



FACULDADES NOVA ESPERANÇA
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

MARIA PAULA CARNEIRO DE BRITO OLIVEIRA

**SINTOMAS DE DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR E O IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA E SONO EM ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

JOÃO PESSOA-PB

2022

MARIA PAULA CARNEIRO DE BRITO OLIVEIRA

**SINTOMAS DE DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR E O IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA E SONO EM ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdades Nova Esperança como parte dos requisitos
exigidos para a conclusão do curso de Bacharelado em
Odontologia.

Orientadora: Me. Priscilla Kelly Batista da Silva Leite Montenegro

JOÃO PESSOA-PB

2022

O48s

Oliveira, Maria Paula Carneiro de Brito

Sintomas de desordem temporomandibular e o impacto na qualidade de vida e sono em estudantes de odontologia / Maria Paula Carneiro de Brito Oliveira. – João Pessoa, 2022.

32f.; il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Priscilla Kelly Batista da Silva Leite Montenegro.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

MARIA PAULA CARNEIRO DE BRITO OLIVEIRA

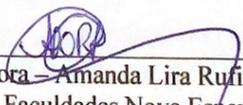
**SINTOMAS DE DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR E O IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA E SONO EM ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

Relatório apresentado à Faculdades Nova Esperança como parte das exigências para a obtenção do título de Cirurgião-dentista.

João Pessoa, 30 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Priscilla Kelly Batista da Silva Leite Montenegro
Orientadora - Prof. Me. Priscilla Kelly Batista da Silva Leite Montenegro
Faculdades Nova Esperança


Avaliadora - Amanda Lira Rufino de Lucena
Faculdades Nova Esperança

Marcos André Azevedo da Silva
Avaliador - Marcos André Azevedo
Faculdades Nova Esperança

Com gratidão, dedico este trabalho aos meus pais que sempre foram os pilares da minha formação como ser humano, minhas irmãs que sempre foram as maiores incentivadoras dos meus estudos, e a Deus, sem ele nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

A certeza de nunca estar sozinha sempre me deu forças para continuar esta caminhada. Agradeço a Deus por demonstrar seu amor por mim em todos os momentos, protegendo-me e colocando pessoas essenciais em meu caminho.

Agradeço à minha família por ser meu porto seguro. Gostaria de agradecer em especial à minha mãe, Ana Paula de Brito, a senhora se sacrificou para poder me proporcionar oportunidades maravilhosas e é o principal motivo de mais essa vitória. Agradeço às minhas irmãs, Lourena Brito e Anna Júlia Brito, que sempre torceram pelo meu sucesso e foram o combustível nessa caminhada. Ao meu companheiro Bruno Souza, por toda paciência e apoio, pois foram essenciais para tornar essa caminhada leve.

Imensa gratidão à minha orientadora, Priscilla Leite, a qual sempre admirei pela conduta em sala de aula e mais ainda durante as clínicas, profissional excepcional. Seu conhecimento teórico e prático tornam privilegiados os alunos que trabalham ao seu lado. Obrigada por tanto, sobretudo, pela orientação cuidadosa.

Além disso, agradeço ao antigo coordenador do curso de Odontologia, Yuri Martins, por toda empatia, que nos enxergava não apenas como alunos mas como seres humano, nos compreendia e sempre buscava ajudar da melhor forma, minha eterna gratidão.

Em especial, agradeço aos meus colegas de turma, a eterna turma da noite, construímos uma família, aquela que está presente em todos os momentos, sejam eles de felicidade ou de tristeza, aqueles que compartilhei tantos momentos inesquecíveis, vocês foram a peça chave para tornar esta caminhada leve. Obrigada por todo ensinamento, todo conselho, abraço, por toda conversa e brincadeira no “nosso banco”, levarei todos comigo para sempre.

RESUMO

A desordem temporomandibular (DTM) causa grande impacto na qualidade de vida das pessoas, desenvolve níveis de limitação e conseqüentemente problemas psicossociais. Para isso, a autopercepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) torna-se de suma importância na busca de compreender as limitações e o sofrimento dos indivíduos com estas alterações. Este estudo tipo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa avaliou como a desordem temporomandibular reflete de forma negativa na QVRSB e de sono dos alunos do curso de odontologia da Faculdades de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). A amostra foi constituída por 66 estudantes, avaliados a partir da aplicação de três questionários: inicialmente para verificar a presença da DTM e o grau de severidade através do questionário anamnésico de Fonseca (FAI); a versão resumida do questionário OHIP-14 que avaliou a QVRSB, e a aplicação do questionário de Pittsburgh para analisar a qualidade do sono. Os dados foram processados com o auxílio do programa de software estatístico SPSS versão 28 (Statistical Package for Social Sciences) e do teste qui-quadrado. Foi identificado que em 65,1% dos participantes haviam pelo menos algum grau de DTM sendo 34,8% (n=23) com DTM leve; 25,8% (n=17) moderada e 4,5% (n=3) severa, enquanto 34,8 não apresentaram nenhuma sintomatologia de DTM. Os resultados obtidos a partir do OHIP-14 apresentaram maior impacto na qualidade de vida nos domínios relacionados a desconforto psicológico (1,23), dor física (1,14) e incapacidade psicológica (1,0). Quanto a avaliação da qualidade do sono, os estudantes com DTM moderada ou grave, 25% apresentaram uma boa qualidade de sono, 42% qualidade de sono ruim e 33% apresentaram distúrbios de sono. Os achados mostram que existe um impacto negativo da DTM na qualidade de vida e de sono dos estudantes de odontologia.

Palavras-chave: Desordem Temporomandibular. Qualidade de vida. Transtornos da Articulação Temporomandibular. Dor facial. Qualidade do sono.

