

UNIVERSIDADE DE MARÍLIA

**PROGRAMA DE MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM INTERAÇÕES ESTRUTURAIS
E FUNCIONAIS NA REABILITAÇÃO**

ANA LUISA DOS SANTOS ROCHA

**PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR
OROFACIAL E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
ATENDIDOS NA REDE PÚBLICA DE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO
ESTADO DE SÃO PAULO – BRASIL**

Marília

2023

ANA LUISA DOS SANTOS ROCHA

Prevalência da disfunção temporomandibular e dor orofacial e o impacto na qualidade de vida de pacientes atendidos na rede pública de um município no interior do Estado de São Paulo – Brasil

Dissertação apresentada à Universidade de Marília (UNIMAR) para obtenção do título de Mestre em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação, do Programa Interdisciplinar em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana de Souza Bastos Mazuqueli Pereira

Marília

2023

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura: Ana Luisa dos Santos Rocha

Data: 30 de Março de 2023

Rocha, Ana Luisa dos Santos

R672p Prevalência da disfunção temporomandibular e dor orofacial e o impacto na qualidade de vida de pacientes atendidos na rede pública de um município no interior do estado de São Paulo – Brasil / Ana Luisa dos Santos Rocha. - Marília: UNIMAR, 2023.

63f.

Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação – Reabilitação do Sistema Estomatognático) – Universidade de Marília, Marília, 2023.
Orientação: Profa. Dra. Eliana de Souza Bastos M. Pereira

1. Dor Facial 2. Qualidade de Vida 3. Saúde Bucal I. Rocha, Ana Luisa dos Santos

CDD – 617.643

ANA LUISA DOS SANTOS ROCHA

Prevalência da disfunção temporomandibular e dor orofacial e o impacto na qualidade de vida de pacientes atendidos na rede pública de um município no interior do Estado de São Paulo – Brasil

Dissertação apresentada à Universidade de Marília (UNIMAR) para obtenção do título de Mestre em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação, do Programa Interdisciplinar em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação.

Aprovado em: Marília, 30 de março de 2023.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Eliana Souza Bastos Mazuqueli Pereira

Prof^ª. Dr^ª. Rachel Gomes Eleutério

Prof^ª. Dr^ª. Elen Landgraf Guiguer

Dedico este trabalho aos meus pais, João Batista – (*in memoriam*) e Terezinha, por serem a razão de minha existência e através do orgulho que sempre demonstraram na trajetória de meus estudos me impulsionam a não desistir nunca de meus ideais.

Ao amor da minha vida, meu esposo, Hélio, que se anulou e se dedicou inteiramente, cuidando de mim com seus “cafezinhos” e mimos para que o cansaço fosse aliviado e pudesse concluir mais essa etapa. “Sempre foi e sempre será por nós.”

À minha filha Eduarda, meu maior tesouro, pelas inúmeras ausências durante esses dois anos.
Você é meu orgulho!

Aos meus irmãos João César, Vânia e Elizabete.

À minha orientadora Prof. Dra. Eliana de Souza Bastos Mazuqueli Pereira, por acreditar sempre em mim e lutar comigo nos dias cinzentos...

A todos amigos de profissão, que como eu acreditam no poder de juntos lutarmos por uma saúde pública cada vez melhor.

Enfim, não menos importante, aos meus inúmeros amigos de fé, que não citarei nomes, para não correr o risco de esquecer de nenhum. Obrigada pela intercessão de cada um de vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, a quem confio meus sonhos e que me sustenta em tudo! A todos os mestres que passaram por minha vida e compartilharam seus conhecimentos e experiências comigo.

Agradeço a superintendência do Hospital Beneficente UNIMAR.

Agradeço a diretoria e colegas de trabalho da Unidade de Pronto atendimento Zona Norte. À minha mestra na graduação e orientadora desse trabalho, Prof. Dra Eliana Bastos Mazuqueli Pereira. Meu exemplo de mestre.

Agradeço ao Prof, Dr Adriano Cressoni Araújo.

Agradeço à Universidade de Marília.

Enfim, essa conquista não seria possível sem o incentivo e apoio de vocês!

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

Agradeço ao Dr. Márcio Mesquita Serva, Magnífico Reitor da Universidade de Marília;

Agradeço a Profa. Regina Lúcia Ottaiano Losasso Serva, Magnífica Vice-reitora da Universidade de Marília;

Agradeço a Profa. Dra. Fernanda Mesquita Serva, Digníssima Pró-reitora de Pesquisa, Pós-graduação e Ação Comunitária da Universidade de Marília;

Agradeço ao Sr. Marco Antonio Teixeira, Digníssimo Pró-reitor Administrativo da Universidade de Marília;

Agradeço ao Prof. José Roberto Marques de Castro, Digníssimo Pró-reitor de Graduação da Universidade de Marília;

Agradeço Dra. Márcia Mesquita Serva Reis, Diretora Superintendente do Hospital Beneficente UNIMAR;

Agradeço a Profa. Dra. Maria Elizabeth da Silva Hernandez Correa, Diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital Beneficente UNIMAR;

Agradeço ao Prof. Dr. José Pedro Trevisan Novaretti, Diretor Clínico do Hospital Beneficente UNIMAR;

Agradeço aos docentes do Programa de Mestrado em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação;

Agradeço às secretárias da Pós-graduação Thaís Helena Camprubi Brunetti e Andréa dos Santos Infante Hermínio;

Meus sinceros agradecimentos a todos!

“Nunca perca de vista seu ponto de partida.”

(Santa Clara de Assis)

RESUMO

A importância que a dor de origem orofacial tem na clínica odontológica aumenta a cada dia, tanto por sua alta prevalência nas populações brasileira e mundial, como pela dificuldade de tratamento, principalmente de dores musculoesqueléticas, as quais exigem preparo e empenho dos profissionais da saúde. A dor é a característica mais comum relatada por pacientes com disfunções temporomandibulares (DTM), que são consideradas um significativo problema de saúde pública, afetando uma relativa parcela da população. O conhecimento de indicadores de qualidade de vida 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. A qualidade de vida está relacionada à percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre sua posição de vida, no contexto do sistema de valores e cultura nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações. Pacientes acometidos por quadros de dores orofaciais, incluindo as DTM, apresentam com frequência alterações significativas da qualidade de vida. Esse fato tem grande relevância clínica na medida em que as atividades de vida diária desses pacientes, que envolvam funções básicas como mastigar, falar, deglutir e até o convívio social podem ficar prejudicadas pela presença da dor. Dada a relevância de se conhecer a prevalência de dor orofacial e disfunção temporomandibular e o grau de impacto na qualidade de vida dos indivíduos, o objetivo deste estudo foi a aplicação dos Índices OHIP-14, Anamnésico de Fonseca e do questionário da Academia Americana de Dor Orofacial em pacientes adultos atendidos na rede pública de um município no interior do Estado de São Paulo - Brasil, a fim de observar a dimensão social do impacto da dor orofacial e da disfunção temporomandibular na vida desses indivíduos. Os resultados mostraram a presença de disfunção temporomandibular em 51,9% dos pacientes, sendo a DTM de grau leve a mais prevalente (38,9%). A sintomatologia associada a DTM com maior prevalência foram as dores de cabeça, no pescoço e dentes (26,3%) e ruídos articulares na ATM (18,7%). O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes atendidos na rede pública foi baixo; no entanto, um dos sintomas relatados com maior prevalência foram distúrbios psicológicos, sugerindo a necessidade de um tratamento multidisciplinar.

Palavras-chave: Dor facial. Qualidade de vida. Saúde bucal.

ABSTRACT

The importance of orofacial pain in clinical dentistry is increasing day by day, both because of its high prevalence in the Brazilian and worldwide populations, and because of the difficulty in treating it, especially musculoskeletal pain, which requires preparation and commitment from health professionals. Pain is the most common characteristic reported by patients with temporomandibular disorders (TMD), which are considered a significant public health problem, affecting a relative portion of the population. Knowledge of quality of life indicators related to oral health is especially relevant for dentistry, considering the impact that oral conditions can have on psychological and social well-being. Quality of life is related to the individual's subjective perception of their position in life, in the context of the value system and culture in which they live, and in relation to their goals, expectations and concerns. Patients affected by orofacial pain, including TMD, often have significant changes in their quality of life. This fact has great clinical relevance as the daily activities of these patients, which involve basic functions such as chewing, speaking, swallowing and even social interaction, can be impaired by the presence of pain. Given the importance of knowing the prevalence of orofacial pain and temporomandibular disorders and the degree of impact on the quality of life of individuals, the objective of this study was the application of the OHIP-14 Index, Fonseca's Anamnestic and the questionnaire of the American Academy of Pain Orofacial pain in adult patients assisted in the public network of a city in the interior of the State of São Paulo - Brazil, in order to observe the social dimension of the impact of orofacial pain and temporomandibular disorder in the lives of these individuals. The results showed the presence of temporomandibular disorders in 51.9% of the patients, with mild TMD being the most prevalent (38.9%). The most prevalent symptoms associated with TMD were headaches, neck and teeth pain (26.3%) and joint noises in the TMJ (18.7%). The impact of oral health on the quality of life of patients seen in the public network was low; however, one of the most prevalent reported symptoms was psychological disorders, suggesting the need for multidisciplinary treatment.

