

O IMPACTO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL NA QUALIDADE DO SONO

DYSFUNCTION AND IMPACT TEMPOROMANDIBULAR OROFACIAL PAIN IN SLEEP QUALITY

GABRIELA VILELA PUPIM^{1*}, FABIANO CARLOS MARSON², CLEVERSON OLIVEIRA E SILVA³, ÉRIKA CRISTINA FERREIRA⁴, SUZANA GOYA⁵, PATRICIA SARAM PROGIANTE⁶

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Pós-Doutorado em Dentística, Professor do Curso de Graduação e Pós Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 3. Professor Doutor do Curso de Odontologia da Faculdade Ingá e UEM; 4. Doutoranda em Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências da Saúde e Bacharel em Estatística na UEM; 5. Pós Doutorada em Saúde Coletiva na Universidade de São Paulo – Faculdade de Odontologia de Bauru, Professora do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 6. Professora Doutora em Saúde Coletiva na Universidade de São Paulo – Faculdade de Odontologia de Bauru, Professora do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá.

* Rua Mário Clapier Urbinati, 15, Apto. 507, Zona7, Maringá, Paraná, Brasil, CEP: 87020-260. gabrielavupim@gmail.com

Recebido em 19/06/2015. Aceito para publicação em 24/08/2015

RESUMO

O objetivo geral do estudo foi estudar a Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e seus fatores associados em adultos na Cidade de Maringá – PR. Os objetivos específicos foram: Descrever a amostra de acordo com aspectos socio-demográficos; estimar a prevalência de DTM e de Dor Orofacial; conhecer os fatores associados a DTM e Dor Orofacial; descrever a associação entre DTM e Dor Orofacial com aspectos psicossociais e sua relação com a qualidade do sono. O método utilizado foi um estudo de delineamento transversal de base populacional, na população da cidade de Maringá, Paraná. As informações referidas foram obtidas através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios da população estudada, realizadas no período de agosto de 2011 à março de 2014. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Ingá com o CAAE 0071.0.362.000-11 e com o Parecer número 0071/11. A população do estudo foi composta por pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR. A população do estudo foi composta por 568 pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, padronizado e pré testado, contendo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas ao sono. Aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais e de posicionamento e movimento articular); Aplicação do Eixo I do RDC/TMD (questão de 1 a 7) - (fatores de posicionamento e movimento articular); Questionário de Avaliação do Sono (SAQ). Com relação às variáveis independentes, foram analisadas as variáveis demográficas: sexo, idade, cor/raça, etnia e estado civil; as variáveis socioeconômicas: escolaridade, situação ocupacional e renda familiar; variáveis psicossociais; condições de saúde e presença de morbidade. Após a seleção dos pacientes, com posse da lista, contendo endereço do mesmo, entrevistas estruturadas, foram realizadas, com a seguinte sequência: a) Leitura e Assinatura do Termo de Consentimento por parte do paciente; b) Aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais e de posicionamento e movimento articular); c) Aplicação do Eixo I do RDC/TMD - (fatores de

posicionamento e movimento articular); d) Questionário de Avaliação do Sono (SAQ). Após aplicação dos questionários, estes foram tabulados em planilhas do Pacote *Microsoft Excel 2010*. Os resultados mostram que 77,5% dos entrevistados apresentaram distúrbios de sono. Quanto à qualidade de vida, os domínios psicológicos e relações sociais foram os que apresentaram maior qualidade de vida enquanto o que apresentou menor qualidade de vida foi o domínio auto avaliação da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: DTM, dor orofacial.

ABSTRACT

The overall objective of this study was to study the Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain and its associated factors among adults in the city of Maringá - PR. The specific objectives were: To describe the sample according to socio-demographic factors; estimate the prevalence of TMD and Orofacial Pain; know the factors associated with TMD and Orofacial Pain; describe the association between TMD and Orofacial Pain with psychosocial aspects and its relation to the quality of sleep. The method used was a cross-sectional population-based study, the population of the city of Maringá, Paraná. The information referred to were obtained through structured interviews conducted in households of the population studied, conducted from August 2011 to March 2014. This study was approved by the Ethics Committee of the Faculty Inga with the CAAE 0071.0.362.000-11 and the Opinion number 0071/11. The study population was comprised of people aged 20 to 65, Public Health Service users in Maringá - PR. The study population consisted of 568 people aged 20 to 65, Public Health Service users in Maringá - PR. For data collection was used a structured, standardized and pre tested, containing demographic, socioeconomic, behavioral, psychosocial, and sleep-related. Axis II of the application of the RDC / TMD (socioeconomic and psychosocial factors and positioning and joint movement); Axis I application of the RDC / TMD (issue 1-7) - (positioning factors and joint movement); Sleep Assessment Questionnaire (SAQ). With respect to the independent variables, demographic variables were analyzed: sex, age, color / race, ethnicity and marital status; socioeconomic vari-

