de sinais e sintomas, tais como diminuição da função da ATM, redução dos movimentos mandibulares, dor durante o movimento mandibular, dor ou sensibilidade muscular à palpação, dores faciais, cefaleia e sons articulares.²²

Dos pacientes avaliados pela presente pesquisa, 79% (27) são do sexo feminino e 21% (7) do sexo masculino. Moreno et al¹⁰ apontaram uma maior prevalência de disfunções temporomandibulares no sexo feminino, onde há uma maior associação com osteoartrite e um maior impacto na qualidade de vida

das mulheres, apresentando resultados semelhantes aos desta pesquisa. No presente estudo, 11,7% de mulheres foram diagnosticadas com osteoartrite nas ATM do lado esquerdo e 14,71% com osteoartrite nas do lado direito. Os homens avaliados não apresentaram tal diagnóstico.

De acordo com a revisão sistemática de Bitiniene et al⁸, foi apontado que 78,13% dos pacientes relataram cansaço ou dor no maxilar ao acordar, levando a conclusão de que a baixa qualidade do sono é um ponto crucial, já que está diretamente ligada a saúde física e mental, o que interfere na qualidade de vida dos portadores de DTM.⁹⁻¹⁰ Boening et al⁷ relataram que o fato de observarmos maior prevalência de DTM em mulheres é devido à maior procura por tratamento de pacientes do sexo feminino quando comparado aos do sexo masculino. Na presente pesquisa, tivemos uma amostra maior do sexo feminino e as mulheres apresentaram uma maior pontuação do OHIP-14 em relação aos homens. A pontuação média do sexo feminino foi 19,33 e do sexo masculino foi 16,00, corroborando com o trabalho supracitado.

Atualmente é sugerida a relação de fatores psicológicos com o início de sintomas, prognóstico e tratamento da DTM. Os aspectos psicossociais, como apontado por outros estudos são essenciais para analisar a dor orofacial pois,^{1,4,11} além de ser um elemento biológico, tem componentes psicológico e social. Esses elementos não podem ser dissociados quando se trata de explicar qualquer fenômeno que, como a dor, tenha natureza complexa e cujo lado social tenha sido previamente documentado pelos autores.²⁰ Analizando a relação entre os escores do OHIP-14 e cada um dos subgrupos combinados que compõem o eixo I do RDC/TMD, pudemos observar na presente pesquisa, uma maior prevalência de associação com o grupo I (disfunções musculares), onde 38,24% apresentaram diagnóstico de dor miofascial (I.a) e 29,41% apresentaram diagnóstico de dor miofascial com limitação de abertura (I.b). Foi possível observar também, que a pontuação média no OHIP-14 dos indivíduos com DTM I.b foi estatisticamente superior à média da pontuação dos indivíduos sem DTM grupo I. Além disso, a pontuação média dos indivíduos com DTM I.b foi estatisticamente superior à média da pontuação dos indivíduos com DTM I.a, sendo possível sugerir que uma desordem muscular associada com limitação de abertura bucal gerou maior impacto na qualidade de vida dos pacientes avaliados.

O questionário OHIP-14 apresenta 7 dimensões. No presente estudo pôde-se observar que quando verificada a correlação entre cada dimensão isoladamente e a pontuação no OHIP-14, observou-se uma correlação significativa ($p<0,05$) para as dimensões dor física, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Ou seja, quando uma dessas dimensões aumenta, a pontuação OHIP-14 tende a aumentar em conjunto, apresentando uma relação linear entre essas dimensões e a pontuação no OHIP-

14. Foi observado ainda que a dimensão “desconforto psicológico” só apresentou correlação significativa com a dimensão “incapacidade psicológica”. Isso quer dizer que um aumento no escore do de uma dessas dimensões só gerou aumento significativo no escore da outra e vice-versa. Estudos como o de Resende et al³ demonstraram que apenas o deslocamento do disco com redução (subclassificação II.a do grupo II do RDC/TMD) apresentou uma associação estatisticamente significativa apenas com a “incapacidade social”. Na presente pesquisa, as dimensões que mais impactaram a qualidade de vida foram o “desconforto psicológico” e “dor física”. Segundo Paulino et al¹² ao analisar os sete domínios do OHIP-14, a dimensão de “dor física” apresentou o maior comprometimento para os grupos com sinais clínicos de DTM articular e/ou muscular.