Keywords: Facial pain. Quality of life. Oral health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) do questionário OHIP-14 para amostra (n=316).....	20
Tabela 2 – Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) do questionário para avaliação do grau de DTM de acordo com o Índice Anamnésico de Fonseca na amostra (n=316).....	22
Tabela 3 – Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) do questionário para avaliação da ATM recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial (n=316).....	23
Tabela 4 – Estatística descritiva do escore geral e domínios para OHIP na amostra (n=316).....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 MATERIAIS E MÉTODOS	18
3.1 Critérios de inclusão.....	19
3.2 Critérios de exclusão.....	19
3.3 Análise estatística.....	20
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	26
6 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE	40
ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Estomatognático (SE) é um conjunto de estruturas bucais, formado pela maxila, mandíbula, arcadas dentárias, tecidos moles (glândulas salivares, suprimento nervoso e vascular), ATM (articulação temporomandibular) e músculos (*BIASOTTO-GONZALEZ et al., 2012 ; CASTRO et al., 2012*). Está intimamente ligado à função de outros sistemas, como o digestivo, respiratório, metabólico-endócrino e inclusive com a postura. O sistema estomatognático reflete na respiração, mastigação, deglutição, fonação e a sua estabilidade permite uma boa saúde física e psicológica (*DOUGLAS, 2006; DOUGLAS; ONCINS, 2011*). Dentro do sistema estomatognático, a ATM é a articulação que permite a movimentação do osso da mandíbula em relação ao crânio. Movimentos realizados para abertura e fechamento da boca, por exemplo, são dependentes desta articulação. Deste modo, funções vitais como a mastigação, a deglutição e a fonação são possíveis devido ao conjunto de elementos que constituem a ATM (*OKESON, 2015; ZHOU et al., 2021*). Durante a vida, o indivíduo nem sempre consegue manter estável o seu sistema estomatognático, estando frequentemente submetido a tratamentos dentários, restaurações não anatômicas, aparelhos protéticos mal confeccionados, extrações dentárias intempestivas, entre outros, que provocam desajustes oclusais, acarretando, como consequência, prejuízo para todo o aparelho mastigatório (*HEALEY et al., 2016*).

A disfunção temporomandibular (DTM) consiste em problemas clínicos articulares e musculares que ocorrem na região orofacial. Essas disfunções da articulação temporomandibular incluem um certo número de condições específicas que geram prejuízos ao indivíduo, principalmente a dor e a dificuldade de movimentação mandibular prejudicando a fala e a alimentação e requerendo diferentes tratamentos (*PASTORE et al., 2018; XU et al., 2021*). A DTM é um termo comum que descreve um número de condições clínicas que envolvem a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e estruturas associadas (*AGUILERA et al., 2014; SCHIFFMAN et al., 2014; PASTORE et al., 2018*). As DTMs são frequentes na população e geralmente estão associadas a processos dolorosos (*CARVALHO et al., 2011; YOUNG, 2015; ROMERO-REYERS et al., 2017*).

A principal queixa que leva os pacientes com DTM a buscar tratamento é a dor, tornando-se persistente em uma parcela significativa dos casos (*OHRBACH; DWORKIN, 2016*). Uma condição bastante desconfortável para qualquer indivíduo é conviver com processos dolorosos.

A dor prejudica a função física e mental e resulta, frequentemente, em tratamentos onerosos, redução da produtividade e da qualidade de vida (*MACFARLANE et al.*, 2002; *CAMPBELL ET AL.*, 2003; *MORIARTY et al.*, 2011; *PLESH et al.*, 2011; *SIMONS et al.*, 2014; *AHMAD*; *SCHIFFMAN*, 2016; *OHRBACH*; *DWORKIN*, 2016; *DIMITROULIS*, 2018; *VAN DE RIJT et al.*, 2020).

A importância que a dor de origem orofacial tem na clínica odontológica aumenta a cada dia, tanto por sua alta prevalência nas populações brasileira e mundial, como pela dificuldade de tratamento, principalmente de dores musculoesqueléticas, as quais exigem preparo e empenho dos profissionais da saúde. Qualquer sintoma doloroso relacionado à face, à boca e às estruturas adjacentes recebe a denominação “dor orofacial” (*MACFARLANE et al.*, 2002; *KOSMINSKY*; *GÓES*, 2003; *DE LEEUW*; *KLASSER*, 2013; *BÄCK et al.*, 2020). Quando a dor evolui para o estado crônico, torna-se um problema de saúde pública, causador de morbidade, absenteísmo ao trabalho e incapacidade temporária ou permanente, gerando elevados custos aos sistemas de saúde (*PICAVET*; *SCHOUTEN*, 2003; *SCHAPPERT*; *BURT*, 2006; *GOREN et al.*, 2012).

As disfunções temporomandibulares geralmente levam a um quadro de dor crônica e, como tal, a exemplo das cefaleias e das dores nas costas, apresentam grande influência no comportamento social e no estado psicológico dos pacientes, gerando um grande impacto na qualidade de vida dos mesmos (*LIST*; *HELKIMO*, 1995; *ZHENG et al.*, 2011; *CONTI et al.*, 2012; *SILVA et al.*, 2012; *RUSANEN et al.*, 2012; *BLANCOAGUILERA et al.*, 2014; *SIMONS et al.*, 2014; *ALMOZNINO et al.*, 2015; *DANTAS et al.*, 2015; *DE SIQUEIRA et al.*, 2015; *GHURYE*; *MCMILLAN*, 2015; *OGHLI et al.*, 2017).

Estudos relacionados à prevalência da disfunção temporomandibular (DTM) mostram que uma grande parcela da população apresenta sinais e sintomas da disfunção em níveis subclínicos; assim, encontra-se alta prevalência de sinais e sintomas de DTM em indivíduos considerados não-pacientes, isto é, aqueles que não recorrem a tratamento específico. Já foi demonstrado que pacientes com necessidade ativa de tratamento para a DTM estiveram mais afastados de suas atividades e usaram mais os serviços de saúde, quando comparados àqueles sem necessidade de tratamento, acarretando um grande custo para a sociedade. Este pode ser gerado de forma direta como, por exemplo, o custo dos programas públicos de saúde e, de forma

indireta, pela ausência no trabalho e baixa produtividade (KUTILLA *et al.*, 1997; MACFARLANE *et al.*, 2002; VOOG *et al.*, 2003).

O conhecimento de indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde bucal é especialmente relevante para a odontologia (tanto para prática clínica como em saúde pública), considerando o impacto que as condições bucais (principalmente as dolorosas) podem provocar no bem-estar psicológico e social (OGHLI *et al.*, 2017; SEKULIC *et al.*, 2021). A qualidade de vida ligada à saúde bucal é determinada por uma variedade de condições que afetam a percepção do indivíduo, os seus sentidos e os comportamentos no exercício de sua atividade diária (TESH *et al.*, 2007; DAHLSTRÖM; CARLSSON, 2010; SISCHO; BRODER, 2011).

SLADE; SPENCER (1994) propuseram um índice – *Oral Health Impact Profile* (OHIP) – com o objetivo de se avaliar o impacto de problemas bucais na qualidade de vida, a partir da percepção das pessoas acerca de disfunções, desconfortos e incapacidades por problemas na boca. Originalmente, este índice foi composto por 49 itens (OHIP-49) mas, posteriormente, foi criada uma forma simplificada do OHIP-49, constituída por 14 itens, sob denominação de *Oral Health Impact Profile – short form* (OHIP-14) – (SLADE, 1997). O índice OHIP-14 foi traduzido para diversos idiomas, inclusive o português (JACOBOVITZ *et al.*, 2003; ROBSON *et al.*, 2003; DE OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). O índice OHIP-14 é frequentemente escolhido por ser um formulário curto que enfatiza efeitos psicológicos e comportamentais, apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e permite a comparação da DTM com outras entidades dolorosas (LOCKER *et al.*, 2005; LARSSON, 2010; CAMPOS *et al.*, 2014).