ABSTRACT

Temporomandibular disorder (TMD) has a great impact on people's quality of life, develops levels of limitation and consequently psychosocial problems. understand the limitations and suffering of individuals with these alterations. This cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach evaluated how the temporomandibular disorder negatively reflects on the QVRSB and sleep of students of the Dentistry course at Faculdades de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). The sample consisted of 66 students, who were evaluated based on the application of three questionnaires, initially to verify the presence of TMD, and the degree of severity through the Fonseca anamnestic questionnaire (FAI), the summarized version of the OHIP-14 questionnaire evaluated the QVRSB, and application of the Pittsburgh questionnaire to analyze sleep quality. Data were processed with the aid of the statistical software program SPSS version 28 (Statistical Package for Social Sciences) and the chi-square test. At least some degree of TMD was identified in 65.1% of the participants, 34.8% (n=23) with mild TMD, 25.8% (n=17) moderate and 4.5% (n=3) severe, and 34.8 did not present any TMD symptoms. The results obtained from the OHIP-14 showed a greater impact on quality of life in the domains related to psychological discomfort (1.23), physical pain (1.14) and psychological disability (1.0). As for the evaluation of sleep quality, 25% of students with moderate or severe TMD had good sleep quality, 42% poor sleep quality and 33% had sleep disorders. The findings show that there is a negative impact of TMD on the quality of life and sleep of dental students.

Keywords: Temporomandibular Disorder. Quality of life. Temporomandibular Joint Disorders. Facial pain. Sleepquality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação Temporomandibular
DTM	Desordem Temporomandibular
FAI	Índice Anamnésico de Fonseca
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
OHIP	Oral Health Impact Profile
PSQI	Índice de qualidade de sono de Pittsburgh
RDC/TMD	Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
DC/TMD	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HHS	Hipotálamo-hipófise-suprarrenal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FACENE	Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1 - Distribuição dos itens que compõem o OHIP-14, representados pela média (barras) e desvio padrão (linha vertical), de casos de DTM grave a moderado, explorados no estudo..... 19
- FIGURA 2 -Percentuais dos perfis de qualidade do sono conferidos no estudo, determinados a partir da pontuação global do PSQI..... 20
- FIGURA 3 -Distribuição dos itens que compõem o índice de qualidade de sono de PITTSBURG, de casos de DTM grave a moderado, explorados no estudo..... 21

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Ocorrência de desordem temporomandibular entre os estudantes entrevistados, determinado a partir do Índice Anamnésico de Fonseca (FAI).....	15
TABELA 2 - Relação entre a ocorrência de desordem temporomandibular e a prevalência de sintomas referente ao Índice Anamnésico de Fonseca (FAI).....	16
TABELA 3 - Relação entre a ocorrência de desordem temporomandibular e a prevalência de sintomas referente ao Índice Anamnésico de Fonseca (FAI).....	17

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	METODOLOGIA.....	16
3	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	18
3.1	PREVALÊNCIA DE DTM - ÍNDICE ANAMNÉSICO DE FONSECA (FAI).....	18
3.2	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL - OHIP-14.....	21
3.3	ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH (PSQI).....	23
4	CONCLUSÃO.....	25
5	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	28
	APÊNDICE A: ÍNDICE ANAMNÉSICO DE FONSECA	30
	APÊNDICE B: ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)	31
	APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO OHIP – 14	32

1 INTRODUÇÃO

O termo Disfunção Temporomandibular (DTM) é empregado para definir um conjunto de distúrbios do sistema mastigatório e incorpora um grupo de sinais e sintomas que envolvem músculos da mastigação, a Articulação s Temporomandibular (ATM) e suas estruturas adjacentes¹. Os sintomas mais comumente relatados são dor orofacial, cefaleia, limitação do movimento mandibular, zumbido e dor periauricular, visto que, apresenta a dor como principal queixa tornando-se o motivo principal de procura dos pacientes por tratamento ².

Como essa patologia apresenta uma etiologia multifatorial, faz necessário uma anamnese detalhada. A literatura aponta considerável relação entre sinais e sintomas da DTM a fatores psicossociais, enfatizando o estresse, ansiedade e depressão, pois estas condições geram hiperatividade muscular, levando ao desenvolvimento de hábitos parafuncionais como a lesão muscular e microtrauma da Articulação Temporomandibular (ATM)³.

O critério diagnóstico atual é comumente avaliado de forma qualitativa, envolvendo análise de questionários, avaliação clínica e exames de imagem, como radiografias, tomografia computadorizada e ressonância magnética., conforme a experiência do profissional que avalia para que chegue ao diagnóstico correto. Portanto, como o diagnóstico final ainda depende do profissional que avalia, o diagnóstico permanece sendo subjetivo⁴.

Na literatura, existem diversos instrumentos comumente adotados na área da odontologia com o intuito de obter um correto diagnóstico. O *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) foi desenvolvido para uso em pesquisas e ambientes clínicos porém posteriormente foi necessário realizar modificações por um modelo mais prático e rápido, então foi substituído pelo novo protocolo '*Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*' (DC/TMD), que atualmente é considerado padrão ouro. Além desse, o Índice Anamnésico de Fonseca (FAI) amplamente utilizado na triagem, que avalia a severidade da doença de acordo com os sinais e sintomas⁵.

Este estudo foi realizado com base em três questionários de forma on-line direcionados a estudantes de odontologia. Primeiramente foi aplicado o questionário do Índice Anamnésico de Fonseca (FAI) o qual avaliou a classificou os participantes em níveis de gravidade da DTM⁵.

Considerando que a saúde bucal é reconhecida por impactar na Qualidade de Vida (QV) e do sono, a aplicação de questionários sobre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) vem desenvolvendo uma forma de avaliar como a DTM afeta na vida, de forma clínica e psicossocial do indivíduo, uma vez que a concepções do paciente tem se tornado

relevante para discorrer sobre medidas preventivas, de tratamento e melhorias na qualidade de vida¹.