ables: education, occupational status and family income; psychosocial variables; of health status and morbidity conditions. After the selection of patients, a lists of possession with containing the same address, structured interviews were conducted, following the sequence: a) Reading and Consent Form signature by the patient; b) Application of Axis II of the RDC/ TMD (socioeconomic and psychosocial factors and positioning and joint movement); c) Application of Axis I RDC/ TMD - (positioning factors and joint movement); d) Sleep Assessment Questionnaire (SAQ). After the questionnaires, these were tabulated in Microsoft Excel spreadsheets Package 2010. The results show that 77.5% of respondents had sleep disorders. Regarding quality of life, psychological and social relationships domains were those with the highest quality of life while the one with lower quality of life was the self-control evaluation of quality of life.

KEYWORDS: TMD, pain orofacial.

1. INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) representa um conjunto de manifestações clínicas, ou seja, uma síndrome envolvendo os músculos mastigatórios, as articulações temporomandibulares e estruturas associadas. Os sinais e sintomas que mais evidenciam são: Cefaleia, mialgias, zumbido, dor à palpação muscular e/ou articular, função mandibular limitada e ruídos articulares, com prevalência total destes sintomas atingindo mais de 75% da população adulta^{1,2}.

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) podem ser definidas como um conjunto de condições dolorosas e/ou disfuncionais, que envolvem os músculos da mastigação e/ou as articulações temporomandibulares (ATM)³, sendo que os seus sintomas atingem cerca de 75% da população adulta⁴.

Atualmente, o Critério Diagnóstico para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD) oferece a melhor classificação para DTM, já que inclui não apenas métodos para classificação diagnóstica física das DTMs presentes no seu eixo I, mas ao mesmo tempo, métodos para avaliar a intensidade e severidade da dor crônica e os níveis de sintomas depressivos presentes no eixo II⁵.

A DTM apresenta prevalência discrepante devido a variabilidade de critérios diagnósticos⁶. Estima-se que na população adulta 40-75% apresentem, ao menos um sinal de disfunção temporomandibular como ruídos e 33% pelo menos um sintoma como dor na face ou na ATM^{7,8}.

No que se refere a dor orofacial, esta abrange as dores de cabeça de uma forma geral incluindo a dor neurovascular, a dor músculo esquelética mastigatória, os transtornos da ATM, ainda podendo se manifestar através de distúrbios do sono entre outros⁹.

Segundo pesquisas, portadores de DTM Crônica apresentam algum grau de impacto da dor em suas vidas e no sono, as quais podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometerem substanci-

almente a qualidade de vida¹⁰.

O objetivo geral do estudo foi estudar Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e seus fatores associados em adultos na Cidade de Maringá – PR.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento

Estudo de delineamento transversal de base populacional, na população da cidade de Maringá, Paraná. As informações referidas foram obtidas através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios da população estudada, realizadas no período de agosto de 2011 à março de 2014. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Ingá com o CAAE 0071.0.362.000-11 e com o Parecer número 0071/11. A população do estudo foi composta por pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR

Localização geográfica do estudo

Segundo dados epidemiológicos do IBGE, o município de Maringá, situado no noroeste do estado do Paraná é composto por aproximadamente 357.077 mil habitantes sendo o número de homens equivale a 48% (171.396) e o número de mulheres 52% (185.680). A cidade conta com 25 Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade Central (Secretaria de Saúde), 13 hospitais e 8 instituições de ensino superior, 43 escolas municipais, 34 de escolas estaduais, 28 escolas particulares e 87 pré-escolas.