Na literatura especializada, encontram-se variados instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular (DTM), sob a forma de índices, questionários, protocolos, escalas de avaliação e critérios de diagnóstico. Os índices são ferramentas que organizam a avaliação de sinais e sintomas, pela obtenção de pontuações; na literatura são classificados como anamnésicos (HELKIMO, 1974; Fonseca *et al.*, 1994) ou clínicos (HELKIMO, 1974; FRICTON, 1987; PEHLING *et al.*, 2002). Em geral, caracterizam-se pelo agrupamento operacional de conjuntos de sinais e ou sintomas sob a forma de itens, para os quais são predeterminadas pontuações ou scores que, ao final, são somados e permitem classificar os voluntários em subcategorias funcionais ou de severidade. Os questionários são melhor aplicados para traçar perfis populacionais em estudos epidemiológicos, para fazer triagens

iniciais de pacientes, ou ainda, na qualidade de vida (*CHAVES et al.*, 2008; *CAMPOS et al.*, 2014).

O questionário anamnésico de *Fonseca et al.* é um dos poucos instrumentos disponíveis em língua portuguesa para caracterizar a severidade dos sintomas de DTM (*CONTI et al.*, 1996; *PEDRONI et al.*, 2003; *BEVILAQUA-GROSSI et al.*, 2006; *DE OLIVEIRA et al.*, 2006; *CAMPOS et al.*, 2014; *PASTORE et al.*, 2018). A simplicidade desse índice favorece seu uso em estudos epidemiológicos populacionais. No entanto, vale ressaltar que ele não oferece classificação diagnóstica de DTM; os dados obtidos com esse índice são restritos à classificação de severidade de sintomas e sinais de DTM.

Dada a relevância de se conhecer a prevalência de dor orofacial e disfunção temporomandibular e o grau de impacto na qualidade de vida dos indivíduos, foram aplicados, neste estudo, o Índice OHIP-14, o Índice Anamnésico de Fonseca e o questionário da Academia Americana de Dor Orofacial em pacientes adultos atendidos na rede pública de um município no interior do estado de São Paulo - Brasil, a fim de observar a dimensão social do impacto da dor na vida desses indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Conhecer a prevalência da disfunção temporomandibular e dor orofacial e o impacto na qualidade de vida dos pacientes atendidos na rede pública em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Estabelecer o Índice Anamnésico de Fonseca na população estudada.
- Determinar a prevalência de sintomatologias para DTM nos participantes, segundo a Academia Americana de Dor Orofacial.
- Identificar o grau de impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes, segundo o índice OHIP-14.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo seguiu um desenho primário, transversal, quantitativo, descritivo, de centro único e contou com a participação de 316 pacientes atendidos na rede pública, em uma Unidade de Pronto Atendimento no município de Marília-SP no período de maio de 2021 a dezembro de 2022. Os participantes da pesquisa foram entrevistados utilizando três formulários validados.

O primeiro formulário aplicado foi o OHIP-14 (Anexo 1), composto por sete dimensões ou domínios, representadas por questões referentes à (i) limitações funcionais (questões 1 e 2), (ii) dor física (questões 3 e 4), (iii) desconforto psicológico (questões 5 e 6), (iv) incapacidade física (questões 7 e 8), (v) incapacidade psicológica (questões 9 e 10), (vi) incapacidade social (questões 11 e 12), e (vii) desvantagem social ou invalidez (questões 13 e 14) – (*Blanco-Aguilera et al.*, 2017), segundo o quadro abaixo:

Quadro 1. Domínios do índice OHIP-14 segundo problemas apresentados

Domínio	Perguntas
Limitação funcional	1-2
Dor física	3-4
Desconforto psicológico	5-6
Incapacidade física	7-8
Incapacidade psicológica	9-10
Incapacidade social	11-12
Desvantagem social ou Invalidez	13-14

O entrevistado respondeu as perguntas com as opções “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente”, “sempre” e “não sabe”, sendo atribuídas a pontuação variando de 0 (nunca) a 4 (sempre). As questões respondidas com “não sabe” foram excluídas. Desta forma, quanto maior a pontuação apresentada, maior foi a percepção do impacto pelo indivíduo (*SLADE*, 1997).

O segundo questionário aplicado foi o questionário de Fonseca (Anexo 2) (*FONSECA et al.*, 1994), o qual é composto por 10 questões. Neste são possíveis três respostas (sim, não e às vezes) para as quais são preestabelecidas três pontuações (10, 0 e 5, respectivamente).

Com a somatória dos pontos atribuídos obtém-se um índice anamnésico que permite classificar os voluntários em categorias de severidade de sintomas: sem DTM (0 a 15 pontos), DTM leve (20 a 45 pontos), DTM moderada (50 a 65 pontos) e DTM severa (70 a 100 pontos).

O terceiro questionário visou avaliar a disfunção temporomandibular, sendo recomendado pela *American Academy of Orofacial Pain* (Academia Americana de Dor Orofacial) (Anexo 3). A *American Academy of Orofacial Pain* recomenda a utilização do questionário para a triagem inicial de potenciais pacientes com dores orofaciais, inclusive DTM. Esse questionário apresenta dez questões: a resposta “sim” para uma das perguntas do questionário já caracteriza presença de sintomatologia de DTM. Vale ressaltar, que este questionário é útil para uma pré-triagem dos pacientes e, como já mencionado, não permite a obtenção de diagnóstico (*MANFREDI et al., 2001*).

3.1 Critérios de Inclusão

- Participaram do estudo os indivíduos que preencheram os seguintes critérios de inclusão:
- Idade superior a 18 anos;
- Atendidos na Unidade de Pronto Atendimento no município de Marília-SP no período de dezembro de 2021 a dezembro de 2022;
- Leram, entenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Não estavam realizando tratamento de DTMs.

3.2 Critérios de Exclusão

- Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentarem as seguintes características:
- Idade inferior à 18 anos;
- Pacientes com deficiências mentais que, porventura, os impediram de responder adequadamente as perguntas dos questionários; - Estavam em tratamento de DTMs.

A coleta de dados não colocou os pacientes em risco e não causou desconforto ao participante da pesquisa. Caso algum paciente tenha sentido constrangimento em algum momento da entrevista ou posteriormente, este pôde optar por seu desligamento da pesquisa, sem haver quaisquer implicações.

O presente estudo teve início somente após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Marília - Unimar. (Anexo 5).

Foi solicitado ao participante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A), sendo que no momento da assinatura, o participante foi instruído sobre os objetivos da pesquisa, os questionários a serem aplicados, além da não obrigatoriedade e da possibilidade de desistência de integrar a pesquisa a qualquer momento. Novamente, ressalta-se que apenas os participantes que assinarem o TCLE foram incluídos na pesquisa.

3.3 Análise estatística

As variáveis qualitativas estão descritas pela distribuição de frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram descritas pela média, desviopadrão (DP), mínimo, máximo e distribuição do quartil (primeiro quartil-25th, mediana 50th e terceiro quartil – 75th). A distribuição de normalidade foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk. O grau de relacionamento entre escores foi analisado pelo teste de correlação de Spearman devido a distribuição não paramétrica dos dados e o intervalo de confiança para o coeficiente de correlação estimado pelo método de Fisher. Os valores do coeficiente de correlação de Spearman (ρ) variam de 0 a 1, podendo ser positivo (correlação positiva) ou negativo (correlação negativa). Os valores do coeficiente de correlação foram interpretados da seguinte forma (DAWSON; TRAPP, 2001): 0, a 0,25 – inexistente a baixo; 0,25 a 0,50 – baixo a moderado; 0,50 a 0,75 – moderado a alto; $\geq 0,75$ – alto. Para comparação bivariada da mediana foi realizado o teste de Mann-Whitney. Para comparação multivariada da mediana foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis com correção Post-Hoc de Holm-Sidak. O nível de significância adotado foi de 5% e os dados foram analisados no software SPSS (versão 24.0).

4 RESULTADOS

Em relação à aplicação do índice OHIP-14, as perguntas referentes aos domínios “dor física” (questões 3 e 4) e “desconforto psicológico” (questões 5 e 6) tiveram maiores frequências de ocorrência das respostas “frequentemente” e “sempre”, quando comparadas com as demais questões. Na questão 3, as prevalências foram de 8,6% e 1,3%, respectivamente. Já na questão 5, as prevalências foram de 6,3% e 5,4% para as ocorrências das respostas “frequentemente” e “sempre”, respectivamente (Tabela 1).