De acordo com a literatura é reconhecida a prevalência da DTM em indivíduos do sexo feminino. Em um estudo feito apenas com mulheres diagnosticadas com DTM, foi apontado o impacto na QV quando comparada à mulheres que não apresentavam a disfunção, esta pesquisa foi realizada com mulheres diagnosticadas com DTM, as quais apresentaram como resultado uma limitação maior na mobilidade da coluna cervical, assim como maior sensibilidade nos músculos que fazem parte da mastigação. Apontaram também pior qualidade de vida, maior índice de estresse e depressão quando comparadas a mulheres que não apresentavam DTM^{6,7}.

A QVRSB representa um importante papel para conseguir traçar um perfil clínico e psicossocial, como também para avaliar resultados e desenvolver planos de prevenção e terapias destinadas a melhoria da saúde bucal. Para isso utilizamos o questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP), em sua versão reduzida e validada para o português (OHIP-14), para mensurar de uma forma abrangente as limitações baseadas nas condições bucais individuais³.

A saúde física e mental é um dos principais aspectos que determinam uma boa Qualidade de Vida (QV) para os seres humanos. Pacientes que sofrem com DTM merecem uma atenção especial, visto que, essa disfunção gera um comprometimento físico e mental, além da sintomatologia dolorosa, apresentam dificuldades para dormir. Inclusive, estudos revelam que a DTM pode ser considerada uma causa do desenvolvimento de distúrbios de sono^{1,7}.

Para avaliar a qualidade de sono aplicamos um questionário padronizado:, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) que tem como objetivo avaliar a qualidade de sono do indivíduo, com perguntas que detecte um padrão de disfunção do sono no período de um mês, obtendo informações de forma qualitativa e quantitativa⁸.

Sabemos que a universidade traz uma nova realidade acadêmica, um ambiente no qual exige amadurecimento dos jovens para o futuro profissional, principalmente em alunos do último ano de graduação os quais sofrem maiores exigências e expectativas por parte de pais/sociedade em ênfase no sucesso acadêmico. Essas circunstâncias podem acarretar em transtornos de ansiedade, medo, depressão entre outros problemas psicossociais, tais problemas são relacionados a hipóteses etiológicas para o desenvolvimento de DTM⁵.

Pode-se então considerar influências psicológicas como um fator etiológico de relevância para o presente estudo, o centro emocional do encéfalo tem grande influência na função muscular, o estresse emocional ativa o eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal (HHS) que prepara o corpo para responder ao estímulo aumentando as atividades das fibras musculares gerando contrações, tornando sensíveis à dor⁹.

Em um estudo correlacionando nível de ansiedade de graduandos em odontologia à DTM, obteve como resultado o reconhecimento de disfunção considerada de leve a moderada, na qual os participantes que apresentavam nível moderado eram estudantes dos primeiros 1º ao 4º semestre da faculdade e últimos estágios do 8º ao 10º semestre¹⁰.

Esse fato modifica o olhar nas condutas e orientações passadas pelos cirurgiões dentistas, um estudo relacionando fatores psicológicos e DTM obteve como resultados que a intervenção de tratamento de fatores psicológicos traz eficácia tanto quanto intervenções clínicas, apontou depressão como fator psicológico mais citado na literatura⁶.

Em razão disso, esse trabalho teve como objetivo analisar, usando instrumentos previamente validados em numerosos estudos, a forma que a Disfunção Temporomandibular reflete de forma negativa na qualidade de vida a partir do formulário de avaliação da qualidade de vida relacionada a Saúde Bucal - OHIP-14, como também investigar um padrão de disfunção na qualidade do sono a partir do formulário Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) em alunos do curso de odontologia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Ademais, identificar perfil emocional que influencie no desenvolvimento de DTM, com a finalidade de apontar programas de tratamento e terapêuticos eficazes direcionados a possíveis causas etiológicas da DTM, visto que, esta não apresenta uma etiologia bem definida.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal com abordagem de forma quantitativa e qualitativa, realizado com estudantes de odontologia da Faculdades de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) por envio do formulário eletrônico. A amostra foi constituída por 66 estudantes que aceitaram participar da pesquisa. Após a triagem com o Índice amnésico de Fonseca (FAI) foram excluídos da amostra os alunos que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os que foram classificados segundo o FAI sem DTM ou DTM leve, resultando então em um total de 20 participantes, entretanto apenas 12 estudantes responderam aos questionários, sendo esta a amostra final para a pesquisa (ANEXO A).

Seguindo os critérios e exigências estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdades de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) e aprovado.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em dois momentos, de forma online, a partir de questionários enviados para alunos do curso de odontologia da FACENE. Foi enviado primeiro o Índice Anamnésico de Fonseca (FAI) e, posteriormente, apenas aos alunos classificados com DTM moderada e grave, receberam mais dois formulários: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e OHIP-14.

Aplicação do questionário Índice Anamnésico de Fonseca (FAI) para classificar inicialmente a presença de DTM

O instrumento consiste em 10 perguntas referentes a dificuldades de movimentação da mandíbula, dor orofacial, estalidos da ATM, hábitos parafuncionais, percepção de má oclusão e estresse emocional. Há três opções por questão que incluem “sim” (10 pontos), “às vezes” (5 pontos) e “não (0 pontos)”. Os *scores* dos itens foram computados e os participantes classificados de acordo: sem DTM (0-15 pontos), DTM leve (20-40 pontos), DTM moderada (45-65 pontos) e DTM grave (70-100 pontos)¹⁶. (APÊNDICE A)

Avaliação da qualidade do sono - Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI)

O PSQI examina a qualidade de sono no período de 1 mês. O questionário é composto por 19 itens de autoavaliação e 5 itens que deve ser respondida por companheiro de quarto, essas últimas são usadas apenas para observação clínica. Em resumo a qualidade de sono vai ser classificada em boa ou ruim. As questões são divididas em 7 domínios: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. As pontuações dos 7 componentes foram somadas resultando em uma pontuação global, que varia de 0 a 21, onde a pontuação mais alta indica pior qualidade do sono⁵. (APÊNDICE B)

Avaliação da qualidade de vida relacionada a Saúde Bucal - OHIP-14

O OHIP-14 é uma forma de avaliar como a qualidade de vida é afetada de a partir das condições de saúde bucal. No caso, o presente estudo será avaliado, particularmente, a Desordem Temporomandibular. O instrumento adaptado e validado para o português do Brasil, apresenta uma versão menor composta por 14 perguntas que abrangem sete dimensões de impacto: Limitação funcional; Dor física; Desconforto psicológico; Incapacidade física; Incapacidade psicológica; Incapacidade social e Desvantagem social.