O perfil étnico populacional da amostra do município constitui-se de descendentes de italianos, japoneses, portugueses, poloneses, árabes, alemães, ou seja, possui uma etnia mista. A cidade está localizada a 420 quilômetros de Curitiba, a 554,9 metros de altitude, de clima subtropical, com uma área de 489,8 km²

População do estudo

A população do estudo foi composta por 568 pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR. Estima-se que a cidade de Maringá possua 135 mil habitantes, com idade entre 20 e 62 anos (dados fornecidos pelo CECAPS – Anexo G)

Seleção da amostra

Foram incluídas apenas as pessoas com idade entre 20 a 65 anos cadastradas como ativas no Sistema de Usuários do Município. Esta estratégia visa excluir pessoas com duplicidade de inserção no sistema, as que mudaram de endereço e as que faleceram.

Foram excluídos pacientes, no pré-operatório, que relataram doença periodontal aguda (problemas agudos), pacientes com odontalgia por cárie e/ou abscesso, pacientes que estavam fazendo uso de anti-inflamatórios

(exceto paracetamol), ansiolíticos, anticonvulsivantes e/ou analgésicos opioides e aqueles com algum tipo de doença sistêmica ou desordens psicológicas que criem dificuldades na aplicação do questionário. Isto se deve ao fato que as condições anteriormente citadas podem influenciar nos diagnósticos da DTM (Disfunção Temporomandibular) e DOF (Dor Orofacial).

Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, padronizado e pré testado, contendo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas ao sono.

- Aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais e de posicionamento e movimento articular): (RDC/TMD) que emprega um sistema de dois eixos para o diagnóstico e classificação das desordens temporomandibulares (DTM). O eixo II é usado para avaliar fatores comportamentais, psicológicos e psicossociais relevantes ao tratamento de pacientes com DTM. Este eixo inclui uma escala de dor crônica graduada, medidas de depressão e número de sintomas físicos não específicos, bem como uma avaliação de limitação da habilidade de movimentação mandibular. O RDC/TMD se atém nas formas mais comuns de desordens musculares e articulares excluindo as desordens menos frequentes, para as quais ainda há pouca concordância nos métodos de confiabilidade e validade de identificação e definição dos casos⁹.

- Aplicação do Eixo I do RDC/TMD (questão de 1 a 7) - (fatores de posicionamento e movimento articular)⁹. O eixo I busca o diagnóstico físico das desordens dos músculos mastigatórios e das articulações.

- Questionário de Avaliação do Sono (SAQ): O questionário aplicado apresenta 19 questões que permitem respostas com pontuações de 0 a 4, que somadas classificam o indivíduo quanto a presença ou não de distúrbio do sono. O ponto de corte escolhido foi 16, por ser o de maior sensibilidade (0,73) e especificidade (0,80). Portanto, indivíduos com escore total até 16 pontos são classificados “sem distúrbio do sono” e os acima desse valor “com distúrbio do sono”²² Variável dependente (DTM).

3. DISCUSSÃO

Foram avaliados dados de 568 pacientes, 77,5% (n=440) do sexo feminino e 22,5% (n=128) do sexo masculino. As faixas etárias mais presentes na amostra foram de 20 a 29 anos, representado por 31,7% (n=180) dos pacientes e 35,0% (n=199) deles de 30 a 39 anos. Quase a metade dos pacientes, 49,6% (n=282) eram Casados(as) e 38,9% (n=221) deles eram casados(as). A maioria, 67,8% (n=385) tinha pele branca e quanto à escolaridade, 46,7% (n=265) relataram terem concluído a faculdade (Tabela 1).

A idade média dos pacientes avaliados foi de 35,3±9,8 anos. Já no Questionário de Avaliação do Sono (SAQ) a média foi de 26,6±12,1, lembrando que, indivíduos com escore total até 16 pontos são classificados “sem distúrbio do sono” e os acima desse valor “com distúrbio do sono”. Já quanto à qualidade de vida, os domínios psicológicos e relações sociais foram os que apresentaram maior qualidade de vida enquanto o que apresentou menor qualidade de vida foi o domínio auto avaliação da qualidade de vida, lembrando que o escore máximo que pode ser obtido em cada domínio é de 20 pontos.