Por outro lado, na questão 14 que refere a “dificuldade em realizar tarefas diárias”, em relação aos demais domínios, foi observada em apenas 4 pacientes (“frequentemente”) e, em nenhum paciente, houve a ocorrência de resposta “sempre” (“total incapacidade na realização de tarefas diárias”) – (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) do questionário OHIP-14 para amostra (n=316)

Questões	Categoria	f	%
Q1 (OHIP). Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	263	83,8
	Raramente	25	8,0
	Às vezes	24	7,6
	Frequentemente	2	0,6
Q2 (OHIP). Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	256	81,0
	Raramente	28	8,9
	Às vezes	28	8,9
	Frequentemente	4	1,3
Q3 (OHIP). Você sentiu dores em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	79	25,2
	Raramente	116	36,9
	Às vezes	88	28,0
	Frequentemente	27	8,6
	Sempre	4	1,3
Q4 (OHIP). Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	115	36,4
	Raramente	89	28,2
	Às vezes	85	26,9
	Frequentemente	18	5,7
	Sempre	9	2,8
Q5 (OHIP). Você se sentiu preocupado(a) por causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	113	35,9
	Raramente	79	25,1
	Às vezes	86	27,3
	Frequentemente	20	6,3
	Sempre	17	5,4
Q6 (OHIP). Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	152	48,3
	Raramente	61	19,4
	Às vezes	76	24,1
	Frequentemente	17	5,4

	Sempre	9	2,9
Q7 (OHIP). Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	177	56,2
	Raramente	57	18,1
	Às vezes	60	19,0
	Frequentemente	13	4,1
	Sempre	8	2,5
Q8 (OHIP). Você precisou parar suas refeições por causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	210	66,9
	Raramente	55	17,5
	Às vezes	41	13,1
	Frequentemente	5	1,6
	Sempre	3	1,0
Q9 (OHIP). Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	158	50,2
	Raramente	69	21,9
	Às vezes	72	22,9
	Frequentemente	13	4,1
	Sempre	3	1,0
Q10 (OHIP). Você se sentiu envergonhado(a) por causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	197	62,3
	Raramente	43	13,6
	Às vezes	52	16,5
	Frequentemente	18	5,7
	Sempre	6	1,9
Q11 (OHIP). Você ficou irritado(a) com outras pessoas por causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	238	75,8
	Raramente	31	9,9
	Às vezes	29	9,2
	Frequentemente	13	4,1
	Sempre	3	1,0
Q12 (OHIP). Você teve dificuldades em realizar as atividades diárias causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	219	69,3
	Raramente	41	13,0
	Às vezes	50	15,8
	Frequentemente	6	1,9
Q13 (OHIP). Você sentiu que sua vida no geral ficou pior por causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	262	83,7
	Raramente	19	6,1
	Às vezes	25	8,0
	Frequentemente	5	1,6
	Sempre	2	0,6
Q14 (OHIP). Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas em sua boca, dentes ou articulação?	Nunca	280	88,6
	Raramente	21	6,6
	Às vezes	11	3,5
	Frequentemente	4	1,3

Na aplicação do Índice Anamnésico de Fonseca que classificou os participantes em relação à severidade dos sintomas de disfunção temporomandibular (DTM), do total da amostra (n=316), 123 participantes (38,9%) apresentaram DTM leve. Já 31 participantes (9,8%), foram classificados com DTM moderado e 10 participantes (3,2%) foram classificados para DTM severo. (Tabela 2).

Conforme tabela 2, as questões 8 e 10 obtiveram maior frequência de respostas positivas (“sim”), com valores 30,4% e 29,7%, respectivamente. Essas questões representam presença de hábitos parafuncionais, como o bruxismo por exemplo, (questão 8) e alterações psicológicas (questão 10).

Tabela 2: Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) do questionário para avaliação do grau de DTM de acordo com o Índice Anamnésico de Fonseca na amostra (n=316)

Questões	Categoria	f	%
Q1 (DTM). Sente dificuldade para abrir bem a boca?	Não	261	82,6
	Às vezes	34	10,8
	Sim	21	6,6
Q2 (DTM). Você sente dificuldade para movimentar a mandíbula?	Não	285	90,2
	Às vezes	23	7,3
	Sim	8	2,5
Q3 (DTM). Tem cansaço/dor muscular quanto mastiga?	Não	241	76,3
	Às vezes	48	15,2
	Sim	27	8,5
Q4 (DTM). Sente dores de cabeça com frequência?	Não	182	57,6
	Às vezes	57	18,0
	Sim	77	24,4
Q5 (DTM). Sente dor na nuca ou torcicolo?	Não	229	72,5
	Às vezes	49	15,5
	Sim	38	12,0
Q6 (DTM). Tem dor no ouvido ou nas articulações temporomandibulares?	Não	257	81,3
	Às vezes	42	13,3
	Sim	17	5,4
Q7 (DTM). Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou abre a boca?	Não	231	73,1
	Às vezes	38	12,0
	Sim	47	14,9
Q8 (DTM). Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?	Não	180	57,0
	Às vezes	40	12,7
	Sim	96	30,4
Q9 (DTM). Sente que seus dentes não articulam bem?	Não	189	59,8
	Às vezes	45	14,2
	Sim	82	25,9
Q10 (DTM). Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?	Não	144	45,6
	Às vezes	78	24,7
	Sim	94	29,7
DTM	Ausente	152	48,1
	Leve	123	38,9
	Moderado	31	9,8
	Severo	10	3,2

Em relação ao questionário para avaliação de disfunção temporomandibular recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial, quando avaliado os 316 questionários de forma individual, observando as 10 perguntas respondidas, foi observado que 156 pacientes (49,4%) responderam “sim” para pelo menos uma das questões presentes, caracterizando assim, a presença de sintomatologia de DTM (Tabela 3).

Com relação aos sintomas, o mais prevalente foi a presença de cefaleia, dor no pescoço e nos dentes (26,3%), seguindo da percepção dos ruídos na articulação dos maxilares (18,7%). Em contrapartida, os menos frequentes, foram aqueles relacionados às questões 10 e 8, com 3,2% e 3,8% de respostas positivas, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) do questionário para avaliação da ATM recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial (n=316)

Questões	Categoria	f	%
Q1 (ATM). Você tem dificuldade, dor ou ambas ao abrir a boca por exemplo ao bocejar?	Não	282	89,2
	Sim	34	10,8
Q2 (ATM). Sua mandíbula fica "presa", "travada" ou sai do lugar?	Não	300	94,9
	Sim	16	5,1
Q3 (ATM). Você tem dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou usar seus maxilares?	Não	285	90,2
	Sim	31	9,8
Q4 (ATM). Você percebe ruídos na articulação de seus maxilares?	Não	257	81,3
	Sim	59	18,7
Q5 (ATM). Seus maxilares ficam rígidos, apertados ou cansados com regularidade?	Não	274	86,7
	Sim	42	13,3
Q6 (ATM). Você tem dor nas orelhas ou em volta delas, nas têmporas ou bochechas?	Não	284	89,9
	Sim	32	10,1
Q7 (ATM). Você tem cefaleia, dor no pescoço ou nos dentes com frequência?	Não	233	73,7
	Sim	83	26,3
Q8 (ATM). Você sofreu algum trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares?	Não	304	96,2
	Sim	12	3,8
Q9 (ATM). Você percebeu alguma alteração recente na sua mordida?	Não	284	89,9
	Sim	32	10,1
Q10 (ATM). Você fez tratamento recente para um problema não explicado na articulação temporomandibular?	Não	306	96,8
	Sim	10	3,2
ATM	Ausente	160	50,6
	Presente	156	49,4

Tabela 4: Estatística descritiva do escore geral e domínios para OHIP na amostra (n=316).

OHIP	Média	DP	Mín.	Máx.	Quartil		
					25th	Mediana (50th)	75th
Escore OHIP (0 a 56)	9,30	8,36	0	41	3,00	7,00	14,00
Limitação funcional (OHIP) (0 a 8)	0,55	1,10	0	6	0,00	0,00	1,00
Dor física (OHIP) (0 a 8)	2,34	1,81	0	8	1,00	2,00	4,00
Desconforto psicológico (OHIP) (0 a 8)	2,15	2,00	0	8	0,00	2,00	4,00
Incapacidade física (OHIP) (0 a 8)	1,30	1,69	0	8	0,00	1,00	2,00
Incapacidade psicológica (OHIP) (0 a 8)	1,55	1,70	0	8	0,00	1,00	2,00
Incapacidade social (OHIP) (0 a 8)	0,95	1,48	0	6	0,00	0,00	2,00
Desvantagem social (OHIP) (0 a 8)	0,47	1,12	0	6	0,00	0,00	0,00
Escore DTM (0 a 100)	23,2	19,9	0	90	10	20	35
Escore ATM (0 a 10)	1,1	1,6	0	7	0	0	2

Nota: desvio-padrão (DP); valor mínimo (Mín.); valor máximo (Máx.); primeiro quartil (25th); segundo quartil ou mediana (50th); terceiro quartil (75th).

De acordo com a Tabela 4, a média do impacto geral na qualidade de vida dos participantes (OHIP) foi baixa ($9,30 \pm 8,36$), em uma escala de 0 a 56. Mas, dentro desse resultado geral, as dimensões que mais impactaram na qualidade de vida foram a “dor física” ($2,34 \pm 1,81$) e o “desconforto psicológico” ($2,15 \pm 2,00$).