As respostas das questões (01 a 14) são dadas de acordo com uma escala como: ‘Nunca’ = 0, ‘Raramente’ = 1, ‘Às vezes’ = 2, ‘Constantemente’ = 3 e ‘Sempre’ = 4. Será considerado que o participante apresenta impacto na QVRSB quando este respondeu “às vezes”, “constantemente” ou “sempre” em pelo menos um dos itens do OHIP-14⁴.(APÊNDICE C)

Análise dos dados

Os dados obtidos a partir do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e OHIP-14 foram organizados e processados com o auxílio do programa de software estatístico SPSS versão 28 (*Statistical Package for Social Sciences*) para a realização de sua análise descritiva e inferencial. Estatísticas descritivas foram empregadas para a caracterização da amostra. Os itens do Índice Anamnésico de Fonseca foram explorados através do teste qui-quadrado a 5% de probabilidade. De acordo com os resultados obtidos após verificação da normalidade dos dados

por meio do teste *Shapiro-Wilk*, foram demonstrados através de gráficos e tabelas. O nível de significância estatística usado foi de 5%.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foram avaliados 66 estudantes. Da amostra em questão, verificou-se que 75,7% dos indivíduos do sexo feminino apresentavam grau de DTM, enquanto esse percentual cai para 24,2% quando considerado o indivíduo do sexo masculino, com idade média entre 20 a 25 anos.

3.1 PREVALÊNCIA DE DTM - ÍNDICE ANAMNÉSICO DE FONSECA (FAI)

Os pacientes foram inicialmente avaliados quanto à presença ou ausência de sinais e sintomas de DTM. Conforme se observa na Tabela 1, a presença de sintomas de DTM, segundo o Índice Anamnésico de Fonseca (FAI), ao menos algum grau de DTM foi identificado em 65,1% dos participantes; sendo 34,8% (n=23) com DTM leve, 25,8% (n=17) moderada e 4,5% (n=3) severa. Apresentou a mesma porcentagem de 34,8% (n=23) entre participantes classificados sem DTM e os que apresentaram DTM leve. A prevalência de sintomatologia se apresentou relativamente menor no sexo masculino, visto que, dos 16 participantes masculinos 10 não apresentaram nenhuma sintomatologia de DTM.

Tabela 1. Ocorrência de desordem temporomandibular entre os estudantes entrevistados, determinado a partir do Índice Anamnésico de Fonseca (FAI)

	Frequência	Porcentual (%)
Sem DTM	23	34,8
Leve	23	34,8
Moderada	17	25,8
Grave	3	4,5
	66	100

A partir da tabela 2, são apresentadas as estatísticas descritivas dos cinco primeiros itens do questionário FAI. Os itens relacionados à dificuldade para abrir a boca e para movimentar a mandíbula não apresentaram relevância significativa quando comparado aos grupos sem DTM e com DTM.

No entanto, os itens cansaço/dor muscular ao mastigar, dor de cabeça frequentemente e dor na nuca demonstraram ser um sintoma comum em indivíduos com DTM., o grupo com DTM apresentou respectivamente 39,3%, 57,5% e 59%.

Tabela 2. Relação entre a ocorrência de desordem temporomandibular e a prevalência de sintomas referente ao Índice Anamnésico de Fonseca (FAI)

Ocorrência de DTM	Resposta do questionário			p
	Às vezes	Não	Sim	
Dificuldade para abrir a boca?				
Sem DTM N (%)	0	23(34,8)	0	<0,001
Leve N (%)	1(1,5)	21(31,8)	1(1,5)	
Moderada N (%)	8(12,1)	8(12,1)	1(1,5)	
Grave N (%)	2(3,0)	0	1(1,5)	
	11(16,6)	52(78,7)	3(4,5)	
Dificuldade para movimentar a mandíbula?				
Sem DTM N (%)	0	23(34,8)	0	<0,001
Leve N (%)	0	23(34,8)	0	
Moderada N (%)	5(7,57)	12(18,18)	0	
Grave N (%)	0	1(1,5)	2(3,0)	
	5(7,57)	59(89,39)	2(3,0)	
Cansaço/dor muscular quando mastiga?				
Sem DTM N (%)	2(3,0)	21(31,8)	0	<0,001
Leve N (%)	10(15,1)	13(19,6)	0	
Moderada N (%)	10(15,1)	5(7,5)	2(3,0)	
Grave N (%)	0	1(1,5)	2(3,0)	
	22(33,3)	40(60,6)	4(6,0)	
Sente dor de cabeça com frequência?				
Sem DTM N (%)	3(4,5)	19(28,7)	1(1,5)	<0,001
Leve N (%)	9(13,6)	9(13,6)	5(7,5)	
Moderada N (%)	7(10,6)	0	10(15,1)	
Grave N (%)	1(1,5)	0	2(3,03)	
	20(30,3)	28(42,4)	18(27,2)	
Sente dor na nuca com torcicolo?				
Sem DTM	3(4,5)	19(28,7)	1(1,5)	<0,001
Leve	10(15,1)	7(10,6)	6(9,0)	
Moderada	12(18,1)	1(1,5)	4(6,0)	
Grave	2(3,0)	0	1(1,5)	
	27(40,9)	27(40,9)	12(18,1)	

Teste Qui-Quadrado. * Teste Exato de Fisher. Estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Na tabela 3, que avalia os últimos cinco itens do questionário FAI, foi identificado um número considerável no quesito relacionado aos ruídos na ATM, inclusive em participantes classificados sem DTM, apontou uma expressiva porcentagem quanto a hábitos parafuncionais

totalizando em 57,5%. Outra observação pertinente foi associada à fatores psicológicos como o nervosismo e tensão, sendo os sintomas que apresentaram maior prevalência no questionário totalizando 81,7%, sendo 63,4% indivíduos classificados com DTM.