O RDC/TMD (eixo I) permite a divisão dos diagnósticos em 3 grupos, sendo uma das classificações diagnósticas disponíveis na literatura mais confiáveis e utilizadas.²³ O Eixo I é utilizado para avaliar a presença de qualquer DTM relacionada com a dor e sensibilidade (especificidade $\geq 0,95$) através de um auto relatório. Por isso, foi o método escolhido para realizar o exame clínico anamnésico dos participantes dessa pesquisa.²⁴

Trize et al²⁵ afirmaram que a qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular foi afetada negativamente pela presença de dor e distúrbios de saúde mental. Estudos que avaliaram a depressão, ansiedade e dor em pacientes com DTM, observaram que pacientes com dor muscular exibiram mais problemas psicológicos, sono de má qualidade e um maior número de agentes estressores.^{1,3,4} No presente estudo, o aumento dos escores do OHIP-14 também apresentou maior prevalência de associação com o grupo I (disfunções musculares). Um ponto relevante é que a correlação entre o número de diagnósticos de DTM num certo indivíduo e sua respectiva pontuação no OHIP-14 não foi significativa.

A disfunção da ATM, quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode causar alterações morfológicas e/ou funcionais nas estruturas do sistema estomatognático.²⁶ Além disso, é importante ressaltar que a DTM pode resultar em danos até mesmo irreversíveis, e dessa forma influenciar a qualidade de vida dos indivíduos, conforme podemos verificar na presente pesquisa.

Com relação à idade dos pacientes é possível notar a existência de uma prevalência no diagnóstico de DTM em indivíduos entre 20 e 40 anos.²⁷ De acordo com Aguilera et al¹, em suas pesquisas os escores do OHIP-14 aumentaram até a idade de 61 anos. Na presente pesquisa a correlação entre a idade dos participantes e suas respectivas pontuações no OHIP-14 foi significativa estatisticamente. Assim sendo, pôde-se concluir que essa relação foi positiva, ou seja, os pacientes mais idosos apresentaram um maior impacto na sua qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

CONCLUSÃO

Com os resultados do presente estudo pôde-se sugerir que:

- Observou-se maior associação entre os escores do OHIP-14 e as disfunções musculares, sendo possível sugerir que uma disfunção muscular associada com limitação de abertura bucal gerou maior impacto na qualidade de vida dos pacientes avaliados;
- Os pacientes mais idosos com DTM apresentaram um maior impacto na sua qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

REFERÊNCIAS

1. Aguilera AB, Hungria AB, Velázquez LB, Rosal RSD, López LG, Aguilera EB et al. Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders. *Med Oral Oral Patol Cir Bucal*. 2014; 19(2):127-35.
2. Okeson J. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 7th. Rio de Janeiro: Elsevier Health SciencesBrazil; 2013.
3. Resende CMBM, Alves ACM, Coelho LT, Alchieri JC, Roncalli AG, Barbosa GAS et al. Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. *Braz Oral Res*. 2013; 27(2):116-21.
4. Maydana AV, Tesch RS, Denardin OVP, Ursi WJS, Dworkin SF. Possíveis fatores etiológicos para desordens temporomandibulares de origem articular com implicações para diagnóstico e tratamento. *Dental Press J Orthod*. 2010; 15(3):78-86.
5. Kothari SF, Baad-Hansen L, Svensson P. Psychosocial profiles of temporomandibular disorder pain patients: proposal of a new approach to present complex data. *J Oral Facial Pain Headache*. 2017; 31(3):199-209.
6. Romero-Reyers M, Uyanik JM, Figueiredo VMG. Orofacial pain management: current perspectives. *J Pain Res*. 2017; 7:99-115.
7. Boening K, Wieckiewicz M, Stolarz AP, Wiland P, Shiau YY. Temporomandibular disorders and oral parafunctions: mechanism, diagnostics, and therapy. *Biomed Res Int*. 2015; 2015:354759. doi: 10.1155/2015/354759
8. Bitiniene D, Zamaliauskiene R, Kubilius R, Leketas M, Gailius T, Smirnovaite K. Quality of life in patients with temporomandibular disorders: a systematic review. *Stomatologija, Baltic Dental and*

Maxillofacial Journal. 2018; 20:3-9.