A média do escore geral do grau de severidade da DTM, em uma escala de 0 a 100, obtido pelo índice Anamnésico de Fonseca, foi de $23,2 (\pm 19,9)$.

A média do escore geral da avaliação da ATM, em uma escala de 0 a 10, segundo a Academia Americana de Dor Orofacial, foi de $1,1 (\pm 1,6)$.

5 DISCUSSÃO

O número de pacientes portadores de DTM nos últimos anos tem aumentado, afetando negativamente a qualidade de vida desses indivíduos; por isso, a necessidade de esclarecer as características e os fatores mais predominantes nessa condição contribuem para um melhor entendimento do problema. A disfunção temporomandibular apresenta uma etiologia multifatorial e 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 (AGUILERA *et al.*, 2014). Embora a DTM tenha sido amplamente estudada, as taxas de prevalência reportadas variam, refletindo diferenças importantes em amostras, critérios e métodos utilizados para o recolhimento das informações. A DTM, quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode causar alterações morfológicas e/ou funcionais nas estruturas do sistema estomatognático (DERWICH *et al.*, 2020). O desequilíbrio em um ou mais componentes do aparelho mastigatório pode provocar sintomas dolorosos e/ou inflamatórios que geram modificações funcionais refletindo nas atividades diárias do paciente (BEVILAQUA-GROSSI *et al.*, 2006).

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, reprodutível e consistente (LEMOS *et al.*, 2015; PAULINO *et al.*, 2018; CAROLINA *et al.*, 2015; SU *et al.*, 2016). 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 (BLANCO-HUNGRIA *et al.*, 2016). Em nosso estudo, a média da pontuação do OHIP-14 apresentou-se baixa (9,30), sendo que as dimensões do índice OHIP-14 que mais impactaram a qualidade de vida foram a “dor física” e o “desconforto psicológico” (Tabela 4). Segundo PAULINO *et al.* (2018), ao analisar os sete domínios do OHIP-14, a dimensão de “dor física” apresentou o maior comprometimento para os indivíduos com sinais clínicos de DTM. Em um estudo de ALVARENGA *et al.* (2011), o índice OHIP-14 mostrou ser baixo o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes, com predomínio da dor

física em seus componentes “sentir-se incomodado ao se alimentar” e “sentir dores na boca”. Já *MASOOD et al.* (2017), constatou em seu estudo com 1277 pacientes, que a saúde bucal tem moderado impacto na qualidade de vida dos indivíduos avaliados. Em nossos resultados, a “dor física” também foi mais prevalente nos participantes que apresentaram grau de DTM severa em relação ao Índice Anamnésico de Fonseca); assim como nos participantes que apresentaram DTM, segundo os resultados do questionário da Academia Americana de Dor Orofacial aplicado a eles.

Com relação ao “desconforto psicológico” relatado pelos participantes, em uma revisão sistemática de *BITINIENE et al.* (2018), foi apontado que 78,13% dos pacientes relataram cansaço ou dor no maxilar ao acordar, levando a conclusão também 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. Atualmente é sugerida a relação de fatores psicológicos com o início de sintomas, prognóstico e tratamento da DTM (*OLIVEIRA et al.*, 2015). Os aspectos psicossociais, como apontado por alguns estudos (*AGUILERA et al.*, 2014; *LEMOS et al.*, 2015; *BÄCK et al.*, 2020), são essenciais para analisar a dor orofacial pois, além de ser um elemento biológico, tem componentes psicológico e social envolvidos. Esses elementos não podem ser dissociados quando se trata de explicar qualquer fenômeno que, como a dor, tenha natureza extremamente complexa. *TRIZE et al.* (2018) 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 (*AGUILERA et al.*, 2014; *OLIVEIRA et al.*, 2015; *BITINIENE et al.*, 2018). Em pacientes com comprometimentos psicológicos, a DTM afeta negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (*BAYAT et al.*, 2018). A disfunção temporomandibular impacta negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde, no bem-estar físico e psicossocial, sendo a dor, limitação funcional e distúrbios de saúde mental as principais características relacionadas a essa correlação (*SILVA et al.*, 2021).

Os índices são caracterizados pelo agrupamento de sinais e sintomas, sendo predeterminados escores, que ao serem somados, permitem a classificação dos participantes em subcategorias funcionais ou de severidade. O Índice Anamnésico de Fonseca é o único instrumento de triagem existente no português brasileiro para classificar e caracterizar a

severidade dos sintomas de disfunção temporomandibular (*SOARES et al.*, 2012). Foi criado para realizar a triagem em pacientes do Brasil sem a inclusão de termos difíceis da língua. O Índice Anamnésico de Fonseca tem a vantagem de ser autoadministrável, aplicado em curto espaço de tempo, ter custo baixo, auxiliar na triagem de pacientes, podendo ser utilizado em levantamentos epidemiológicos e no acompanhamento do tratamento instituído. Outra grande vantagem seria a obtenção do índice de severidade baseando-se nos relatos subjetivos do paciente (*DE MELLO JUNIOR et al.*, 2019). Em nosso estudo, 51,9% foram classificados como portadores de disfunção temporomandibular, sendo que a maioria dos pacientes dessa porcentagem (38,9%) apresentaram grau leve de DTM. Um estudo envolvendo 200 estudantes universitários encontrou que 83,6% da amostra apresenta algum grau de disfunção temporomandibular, sendo 13,9% moderada e 2,5% severa, enquanto 16,4% não apresentavam sintomas associados à disfunção temporomandibular. Segundo *LEMOS et al.* (2015), os voluntários com DTM apresentaram comprometimento da qualidade de vida, incluindo dor física, limitação funcional e desconforto psicológico, ou seja, a presença de DTM desempenhou um impacto negativo na qualidade de vida dos acometidos. Além desse, outros estudos (*BARROS et al.*, 2009; *Rodrigues et al.*, 2015) também concluíram que, quanto maior a gravidade da disfunção, maior a percepção na repercussão na qualidade de vida. Em nosso estudo, conforme resultados da aplicação do Índice Anamnésico de Fonseca, apenas 13% dos pacientes apresentaram grau de DTM moderada e severa, o que podemos associar à baixa pontuação no índice OHIP-14 representando um menor impacto em qualidade de vida relacionada à presença de disfunção temporomandibular (*BLANCO-HUNGRIA et al.*, 2016).

A Academia Americana de Dor Orofacial propôs um questionário para triagem estruturado em dez perguntas, com respostas “sim/não” para os sintomas mais frequentes de disfunção temporomandibular e dor orofacial. Os questionários, especificamente aqueles voltados para disfunção temporomandibular, são instrumentos adequados para pesquisas epidemiológicas com o objetivo de traçar perfis populacionais relacionados aos sintomas de disfunção temporomandibular, além de serem utilizados em entrevista pessoal, por entrevistador ou não (autoadministráveis) e por telefone. No entanto, a Academia recomenda que se faça uma associação entre triagem e coleta de dados através da história clínica e do exame clínico para que haja mais fidedignidade, sendo o questionário útil apenas para uma triagem prévia dos pacientes, sem permitir a obtenção de diagnóstico. Em nossos resultados, 49,4% dos pacientes foram enquadrados na classificação de portadores de DTM e dor

orofacial, apresentando maior frequência de cefaleias e dores no pescoço (26,3%) e presença de ruídos articulares (18,7%). *MANFREDI et al.* (2015) aplicaram o questionário recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial em 46 pacientes com disfunção temporomandibular e verificaram altos níveis de sensibilidade (85,37%) e especificidade (80%) apenas em pacientes com disfunção temporomandibular muscular, verificando baixos níveis em pacientes com disfunção temporomandibular articular. Os autores reforçam a recomendação da Academia em relação à necessidade de obtenção de história clínica e exame físico para um correto diagnóstico.

É importante ressaltar que há carência de políticas públicas voltadas à divulgação e o acolhimento dos indivíduos portadores da disfunção, uma vez que a especialidade Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial é muitas vezes esquecida no contexto da saúde bucal. O impacto da qualidade de vida dos pacientes é grande quando eles recebem orientações sobre as causas da DTM, os hábitos a serem modificados, postura correta para dormir, trabalhar, estudar, como também sobre o estresse que é o fator que aumenta significativamente a sintomatologia dos pacientes (*MOREIRA et al.*, 2016). Por tratar-se de uma afecção de etiologia multifatorial, o tratamento deve ser multidisciplinar, além de ser essencial o desenvolvimento de estratégias de intervenção precoce para evitar maior comprometimento da qualidade de vida.