Tabela 3. Relação entre a ocorrência de desordem temporomandibular e a prevalência de sintomas referente ao Índice Anamnésico de Fonseca (FAI)

Ocorrência de DTM	Resposta do questionário			p
	Às vezes	Não	Sim	
Dor de ouvido ou nas articulações temporomandibulares?				
Sem DTM N (%)	1(1,5)	22(33,3)	0	
Leve N (%)	4(6,0)	19(28,7)	0	
Moderada N (%)	8(12,1)	5(7,57)	4(6,0)	<0,001
Grave N (%)	1(1,5)	0	2(3,03)	
	14(21,2)	46(69,6)	6(9,1)	
Sente ruídos nas ATMs quando mastiga ou quando abre a boca?				
Sem DTM N (%)	6(9,1)	16(24,2)	1(1,5)	
Leve N (%)	6(9,1)	12(18,1)	5(7,5)	
Moderada N (%)	8(12,1)	1(1,5)	8(12,1)	<0,001
Grave N (%)	0	0	3(4,5)	
	20(30,3)	29(43,9)	17(25,7)	
Possui hábito como apertar ou ranger os dentes?				
Sem DTM N (%)	6(9,1)	15(22,7)	2(3,0)	
Leve N (%)	9(13,6)	9(13,6)	5(7,5)	
Moderada N (%)	3(4,54)	4(6,0)	10(15,1)	<0,001
Grave N (%)	0	0	3(4,5)	
	18(27,2)	28(42,4)	20(30,3)	
Sente que seus dentes não articulam bem?				
Sem DTM N (%)	2(3,0)	21(31,8)	0	
Leve N (%)	4(6,0)	19(28,7)	0	
Moderada N (%)	0	13(19,6)	41(62,1)	0,008
Grave N (%)	1(1,5)	1(1,5)	1(1,5)	
	7(10,6)	54(81,8)	5(7,5)	
Considera-se uma pessoa tensa ou nervosa?				
Sem DTM N (%)	10(15,1)	11(16,6)	2(3,0)	
Leve N (%)	16(24,2)	1(1,5)	6(9,1)	
Moderada N (%)	4(6,0)	0	13(19,6)	<0,001
Grave N (%)	1(1,5)	0	2(3,0)	
	31(46,9)	12(18,1)	23(34,8)	

Teste Qui-Quadrado. * Teste Exato de Fisher. Estatisticamente significativo $p < 0,05$.

No presente estudo evidenciou-se elevada prevalência de DTM em mulheres (75,7%), inclusive, estudos mostraram que é mais frequente em seu período fértil, onde existem uma relação direta com os hormônios femininos que se alteram nesta fase^{3, 12}.

O FAI foi empregado como instrumento de triagem para DTM devido a sua simplicidade, baixo custo e alta eficiência no alcance de dados epidemiológicos em pequeno período. O FAI tem sido amplamente utilizado como ferramenta de identificação da presença de DTM e níveis de gravidade. Convém destacar que a gravidade da DTM foi baseada nos sintomas relatados pelos voluntários^{5,13}.

Neste estudo, o grupo positivo para DTM apontou associação significativa com os seguintes sinais e sintomas comentados: ruídos da ATM, hábito parafuncional, dores de cabeça e nuca, e estado emocional. Foi possível constatar que todos estes sintomas demonstraram ser potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de DTM.

3.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL - OHIP-14

Em relação a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, todos participantes que responderam ao questionário OHIP-14, previamente já havia sido classificado com DTM moderada/grave, conseqüentemente, todos responderam “às vezes”, “constantemente” ou “sempre” em pelo menos um dos itens do questionário, o que automaticamente determina que grande parte da amostra relatou impacto na QV, portanto o gráfico demonstrado pela figura 1 representa quais domínios avaliados pelo OHIP-14 se apresentaram mais prevalente na pesquisa.

Os itens do OHIP-14 são classificados em sete domínios. A análise estatística permitiu verificar relevância significativa com maiores *scores* em três domínios: dor física, desconforto psicológico e incapacidade psicológica (Figura 1).

Enquanto os domínios desvantagem social (0,32) outros domínios, como o domínio incapacidade social (0,23) e limitação funcional (0,41), apresentaram tendências semelhantes e com menores *scores* demonstrando ter menor impacto na QVRSB (Figura 1).

Numerosos trabalhos têm demonstrado uma relação significativa entre a ansiedade e depressão e à presença de sinais e sintomas de DTM^{3, 5, 6, 11}. No presente estudo, os domínios com maiores *scores* estão relacionados ao desconforto psicológico (1,23) e à incapacidade psicológica (1,0), o que corrobora com a literatura.

Fazendo uma associação ao eixo emocional, no formulário FAI o item que relaciona a tensão e nervosismo atingiu 81,7% da amostra, assim como no OHIP-14 aparece como o domínio com maior *score*. Portanto, acredita-se que a ansiedade e a tensão emocional podem afetar a QV como também possui associação com o desenvolvimento de DTM, pois contribuem para o surgimento e a progressão de hábitos parafuncionais, promovendo uma hiperatividade

muscular recorrente que, de forma progressiva, pode causar danos à ATM e estruturas associadas^{3,5}.