Tabela 1. Descrição das variáveis qualitativas demográficas e socioeconômicas, em adultos de Maringá- Pr, 2012.

| Variáveis | N | % |
|----------------------|-----|------|
| Gênero | | |
| Feminino | 440 | 77,5 |
| Masculino | 128 | 22,5 |
| Faixa etária | | |
| 20 a 29 anos | 180 | 31,7 |
| 30 a 39 anos | 199 | 35,0 |
| 40 a 49 anos | 140 | 24,6 |
| 50 a 59 anos | 44 | 7,7 |
| 60 anos ou mais | 5 | 0,9 |
| Estado Civil | | |
| Casado (a) | 282 | 49,6 |
| Viúvo (a) | 5 | 0,9 |
| Divorciado (a) | 21 | 3,7 |
| Separado (a) | 39 | 6,9 |
| Solteiro (a) | 221 | 38,9 |
| Cor da pele | | |
| Asiático ou indígena | 32 | 5,6 |
| Parda ou mestiça | 109 | 19,2 |
| Negro | 33 | 5,8 |
| Branco | 385 | 67,8 |
| Outro | 9 | 1,6 |
| Escolaridade | | |
| Escola Primária | 34 | 6,0 |
| Escola Ginásial | 79 | 13,9 |
| Científico | 190 | 33,5 |
| Faculdade | 265 | 46,7 |

A qualidade de vida geral foi de 65,7 pontos sendo que o valor máximo que poderia ser obtido é 100 (Tabela 2).

Como se pode observar na Tabela 3, os entrevistados tiveram em média 2,2±5,8 dias de incapacidade, a maioria deles 87,1% (n=495) tiveram zero pontos de incapacidade (quando avaliado os dias). Em média os entrevistados tiveram 0,9±1,3 pontos de incapacidade sendo que 60,9% (n=346) tiveram zero ponto de incapacidade.

Tabela 2. Descrição das variáveis quantitativas, idade, SAQ e domínios da qualidade de vida, em adultos de Maringá- PR, 2012.

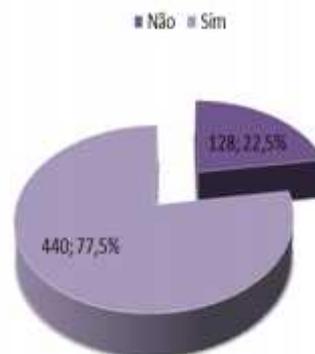
| Variáveis | Média | Desvio padrão |
|-------------------------------------|-------|---------------|
| Idade | 35,3 | 9,8 |
| SAQ (Sono) | 26,6 | 12,1 |
| Qualidade de Vida (Domínios) | | |
| Físico | 13,7 | 2,7 |
| Psicológico | 13,9 | 2,7 |
| Relações Sociais | 13,9 | 3,4 |
| Meio Ambiente | 12,4 | 2,3 |
| Auto avaliação da QV | 11,8 | 4,3 |
| Total | 13,2 | 2,1 |
| Qualidade de vida Geral | 65,7 | |

Tabela 3. Descrição das variáveis relacionadas a intensidade da dor, em adultos de Maringá- PR, 2012.

| Intensidade da dor | | |
|--|--------------|----------------------|
| | Média | Desvio Padrão |
| Dias de incapacidade | 2,2 | 5,8 |
| | n | % |
| 0 Pontos de incapacidade | 495 | 87,1 |
| 1 ponto de incapacidade | 50 | 8,8 |
| 2 pontos de incapacidade | 19 | 3,3 |
| 3 pontos de incapacidade | 4 | 0,7 |
| | Média | Desvio Padrão |
| Pontos de incapacidade | 0,9 | 1,3 |
| | n | % |
| 0 Pontos de incapacidade | 346 | 60,9 |
| 1 ponto de incapacidade | 66 | 11,6 |
| 2 pontos de incapacidade | 59 | 10,4 |
| 3 pontos de incapacidade | 97 | 17,1 |
| Soma dos pontos de incapacidade | n | % |
| 0 | 330 | 58,1 |
| 1 | 97 | 17,1 |
| 2 | 61 | 10,7 |
| 3 | 46 | 8,1 |
| 4 | 23 | 4,0 |
| 5 | 9 | 1,6 |
| 6 | 2 | 0,4 |
| Classificação da dor Crônica | | |
| Grau I - Baixa intensidade | 289 | 50,9 |
| Grau II - Alta intensidade | 199 | 35,0 |
| Grau III - Limitação Moderada | 69 | 12,1 |
| Grau IV - Limitação Severa | 11 | 1,9 |

Quando somado os dias de incapacidade com os pontos de incapacidade, ficou evidenciado que a maioria dos entrevistados, 58,1% (n=330) tiveram 0 pontos de incapacidade, 17,1% (n=91) tinham um ponto de incapacidade e 10,7% (n=61) 2 pontos de incapacidade. Já quanto a classificação da dor crônica ficou evidenciado, que 50,9% (n=289) tinha baixa intensidade da dor, 35,0% (n=199) alta intensidade, 12,1% (n=69) limitação moderada e 1,9% (n=11) limitação severa.