6 CONCLUSÃO

- Necessidade de esclarecer as características e os fatores mais predominantes que contribuem para um melhor entendimento do problema;
- O Índice Anamnésico de Fonseca aplicado mostrou a presença de disfunção temporomandibular em 51,9% dos pacientes, sendo a DTM de grau leve a mais prevalente;
- A presença de sintomatologia associada a DTM, segundo o questionário da Academia Americana de Dor Orofacial, foi observada em 49,4% dos pacientes, com maior prevalência de cefaleias, dores no pescoço e dentes (26,3%) e ruídos articulares na ATM (18,7%);
- O Índice OHIP-14 mostrou ser baixo o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes atendidos na rede pública; no entanto, um dos sintomas relatados que mais impactaram negativamente os indivíduos foram dores físicas e distúrbios psicológicos, sugerindo a necessidade de um tratamento multidisciplinar;
- A população estudada sofre com DTM leve, o que justifica o baixo índice de impacto na qualidade de vida, ou seja, o aumento do grau de severidade da DTM impacta negativamente na qualidade de vida do indivíduo;
- Os dados obtidos com esse estudo podem se tornar um poderoso instrumento para subsidiar um processo dinâmico de planejamento e aprimoramento de ações, desencadeando, até mesmo, possíveis estratégias de intervenção referentes à saúde bucal da população atendida na rede pública, principalmente em relação a orientações de medidas de controle da disfunção temporomandibular e dor orofacial, a fim de prevenir danos maiores ao sistema estomatognático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILERA, A. B.; HUNGRÍA, A. B.; VELÁZQUEZ, L. B.; ROSAL, R. S. D.; LÓPEZ, L. G.; AGUILERA, E. B. 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*, v. 19, n. 2, p. 127-135, 2014
- AHMAD, M.; SCHIFFMAN, E. L. **Temporomandibular Joint Disorders and Orofacial Pain.** *Dent Clin North Am.*, v. 60, n. 1, p. 105-124, 2016.
- ALMOZNINO, G.; ZINI, A.; ZAKUTO, A.; SHARAV, Y.; HAVIV, Y.; HADAD, A.; CHWEIDAN, H.; YAROM, N.; BENOLIEL, R. **Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders.** *J Oral Facial Pain Headache*, v. 29, n. 3, p. 231-241, 2015.
- ALVARENGA, F. A. S.; HENRIQUES, C.; TAKATSUP, F.; MONTANDON, A. A. B.; TELAROLLI JUNIOR, R.; MONTEIRO, A. L. C. C.; PINELLI, C.; LOFFREDO, L. C. M. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil.** *Rev. Odontol. UNESP*, v. 40, n. 3, p. 118-124, 2011.
- BÄCK, K.; HAKEBERG, M.; WIDE, U.; HANGE, D.; DAHLSTRÖM, L. **Orofacial pain and its relationship with oral health-related quality of life and psychological distress in middle-aged women.** *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 78, n. 1, p. 74-80, 2020.
- BARROS, V. M.; SERAIDARIAN, P. I.; CÔRTEZ, M. L. S.; DE PAULA, L. V. **The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder.** *J Orofac Pain*, v. 23, n. 1, p. 28-37, 2009.
- BAYAT, M.; ABBASI, A. J.; NOORBALA, A. A.; MOHEBBI, S. Z.; MOHARRAMI, M.; YEKANINEJAD, M. S. **Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders: a case-control study considering psychological aspects.** *Int J Dent Hyg.*, v. 16, n. 1, p. 165-170, 2018.
- BEVILAQUA-GROSSI, D.; CHAVES, T. C.; DE OLIVEIRA, A. S.; MONTEIRO-PEDRO, V. **Anamnestic index severity and signs and symptoms of temporomandibular disorders (TMD).** *Cranio*, v. 24, n. 2, p. 1-7, 2006.

BIASOTTO-GONZALEZ, D. A.; SILVA, D. S.; COSTA, J. M. D.; GOMES, C. A. F. D. P.; HAGE, Y. E.; AMARAL, A. P.; et al. **Análise comparativa entre dois ângulos cervicais com a oclusão em crianças com e sem DTM.** Revista CEFAC, v. 14, n. 6, p. 1146-1152, 2012.

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, v. 20, p. 3-9, 2018.

BLANCO-AGUILERA, A.; BLANCO-HUNGRIA, A.; BIEDMA-VELÁZQUEZ, L.; SERRANO-DEL-ROSA, R.; GONZÁLEZ-LÓPEZ, L.; BLANCO-AGUILERA, E.; SEGURA-SAINT-GERONS, R. **Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal, v. 19, n. 2, , p. e127-135, 2014.

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, v. 22, n. 6, p. 669-678, 2017.

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, v. 21, n. 2, p. 169-177, 2016.

CAMPBELL, L. C.; CLAUW, D. J.; KEEFE, F. J. **Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective.** Biol Psychiatry, v. 54, n. 3, p. 399-409, 2003.

CAMPOS, J. A.; CARRASCOSA, A. C.; BONAFÉ, F. S.; MAROCO, J. **Severity of temporomandibular disorders in women: validity and reability of the Fonseca Anamnestic Index.** Braz Oral Res., v. 28, p. 16-21, 2014.

CAROLINA, A. R.; LAIS, V. M.; MELISSA, O. M.; MARCELO, O. M. **Evaluation of the impact on quality of life of patients with temporomandibular disorders.** Rev Dor, v. 16, n. 3, p. 181-185, 2015.

CARVALHO, C. M.; LACERDA, J. A.; DOS SANTOS NETO, F. P.; DE CASTRO, I. C.; RAMOS, T. A.; DE LIMA, F. O.; et al. **Evaluation of laser phototherapy in the inflammatory process of the rat's TMJ induced by carrageenan.** Photomed Laser Surg., v. 29, n. 4, p. 245-254, 2011.

CASTRO, M. S. J. D.; TORO, A. A. D. C.; SAKANO, E.; RIBEIRO, J. D. **Avaliação das funções orofaciais do sistema estomatognático nos níveis de gravidade de asma.** Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 24, n. 2, p. 119-124, 2012.

CHAVES, T. C.; DE OLIVEIRA, A. S.; Bevilaqua-Grossi, D. **Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte I: índices e questionários; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa.** Fisioterapia e Pesquisa, v. 15, n. 1, p. 92-100, 2008.

CONTI, P. C.; PINTO-FIAMENGGHI, L. M. S.; CUNHA, C. O.; FERREIRA, A. C. C. **Orofacial pain and temporomandibular disorders – the impact an oral health and quality of life.** Braz Oral Res., v. 26, n. 1, p. 120-123, 2012.

CONTI, P.; FERREIRA, P. M.; PEGORARO, L. F.; CONTI, J. V.; SALVADOR, M. C. **A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students.** J Orofac Pain, v. 10, n. 3, p. 254-262, 1996.

DAHLSTRÖM, L.; CARLSSON, G. E. **Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life: a systematic review.** Acta Odontol Scand., v. 68, n. 2, p. 80-85, 2010.

DANTAS, A. M. X.; SANTOS, E. J. L.; VILELA, R. M.; LUCENA, L. B. S. **Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um serviço de controle da dor orofacial.** Rev Odontol UNESP, v. 44, n. 6, p. 313-319, 2015.

DAWSON, B.; TRAPP, R. G. **Bioestatística básica e clínica.** 3 ed. Rio de Janeiro: McGrawHill, 2001.

DE LEEUW, R.; KLASSER, G. D. **Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management.** 5th ed. Batavia, IL: Quintessence, 2013.

DE MELO JÚNIOR, P. C.; AROUCHA, J. M. C. N. L.; ARNAUD, M.; LIMA, M. G. S.; GOMES, S. G. F.; XIMENES, R.; ROSENBLATT, A.; CALDAS JR, A. F. **Prevalence of TMD and level of chronic pain in a group of Brazilian adolescents.** PLoS ONE, v. 14, n. 2, p. e0205874, 2019.

DE OLIVEIRA, A. S.; DIAS, E. M.; CONTATO, R. G.; BERZIN, F. **Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college students.** Pesq Odontol Bras., v. 20, n. 1, p. 3-7, 2006.

DE OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. **Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – short form.** Community Dentistry and Oral Epidemiology, v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005.

DE SIQUEIRA, S. R. D. T.; VILELA, T. T.; FLORINDO, A. A. **Prevalence of headache and orofacial pain in adults and elders in a Brazilian community: an epidemiological study.** Gerodontology, v. 32, n. 2, p. 123-131, 2015.

DERWICH, M.; MITUS-KENIG, M.; PAWLOWSKA, E. **Interdisciplinary approach to the temporomandibular joint osteoarthritis: review of the literature.** Medicina (Kaunas), v. 56, n. 5, p. 225, 2020.

DIMITROULIS, G. **Management of temporomandibular joint disorders: A surgeon's perspective.** Aust Dent J., v. 63, Suppl 1, p. S79-S90, 2018.

DOUGLAS, C. R. **Fisiologia geral do sistema estomatognático. In: Douglas, C. R. Tratado de fisiologia aplicada às ciências médicas.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 816-827.