Os resultados indicaram que os sintomas de dor e sensibilidade dolorosa em pacientes com DTM foram relevantes, os domínios de dor física (1,14) e incapacidade física (0,59) apresentaram com *scores* significantes no impacto a QV. Em um estudo que utilizou a dolorimetria, foi usada para avaliar o limiar de dor em pacientes com DTM, apresentou o músculo Esternocleidomastoideo com maior sensibilidade dolorosa⁷. Em um outro estudo demonstrou que pacientes com dor crônica resultante da DTM também apresentaram maior sensibilidade em outras regiões craniofaciais e, até mesmo, em áreas periféricas remotas, com pontos de gatilho¹⁴.

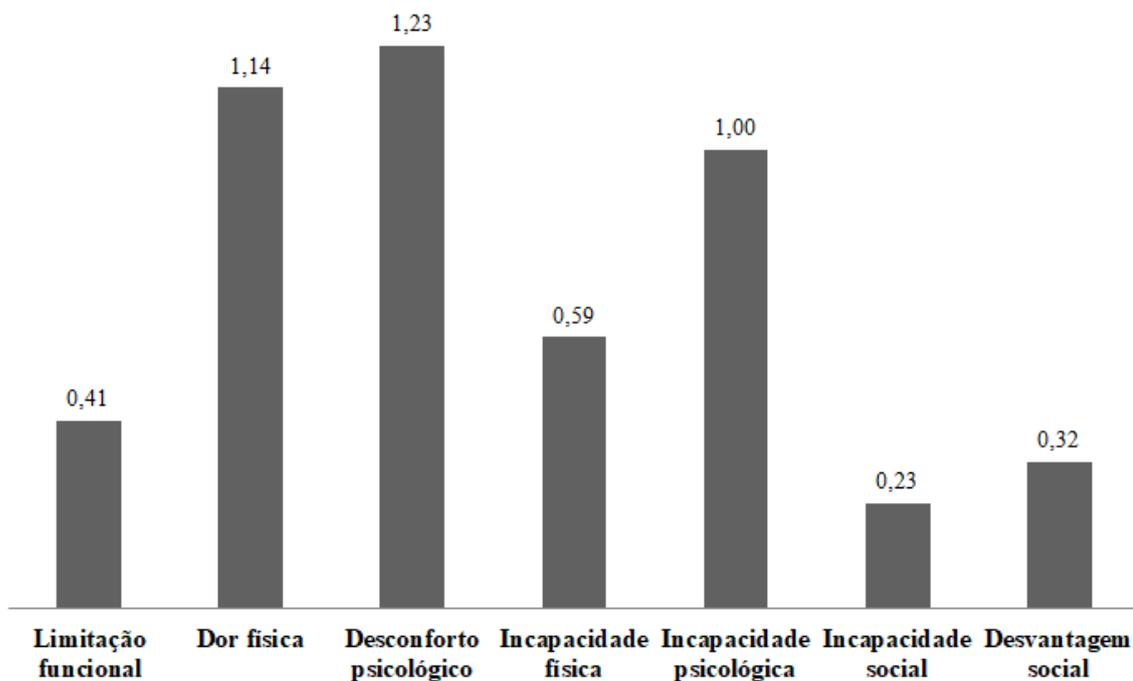


Figura 1. Distribuição dos itens que compõem o OHIP-14, de casos de DTM grave a moderado, explorados no estudo (N=12).

A saúde física e mental é um dos aspectos básicos para estabelecer uma boa qualidade de vida. Analisar e entender as condições de saúde e doença oral é de extrema importância para os profissionais de saúde, visto que os distúrbios que acometem esta região podem ter consequência negativa sobre a QV^{5,14}.

3.3 ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH (PSQI)

A partir do Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh pode-se definir um *score* indicando boa qualidade de sono, qualidade de sono ruim ou indicar distúrbio do sono. Vale salientar que o diagnóstico dos distúrbios do sono necessita de um exame complementar, a polissonografia, que avalia objetivamente o sono e que é acompanhada por um profissional da medicina do sono^{15, 16}.

Foi demonstrando na Figura 2, dos 12 participantes que apresentavam DTM moderada ou grave, 25% foram classificados como terem uma boa qualidade de sono, 42% qualidade de sono ruim e 33% apresentaram distúrbios de sono.

Ao discutir a associação entre qualidade do sono e DTM, este estudo considera forte relação entre o distúrbio e sono de baixa qualidade, resultado que corrobora com a literatura analisada^{5, 8, 15, 16}. Em um estudo com pacientes chineses, com DTM frequentemente relataram sintomas de sono perturbado, sofrimento psicológico sendo possíveis fatores para o desenvolvimento da DTM⁵.

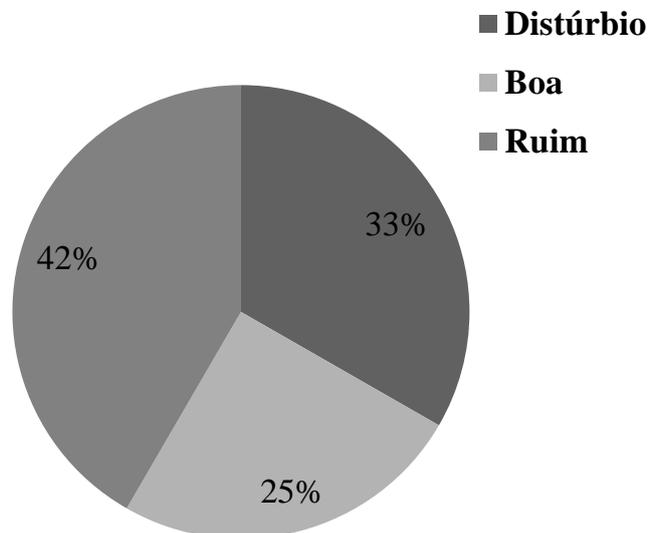


Figura 2. Percentuais dos perfis de qualidade do sono conferidos no estudo, determinados a partir da pontuação global do PSQI (N=12).