Ao avaliar a Figura 1, podemos verificar que 77,5% (n=440) tinham distúrbio de sono.

**Figura 1.** Descrição das variáveis qualitativas, classificação SAQ (Distúrbio ou não do sono), em adultos de Maringá- PR, 2012.

4. DISCUSSÃO

Os distúrbios temporomandibulares (DTMs) são alterações clínicas que acometem o sistema neuromuscular, localizadas na região da articulação temporomandibular, trazendo dor orofacial. Os fatores comportamentais e a qualidade de vida podem estar envolvidos tanto na etiologia, quanto na progressão da doença. Os sinais e sintomas que mais se evidenciam são: Cefaléia, mialgias, zumbido, dor à palpação muscular e/ou articular, função mandibular limitada e ruídos articulares, com a prevalência total destes sintomas atingindo mais de 75% da população adulta^{1,2}.

As DTMs incluem uma variedade de desordens musculoesqueléticas, as quais podem afetar a função mandibular. Dor e disfunção da ATM e estruturas associadas podem ser uma origem da dor de cabeça e da dor orofacial. O correto manejo da ATM e estruturas correlacionadas, potencializam a eficácia no tratamento com a redução de terapia medicamentosa¹¹.

Matos *et al.* (2009)¹² afirmam que a DTM possui etiologia multifatorial e é causada pela interação desfavorável entre traumatismos, hábitos parafuncionais, má oclusão, excessiva abertura bucal doença sistêmica, atividades posturais inadequadas e fatores psicossociais, deduzindo que nenhum fator é preponderante ao outro. Neste trabalho agora apresentado, procurou-se estudar fatores psicossociais que podem causar DTM e dor orofacial, sendo que, com relação à qualidade do sono, os resultados deste trabalho mostraram que 77,5% (n=440)

das pessoas entrevistadas apresentam algum grau de distúrbio do sono o que se assemelha com um outro estudo realizado no Centro de Dor Orofacial da Universidade de Kentucky, nos Estados Unidos, envolvendo 137 pacientes em tratamento de DTM, que procurou relacionar qualidade do sono, dor e estresse psicológico em pacientes com DTM. Eles completaram questionários em sua primeira visita clínica para avaliar os três fatores estudados. Para verificar a qualidade do sono foi utilizado o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (*Pittsburgh Sleep Quality Index* – PSQI). Nesse estudo os autores utilizaram a média de corte (Score Total PSQI) “10”, dividindo os pacientes em dois grupos: 67 com qualidade de sono ruim e 70 com qualidade boa. O resultado desse estudo apoia a frequente relação entre dor severa, estresse psicológico e distúrbio do sono em pacientes com DTM¹³.

Trabalho realizado com 200 pacientes consecutivos na Faculdade de Odontologia Leopoldo Mandic, mostrou que 81% dos pacientes que procuraram tratamento de DTM foram mulheres, com uma idade média de 36,5 anos, sendo a dor a queixa mais frequente na procura por tratamento em 86% dos pacientes, sendo a região parotídeo-massetérica a mais citada (53%), seguida da região temporal (20%), peri auricular (19%) e frontal (10%). A média de intensidade de dor nessas regiões foi de 6,9 numa escala de 1 a 10¹⁴. O que vem de encontro com resultados obtidos em Maringá.

A DTM apresenta prevalência discrepante devido a variabilidade de critérios diagnósticos⁶. Estima-se que a população adulta 40-75% apresentem, ao menos um sinal de disfunção temporomandibular como ruídos e 33% pelo menos, um sintoma como dor na face ou na articulação temporomandibular (ATM)^{7,8}.

No que se refere a dor orofacial, esta abrange as dores de cabeça de uma forma geral incluindo a dor neurovascular, a dor músculo esquelética mastigatória, os transtornos da articulação temporomandibular, ainda podendo se manifestar através de distúrbios do sono entre outros⁹.