DOUGLAS, C. R.; ONCINS, M. C. **Fisiologia Geral do Sistema Estomatognático. In: O sistema estomatognático: Anatomia e Desenvolvimento.** São José Dos Campos: SP Pulso, 2011, p. 35-57.

FONSECA, D. M.; BONFANTE, G.; VALLE, A.L.; FREITAS, S. F. T. **Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular.** Rev Gaucha Odontol., v. 42, p. 23-28, 1994.

FRICTON, J. R.; SCHIFFMAN, E. L. **The craniomandibular index: validity.** J Prosthet Dent., v. 58, n. 2, p. 22-228, 1987.

GHURYE, S.; MCMILLAN, R. **Pain-related temporomandibular disorder – current perspectives and evidence-based management.** Dent Update, v. 42, n. 6, p. 539542, 2015.

GOREN, A.; GROSS, H. J.; FUJII, R. K.; Pandey, A.; Mould-Quevedo, J. **Prevalence of pain awareness, treatment, and associated health outcomes across different conditions in Brazil.** Rev Dor, v. 13, n. 4, p. 308-319, 2012.

HEALEY, D. L.; GAULD, R. D. C.; THOMSON, W. M. **Treatment-associated changes in malocclusion and oral health-related quality of life: a 4-year cohort study.** Am J Orthod Dentofacial Orthop., v. 150, n. 5, p. 811-817, 2016.

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

JACOBOVITZ, F.; CARDOSO, C. L.; OLIVEIRA NETO, J. D.; ALBUQUERQUE JÚNIOR, R. F. **Adaptação e validação do “oral health impact profile-14” para a cultura brasileira.** Pesq Odontol Bras., v. 17, p. 252, 2003.

KOMINSKY, M.; GÓES, P. S. A. **Epidemiologia da dor orofacial: tipos de dores mais prevalentes.** In: Teixeira, M. J.; Braun, F. O.; Marques, J. O.; Yeng, L. T. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Ed. Maio, 2003.

KUTILLA, M.; KUTILLA, S.; BELL, Y. L.; ALANEN, P. **Association between TMD treatment need, sick leaves and use of health care services for adults.** Journal of Orofacial Pain, v. 11, n. 3, p. 142-148, 1997.

LARSSON, P. **Methodological studies of orofacial aesthetics, orofacial function and oral health-related quality of life.** Swed Dent J Suppl., v. 204, p. 11-98, 2010.

LEMO, G. A.; PAULINO, M. R.; FORTE, F. D. S.; BELTRÃO, R. T. S.; BATISTA, A. U. D. **Influence of temporomandibular disorder presence and severity on oral health-related quality of life.** Rev Dor, v. 16, n. 1, p. 10-14, 2015.

LIST, T.; HELKIMO, M. **A scale for measuring the activities of daily living (ADL) of patients with craniomandibular disorders.** Swed Dent J, v. 19, n. 1-2, p. 33-40, 1995.

- LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; TOMPSON, B. **Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions.** *Cleft Palate Craniofac J*, v. 42, p. 260-266, 2005.
- MACFARLANE, T. V.; BLINKHORN, A. S.; DAVIES, R. M.; KINCEY, J.; WORTHINGTON, H. V. **Orofacial pain in the community: prevalence and associated impact.** *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 30, n. 1, p. 52-60, 2002.
- MANFREDI, A. S.; SILVA, A. A.; VENDITE, L. L. **Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e distúrbios temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial.** *Rev Bras Otorrinolaringol*, v. 67, n. 6, p. 763-768, 2001.
- MASOOD, M.; NEWTON, T.; BAKRI, N. N.; KHALID, T.; MASOOD, Y. **The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom.** *Journal of Dentistry*, v. 56, p. 78-83, 2017.
- MOREIRA, A. P. S. M.; CRUVINEL, L. L.; BORTOLLETO, P. P. B. **Programa preventivo para dor orofacial e disfunção das articulações temporomandibulares (ATM).** *Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC*, v. 2, p. 308, 2016.
- MORIARTY, O.; MCGUIRE, B. E.; FINN, D. P. **The effect of pain on cognitive function: a review of clinical and preclinical research.** *Prog Neurobiol*, v. 93, n. 3, p. 385-404, 2011.
- OGHLI, I.; LIST, T.; JOHN, M.; LARSSON, P. **Prevalence and oral health-related quality of life of self-reported orofacial conditions in Sweden.** *Oral Diseases*, v. 23, n. 2, p. 233-240, 2017.
- OHRBACH, R.; DWORKIN, S. F. **The Evolution of TMD Diagnosis: Past, Present, Future.** *J Dent Res.*, v. 95, n. 10, p. 1093-1101, 2016.
- OKESON, J. P. **Evolution of occlusion and temporomandibular disorder in orthodontics: Past, present, and future.** *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 147, n. 5S, p. S216223, 2015.
- OLIVEIRA, K. L.; ALMEIDA, G. A.; LELIS, E. R.; TAVARES, M.; FERNANDES, A. F. N. **Temporomandibular disorder and anxiety, quality of sleep, and quality of life in nursing professionals.** *Braz Oral Rev*, v. 29, n. 1, p. 1-7, 2015.

PASTORE, G. P.; GOULART, D. R.; PASTORE, P. R.; PRATI, A. J.; MORAES, M. **Comparison of instruments used to select and classify patients with temporomandibular disorder.** Acta Odontol Latinoam, v. 31, n. 1, p. 16-22, 2018.

PAULINO, M. R.; MOREIRA, V. G.; LEMOS, G. A.; SILVA, P. L. P.; BONAN, P. R. F.; BATISTA, A. U. D. **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, v. 23, n. 1, p. 173186, 2018.

PEDRONI, C. R.; DE OLIVEIRA, A. S.; GUARATINI, M. I. **Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students.** J Oral Rehabil, v. 30, n. 3, p. 283-289, 2003.

PEHLING, J.; SCHIFFMAN, E.; LOOK, J.; SHAEFER, J.; LENTON, P.; FRICTON, J. **Interexaminer reliability and clinical validity of the temporomandibular index: a new outcome measure for temporomandibular disorders.** J Orofac Pain, v. 16, n. 4, p. 296-304, 2002.

PICAVET, H. S.; SCHOUTEN, J. S. **Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study.** Pain, v. 102, n. 1-2, p. 167-178, 2003.

PLESH, O.; ADAMS, S. H.; GANSKY, S. A. **Racial/ethnic and gender prevalences in reported common pains in a national sample.** J Orofac Pain, v. 25, n. 1, p. 25-31, 2011.

ROBSON, F. C. O.; PORDEUS, I. A.; VALE, M. P. P.; PAIVA, S. M. **Validação do oral health impact profile-14.** Pesq Odontol Bras, v. 17, p. 176, 2003.

RODRIGUES, C. A.; MAGRI, L. V.; MELCHIOR, M. D. O.; MAZZETTO, M. O. **Evaluation of the impact on quality of life of patients with temporomandibular disorders.** Rev Dor, v. 16, n. 3, p. 181-185, 2015.

ROMERO-REYERS, M.; UYANIK, J. M.; FIGUEIREDO, V. M. G. **Orofacial pain management: current perspectives.** J Pain Res, v. 7, p. 99-115, 2017.

RUSANEN, J.; SILVOLA, A. S.; Tolvanen, M.; Pirttiniemi, P.; Lahti, S.; Sipilä, K. **Pathways between temporomandibular disorders, occlusal characteristics, facial pain, and oral**

health-related quality of life among patients with severe malocclusion. *European Journal of Orthodontics*, v. 34, n. 4, p. 512-517, 2012.

SCHAPPERT, S. M.; BURT, C. W. **Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-2.** *Vital Health Stat.*, v. 13, n. 159, p. 1-66, 2006.

SCHIFFMAN, E.; OHRBACH, R.; TRUELOVE, E.; LOOK, J.; ANDERSON, G.; GOULET, J. P.; 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*, v. 28, n. 1, p. 6-27, 2014.

SEKULIC, S.; JOHN, M. T.; HÄGGMAN-HENRIKSON, B.; THEIS-MAHON, N. **Dental patients' functional, pain-related, aesthetic, and psychosocial impact of oral conditions on quality of life – project overview, data collection, quality assessment, and publication bias.** *J Oral Rehabil*, v. 48, n. 3, p. 246-255, 2021.

SISCHO, L.; BRODER, H. L. **Qualidade de vida relacionada à saúde bucal: o que, por que, como e implicações futuras.** *J Dent Res*, v. 90, p. 1264-1270, 2011.

SILVA, S. R. C.; LEITE, C. M. C.; FERRAZ, M. A. A. L.; SILVA, M. F. B.; SOUSA, Y. T. C. S. **Dor orofacial e qualidade de vida em adultos.** *Odontol Bras Central*, v. 21, n. 56, p. 421-425, 2012.