9. Oliveira KL, Almeida GA, Lelis ER, Tavares M, Fernandes AFN. Temporomandibular disorder and anxiety, quality of sleep, and quality of life in nursing professionals. *Braz Oral Rev.* 2015; 29(1):1-7.

10. Moreno BGD, Maluf SA, Marques AP, Crivello-Júnior O. Clinical and quality-of-life assessment among women with temporomandibular disorder. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13(3):210-4.

11. Lemos GA, Paulino MR, Forte FDS, Beltrão RTS, Batista AUD. Influence of temporomandibular disorder presence and severity on oral health-related quality of life. *Rev Dor.* 2015; 16(1):10-4.

12. Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLP, Bonan PRF, Batista AUD. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in college preparatory students: associations with emotional factors, parafunctional habits, and impact on quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(1):173-86.

13. Carolina AR, Lais VM, Melissa OM, Marcelo OM. Evaluation of the impact on quality of life of patients with temporomandibular disorders. *Rev Dor.* 2015; 16(3):181-5.

14. Su N, Liu Y, Yang X, Shen J, Wang H. Correlation between oral health-related quality of life and clinical dysfunction index in patients with temporomandibular joint osteoarthritis. *J Oral Sci.* 2016; 58(4):483-90.

15. Vedolin GM, Lobato VV, Conti PC, Lauris JR. The impact of stress and anxiety on the pressure pain threshold of myofascial pain patients. *J Oral Rehabil.* 2009; 36(5):313-21.

16. Maixner W, Diatchenko L, Dubner R, Fillingim RB, Greenspan JD, Knott C, et al. Orofacial pain prospective evaluation and risk assessment study-the OPPERA study. *J Pain.* 2011; 12(11 Suppl):T4-11.e1-2. doi: 10.1016/j.jpain.2011.08.002

17. Schiffman E, Ohrbach R. Executive summary of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders for clinical and research applications. *J Am Dent Assoc.* 2016; 147(6):438-45.

18. Lomas J, Gurgenci T, Jackson C, Campbell D. Temporomandibular dysfunction. *Aust J GenPract.* 2018; 47(4):212-5.

19. Pereira Júnior FJ, Favilla EE, Dworkin S, Huggins K. Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). *JBC J Bras Clin Odontol Integr.* 2004; 8(47):384-95.

20. Blanco-Aguilera A, Blanco-Aguilera E, Serrano-Del-Rosal R, Biedma-Velázquez L, Rodriguez-Torronteras A, Segura-

Saint-Gerons R et al. Influence of clinical and psychological variables upon the oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017; 22(6):669-78.

21. Blanco-Hungría A, Blanco-Aguilera A, Blanco-Aguilera E, Serrano-del-Rosal R, Biedma-Velázquez L, Rodríguez-Torronteras A, et al. Prevalence of the different Axis I clinical subtypes in a sample of patients with orofacial pain and temporomandibular disorders in the Andalusian Healthcare Service. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016; 21(2):169-77.

22. Renhe LS, Miranda JS, Malta NV, Leite ICG, Leite FPP. Importance of stability and retention of double total prostheses: factors related to its use in the etiology of temporomandibular disorders. *Braz Dent Sci.* 2016; 19(1): 55-9.

23. Souza SE, Cavalcanti NP, Oliveira LV, Meyer GA. Prevalência de desordens temporomandibulares em indivíduos desdentados reabilitados com próteses totais convencionais. *Rev Odontol UNESP.* 2014; 43(2):105-10.

24. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014; 28(1):6-27.

25. Trize DM, Calabria MP, Franzolin SOB, Cunha CO, Marta SN. Is quality of life affected by temporomandibular disorders? *Einstein.* 2018; 16(4):eAO4339. doi: 10.31744/einstein_journal/2018AO4339

26. Derwich M, Mitus-Kenig M, Pawlowska E. Interdisciplinary approach to the temporomandibular joint osteoarthritis: review of the literature. *Medicina (Kaunas).* 2020; 56(5):225. doi: 10.3390/medicina56050225

27. Sanders C, Liegey-Dougall A, Haggard R, Buschang P, Karbowski S, Riggs R, Gatchel RJ. Temporomandibular disorder diagnostic groups affect outcomes independently of treatment in patients at risk for developing chronicity: a 2-year follow-up study. *J Oral Facial Pain Headache.* 2016; 30(3):187-202.