O bruxismo do sono (BS) é definido como atividade oral caracterizada pelo ranger ou apertar dos dentes durante o sono, geralmente associada com microdespertares, existindo assim o BS e o bruxismo da vigília. Entre os efeitos indesejáveis resultante deste distúrbio estão desgaste dos dentes, hipersensibilidade dentária a estímulos térmicos, dor orofacial e cefaleia temporal¹⁵.

Os portadores de disfunção temporomandibular crônica apresentam algum grau de impacto da dor em suas vidas e no sono as quais podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo além de comprometerem substancialmente a qualidade de vida¹⁰.

A disfunção temporomandibular pode ser considerada a principal causa de dor não dentária que acomete a região orofacial⁸. O impacto da DTM na qualidade de vida e capacidade laboral de um indivíduo é diretamente pro-

porcional a cronicidade da dor e a dor da disfunção temporomandibular crônica incapacitante resulta em perdas significativas de dias laborais e custos relacionados aos cuidados da saúde¹⁶.

Importantes fatores no dia a dia do ser humano influenciam na qualidade de vida do indivíduo quando este apresenta problemas em sua saúde bucal, tanto no seu aspecto funcional quanto estético, a DTM pode ocasionar dificuldades para relaxar, dor, restrição em comer determinados alimentos e a perda da vontade de sair de casa, podendo levar até o isolamento social^{17,18}.

A prevalência de bruxismo na população em geral é relativamente alta. Além disso, as mulheres são as que relatam mais bruxismo do sono¹⁹.

Guedes *et al.* (2013)² relata a DTM em seu estudo como uma das principais causas de dor crônica facial, e que está relacionada com o estresse físico e psicossomático como fadiga, alterações do sono, ansiedade e depressão.

Em relação a qualidade de sono em pacientes expostos a condição de DTM segundo²⁰, os trabalhos avaliados até o presente momento não nos permitem estabelecer relação positiva entre o bruxismo do sono (BS) e a DTM, porém quando se cruzam os descritores bruxismo do sono, disfunção temporomandibular e polissonografia (PSG), reforçam a necessidade de encaminhar pacientes com DTM com queixas de distúrbios do sono para avaliação polissonográfica.

Outro estudo ainda quando relaciona os graus de dor crônica e os níveis de sonolência demonstrou grau de DTM leve em sua maioria e uma pequena parcela, DTM severa. Os resultados mostraram que a distribuição das DTMs na população geral foi de 51% para DTM leve, 23% para DTM moderada e 7% para DTM severa. E ainda, cerca de 50% possui um PSQId (índice de qualidade do sono) <5, com sono de baixa qualidade, este mesmo trabalho mostrou que o aumento do grau de desordem leva a uma piora da qualidade do sono ou vice-versa, com 50% da população sem DTM apresentando PSQI<5 para 70% da população com DTM severa apresentando PSQI<5. Por ser estudo de prevalência (sem testes de correlação ou associação), foi sugerido que os resultados sejam utilizados para identificar uma tendência a ser confirmada em estudos futuros²¹.

Ao serem relacionados a qualidade do sono dos pesquisados e a ocorrência de disfunção temporomandibular, verificou-se uma relação direta. Estudos relacionaram os distúrbios do sono com a DTM²².

Outro estudo realizado no Centro de Dor Orofacial da Universidade de Kentucky, nos Estados Unidos envolvendo 137 pacientes em tratamento de DTM, procurou relacionar qualidade do sono, dor e estresse psicológico em pacientes com DTM. Eles completaram questionários em sua primeira visita clínica para avaliar os três fatores estudados. Para verificar a qualidade do sono foi

utilizado o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (*Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI*). Nesse estudo os autores utilizaram a média de corte (Escore total do PSQI “10”, dividindo os pacientes em dois grupos: 67 com qualidade de sono ruim e 70 com qualidade boa. O resultado desse estudo apóia a freqüente relação entre dor severa, estresse psicológico e distúrbio do sono em pacientes com DTM²³.

5. CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa demonstraram que quando encontrou-se a presença de DTM houve uma diminuição na qualidade do sono.