SILVA, J. M. D.; SILVA, D. F.; LINS, M. M. S.; RAPOSO, M. J. **Qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos portadores de disfunção temporomandibular: revisão integrativa.** *Arch Health Invest*, v. 10, n. 8, p. 1325-1329, 2021.

SIMONS, L. E.; ELMAN, I.; BORSOOK, D. **Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach.** *Neurosci Biobehav Rev*, v. 39, p. 61-78, 2014.

SLADE, G. D. **Derivation and validation of a short form oral health impact profile.** *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 25, p. 284-290, 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. **Development and evaluation of the oral health impact profile.** *Community Dent Health*, v. 11, p. 3-11, 1994.

SOARES, T. V.; COELHO, P. R.; FERREIRA, L. A.; GUIMARAES, J. P. **Correlação entre severidade da desordem temporomandibular e fatores psicossociais em pacientes com dor crônica.** *Odontol Clin Cient (Online)*, v. 11, n. 3, p. 197-202, 2012.

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*, v. 58, n. 4, p. 483-490, 2016.

TESH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEÃO, A. **Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2555-2564, 2007.

TRIZE, D. M.; CALABRIA, M. P.; FRANZOLIN, S. O. B.; CUNHA, C. O.; MARTA, S. N. **Is quality of life affected by temporomandibular disorders?** *Einstein*, v. 16, n. 4, p. eAO4339, 2018.

VAN DE RIJT, L. J. M.; STOOP, C. C.; WEIJENBERG, R. A. F.; DE VRIES, R.; FEAST, A. R.; SAMPSON, E. L.; LOBBEZOO, F. **The influence of oral health factors on the quality of life in older people: a systematic review.** *Gerontologist.*, v. 60, n. 5, p. e378-e394, 2020.

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. 278-282, 2003.

XU, L.; ZHANG, L.; LU, J.; FAN, S.; CAI, B.; DAI, K. **Head and neck posture influences masticatory muscle electromyographic amplitude in healthy subjects and patients with temporomandibular disorder: a preliminary study.** *Ann Palliat Med*, v. 10, n. 3, p. 2880-2888, 2021.

YOUNG, A. L. **Internal derangements of the temporomandibular joint: A review of the anatomy, diagnosis, and management.** *J Indian Prosthodont Soc*, v. 15, n. 1, p. 27, 2015.

ZHENG, J.; WONG, M. C. M.; LAM, C. L. K. **Key factors associated with oral health-related quality of life (OHRQOL) in Hong Kong Chinese adults with orofacial pain.** *J Dent*, v. 39, n. 8, p. 564-571, 2011.

ZHOU, Y.; XU, M.; Yadav, S. **Temporomandibular joint aging and potential therapies.**
Aging (Albany NY), v. 13, n. 14, p. 17955-17956, 2021.

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Perfil epidemiológico e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes com dor orofacial atendidos na rede pública de um município no interior do estado de São Paulo - Brasil.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Daniel De Bortoli Teixeira

Nome do participante: _____

Data de nascimento: ____/____/____

R.G.: _____

Responsável legal (quando for o caso): R.G.: _____

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa “*Perfil epidemiológico e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes com dor orofacial atendidos na rede pública de um município no interior do estado de São Paulo - Brasil*”, de responsabilidade do (a) pesquisador (a) *Daniel De Bortoli Teixeira*.

Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso aceite fazer parte do estudo, assinie ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. O trabalho tem por objetivo conhecer a prevalência da dor orofacial e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes atendidos na rede municipal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil.
2. A minha participação nesta pesquisa consistirá em responder os questionamentos realizados pelo pesquisador.
3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de constrangimento ao responder as perguntas, no entanto estes riscos serão minimizados uma vez que o participante pode optar pela saída da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.
4. Ao participar desse trabalho estarei contribuindo para o avanço do conhecimento científico sobre saúde bucal na população adulta e para a proteção e a recuperação da saúde da população utilizando os conhecimentos obtidos na pesquisa.
5. A minha participação neste projeto deverá ter a duração aproximada de 10 minutos para responder as questões realizadas.
6. Não terei nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderei deixar de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerei qualquer prejuízo.
7. Fui informado e estou ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, no entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, serei ressarcido.
8. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de minha participação no estudo, poderei ser compensado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde
9. Meu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a minha privacidade, e se eu desejar terei livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas

consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

10. Fui informado que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados poderão ser publicados.
11. Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Daniel De Bortoli Teixeira, pesquisador (a) responsável pela pesquisa, e-mail: danielteixeira@unimar.br, com o pesquisador Ana Luisa dos Santos Rocha (analuisa.rocha@abhu.com.br), e/ou com Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMAR, localizado na Rua **Hygino Muzzy Filho nº1001**, Telefone: 2105-4001, email: cep@unimar.br

Eu, _____, RG, _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Marília, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

ANEXOS

Anexo 1. Índice “*Oral Health Impact Profile – short form*” (OHIP-14)

PERGUNTA	SEMPRE	FREQUEN- TEMENTE	ÀS VEZES	RARA- MENTE	NUNCA	NÃO SABE
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
3. Você sentiu dores em sua boca, dentes ou articulação?						
4. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
5. Você ficou preocupado(a) por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
6. Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
10. Você se sentiu envergonhado(a) por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
11. Você ficou irritado(a) com outras pessoas por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
13. Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca, dentes ou articulação?						

Anexo 2. Índice Anamnésico de Fonseca

PERGUNTA	SIM	NÃO	ÀS VEZES
1. Sente dificuldade para abrir bem a boca?			
2. Você sente dificuldade para movimentar a mandíbula?			
3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?			
4. Sente dores de cabeça com frequência?			
5. Sente dor na nuca ou torcicolo?			
6. Tem dor no ouvido ou nas articulações temporomandibulares?			
7. Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou quando abre a boca?			
8. Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?			
9. Sente que seus dentes não articulam bem?			
10. Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?			

Anexo 3. Questionário para avaliação de disfunção temporomandibular recomendado pela *American Academy of Orofacial Pain* (Academia Americana de Dor Orofacial).

PERGUNTA	SIM	NÃO
1. Você tem dificuldade, dor ou ambas ao abrir a boca, por exemplo, ao bocejar?		
2. Sua mandíbula fica “presa”, “travada” ou sai do lugar?		
3. Você tem dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou usar seus maxilares?		
4. Você percebe ruídos na articulação de seus maxilares?		
5. Seus maxilares ficam rígidos, apertados ou cansados com regularidade?		
6. Você tem dor nas orelhas ou em volta delas, nas têmporas e bochechas?		
7. Você tem cefaleia, dor no pescoço ou nos dentes com frequência?		
8. Você sofreu algum trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares?		
9. Você percebeu alguma alteração recente na sua mordida?		
10. Você fez tratamento recente para um problema não-explicado na articulação temporomandibular?		

Anexo 4. Protocolo de envio do parecer do Comitê de ética da Universidade Marília-SP (UNIMAR)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes com dor orofacial atendidos na rede pública de um município no interior do estado de São Paulo - Brasil **Pesquisador:** DANIEL DE BORTOLI TEIXEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54025721.1.0000.5496

Instituição Proponente: Associação de Ensino de Marília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.172.220

Apresentação do Projeto:

Informações obtidas em PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1827268.pdf

O conhecimento de indicadores de qualidade de vida 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.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a prevalência da dor orofacial e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes atendidos na rede municipal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Neste estudo, um risco seria a falha na proteção de dados. Para diminuir este risco, os integrantes da pesquisa também se comprometem a garantir total sigilo das informações obtidas.

A pesquisa epidemiológica apresenta benefícios sociais que superam os eventuais riscos relatados, visando um futuro avanço de conhecimentos científicos sobre saúde bucal na população adulta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Destaca-se a relevância da pesquisa para a saúde bucal da população.

Endereço: Av. Higino Muzzy Filho nº 1001 Bloco - 1 - Piso Superior
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 17.525-902
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)2105-4001 **E-mail:** cep@unimar.br



Continuação do Parecer: 5.172.220

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Por fim, ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/03, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1827268.pdf	02/12/2021 13:52:38		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_Ana.pdf	02/12/2021 13:52:14	DANIEL DE BORTOLI TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoInfraestrutura.pdf	02/12/2021 13:43:19	DANIEL DE BORTOLI TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ana.pdf	02/12/2021 13:42:29	DANIEL DE BORTOLI TEIXEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_cep_ANA.pdf	02/12/2021 13:41:25	DANIEL DE BORTOLI TEIXEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARILIA, 16 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Tereza Lais Menegucci Zutin
(Coordenador(a))

Endereço: Av.Higyno Muzzy Filho nº 1001 Bloco - I - Piso Superior
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 17.525-902
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)2105-4001 **E-mail:** cep@unimar.br