Já na figura 3 é possível observar os maiores *scores* em quatro domínios avaliados pelo PSQI, apresentando que pior qualidade subjetiva do sono conseqüentemente leva a uma disfunção diurna, conseqüentemente afetando a QV. Relacionou também um tempo maior para

esses indivíduos conseguirem efetivamente dormir resultando em elevado *score* em latência do sono. Contrapondo esse item, a pesquisa apresentou uma baixo *score* na eficiência habitual do sono, percebe-se então que o tempo em que o indivíduo passa para iniciar o sono e o tempo efetivamente dormindo não foi considerado significativamente negativo.

O elevado número de estudantes classificados com má qualidade de sono e qualidade subjetiva ruim pode levar esses indivíduos a fazerem uso de medicação para dormir, sendo um *score* considerável, se igualando à duração do sono. Isso evidencia uma forte relação entre os estudantes que possuem DTM e uma qualidade de sono ruim.

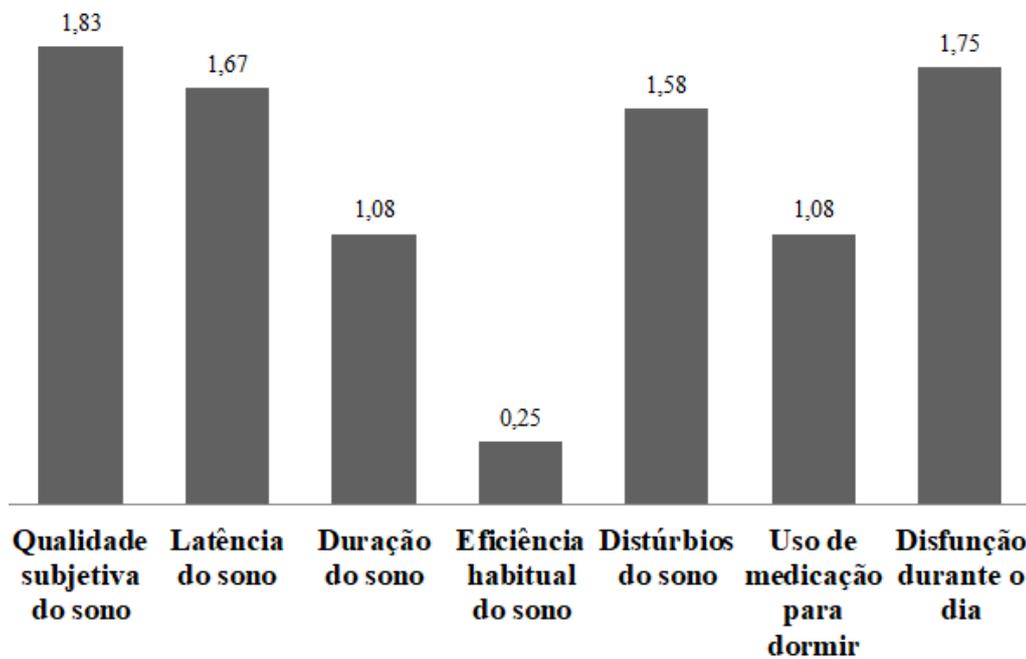


Figura 3. Distribuição dos itens que compõem o índice de qualidade de sono de PITTSBURG, de casos de DTM grave a moderado, explorados no estudo (N=12).

4 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem uma alta prevalência de DTM em estudantes de odontologia da FACENE. Além disso, a qualidade de vida é diretamente prejudicada pela presença e gravidade da DTM, demonstrando que indivíduos com DTM apresentam uma má qualidade de sono influenciando na piora qualidade de vida associada a fatores psicológicos e a dor física. Além disso, estudos com maiores amostras e com diagnóstico clínico de DTM são necessários para melhorar os resultados e, conseqüentemente, trazer benefícios as pessoas com sinais e sintomas de DTM, melhorando sua qualidade de vida e de sono.

REFERÊNCIAS

1. Freitas GA. Impacto da disfunção temporomandibular na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais; 2020.
2. Foger D, Mamani MP, Santos PS. Impact of temporomandibular disorders on quality of life. *Fisioterapia em Movimento*. 2020; 33.
3. Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PL, Bonan PR, Batista AU. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23 (1):173-186.
4. Cunha DV. Classificação das desordens temporomandibulares com o uso do algoritmo k-nearestneighbors aplicado à dinâmica mandibular. Tese de Doutorado [Pós-Graduação em Engenharia Elétrica] - Universidade Federal de Uberlândia; 2019.
5. Natu VP, Ansari A, Yap AU, Su MH, Ali NM. Temporomandibular disorder symptoms and their association with quality of life, emotional states and sleep quality in South-East Asian youths. *Journal of oral rehabilitation*. 2018; 45: 756–763.
6. Marin R, Rolim GS, Granner KM, Moraes AB. Disfunções temporomandibulares e fatores psicológicos: uma revisão de literatura. *Psicologia em estudo*. 2022; 27.
7. Moreno BGD, Maluf SA, Marques AP, Crivello-Júnior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2009; 13 (3): 210-214.
8. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, Barba ME et al. Validation of the brazilianportuguese version of the pittsburgh sleep quality index. *Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre*. 2011; 12: 70 – 75.
9. Okeson JP. Tratamento dos Distúrbios temporomandibulares e oclusão. 8ª ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda; 2020.
10. Fernandes AU, Garcia AR, Zuim PR, Cunha LD, Marchiori AV. Temporomandibular joint dysfunction and anxiety in graduate dentistry. *CiencOdontol Bras*. 2007; 10 (1): 70-77.
11. Júnior GJ, Cruz JN, Ditos L, Candido LN, Caldas LF. Associação entre os sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com fatores psicológicos em comunidades de Cuiabá-MT. *Revista de odontologia da universidade de São Paulo*. 2016; 29 (1): 32 – 41.