Considerando-se o papel do sono na vida do indivíduo e os efeitos prejudiciais na sua falta, um nível de sono não adequado influi diretamente na qualidade de vida, podendo inclusive causar reclusão social, ansiedade, e baixa na auto-estima, dessa forma, o questionário se mostrou eficiente em avaliar, de forma simples e objetiva, quais os pacientes são mais propensos a estes problemas. Assim, possibilita uma melhor orientação ao paciente que deve procurar centros especializados para tratamento do distúrbio do sono.

REFERÊNCIAS

- [1] Lim PF, Smith S, Bhalang K, Slade GD, Maixner W. Development of temporomandibular disorders is associated with greater bodily pain experience. *Clin J Pain* 2010; 26: 116-20.
- [2] Guedes CC, Motta JL, Giuriato BJ. Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida de Adolescentes com Sinus e Sintomas de DTM. *Revista de Odontologia da UBC*. 2013; 12:5-15.
- [3] Goldstein BH. Temporomandibular disorders: a review of current understanding. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, St. Louis. 1999; 88:379-85.
- [4] Solberg WK, Woo MW, Houston JB. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *J. Am. Dent. Assoc.* Chicago. 1979; 98(1):25-34.
- [5] Branco RS, Branco CS, Tesch RS, Rapoport A. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. Maringá. 2008; 3(2):61-9.
- [6] Rodrigues JH, Biasotto-Gonzalez DA, Bussadori SK, *et al.* Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorders and Their Impact on Psychosocial Status in Non-Patient University Student's Population. *Physiother. Res. Int.* 2012; 17:21-8.
- [7] Carrara SV, Conti PC, Barbosa JS. Termo do 1º consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental J. Orthod.* 2010; 15(3):114-20.
- [8] Leeuw R. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. 4ª ed. São Paulo: Quintessence, 2010.
- [9] American Academy of Orofacial Pain (AAOP) [INTERNET]. 2013. Disponível em: http://www.aaop.org/content.aspx?page_id=228club_id_5084398module_id=107325
- [10] Humming W, Neto SJ, Tonial LF. Dor crônica relacionada a qualidade do sono. *Einstein*. 2014; 12(2):159-63.
- [11] Bender SD. Temporomandibular Disorders, Facial Pain, and Headacheshead_2134 22.25. *The Journal of Head & Face Pain: Headache*. 2012; 52:S1:22-25.
- [12] Matos FSF. A utilização das placas mio-relaxantes nas disfunções temporomandibulares. Governador Valadares, 2009. 36f. Monografia (Especialização) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce.
- [13] Sundefeld MMLM, Garbin SAC, *et al.* Relação da classe econômica e qualidade do sono na ocorrência de DTM. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2008; 20(2):147-53.
- [14] Cordeiro TB, Guimarães AS. Profile of patients with temporomandibular joint disorder: main complaint, signs, symptoms, gender and age RGO - *Rev Gaucha Odontol.* Porto Alegre. 2012; 60(2):143-48.
- [15] Camparis CM, Siqueira JT. Sleep bruxism: clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 101:188-93.
- [16] IASP. Dor na disfunção temporomandibular. *International Association for the Study of Pain*. 2009; 1-2.
- [17] Alves MSCF, Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA. A dor e a perda dentária: Representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet.* 2006; 11(1):211-8.
- [18] Ferreira EF, Magalhães CS, Silva MES, Vilaça EL. Impacto da Perda dentária na qualidade de vida. *Rev Ciênc e Saúde Colet.* 2007; 15(3):813-20.
- [19] Giovana F; Estudo da Associação entre Bruxismo do Sono, Disfunção Temporomandibular e Cefaléias Primárias. *Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Araraquara*, 2011.
- [20] Cunali AP, Farias DCA, *et al.* Bruxismo do sono e disfunções temporomandibulares: revisão sistemática. *Rev Dor. São Paulo*. 2012; 13(4):360-4.
- [21] Shibayama R, Zuim J, *et al.* Avaliação da Qualidade do Sono em Grupos com Diferentes Níveis de Desordem temporomandibular. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 2008; 8(2):165-9. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63711746005>.
- [22] Yatani H, Studts J, Cordova M, *et al.* Comparison of sleep quality and clinical and psychologic characteristics in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2002; 16(3):221-8.
- [23] Sundefeld MMLM, Garbin SAC, *et al.* Relação da classe econômica e qualidade do sono na ocorrência da disfunção temporomandibular *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2008; 20(2):147-53.