12. Guimarães IY. Índice Anamnésico de Fonseca e Avaliação da Disfunção Temporomandibular (AADO) em pacientes atendidos no Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das DTMs da FOA/UNESP. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Odontologia] – Araçatuba-SP. Universidade Estadual Paulista; 2016.
 13. Verri FR, Garcia AR, Zuim PR, Almeida EO, Falcón-antenucc RM, et al. Avaliação da Qualidade do Sono em Grupos com Diferentes Níveis. Três Lagoas/MS. Sistema de Informação Científica. 2008; 8 (2): 165-169.
 14. Trize DM, Calabria MP, Franzolin SO, Cunha CO, Marta SN. A disfunção temporomandibular afeta a qualidade de vida?. Einstein. 2018; 16 (4): 1- 6.
 15. Drabovicz PV, Salles V, Drabovicz PE, Fontes MJ. Assessment of sleep quality in adolescents with temporomandibular disorders. J Pediatr (Rio J). 2012;88(2):169-72.
 16. Martins R.J. 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): 147-153.
-

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada “SINTOMAS DE DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E SONO EM ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA” desenvolvida pelo pesquisador assistente Maria Paula Carneiro de Brito Oliveira, sob orientação do pesquisador responsável Prof. Me. Priscilla Kelly Batista da Silva Leite Montenegro. O objetivo deste estudo é avaliar a gravidade do impacto na qualidade de vida e sono de indivíduos que apresentam sintomas de desordem temporomandibular (DTM). Será realizada uma entrevista, na qual serão feitas perguntas referentes ao objetivo do estudo. A presente pesquisa não possui riscos previsíveis, mesmo sendo mínimos por se tratar de entrevistas direcionadas através de formulários online, os riscos existem, como por exemplo, o risco atrelado a atividades rotineiras diárias como tirar um tempo da sua rotina para responder ao questionário cause um possível desconforto aos participantes.

Quanto aos benefícios, o estudo trará dados estatísticos de importância principalmente aos profissionais da área para o manuseio clínico dessa condição, bem como para a decisão terapêutica, a fim de guiar o profissional no diagnóstico e na intervenção.

A finalidade deste trabalho é obter dados do impacto na vida do indivíduo com DTM, obter dados do impacto na qualidade do sono de indivíduos com DTM. Portanto, solicitamos seu consentimento para participar da pesquisa e para que os dados obtidos da mesma possam ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas da categoria. Vale ressaltar que seu nome será mantido em sigilo, assim como a sua autonomia em decidir participar ou não desse estudo, tendo a liberdade de desistir a qualquer momento. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades propostas. Caso decida não participar, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na forma como você é tratada.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu concordo em participar desta pesquisa, declarando para os devidos fins, que cedo os direitos de minha entrevista, podendo ser usada integralmente, ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso das citações a terceiros, sua publicação e divulgação em eventos científicos, que ficará sob a guarda da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Diante do exposto declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/____

Pesquisadora responsável

Participante da pesquisa

1 Endereço do pesquisador responsável: Rua Frei Galvão, nº 12, Bairro Gramame – João Pessoa – PB. CEP:58067-695. Fone: (83) 2106-4890. E-mail:priscillaleitee@gmail.com

2 Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Frei Galvão, nº 12, Bairro Gramame – João Pessoa – PB. CEP:58067-695. Fone: (83) 2106-4890. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICEA

ÍNDICE ANAMNÉSICO DE FONSECA

1. Sente dificuldade para abrir bem a boca?
2. Você sente dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados?
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)?

PONTUAÇÃO
1. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
2. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
3. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
4. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
5. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
6. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
7. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
8. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
9. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
10. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

Índice Anamnésico de Fonseca (1992)

APÊNDICE B

ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)

Nome:

Idade:

Data:

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar:

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente leva para dormir à noite?

Número de minutos:

3. Durante o último mês, quando você geralmente levanta de manhã?

Hora usual de levantar:

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite?

Horas de sono por noite:

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir porque você:

A) não conseguiu adormecer em até 30 minutos

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

B) acordou no meio da noite ou de manhã cedo

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

C) precisou levantar para ir ao banheiro

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

D) não consegui respirar confortavelmente

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

E) tossiu ou roncou forte

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

F) Sentiu muito frio

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

G) sentiu muito calor

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

H) teve sonhos ruins

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

1. = três ou mais vezes na semana

I) teve dor

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

J) outras razões, por favor descreva:

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

6. Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral: Muito boa
Boa
Ruim
Muito ruim

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

8. No último mês, que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos)

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

9. Durante o último mês, quão problemático foi pra você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma dificuldade

Um problema leve

Um problema razoável

Um grande problema

10. Você tem um parceiro (a), esposo (a) ou colega de quarto?

A) Não

B) Parceiro ou colega, mas em outro quarto

C) Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama

D) Parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro ou colega de quarto pergunte a ele com que

frequência, no último mês você apresentou:

E) Ronco forte

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

F) Longas paradas de respiração enquanto dormia

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

G) contrações ou puxões de pernas enquanto dormia

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

D) episódios de desorientação ou confusão durante o sono

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

E) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme, por favor descreva: _____

1 = nenhuma no último mês

2 = menos de uma vez por semana

3 = uma ou duas vezes por semana

4 = três ou mais vezes na semana

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO OHIP – 14

	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
1. Teve dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
2. Sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
3. Teve dores na sua boca?							
4. Sentiu desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos seus dentes, boca ou prótese dentária?							
6. Sentiu-se tenso por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
7. Já deixou de comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
8. Teve de interromper refeições por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese?							
9. Sentiu dificuldade em relaxar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu (sua) companheiro(a) ou família por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
13. Sentiu-se menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
14. Tem sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							